

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR PERCIBIDAS POR SUJETOS
PARTICIPANTES DE GRUPOS MULTIFAMILIARES DE LA CIUDAD DE
VIÑA DEL MAR, V REGIÓN: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO –
CORRELACIONAL EN SUJETOS PROVENIENTES DE FAMILIAS CON UN
MIEMBRO DROGODEPENDIENTE**

**SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO Y AL GRADO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR:

CARMENLUZ AVENDAÑO MALDONADO

SILVANA MALDINI ROSAS

MÓNICA ÓRDENES CÁCERES

JAVIERA TORRES GACITÚA

PROFESOR PATROCINANTE:

PS. CARLOS VARAS ALFARO

VALPARAÍSO, ENERO DE 2007.

RESUMEN

En el contexto de los tratamientos que en nuestro país existen para enfrentar las drogodependencias, los Grupos Multifamiliares ⁱ constituyen una instancia de apoyo comunitaria basada en la discusión terapéutica y de autoayuda que se genera entre las familias participantes, reunidas para analizar, discutir, y encontrar las posibilidades de resolver sus dificultades y problemas derivados de la drogodependencia de alguno de sus miembros. (Troncoso M., 1999). Paralelo al funcionamiento del Sistema de Salud, los GMF, basados en la epistemología teórico- metodológica del Enfoque Ecológico- Cibernético, en los fundamentos teóricos de la terapia familiar y en la Teoría Constructivista, promueven un diálogo orientado a generar, en el sistema familiar, estilos de funcionamiento e interacción más balanceados y adaptativos respecto a las demandas de la problemática que enfrentan.

Con el fin de describir la estructura familiar de quienes participan en estos grupos, se presenta, a continuación, un estudio descriptivo correlacional, que apunta a determinar los niveles de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (Variables de estudio), percibidos por sujetos participantes de GMF de la ciudad de Viña del Mar, V Región.

El estudio incluye una muestra de 22 sujetos, participantes de los GMF de los consultorios Cienfuegos, Gómez Carreño, Marcos Maldonado, y Hospital Dr. Gustavo Fricke, a los cuales se les aplicó la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III), junto a un cuestionario de Antecedentes Sociodemográficos.

A partir de la información recabada en los procedimientos anteriormente señalados, se procede a describir la muestra en función de tres grupos de variables (de Estudio, Sociodemográficas y Caracterológicas), para, posteriormente correlacionarlas.

Los resultados fueron analizados y discutidos con base en los lineamientos teóricos propuestos por el enfoque estructural familiar de Salvador Minuchin, y el Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares de David H. Olson. De

ⁱ En adelante GMF.

éstos, destaca la orientación a percibir, y aspirar, por parte de los sujetos evaluados, a estilos de funcionamiento familiar más bien mixtos, no encontrándose una relación significativa entre esta percepción, y el tiempo de asistencia a los GMF.

Los resultados del estudio, a su vez, orientan una reflexión en torno a la incidencia de las redes de apoyo comunitario paralelas al sistema sanitario, y a los programas de tratamiento de drogodependencias, sobre el modelo de salud familiar. Para los GMF, la presente investigación constituye un antecedente que puede servir de retroalimentación, desde el punto de vista clínico, sobre el funcionamiento del sistema familiar en la población estudiada. Se proyectan reflexiones acerca de la influencia que ejercen los GMF sobre las familias de los sujetos que participan en ellos, y algunos tópicos a considerar en la eventual reorientación de las narrativas que los respaldan.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la drogodependencia constituye un problema de gran envergadura social. Las estadísticas de los últimos decenios muestran un incremento importante de este fenómeno en la población mundial, el que además ha comenzado a manifestarse, cada vez, a edades más tempranas.

La drogodependencia, no sólo conlleva importantes riesgos para la salud, sino que implica serias dificultades en la interacción social y familiar, pudiendo, incluso, involucrar problemas con la justicia, marginación social, accidentes y muertes. Lo anterior, convierte el problema de la drogodependencia en un fenómeno complejo, con consecuencias significativas en la persona adicta, su familia, y la sociedad.

En nuestro país, la drogodependencia, como problema de Salud Pública, cuenta con múltiples niveles de acción (preventivo, promocional, de rehabilitación y reinserción). Es así como, en Atención Primaria ⁱⁱ, resulta fundamental organizar acciones que promuevan la salud de todo el grupo familiar, afectado de una u otra forma por la drogodependencia de uno de sus miembros. En este sentido, el abordaje multifamiliar, adosado al sistema sanitario en el nivel primario, se constituye como una medida eficaz de intervención.

El abordaje multifamiliar adhiere a una perspectiva teórica y metodológica de tipo ecológica cibernética, en tanto sostiene que el desarrollo del problema de la dependencia se enmarca dentro de las relaciones dadas entre los contextos o sistemas que envuelven a las personas. Entre estos sistemas, se encuentran la persona misma (o microsistema), la familia, el contexto sociocultural, las ideologías políticas, etc.

En este escenario, la familia del sujeto adicto adquiere especial relevancia, puesto que en ella se alojarían ciertas dinámicas relacionales que propiciarían el problema de la adicción. Esto sugiere que el sujeto adicto no enferma solo, con independencia del

ⁱⁱ En adelante AP.

entorno que le rodea; el proceso que le conduce a la adicción, induce también a sus familiares, estableciendo, en la mayoría de los casos, un circuito de retroalimentación entre el propio afectado, las alteraciones psicológicas y relacionales que sufre, la problemática familiar, y los vínculos que se establecen entre los miembros de la familia.

Es así como, el eje de los GMF de drogodependencia, es propiciar una instancia de discusión que permita a sus miembros optimizar su funcionamiento familiar, entendiendo a éste como la forma de interacción en torno a la problemática que los afecta.

Conforme a lo anterior, es de relevante interés describir la percepción que tienen los sujetos que son participantes activos en estos Grupos acerca de su funcionamiento familiar, dado que esta percepción se verá influida por la experiencia asociada a la participación en dichos talleres. Los resultados del estudio enriquecerán la descripción de las familias que tienen un problema de drogodependencia enquistado en su seno, y que se desenvuelven en el marco de una intervención abocada al modelo de Salud Familiar, el cual es considerado uno de los más apropiados para este tipo de problemáticas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A principios de la década del 70, comienza a funcionar en Chile una nueva modalidad de intervención en el tratamiento de la drogodependencia, consistente en GMF, que basan su funcionamiento en una perspectiva teórica y metodológica de tipo ecológica-cibernetica, que define la dependencia como un “estilo de vida” enmarcado dentro de las relaciones dadas entre los contextos o sistemas que envuelven a la persona (Troncoso M., 1999). Los GMF se conforman como una instancia de diálogo y reflexión en los que participan familias con un miembro que presenta problemas de drogodependencia, y dentro de los cuales, se comparten experiencias que permiten que dichas familias enfrenten conjuntamente, y de manera más favorable los problemas que conlleva el consumo de sustancia, al tiempo que se intenta lograr la abstinencia por parte del sujeto adicto.

Esta nueva modalidad de intervención de tipo comunitaria, se encuentra adosada al sistema sanitario en AP, el cual tiene un abordaje familiar, que considera a la familia como una entidad unificada de atención, enfocándose especialmente en los factores biopsicosociales implicados en los problemas de los consultantes (Hidalgo, 1999).

Dentro de este escenario, es posible observar que no existe información clínica atinente a la población participante de esta modalidad de intervención comunitaria, que sirve de apoyo al sistema de salud, y a los programas de tratamiento que existen en drogodependencia. Esto resulta complejo, dado que es fundamental, a la hora de generar espacios de apoyo terapéutico, contar con información acabada acerca de la población consultante, sus características definitorias, y la peculiaridad de sus problemáticas. Duarte (1992, en Hidalgo y Carrasco, 1999), plantea que la familia aparece “como una unidad de salud, y como un sistema de cuidados, ya sea de tratamiento, de prevención, y de educación a la salud”. Ello reafirma la necesidad imperiosa de establecer lineamientos de acción, dentro de la AP, que movilicen estas dimensiones operativas, optimizando así los recursos destinados para la salud.

Para tales efectos, la presente investigación tiene por fin último estudiar y conocer las características estructurales de las familias que participan en los GMF, para lo cual se describirá al miembro de la familia que participe en dicho grupo, en relación a sus características sociodemográficas y caracterológicas, y su percepción de adaptabilidad y cohesión familiar, real e ideal (dimensiones del funcionamiento familiar, propuestas por David Olson). Ello permitirá comprender desde una mirada sistémica, cómo están funcionando estas familias, reflexionar en torno a las directrices que guían el trabajo de los GMF, y brindar información relevante que pudiera orientar a los profesionales en su labor dentro de los GMF; además de propiciar el desarrollo de nuevas investigaciones que aporten con información más acabada en torno al tema que se pretende estudiar.

2.1 Objetivos de estudio

Objetivo General

- Describir a los sujetos que asisten a GMF en consultorios de AP y Secundaria de la ciudad de Viña del Mar, V Región, de acuerdo a los tipos de Cohesión y Adaptabilidad familiar, real e ideal, percibidos por éstos, y su relación con las características sociodemográficas y caracterológicas.

Objetivos Específicos

- Describir los tipos de cohesión y adaptabilidad familiar, real e ideal, percibidos por los sujetos de estudio.
- Describir a los sujetos de estudio en relación a las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Describir la relación que existe entre las variables sociodemográficas y la cohesión percibida, real e ideal.

- Describir la relación que existe entre las variables sociodemográficas y la adaptabilidad percibida, real e ideal.
- Describir la relación que existe entre las variables caracterológicas y la cohesión percibida, real e ideal.
- Describir la relación que existe entre las variables caracterológicas y la adaptabilidad percibida, real e ideal.
- Describir la relación existente entre el tipo de cohesión percibido, real e ideal, y el tipo de adaptabilidad percibido, real e ideal.
- Describir la relación existente entre el tipo de cohesión percibido, real e ideal, y el rango familiar, real e ideal.
- Describir la relación existente entre el tipo de adaptabilidad percibido, real e ideal, y el rango familiar, real e ideal.
- Describir la relación que existe entre las variables sociodemográficas y caracterológicas.

2.2 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características de cohesión y adaptabilidad familiar, real e ideal, percibidas por los sujetos de estudio?
- ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas y caracterológicas de los sujetos de estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las características sociodemográficas y la cohesión percibida, real e ideal?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las características sociodemográficas y la adaptabilidad percibida, real e ideal?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las características caracterológicas y la cohesión percibida, real e ideal?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las características caracterológicas y la adaptabilidad percibida, real e ideal?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la cohesión percibida, real e ideal, y el resto de las variables de estudio?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la adaptabilidad percibida, real e ideal, y el resto de las variables de estudio?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las características sociodemográficas y caracterológicas?

2.3 Relevancia y Justificación del estudio

Las justificaciones para llevar a cabo este estudio son posibles de subdividir en tres áreas: Relevancias Práctica, Social, y Científica.

Relevancia práctica

La relevancia práctica en la presente investigación, radica en que la descripción del tipo de cohesión y adaptabilidad percibido por sujetos que asisten a GMF, aportará nuevos conocimientos acerca de las características de esta población; al mismo tiempo, permitirá la obtención de información relevante acerca de potenciales aspectos a mejorar en dichos grupos.

Por otra parte, se desea realizar una reflexión en torno al GMF como una red de apoyo comunitario paralela al sistema sanitario, y a los programas de tratamiento de drogodependencias existentes en Chile.

Relevancia social

Ella radica en que los resultados de la investigación brindarán nueva información al área de la salud acerca de una instancia comunitaria que sirve de apoyo paralelo al sistema sanitario y a los programas de tratamiento de drogodependencias, pues los estudios que se han llevado a cabo en torno a los GMF tienen una visión orientada a la psicología social y comunitaria, no existiendo trabajos relativos a éstos desde un enfoque de tipo clínico y de diagnóstico, en función de características familiares estructurales. A su vez, consideramos que ello puede ser útil, en cuanto la información

recabada sea empleada por los centros de AP, favoreciendo a la visión estructural sistémica, asociada al modelo de abordaje familiar en salud.

Relevancia científica

Esta investigación presenta relevancia científica, puesto que aporta información desde una perspectiva clínica acerca de los posibles beneficios otorgados por los GMF en el tratamiento familiar de la adicción a drogas.

Adquiere relevancia, además, al tiempo que se realiza la aplicación de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) en población beneficiaria de redes comunitarias de apoyo asociadas al sistema sanitario.

Por último, la investigación puede fomentar el diseño de nuevos estudios, que, con una orientación basada en un enfoque estructural - familiar en el abordaje de las adicciones, profundicen acerca de los aportes que brindan los GMF al tratamiento de la drogodependencia.

III. ANTECEDENTES GENERALES

3.1 Epidemiología del consumo de sustancias en Chile

Desde 1994, y con el fin de conocer las magnitudes y tendencias del uso de sustancias lícitas e ilícitas en el país, se realizan estudios bienales, a cargo del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE). En estos estudios se utiliza como medida de referencia, para describir la magnitud del uso de drogas ilícitas, la prevalencia de consumo de último año (aquellos que declaran haber consumido, al menos, una vez la droga señalada, en los últimos doce meses); mientras que para describir la magnitud del uso de drogas lícitas, se emplea la prevalencia de consumo de último mes (aquellos que declaran haber consumido la droga señalada, a lo menos una vez, en los últimos 30 días) (CONACE, 2004).

El Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, llevado a cabo el año 2004 por CONACE, evidencia que el uso de drogas en el país se ha estabilizado en los últimos años, después de haber aumentado sostenidamente en los años noventa, alcanzando en la población comprendida entre los 12 y 64 años, una prevalencia de 6.28%. (CONACE, 2004)

Los resultados arrojados por dicho estudio, muestran que las drogas ilícitas de uso más frecuente son: marihuana, con un 5.6%; cocaína (clorhidrato de cocaína), con un 1.28%; y, pasta base (sulfato de cocaína), con un 0.62%. De ello se colige que el uso de cualquier droga ilícita (marihuana + pasta base + cocaína) ha seguido un ritmo estable en los últimos años, alcanzando un 5.79%. Este mismo estudio refiere que las drogas lícitas de mayor uso son: alcohol (56.8%), cigarrillos (40%) y tranquilizantes (3.2%). (CONACE, 2004).

Durante el año 2004 se evidencia un aumento de la participación femenina en el consumo de marihuana, alcanzando un 2.85%, y una proporción de 1:3 en relación a los hombres (por cada 3 hombres una mujer consume marihuana). No ocurre lo mismo con el uso de cocaína, donde las mujeres obtienen la prevalencia más baja de toda la serie de

estudios realizados hasta el momento (0.13%); mientras los hombres mantienen una tasa constante de 1.3%, con una razón de 1:10 (por cada 10 hombres que consumen cocaína, hay una mujer que lo hace).

Encuestas realizadas por CONACE sostienen que el grupo etario, con mayor nivel de consumo de drogas ilícitas, corresponde al segmento comprendido entre los 19 y 43 años (CONACE, 2004).

En adolescentes (12-18 años), las tasas de consumo de drogas tienden a descender durante el año 2004, llegando a un 6.5%. Este descenso se refleja, sobre todo, en el uso de cocaína, que actualmente marca un 0.79%, y en el declive de la pasta base, que alcanza un 0,65% (CONACE, 2004).

En el grupo etario que comprende entre los 19 y 25 años, el uso de sustancias actualmente, llega al 16%, alcanzando la marihuana su punto más alto (15.05%). En su conjunto, el uso de drogas entre los jóvenes tiende a estabilizarse (CONACE, 2004).

El Sexto Estudio de Drogas en Población General, indica que la media de edad de inicio de consumo de marihuana, en el año 2004, llegó a los 17 años de edad, mientras que para la pasta base y la cocaína, las edades son 19 y 21 años, respectivamente (CONACE, 2004).

Relacionado con lo anterior, se sostiene que la precocidad (proporción que se ha iniciado antes de los 15 años, entre aquellos que han usado la droga respectiva alguna vez) en el uso de marihuana, oscila entre 10% y 12%, mientras que para el caso de la pasta base, la cifra se sitúa entre 8% y 9%; el uso precoz de cocaína registra un leve aumento en los últimos dos años. En su conjunto, las cifras de precocidad se han mantenido estables en todo el decenio 1994-2004 (CONACE, 2004).

Las regiones que registran las tasas más altas de consumo de drogas ilícitas, en el bienio 2002-2004, son: Primera, con un 7.9%; Metropolitana, con un 7.2%; Quinta, con

un 6%; y, Sexta, con un 5.1%. Las mayores tasas de consumo de marihuana y pasta base se encuentran en la Primera Región, mientras que la Quinta Región, presenta la mayor tasa de consumo de cocaína (CONACE, 2004).

El Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población General arroja resultados en cuanto a la percepción de riesgo y de facilidad de acceso, por un lado, y en cuanto a la percepción del problema de drogas, por otro. Se evidencia que en los últimos cuatro años, la percepción de gran riesgo ante el uso de marihuana y cocaína ha fluctuado muy poco, alcanzando el 2004, un 72% en el caso de la marihuana, y un 82% en el de la cocaína. Respecto a diferencias de género, se aprecia que las mujeres mantienen una percepción de riesgo más alta que los hombres, hasta diez puntos en el caso de marihuana y algo más ceñida en el de la cocaína. Inversamente, adolescentes y sobre todo jóvenes, que tienen mayor compromiso con el uso de drogas, muestran percepciones de riesgo más bajas. En el caso de los adolescentes, la percepción de riesgo ante el uso de marihuana marca un 65%, mientras que para la cocaína alcanza un 69%. En el caso de los jóvenes (19-25 años), la percepción de riesgo del uso de drogas también ha disminuido, alcanzando un 55% para la marihuana y un 74% para la cocaína. A diferencia de los adolescentes, los jóvenes manifiestan una diferencia más marcada entre el riesgo de usar marihuana y cocaína (CONACE, 2004).

La percepción de facilidad de acceso a drogas, para todos los grupos de edad, se ha mantenido prácticamente inalterada en los últimos cuatro años. La proporción que declara que le sería fácil conseguir marihuana se ubica en alrededor del 52%, mientras que para la pasta base y la cocaína los datos indican un 34% y un 27%, respectivamente. En el caso del éxtasis, la percepción de facilidad de acceso, en el último bienio, aumentó de un 9% a un 12% (CONACE, 2004).

3.2 Modelo de Salud Familiar en AP

La Organización Mundial de la Salud define la AP en Salud como la “Asistencia Sanitaria Esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familias, y comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” (OMS, 1991, p.17, en Hidalgo, 1999). Basándose en esta definición, autores como Florenzano han señalado algunos elementos que, en nuestro país, resultan definitorios de lo que es la AP; según este autor, la AP se caracteriza por ser “una modalidad de atención que no está ligada a un establecimiento en particular, sino que pretende promover las prestaciones de salud en la población” (Florenzano, 1986, p.21, en Hidalgo, 1999). Asimismo, las prestaciones de la AP, a diferencia de los otros niveles de atención (Secundario y Terciario), no serían de carácter específico, sino más bien de complejidad reducida, y con fines preventivos y de promoción de la salud, prestaciones que se llevan a cabo de manera descentralizada por el equipo de salud. Así, su estrategia debe orientarse hacia los principales problemas de salud de la comunidad, integrando la Promoción, Tratamiento, y Rehabilitación (Hidalgo, 1999). También, debe coordinar la participación de todos los sectores relacionados con la salud, y fomentar la auto responsabilidad, y la participación del individuo y la comunidad. El nivel de AP es el más cercano a ésta, por lo tanto, debe atender las necesidades de salud de la comunidad local (Minsal, 1993).

El Modelo de Atención de Salud, basado en un enfoque familiar, puede ser una estrategia de acción muy útil y eficaz para abordar la salud de la población en el nivel primario de atención. La familia aparece, a la vez, como una unidad de salud, (ya que todo daño, innato o adquirido, a la salud física, mental, o social de uno de sus miembros, repercute sobre los otros), y como sistema de cuidados, ya sea de tratamiento (de una enfermedad crónica, por ejemplo), de prevención, y de educación a la salud. La familia, por tanto, posee buenas dimensiones operativas, y debe ser movilizada como tal (Duarte, 1992, en Hidalgo y Carrasco, 1999).

Conocer las características estructurales de la familia, su ciclo vital, su sensación de control sobre los problemas, las interacciones que se dan entre los miembros, y las eventuales enfermedades de éstos, cobra vital importancia a la hora de plantear una visión integradora de la atención de salud. Un enfoque de este tipo permite al equipo de salud a nivel primario considerar características del grupo y del ambiente, en el manejo del paciente individual. Conocer a la familia, y su funcionamiento, entonces, se constituye como un ejercicio fundamental para comprender y afrontar los problemas de salud de los individuos.

Para alcanzar las ventajas de un modelo familiar en la AP, han debido modificarse la infraestructura de los servicios, los procedimientos y roles del equipo de salud, y la expectativa de atención por parte de los usuarios. En nuestro país, se han diseñado sistemas orientados a otorgar atención de tipo integral, basados en experiencias llevadas a cabo, por ejemplo, en San José de Murialdo, Brasil, donde el sistema de salud se ha enfocado en realizar acciones destinadas a la prevención de enfermedades. Allí, el centro de salud fue dividido en cinco unidades periféricas, asignándosele a cada equipo la responsabilidad de prestar servicios a una zona geográficamente definida. En estas unidades, se consideró a la familia como una entidad unificada de atención, atendiendo, de esta manera, los factores biopsicosociales implicados en los problemas de los consultantes (Hidalgo, 1999).

Desde 1982, año en que el modelo recién explicado fue implementado en Chile, y con más fuerza desde 1994, se ha diseñado un tipo de intervención a nivel de AP, destinado a priorizar las necesidades de las familias, sobretudo las que se encuentran en situación de pobreza: se promueve la realización de tratamientos integrales a nivel curativo y preventivo, y la coordinación de acciones con otras instituciones y redes de apoyo social. En este contexto, el trabajo conjunto con instancias que faciliten el funcionamiento y desarrollo familiar, sumado al estudio de las acciones específicas recomendadas por la literatura existente respecto al tema, resultan de importancia fundamental, ya que son medidas que amplían el foco de acción en torno a la familia, los

sistemas en que se desenvuelve, y las necesidades y riesgos que dicho desenvolvimiento conlleva.

3.3 Programa de AP, para la Prevención y Tratamiento de Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas

La Salud Pública Estatal constituye el principal Sistema de Salud en Chile. Sus beneficiarios principales son los grupos más pobres de la población, los niños, y los ancianos. Su estrategia, por tanto, debe orientarse hacia los principales problemas de salud de la comunidad, integrando la Promoción, Tratamiento, y Rehabilitación (Hidalgo, 1999). También, debe coordinar la participación de todos los sectores relacionados con la salud, y fomentar la autoresponsabilidad, y la participación del individuo y la comunidad. El nivel de AP es el más cercano a ésta, por lo tanto, debe atender las necesidades de salud de la comunidad local (Minsal, 1993).

Una parte de la población objetivo de la Atención Primaria de Salud (APS) son aquellas familias con un paciente adicto identificado, dentro de las cuales, uno o más integrantes, participan en los GMF, los que funcionan paralelamente a los consultorios de AP y hospitales. Esta instancia tiene un carácter comunitario, orientado, entre otros fines, a aumentar el tamaño y densidad de las redes sociales significativas para el paciente.

Los participantes han vivido, en este contexto, un proceso común, enmarcado en la propuesta hecha por el Ministerio de Salud, a través de la Guía Clínica para la AP, enfocada en la Prevención y Tratamiento de Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas.

El Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia al Alcohol y Drogas en la APS propone entregar dos tipos de intervenciones:

- Una, destinada a entregar a los consumidores en riesgo (bebedores excesivos, usuarios de drogas con consumo inicial, experimental o recreacional) información apropiada para modificar el patrón de consumo, y disminuir el riesgo de complicaciones mayores. Esta intervención es de carácter PREVENTIVO (Minsal, 1993).

- Otra, dirigida a brindar diagnóstico y tratamiento de nivel primario, a aquellos consultantes que presentan abuso y/o dependencia a alcohol y/o drogas, en niveles de severidad compatibles con la obtención de resolución en el nivel primario de atención. A esta acción se le denomina INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA (Minsal, 1993)

En ambos casos, se trata de intervenciones precoces, oportunas, breves y resolutivas, susceptibles de ser realizadas en la APS.

La práctica ha demostrado que mientras más precoz sea la detección y la intervención en APS, las probabilidades que disminuya el consumo de alcohol son mayores, así como también disminuye el número de días de hospitalización, la frecuencia de licencias médicas, se atenúan y previenen posibles problemas psicosociales y aumenta la sobrevida en plazos que oscilan entre 1 a 5 años, entre consultantes bebedores en riesgo y bebedores problema (Minsal, 200: Guía Clínica para la AP: Prevención y Tratamiento de Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas).

Paralelamente a la tarea de la APS, la red de atención debiera facilitar la referencia y contrarreferencia de aquellos casos que requieran de tratamientos de mayor complejidad.

Programa Técnico

El Programa de Prevención y Tratamiento del consumo y/o dependencia a Alcohol y Drogas en la APS diferencia cuatro momentos, o etapas de acción (Minsal, 1993):

1) Detección y Evaluación

Se sustenta en el uso de un cuestionario, y una actividad complementaria opcional.

a) Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos con Uso de Sustancias Psicoactivas: Se trata de un cuestionario auto-aplicado, que permite la detección de consumo riesgoso y/o consumo problemático de sustancias psicoactivas, incluyendo el consumo de drogas ilícitas, y, en el caso del alcohol, diferenciando el consumo en riesgo.

El cuestionario es entregado a los consultantes, para que sea respondido mientras esperan atención, y luego lo muestran al profesional que los atiende.

b) Evaluación de Riesgo: Constituye una instancia, adicional y opcional, destinada a asegurar que, tanto el diagnóstico, como la referencia al siguiente momento, sea adecuada. Se ejecuta en una o más consultas de salud mental adicionales, y, en lo posible, a pocos días de la consulta inicial que la origina.

2) Intervenciones resolutivas en APS

Se distinguen dos intervenciones básicas:

a) Intervención Preventiva: Se dirige a consultantes que presentan consumo en riesgo de alcohol, y consumo experimental o inicial de drogas. Se centra en facilitar una decisión informada y autónoma del consultante, dirigida a moderar o suprimir el consumo.

b) Intervención Terapéutica: Se reserva para aquellos consultantes que presentan consumo problemático o dependencia de alcohol, de drogas, o de ambos tipos de sustancias, en quienes el nivel de compromiso psicosocial y físico es moderado, compatible con su manejo en APS. Si presentan otros cuadros psiquiátricos, éstos deben

también ser manejables en la APS (trastornos depresivos moderados, trastornos de angustia moderados, etc.).

3) Derivación y Referencia Asistida

Algunos casos requerirán hacer una derivación del consultante a otros niveles de atención. Ellos son:

- El nivel de Especialidad, o Secundario, cuando se presentan patologías más complejas médico-quirúrgicas, neurológicas, psiquiátricas u otras.
- Los planes de tratamiento de drogas actualmente en operación, Ambulatorio Básico, Ambulatorio Intensivo y Residencial, cuando hay dependencia en niveles más severos.
- Servicios de Urgencias, internación para desintoxicación, etc.

La derivación efectiva de un nivel a otro presenta dificultades comparativamente más alta en estos consultantes que en otros; esto, por la ambivalencia propia de los estados de dependencia a sustancias, y por la experiencia relativamente reciente de los servicios frente a estos problemas de salud.

El apoyo de consultorías de salud mental y psiquiatría, será de considerable valor, al facilitar la atención interdisciplinaria en AP. Esto tiene un gran valor recíprocamente educativo, potencia la efectividad de los tratamientos, y garantiza la pertinencia, oportunidad y efectividad de la derivación al nivel de especialidad cuando resulta necesario.

La Referencia Asistida se refiere a asegurar que la derivación a otro nivel de atención sea lograda. Para ello, se utilizan actividades tales como: contacto telefónico entre el establecimiento que refiere y el que debe recibir la derivación, control telefónico al consultante, reuniones de red, etc.

4) Alta, Egresos previos al alta y Seguimiento

Los egresos desde el programa, se hacen por derivaciones, altas y abandonos. En cuanto a estos últimos, la idea es realizar un manejo preventivo, pactando, por ejemplo, egresos transitorios. Los seguimientos, en estos casos, se siguen realizando.

Cuando se trata de una derivación, se denomina al seguimiento Referencia Asistida. Cuando se trata de alta, se recomienda, de acuerdo a los recursos, realizar un control telefónico con el consultante o un familiar, 3 meses después del alta.

a) Alta

Constituye el paso final de una intervención preventiva, y de una intervención terapéutica.

En ambos casos, se trata de un proceso que se planifica, aproximadamente, con dos meses de antelación. En principio, se acuerda con el consultante la forma expedita de consultar de nuevo, si así lo requiere. Junto con esto, se le hace entrega de material informativo. Posteriormente, se informa y acuerda un control telefónico o directo, 3 meses después del alta efectiva.

b) Egresos pre- alta

Por la naturaleza del cuadro clínico, y de la significación social del consumo de sustancia psicoactivas, los abandonos de los tratamientos son habituales, así como las altas prematuras, o forzadas por el consultante.

En tales casos, a fin de mantener el vínculo y la posibilidad de una reanudación del tratamiento, se gestiona un egreso pactado, donde la recomendación del equipo o profesional tratante, es la continuidad del tratamiento, pero que se pacta su suspensión, a voluntad del consultante, con uno o más contactos o controles en un plazo dado (1 a 6

meses, según parezca aconsejable), con el objeto de hacer un seguimiento de la evolución y, conforme a ello, considerar el alta definitiva, o la reanudación del tratamiento, en caso que las metas acordadas no se hayan resuelto.

c) Abandono

Se considera abandono a la ausencia mantenida a las actividades acordadas, o indicadas, en la intervención preventiva o la intervención terapéutica, durante un período de tres meses o más, y luego de, al menos, dos actividades de “seguimiento y rescate”.

d) Seguimiento

Incluye el Seguimiento y Rescate y el Seguimiento post alta.

El Seguimiento y Rescate opera cuando se producen ausencias a tres o más controles o actividades acordadas, o antes, si se trata de una situación de riesgo mayor (VIF, auto agresión, recaídas luego de un grado de recuperación significativo, etc.).

El equipo de salud busca activamente el reingreso del consultante a la intervención terapéutica, a través de contactos telefónicos, visitas al domicilio, entrevistas con familiares, denotando una actitud de acogida.

El Seguimiento Post Alta, anteriormente descrito, constituye una forma de apoyo a distancia luego del egreso del consultante, y entrega una información sobre resultados de la intervención. En ambos casos, es relevante para prevenir recaídas y fortalecer la auto eficacia del paciente. Este seguimiento se lleva a cabo, al menos, mediante contacto telefónico.

3.4 Antecedentes del Programa Ecológico Multifamiliar

El Programa Ecológico Multifamiliar ⁱⁱⁱ sitúa como base de su trabajo, que las formas de vida son particulares a la cultura en que éstas se dan. En este sentido, el uso de sustancias que provocan dependencia, se entiende como un estilo de vida dentro del sistema cultural (Troncoso M., 1999).

El PEF toma elementos de la terapia en red, incorporando además en su ejecución, una mirada narrativa, donde los significados, valores y prácticas circunscritas a una colectividad, constituyen ejes de trabajo, en la medida que se asume que los problemas de las personas son entendidos dentro de los marcos de inteligibilidad en los que éstas se desenvuelven. Estos marcos de inteligibilidad funcionarían como medio, contexto, y producto de las interacciones sociales. Consecuentemente con esto, el cambio consistiría en describir los problemas de manera alternativa, generando diferentes acuerdos y consecuencias (Troncoso M., 1999).

En este contexto, el consumo de sustancia, más que una enfermedad, correspondería a un “estilo de vida”, adquirido principalmente por la exposición a los distintos factores ambientales o psicosociales participantes, los que darían pie al desarrollo de manifestaciones culturales, como creencias populares, mitos, conductas, que transmitidos y perpetuados generacionalmente, han sido aceptadas e incorporadas en las tradiciones culturales, y más específicamente, en la vida familiar, e individual (Troncoso M., 1999).

Esta forma de trabajo, subentiende que la Salud Mental no es un hecho individual, sino eminentemente comunitario; su foco de atención ya no es el individuo o la familia, sino las historias alojadas en el espacio virtual conversacional entre las personas, es decir, las narrativas construidas por ellas (Troncoso M., 1999).

ⁱⁱⁱ En adelante PEF.

Ahora bien, no sólo la familia configura la red de apoyo del sujeto drogodependiente, aquellas personas significativas, como amistades, profesores, incluso personas desconocidas dispuestas a ayudar, se integran dentro de este trabajo altamente pluralista, colaborativo y horizontal, entre dependiente, familia, su contexto social, los voluntarios y expertos (Troncoso M., 1999).

En este sentido, este modelo toma los fundamentos de la Escuela de Zagreb (Croacia), encabezada por el Dr. Wladimir Hudolin, importante referente a nivel mundial en el estudio, prevención y tratamiento del alcoholismo, desde una mirada cibernética-ecológica, multidisciplinaria, intersectorial, transcultural, transgeneracional y de largo plazo (Troncoso M., 1999).

Esta modalidad de trabajo, fue incorporada en Chile a principios de los 70, en el actual Instituto de Psiquiatría Dr. J. Horwitz. En la V Región, estos lineamientos son incorporados aproximadamente en el año 2002, a la Unidad de Dependencia del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, para, posteriormente, integrarse a todo el sector interior de la V Región (Troncoso M., 1999).

Cabe destacar que en nuestro país, los GMF no se hallan insertos en los programas de tratamiento para drogodependencia, sino que funcionan como una red de apoyo comunitario paralelo a dichos programas y al sistema de salud.

3.5 Antecedentes sobre estudios de Evaluación Familiar

En el ámbito de la salud, diversos estudios han coincidido en que la evaluación del funcionamiento familiar, en familias que incluyen un integrante que padece de algún tipo de malestar físico, mental, o social, resulta fundamental para crear modelos de intervención adecuados, que brinden una visión integral de la problemática, y que ofrezcan a la familia mecanismos de afrontamiento pertinentes a la situación por la cual estén pasando. A través de este diagnóstico familiar, los equipos interdisciplinarios de

salud pueden organizar sus funciones en pro del bienestar del individuo señalado como paciente, así como el de su entorno más cercano.

Esto queda corroborado al analizar un estudio realizado en la población de El Hormiguero, Cali, Colombia, para evaluar los riesgos psicosociales y familiares de sus habitantes, y en el cual se utilizaron instrumentos de evaluación familiar como el APGAR familiar, la escala de Hamilton, y el Cuestionario FACES III. Dicha investigación arrojó que un 43% de las familias estudiadas presentaron disfunción familiar, prevalencia tres veces mayor a la existente en otras comunidades. Además, se observó que las familias disfuncionales solicitaron consulta médica en una proporción 4 veces mayor que las familias funcionales, lo que produjo una sobrecarga en los recursos asistenciales de la unidad primaria de atención en salud. Se observaron bajos niveles de cohesión familiar, y mala adaptación al estrés en familias disfuncionales, lo que generó altos niveles en la escala de ansiedad de Hamilton. Se concluyó, por tanto, que dentro del modelo preventivo de salud familiar, es necesario realizar acciones multidisciplinarias preventivas en los grupos con riesgos biopsicosociales, para mejorar su bienestar, y obtener mayores índices de salud en el individuo, la familia, y la comunidad (V. De Francisco, Y. Cerón, J. Herrera, en Revista Colombia Médica, <http://colombiamedica.edu.com>).

Otro estudio, realizado en México, utilizó la evaluación del funcionamiento familiar con el fin de conocer las características de cohesión y adaptabilidad de las familias que acuden al instituto para discapacitados Nuevo Amanecer, y correlacionar dichos índices con el grado de discapacidad de los pacientes (niños) atendidos en el instituto. La evaluación a 80 familias condujo a concluir que, en general, existe un aumento en la percepción ideal de características de aglutinamiento y adaptabilidad para afrontar problemas de discapacidad en un miembro de la familia. Esta conclusión destacó la importancia de ofrecer a las familias una fuente primaria de ayuda social, para aumentar, en el sistema familiar, las capacidades necesarias para resistir enfermedades crónicas; esto implica incluir al sistema familiar como uno de los elementos más

importantes en los programas terapéuticos ofrecidos a estos pacientes (C. Ramírez, E. Méndez, F. Barrón, H. Riquelme, R. Cantú, en <http://www.nuevoamanecer.edu.mx>).

En experiencias realizadas en Chile, y dentro de la temática de las adicciones, encontramos el estudio realizado durante el año 2000 por el psiquiatra Ramón Florenzano, y las psicólogas Patricia Sotomayor y Magdalena Otava (en Revista Chilena de Pediatría, www.scielo.cl). El propósito de este trabajo, fue investigar la incidencia predictiva del rol de la familia, y de los factores de personalidad sobre el consumo de drogas y alcohol en la edad juvenil. Con este fin, se aplicaron a una muestra de 467 jóvenes de ambos sexos, seleccionados al azar, de una población de escolares de algunas comunas de Santiago de Chile, de edades entre once y diecinueve años, tres cuestionarios: el cuestionario de Salud para Jóvenes ECRA- 2, FACES III para evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, y Dimensiones de Orientación Interpersonal, DOIJA. A través de un análisis multivariado específico de regresión logística, se identificaron cuatro áreas con capacidad predictiva en la conducta de consumo: cohesión familiar, edad, conductas pro sociales, y conductas antisociales. Los resultados de este estudio arrojaron presencia de consumo de drogas y alcohol en la edad juvenil, para ambos sexos, y en cualquier nivel socioeconómico, con una relación significativa con familias de baja cohesión. Se consideró, por lo tanto, a la cohesión como factor protector del consumo.

Esta publicación corrobora la existencia de una correlación significativa entre la percepción del joven de pertenencia a una familia cohesionada, hasta el exceso de una familia aglutinada, con un menor consumo de alcohol y drogas. Asimismo, aquellos adolescentes que perciben a sus familias como desligadas, presentaron mayor consumo. Este tipo de familias tenderían a una mayor disfuncionalidad, por lo tanto, serían un factor de riesgo para el consumo en adolescentes. Se concluyó, por tanto, que los factores de personalidad subyacentes a la socialización, como el tipo de familia, de acuerdo al grado de cohesión que mantengan, serán factores predictores de consumo.

En nuestra consideración, los estudios recién descritos, todos basados en resultados proporcionados por el instrumento FACES III, corroboran nuestra metodología de investigación, puesto que sus resultados denotan la importancia que cobra en el área de la salud, las dinámicas relacionales y las pautas estructurales familiares subyacentes. Sin importar la temática abordada, los estudios revisados, sumados a otras experiencias disponibles en la literatura científica, han servido como línea de base en la promoción de un trabajo orientado a la realización de intervenciones integrales con las familias, elemento que resulta ser un factor protector para la salud de cada uno de sus miembros.

Por otra parte, no existen en nuestro país estudios anteriores que incluyan la percepción del funcionamiento familiar a partir de miembros participantes de instancias de carácter más bien comunitario, como son los GMF. Los antecedentes anteriormente expuestos, sin embargo, nos orientan a realizar un estudio pertinente, dadas las características y funcionamiento de estos grupos, donde las familias encuentran una instancia de apoyo y ayuda frente a distintas problemáticas.

IV. MARCO TEÓRICO

Realizada la revisión conceptual acerca de las características y descripciones de las conductas adictivas, se busca respaldar esta investigación en un piso teórico que diga relación con una concepción sistémica de la problemática a estudiar. Desde esta perspectiva, se intenta ordenar los fenómenos relacionados con el consumo de sustancias, en términos de una causalidad circular, que subyace a los fenómenos sociales, familiares, y personales involucrados.

Dado que este estudio posiciona a la familia, sus características y su funcionamiento, como una variable fundamental a la hora de describir el proceso de rehabilitación de la conducta adictiva, se considera la revisión de literatura familiar sistémica, dando énfasis a aquellas conceptualizaciones de familia que consideren el consumo de sustancias, u otro tipo de problemas, como una expresión de las conductas inadaptadas, de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar. Así, se utiliza, por un lado, la línea explorada por Salvador Minuchin, quien, a través del Modelo Estructural, unifica, desde un punto de vista teórico, los aspectos que definen a la familia como un sistema. Se incluyen allí variables que, interrelacionadas, dan lugar a sistemas más funcionales y saludables que otros, frente a estresores, tanto externos, como internos. Por otra parte, se suma el eje teórico propuesto por David Olson a través de su Modelo Circumplejo, en tanto constituye la operacionalización del modelo sistémico familiar, en un instrumento de evaluación capaz de distinguir, a través de la descripción de ciertas variables, las características de las relaciones que definen a las familias “problemáticas” y a las “normales”, o sin problemas. El uso de dicho instrumento será de vital importancia para los objetivos de estudio.

Asimismo, y en un ámbito pragmático, también es posible considerar al GMF como un sistema de carácter relacional, dado que comparte algunas características con otros sistemas abiertos, como la familia. En este sentido, en un GMF se observan interacciones organizadas entre sus miembros, y con el medio externo. En forma

sinérgica, el GMF constituye un apoyo efectivo para sus miembros, tanto en los aspectos personales, como en las acciones propias de las funciones familiares.

4.1 Conceptos Básicos sobre las Drogas y su Uso

Droga

La Organización Mundial de la Salud (2006), califica como drogas aquellas sustancias que introducidas en un organismo vivo pueden alterar sus funciones, y que además, pueden ser susceptibles de crear dependencia y tolerancia.

Para el Ministerio de Salud chileno (2006), droga es toda sustancia farmacológicamente activa que opera sobre el sistema nervioso central, y que introducida en un organismo vivo puede llegar a producir alteraciones del comportamiento.

Según el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE, droga es cualquier sustancia que incorporada al organismo, altera su funcionamiento, ya sea a nivel físico, psicológico o ambos, pudiendo generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndola.

Cabe destacar que estas definiciones no especifican el carácter lícito o ilícito de tales sustancias, es decir, se incluyen también dentro de estas conceptualizaciones aquellas sustancias cuyo uso es socialmente permitido, por ejemplo, determinados medicamentos usados con fines terapéuticos, el tabaco, las bebidas alcohólicas y sustancias de uso doméstico, que pueden ser objeto de uso abusivo.

Lo anterior, tiene una implicancia fundamental, puesto que se estima que una sustancia es consumida con carácter de abuso si es autoadministrada excesivamente, es decir, cuando su consumo se desvía del patrón social aprobado en el marco de una

comunidad particular y/o cuando el uso de la sustancia no se encuentra legitimado en la cultura de referencia (OMS, 2006).

Ahora bien, el término droga suele utilizarse para referirse a aquellas sustancias de uso ilegal, mientras que para las de uso médico, es más común utilizar el término fármaco (OMS, 2006).

Uso y Abuso de drogas

En términos generales, la relación del individuo con las drogas, obedece a un continuo en cuyos polos se encontraría, por una parte, el no consumo de la sustancia, y por otra, la dependencia a ésta. Entre estas dos situaciones límites, se especifican ciertas formas de consumo y abuso, hasta llegar, en última instancia, a la dependencia de la sustancia.

Para el CONACE (2006), el uso o consumo de drogas, es aquella forma de consumo que no genera consecuencias negativas para la persona, lo cual implica un uso esporádico y moderado de la sustancia. A continuación se definen algunas formas de consumo de drogas.

En una primera etapa de consumo, o experimental, la persona tiene un contacto inicial con una o varias sustancias, pudiendo abandonar las mismas o continuar su consumo. La adolescencia es la etapa en que con mayor frecuencia surge este tipo de consumo, si bien un alto porcentaje no reincide en el mismo. Entre las motivaciones para consumir se encuentran: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido, y aumento de la oferta (CONACE, 2006).

Luego, un consumo ocasional, supondría un uso irregular o infrecuente de la sustancia, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Si bien el individuo es capaz de no consumir, ya conoce la acción de las sustancias en su

organismo, pudiendo relacionar los efectos que éstas tienen en él. Lo anterior, es sumamente significativo para concretar el consumo, pues el sujeto sabe qué es lo que le sucede cuando consume la sustancia, motivo por el cual, sus motivaciones para ingerirla van en relación con los efectos que ésta le produce, como el placer, la relajación y la facilitación de la comunicación (CONACE, 2006).

Más tarde, un individuo consume habitualmente una sustancia, cuando hace un uso frecuente de ésta, tanto en situaciones grupales como individualmente. Los efectos de la sustancia son perfectamente conocidos y buscados por el sujeto. Dado que no ha perdido el control sobre su conducta, el sujeto refiere poder abandonar el hábito en caso de proponérselo (CONACE, 2006).

Ahora bien, en un nivel de consumo con características de abuso, el individuo necesita manifiestamente la sustancia, puesto que toda su vida gira en torno a ésta a pesar de las complicaciones que le pueda ocasionar. Entre los problemas más comunes se detecta: incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa. Además, el sujeto es capaz de consumir la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (como por ejemplo, conduciendo un automóvil). En esta etapa, comienzan a aparecer en la vida del sujeto, problemas sociales recurrentes o líos interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las drogas, pudiendo incluso presentársele, problemas legales, como arrestos por comportamiento escandaloso (CONACE, 2006).

Por otra parte, el CIE-10 (1992), establece que el consumo de tipo perjudicial, es una forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental, dando lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. Sin embargo, el hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial.

En la medida que el consumo de la sustancia comience a comprometer la salud de la persona, o le conlleve dificultades para desenvolverse socialmente, el individuo experimentará un problema de abuso (CONACE, 2006).

En conclusión, se establece como elemento significativo para definir una situación de abuso, la desaprobación social por parte de la comunidad en la que el individuo se encuentra inserto, junto a la disfuncionalidad de éste dentro de los ambientes sociales en los cuales se desenvuelve.

Intoxicación Aguda

Según el CIE-10 (1992), la intoxicación aguda es un estado posterior y consecutivo a la ingestión de una sustancia psicotrópica, caracterizado por la alteración del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

El DSM-IV (1995), establece como características esenciales de la intoxicación por sustancias, la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión, acompañado de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (p. ej., agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central. Éstos, se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después, y no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tolerancia

Según CONACE (2006), la tolerancia se caracteriza por el desarrollo en el individuo de la necesidad de aumentar la dosis o la frecuencia de ingesta de droga, para conseguir los mismos efectos conseguidos con una dosis menor de ésta.

El Ministerio de Salud (2006) mantiene el mismo criterio, pero agrega que el desarrollo de la tolerancia se produce luego de la administración repetida de una dosis determinada de droga.

Dependencia

Para CONACE (2006) la dependencia de psicotrópicos, o adicción, consiste en un conjunto de signos y síntomas que muestran la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de tales sustancias; el individuo, pese a los efectos adversos que las sustancias ejercen sobre su organismo, continúa utilizando los tóxicos, mostrando además un incremento sucesivo en las dosis ingeridas. Esta situación lleva al sujeto a emplear gran parte de su tiempo ya sea en consumir la sustancia, recuperarse de sus efectos o conseguirla. Al mismo tiempo, el sujeto experimenta síntomas de intoxicación o abstinencia en su vida cotidiana, lo que interfiere en sus relaciones sociales.

El CIE-10 (1992) considera como dependencia “el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia luego de un período de abstinencia lleva a una instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.”

Se pueden identificar dos tipos de dependencias, una física y una psicológica; la primera estaría caracterizada por una dependencia metabólica con respecto a una sustancia, pues tras su supresión se produce un Síndrome de abstinencia, caracterizado por trastornos psicofisiológicos de variada intensidad que oscilan entre un ligero malestar y el serio compromiso de la integridad vital del individuo. Estos síntomas se

alivian al volver a usar la dosis utilizada, la que le permitiría al sujeto volver a funcionar “adecuadamente”.

En la dependencia psicológica, si bien no se presentan síntomas físicos ante el cese de la administración de la sustancia, el sujeto experimentaría una necesidad imperiosa de buscar, obtener y reiniciar el consumo de ésta. Esto, estaría relacionado con que toda droga produce un estado de placer psíquico, lo que originaría el deseo de volver a repetirlo mediante su consumo.

Esta sensación placentera funcionaría como refuerzo para que se vuelva a repetir el consumo, conformándose así un patrón comportamental recursivo.

Pautas para el diagnóstico de la dependencia

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios (CIE-10, 1992).

4.2 Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas aparece como el resultado de un esfuerzo de estudio interdisciplinario, que intenta encontrar las propiedades comunes a ciertas entidades, los sistemas, que se presentan en todos los niveles de la realidad, pero que son objeto tradicionalmente de disciplinas académicas diferentes. Su puesta en marcha se atribuye al biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy, quien, en el año 1928, inició un análisis de un nuevo enfoque de los problemas biológicos. Esta nueva perspectiva, tenía la intención de introducir en la discusión científica, una concepción fundamentalmente diferente de la naturaleza de los hechos biológicos, concepción que subrayara un enfoque “organísmico”, en vez de uno “reduccionista”. Para von Bertalanffy, la ciencia tradicional, basada con firmeza, como lo estaba, en modelos explicativos lineales, de causa y efecto, tenía grandes limitaciones. Ellas sólo podrían superarse por medio de un enfoque distinto, que diera atención a la organización y a la relación entre las partes, antes que a las relaciones lineales, y a una consideración de los hechos, en el contexto en el cual se dan, y no aislados de su ambiente. Así, para el año 1945, la Teoría General de los Sistemas proponía y bautizaba un conjunto de conceptos integrados para encarar problemas holísticos en la ciencia (Steinglass, 1993).

En la teoría general de sistemas, se considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con

respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos (Von Bertalanffy, 1976).

El *sine qua non* de un sistema, es la coherencia de sus características de organización; los elementos deben estar vinculados entre sí, en forma descriptible y predecible con coherencia. Son, por tanto, fundamentales los conceptos de Organización, de Morfoestasis (regulación interna), y el de Morfogénesis (crecimiento controlado) (Steinglass, 1993).

El concepto de Organización es descriptivo. Se encuentra al centro de los principios orgánicos abrazado por la teoría de sistemas, cuyo concepto más importante es que las características de organización del sistema producen un todo mayor que la suma de cada una de las partes. Esto implica que no es posible pensar un elemento, o subgrupo de elementos, como si actuase de manera independiente. Por el contrario, se propone una entidad organizada, en la cual “el estado de cada unidad es limitado por el de otras unidades, o condicionado por él, o depende de ese estado” (Miller, 1965, en Steinglass, 1993).

La teoría sistémica también ve a los sistemas vivos como entidades dinámicas, que responden al “juego recíproco” de las otras dos grandes fuerzas: una fuerza Morfogénica, vinculada con el crecimiento, el cambio y el desarrollo, y una tendencia a hacerse organizativamente más complejos a lo largo del tiempo; y una fuerza Morfoestática, a menudo llamada Homeostasis, conceptualizada, por lo general, como un conjunto de mecanismos reguladores, útiles, para mantener la estabilidad, el orden, y el control de los sistemas en funcionamiento (Steinglass, 1993).

No es de extrañar que los conceptos antecedentes resulten atractivos, en sí mismos, para constituirse como el modelo teórico dominante para la terapia familiar, pues, además en el ámbito de los problemas humanos, esta perspectiva cambia el acento desde los aspectos individuales hacia los aspectos interaccionales, relacionales y contextuales (Bertalanffy, 1976). La familia, considerada en este contexto como un

Sistema Vivo, responde a los mecanismos morfoestáticos, en la medida en que cumple una función reguladora, tendiente a equilibrar y modelar el peso y la dirección de las características morfogénicas. Así, se genera en las llamadas “familias normales” un equilibrio entre el deseo de la familia de mantener su estabilidad, y el deseo de cambiar, y crecer, procesos que van configurándose de acuerdo a las demandas internas y externas que se suscitan conforme los miembros del sistema se van desarrollando y requiriendo mayor o menor grado de autonomía. Sin embargo, es posible encontrar sistemas donde los mecanismos morfoestáticos ejercen un efecto de tal magnitud, que compriman las aspiraciones de desarrollo, provocándose una crisis familiar cuando éstas se desencadenan; por otra parte, familias descritas como caóticas, constituyen una organización donde parecieran ocurrir constantes alteraciones y cambios, dando lugar a un sistema descontrolado y disregulado.

Sin embargo, la epistemología sistémica no implica el trabajar, exclusivamente, con sistemas totales, o familias completas. Muchas veces, por motivos estratégicos, y/o pragmáticos, se debe trabajar con algunos miembros de la familia. Lo esencial al enfoque propuesto, es la consideración de que toda persona es parte de un sistema familiar, y que frente a cada individuo, exista una representación de que éste es parte de un sistema familiar, con particulares formas de interactuar.

Esquema Conceptual de Familia, según el Enfoque Estructural

La familia puede ser estudiada desde distintas perspectivas: valórica, sociológica, demográfica, antropológica, o psicológica. Para quienes trabajan en los sistemas de salud, y, por lo tanto, que incluyen dentro de su actividad la relación con personas, y sus familias, se hace necesario poseer una visión de la familia que permita poder realizar de manera eficiente su trabajo, tanto en lo que se refiere a su calidad humana, como a su efectividad (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Diferentes autores han propuesto teorías y enfoques que enfatizan, o destacan, distintos aspectos del funcionamiento familiar. No hay una teoría unitaria sobre la

familia, por lo tanto, tampoco es fácil, ni consistente, postular un modelo de familia normal, y patológica. Por el contrario, hay, más bien, un acuerdo en que el concepto de “normalidad” es muy relativo, y utilizarlo, lleva a equívocos y confusiones, más que a acuerdos u orientaciones útiles. Por lo tanto, se habla más bien de funcionalidad, o disfuncionalidad familiar, en el sentido de cuáles son las estructuras, procesos, y paradigmas que mejor permiten a las familias cumplir con sus funciones esenciales, esto es, lograr el desarrollo integral de las personas en el contexto familiar, en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo, y favorecer el proceso de socialización (Hidalgo, 1999).

La familia es una organización social primaria, que se caracteriza por vínculos de consanguinidad y de relaciones afectivas de intimidad y significado, siendo un subsistema del sistema social más amplio. Los miembros de la familia cumplen roles al interior de ésta, y le permiten vincularse con otros sistemas sociales, tales como el trabajo, la escuela, el barrio, etcétera. La familia nuclear, o extendida, se relaciona con otros sistemas, que le influyen, y con los cuales necesariamente debe interactuar (ecosistema). En este sentido, es que se considera a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno, e influido por una variedad de sistemas externos relacionados (Nichols & Everett, 1986, en Hidalgo y Carrasco, 1999).

La familia, según la teoría sistémica, sería un sistema compuesto por un conjunto de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa. A vez, la familia puede ser considerada como un sistema interactivo gobernado por reglas, las cuales facilitan que se configure como totalidad, garantizando su estabilidad y equilibrio interno; los límites vendrían ser las reglas que organizan el comportamiento de la familia de acuerdo a su objeto y principios, determinando una particular unidad que la distingue de otras unidades familiares.

Normalmente, determinadas interacciones tienden a ser efectuadas de modo recurrente por los miembros de la familia, estableciéndose ciertas pautas y ciclos

característicos, y ciertas reglas de relación o principios ordenadores de la relación familiar, que varían según el nivel de flexibilidad con que operan en cada familia (Vidal, 1994).

Para Minuchin (1979), la familia es un grupo natural cuyos miembros elaboran pautas de interacción, constituyéndose como un factor significativo en el desarrollo de la persona y determinante de las respuestas de sus miembros. La estructura y organización de la familia son factores de enorme importancia en la conducta de sus miembros y son los patrones de transacción del sistema familiar los que condicionan el comportamiento de cada uno de sus integrantes (Epstein y cols., 1981).

Minuchin define la Estructura Familiar como aquel *“conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Estas transacciones repetidas van estableciendo pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas van conformando el sistema”* (Minuchin, 1974).

Las pautas transaccionales modulan la conducta de los miembros de la familia, y son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero, es genérico, e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar; la jerarquía de poder, en la que los padres e hijos tienen niveles de autoridad diferentes, es de esta naturaleza. También debería existir una complementariedad de las funciones, en las que los miembros de las familias acepten la interdependencia en cuanto a sus funciones, y operen como un equipo (Minuchin, 1974).

El segundo sistema de coacción es idiosincrásico. Le son inherentes las expectativas recíprocas de los miembros de la familia. Al origen de estas expectativas subyacen, entre los miembros de la familia años de negociaciones, ya sean explícitas y/o implícitas. Frecuentemente, la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada, y es posible que nunca hayan sido explícitos. Pero las pautas trascienden, permanecen, en relación con una acomodación mutua, y con una eficacia funcional (Minuchin, 1974).

Así, el sistema se automantiene. Es capaz de ofrecer resistencias al cambio, conservando las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo, aunque también hay que considerar que el sistema puede tener pautas alternativas. Sin embargo, cuando la familia enfrenta una crisis, por ejemplo, sobrepasando el umbral de tolerancia del sistema, éste pone en marcha mecanismos que intentan restablecer el nivel original. Cuando se generan situaciones de desequilibrio en el sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen sus obligaciones. Esto implica la posible aparición, por ejemplo, de requerimientos de lealtad familiar, y maniobras de inducción de culpabilidad. Sin embargo, a pesar de esta cierta rigidez, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia misma de la familia depende de la posibilidad de emplear pautas alternativas, que le permitan introducir los cambios transaccionales necesarios, sin perder su identidad (Steinglass, P. & col., 1993).

El sistema familiar se diferencia, y ejecuta sus funciones, mediante subsistemas. Cada individuo constituye un subsistema al interior de la familia. Los subsistemas, a su vez, pueden ser “holones” (término acuñado por Arthur Koestler, para denominar aquellas entidades de “rostro doble” en los niveles intermedios de cualquier jerarquía; en este caso, designa la unidad que constituyen en una familia dos miembros, unidad formada por generación, sexo, interés, o función). Así, cada miembro de la familia puede ser parte de dos o más holones, en los que posee diferentes niveles de poder, y en los que aprende habilidades indiferenciadas. En diferentes subsistemas, el individuo se incorpora a diferentes relaciones complementarias (Mata, 2004). Se pueden distinguir los siguientes subsistemas/holones que constituyen el sistema familiar: conyugal, parental y fraternal (Mata, 2004).

Minuchin postula que los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan de éste, y de qué manera lo hacen. Su función consiste en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas, y plantea demandas específicas a sus miembros; asimismo, el

desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado tanto en la libertad de dicho subsistema, como en la interferencia por parte de otros.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites entre los subsistemas deben ser claros. Su definición debe ser lo suficientemente precisa, como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero a la vez, debe permitir el contacto entre los miembros del subsistema (Minuchin, 1964).

La claridad de los límites dentro de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. Como consecuencia de esto, la distancia entre los subsistemas disminuye, los límites se esfuman, y la diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Un sistema de este tipo puede sobrecargarse y carecer de los recursos necesarios para adaptarse, y cambiar bajo circunstancias de estrés. Como contrapartida, hay familias que se desarrollan con límites muy rígidos; la comunicación entre los subsistemas es difícil, y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas. Estos dos extremos del funcionamiento de límites son designados como Aglutinamiento y Desligamiento. Es posible considerar a todas las familias como colocadas en algún punto de un continuo que va entre estos dos extremos; la mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro de los límites normales, y las operaciones en los extremos, por lo general, señalan áreas de posible patología. Minuchin plantea que la terapia familiar estructural clarifica los límites difusos, y abre los excesivamente rígidos (Minuchin, 1964).

La adaptación familiar a los cambios internos (de sus miembros y/o subsistemas) y externos (exigencias sociales que influyen sobre los individuos) requiere una transformación constante de la posición de los miembros en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su identidad. En este proceso de cambio y continuidad, las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son

inevitables. Los procesos transicionales de adaptación a nuevas situaciones que los sistemas deben enfrentar, en los que el desorden y la angustia que caracteriza a estos momentos de los procesos se hacen evidentes, pueden llevar a considerarlos, erróneamente, como patológicos, en vez de definirlos como sistemas familiares comunes, en situaciones transicionales, que enfrentan las dificultades de acomodación a las nuevas circunstancias. En este sentido, resultan más disfuncionales aquellas familias que, frente a las tensiones, incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes.

En base al funcionamiento de las jerarquías y los límites al interior de un sistema familiar, es posible distinguir entre familias “adaptativas” o “funcionales” y familias “inadaptadas” o “disfuncionales”. Las primeras no sólo tienen límites claramente definidos y jerarquías netas sino que son capaces de establecer relaciones adecuadas con otros subsistemas pertenecientes a su entorno, constituyendo con ellos redes sociales de soporte que prestan un valioso apoyo, retroalimentando con información, sostén emocional y acciones concretas al sistema familiar cuando éste atraviesa etapas críticas que demandan la puesta en juego de sus mecanismos adaptativos. Por el contrario, las familias “inadaptadas” son aquellas en las que límites y jerarquías se hallan pobremente definidos, lo que dificulta el proceso de separación-individuación y que, en cuanto a sus relaciones con el medio circundante, o se repliegan excesivamente sobre sí mismas o no aciertan a regular sus intercambios con el mundo exterior, mostrándose demasiado abiertas, lo que puede conducir las a la desorganización (Mendoza A., 1993).

En definitiva, Minuchin ofrece un esquema conceptual del funcionamiento familiar, que define a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos. El esquema tiene tres componentes distinguibles. En una primera instancia, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto, en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia se desarrolla a través de la transición por un cierto número de etapas, que le exigen una reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de modo tal que mantiene una continuidad, y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro. En este contexto, el

síntoma y su representante (paciente índice) se concibe como un mecanismo de adaptación a las condiciones del sistema familiar (García cit. por San Lee, 1994).

Para este estudio, son relevantes las aportaciones de Minuchin, pues éste enfatiza en los aspectos estructurales y relacionales que se dan al interior de una familia, descritos anteriormente. Por su parte, la estructura y dinámica relacional de la familia han sido operacionalizadas por David Olson, a través de su Modelo Circumplejo; de este modelo se desprenden las dimensiones cohesión y adaptabilidad familiar, las cuales serán variables de estudio en la presente investigación.

4.3 Modelo Circumplejo de Olson

En el ámbito de la investigación familiar, el Modelo Circumplejo de los Sistemas Maritales y Familiares de David H. Olson, ha sido señalado, por diversos estudios, como una herramienta útil en la discriminación entre familias con y sin problemas (Arredondo V., Lira G. & Millan R., 1996). El énfasis que da el Modelo Circumplejo al funcionamiento familiar, lo convierte en una herramienta teórica y práctica importante de considerar para la descripción de las características relacionales y estructurales de familias que incluyen a un paciente drogodependiente.

El Modelo Circumplejo plantea tres dimensiones centrales del comportamiento familiar, que fueron extraídas de la revisión y fusión conceptual de más de 50 términos concebidos para describir la dinámica marital y familiar. Estas dimensiones son: (a) Cohesión, (b) Adaptabilidad, y (c) Comunicación (Olson, 1986).

La dimensión de cohesión familiar se define como el “nivel de vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía que experimenta cada miembro al interior de su sistema familiar” (Olson, Sprenkle & Russell, 1979). Esta dimensión evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella, de modo que una proximidad extrema desemboca en un apego excesivo, en una sobreidentificación con la familia, y la carencia de proximidad se traduce en un desapego, siendo un nivel balanceado de cohesión familiar el que

conduciría a un funcionamiento familiar efectivo y a un desarrollo individual óptimo (Olson, Sprenkle & Russell, 1979).

Algunas de las variables específicas que permitirían medir y diagnosticar la dimensión de cohesión familiar son las siguientes: lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, adopción de decisiones, intereses y recreación. Existirían cuatro niveles básicos de cohesión: desligado (muy bajo), separado (bajo a moderado), conectado (moderado a alto), y aglutinado (alto) (Olson & col., 1981).

La segunda dimensión, adaptabilidad familiar, tiene que ver con la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la “capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas DE relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo” (Olson, Russell & Sprenkle, 1983). Las variables específicas que pueden ser usadas para diagnosticar y medir esta dimensión son: estructura de poder familiar (afirmación, control y disciplina), estilos de negociación, relaciones de poder y reglas de relación. Se consideran cuatro niveles de adaptabilidad, que son: rígido (muy bajo), estructurado (bajo a moderado), flexible (moderado a alto), y caótico (muy alto) (Olson & col., 1981).

La comunicación familiar es la tercera dimensión del Modelo Circumplejo y facilita el movimiento de las parejas y las familias en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Según Olson (1988), las habilidades de comunicación positiva, tales como empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo, permiten a las familias compartir entre sí sus necesidades y preferencias cambiantes en relación con la cohesión y la adaptabilidad; en tanto las habilidades negativas, tales como doble mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen, por lo tanto, la movilidad de la familia en las otras dimensiones.

Olson, a través de este modelo, evalúa las relaciones familiares en las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, operacionalizándolo a través de un

instrumento, de nombre FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, en español: Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar), que tiene la forma de un cuestionario que permite tipificar las familias en un espectro de rigidez/flexibilidad y cercanía/separación. De la combinación de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad permite identificar y describir 16 diferentes tipos de sistemas familiares; los tipos más centrales serían los más comunes, encontrándose las familias con problemas en los tipos extremos. Estos 16 tipos de familias pueden ser agrupados en tres tipos más generales: 4 familias de rango balanceado, 8 familias de tipo mixto o rango medio, y, 4 familias de rango extremo (Olson, Russell & Sprenkle, 1983).

Las familias balanceadas son aquellas equilibradas en ambas dimensiones, y son: flexiblemente separadas, flexiblemente conectadas, estructuradamente separadas, y estructuradamente conectadas. Estas familias podrían establecer un equilibrio en los niveles de apego y de flexibilidad para el cambio, gracias a su adecuado proceso de comunicación (Olson, 1983).

Las familias de rango medio, son aquellas extremas en una dimensión y balanceadas en la otra, éstas son: caóticamente separadas, flexiblemente desapegadas, caóticamente conectadas, flexiblemente apegadas, estructuradamente desapegadas, estructuradamente apegadas, rígidamente separadas, rígidamente conectadas (Olson, 1983).

Las familias extremas, serían extremas en ambas dimensiones, siendo éstas: caóticamente desapegadas, caóticamente apegadas, rígidamente apegadas, rígidamente desapegadas (Olson, 1983).

Este instrumento tiene la habilidad para discriminar entre familias “problemáticas” y “no problemáticas” en las direcciones predichas. La hipótesis central derivada de este modelo, es que las familias balanceadas funcionarán de manera más adecuada que las familias extremas. Esta hipótesis está construida sobre la base de que las familias extremas, en ambas dimensiones, tenderán a tener más dificultades para

enfrentar el estrés situacional y de desarrollo. Esto implica una relación curvilínea sobre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, de manera que muy poca o excesiva cohesión o adaptabilidad, es vista como disfuncional para el sistema familiar. Sin embargo, familias capaces de equilibrar estos dos extremos, parece que funcionarían mejor (Olson, 1986; Simon, Stierlin & Weynn, 1988).

En las figuras N°1, N°2 y N°3, se describen las principales características de los tipos familiares anteriormente señalados, los cuales resultan de la intersección de las descripciones establecidas para las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (Olson, 1993).

Fig. N° 1. Descripción de las principales características de los tipos familiares, de acuerdo con la dimensión de Cohesión.

	DESLIGADA (Muy bajo)	SEPARADA (Bajo-Moderado)	CONECTADA (Moderado-Alto)	FUSIONADA (Muy alto)
APEGO EMOCIONAL	Extrema separación emocional Falta de lealtad familiar	Predominio de separación emocional. Lealtad familiar es ocasional.	Cercanía emocional. Lealtad familiar	Cercanía emocional extrema. Se demanda lealtad hacia la familia.
COMPROMISO FAMILIAR	Mínimo compromiso e interacción. Escaso contacto afectivo.	El involucramiento se acepta, prefiriéndose la distancia personal. Algunas veces se demuestra correspondencia afectiva.	Énfasis en el involucramiento, permitiéndose la distancia personal. Interacciones afectivas son alentadas y preferidas.	Dependencia afectiva entre los miembros de la familia.
RELACIÓN MARITAL	Extrema desvinculación emocional	Separación emocional	Cercanía emocional.	Extrema reactividad emocional.
COALICIONES PADRE-HIJO	Gran lejanía parento-filial	Límites parento-filiales claros, con baja cercanía entre padres e hijos.	Cercanía emocional con límites claros entre los subsistemas.	Carencia de límites generacionales. Coaliciones parento-filiales.
LÍMITES INTERNOS	Predominio de la separación personal	Se alienta la separación personal	Separación respetada pero no valorada.	No hay separación personal.
Tiempo	Poco tiempo juntos, énfasis en el tiempo separado.	Tiempo individual es importante, pero se pasa parte del tiempo juntos.	Tiempo juntos importante.	Mayor parte del tiempo juntos.
Espacio	Preferencia por espacios separados	Se prefieren los espacios separados compartiendo el espacio familiar.	Espacios compartidos y privacidad respetada.	Espacios individuales no permitidos.

	DESLIGADA (Muy bajo)	SEPARADA (Bajo-Moderado)	CONECTADA (Moderado-Alto)	FUSIONADA (Muy alto)
Decisiones	Las decisiones se toman independientemente	Decisiones individuales, con posibilidad de decisiones conjuntas.	Preferencia por decisiones conjuntas.	Decisiones sujetas al deseo del grupo.
LÍMITES EXTERNOS	Foco predominante fuera de la familia	Predomina foco (temas) fuera de la familia.	Interés focalizado dentro de la familia.	Foco principal dentro de la familia.
Amistades	Amistades individuales y exclusivas	Amigos personales, raramente compartidos con la familia.	Amigos individuales se comparten con la familia.	Preferencia por amigos comunes.
Intereses	Intereses diferenciales y desiguales	Intereses distintos.	Preferencia por intereses comunes.	Intereses conjuntos se dan por mandato.
Recreación	Recreación individual	Recreación más separada que compartida.	Recreación compartida antes que individual.	Recreación muy escasa.

Fig. N°2. Descripción de las principales características de los tipos familiares, de acuerdo con la dimensión de Adaptabilidad

	RÍGIDA (Muy bajo)	ESTRUCTURADA (Bajo-Moderada)	FLEXIBLE (Moderado-Alto)	CAÓTICA (Muy alto)
LIDERAZGO (Control)	Liderazgo autoritario. Fuerte control parental.	Liderazgo autoritario, a veces igualitario.	Liderazgo igualitario.	Liderazgo limitado y/o ineficaz.
DISCIPLINA	Disciplina autocrática, estricta, y de aplicación severa.	Disciplina semi-democrática con consecuencias predecibles.	Disciplina democrática con consecuencia negociadas.	Disciplina inconsistente en sus consecuencias.
NEGOCIACIÓN	Padres imponen las decisiones.	Padres toman las decisiones, y hay una negociación estructurada.	Decisiones tomadas por acuerdo.	Decisiones parentales impulsivas.
ROLES	Roles estrictamente definidos.	Roles estables con escaso intercambio.	Roles compartidos.	Falta de claridad en los roles. Alternancia e inversión de roles.
REGLAS	Reglas se hacen cumplir estrictamente, sin posibilidad de cambio.	Reglas mantenidas con fuerza, resistentes al cambio.	Reglas flexibles, posibles de ser cambiadas.	Frecuentes cambios de reglas, no cumpliéndose consistentemente.

Fig. N° 3. Descripción de las principales características de los tipos familiares, de acuerdo con la dimensión de Comunicación

	Bajo	Facilitador	Alto
HABILIDADES PARA ESCUCHAR Empatía Escuchar activo	Rara vez evidente Rara vez evidente	A veces evidente A veces evidente	A menudo evidente A menudo evidente
HABILIDADES PARA HABLAR Hablar por sí mismo Hablar por otros	Rara vez evidente A menudo evidente	A veces evidente A veces evidente	A menudo evidente Rara vez evidente
AUTOREVELACIÓN	Escasa conversación sobre sí mismo, sentimientos y relaciones.	Alguna conversación sobre sí mismo, sentimientos y relaciones.	Abierta conversación sobre sí mismo, sentimientos y relaciones.
CLARIDAD	Mensajes verbales inconsistentes y/o poco claros. Frecuentes incongruencias entre mensajes verbales y no verbales.	Algún grado de claridad, aunque no consistente en el tiempo o entre todos los miembros. Algunos mensajes incongruentes.	Mensajes verbales muy claros. Mensajes generalmente congruentes.
CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO	Escasa continuidad de contenido. Desviaciones y agregados no verbales irrelevantes ocurren frecuentemente. Cambios de tópico frecuentes e inapropiados.	Algún grado de continuidad, aunque no consistente en el tiempo o entre todos los miembros. Desviaciones y agregados no verbales irrelevantes ocurren a veces. Cambios de tópico no consistentemente apropiados.	Miembros consistentemente siguen unos a otros. Escasas desviaciones y agregados no verbales irrelevantes. Mensajes no verbales facilitadores. Cambios de tópico apropiados.
RESPECTO Y CONSIDERACIÓN	Falta de respeto por los sentimientos y mensajes de los demás. Actitudes irrespetuosas y depreciatorias abiertas.	Algún grado de respeto por otros, aunque no consistente en el tiempo o entre todos los miembros. Algunos mensajes incongruentes.	Aparece consistentemente el respeto por los sentimientos y mensajes de los otros.

4.4 Modelo de Factores de Riesgo y Factores Protectores de la Familia

En general, la salud ha tendido a ser abordada como un tema netamente individual. En lo que respecta a la salud y enfermedad existe cada vez más evidencia de que la familia tiene un rol fundamental. Las interacciones familiares moldean muchas de las principales conductas que mantienen a los individuos sanos, esto es, promueven los estilos de vida de los miembros, estilos que tendrán ciertas características, de acuerdo a cómo fueron socializados, en relación a conductas protectoras, y riesgosas para su salud (Hidalgo y Carrasco, 1999).

De esta forma, dentro de las experiencias que la vida familiar ofrece, así como en sus características inherentes y las conductas de sus miembros, es posible encontrar diversas variables o condiciones que constituyen factores de riesgo o de protección en el ámbito de la salud. El enfoque de factores de riesgo y factores protectores se basa en los siguientes lineamientos:

- Las personas, las familias, y los grupos, tienen diferentes grados de posibilidad de desviarse de la salud, y el bienestar.
- Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos, y necesidades de sus miembros.
- Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples, e interrelacionados.
- El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos o compensándolos, disminuye la probabilidad de daño.
- El refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una salud mejor y mayor bienestar (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Los factores biopsicosociales que influyen sobre el estado de salud de las personas, pueden ser divididos en dos grandes categorías:

- Los factores de riesgo: Constituyen condiciones, o aspectos biológicos y/o sociales, que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad, o mortalidad futura, no por esto implicando una relación causa- efecto. Diversos estudios han identificado condiciones familiares que pueden ser señaladas como factores de riesgo respecto de determinadas problemáticas de salud. A modo de ejemplo, las familias uniparentales, la separación o divorcio de los padres, los conflictos conyugales, el maltrato doméstico, la negligencia parental, el embarazo precoz, o características como alteraciones psiquiátricas de un miembro de la familia, baja autoestima de los individuos, alteraciones de la personalidad, etc., son todos factores de riesgo para la salud, tanto de los adultos, como de los adolescentes y niños. También se categorizan en esta dimensión las Conductas de Riesgo, definidas como acciones, pasivas o activas, que involucran peligro para la persona, o que acarrear directamente consecuencias negativas para la salud, o que comprometen aspectos de su desarrollo. Entre ellas, el consumo de alcohol, la sexualidad precoz, la deserción escolar, etcétera (Hidalgo y Carrasco, 1999).

- Los factores protectores: Son aquellos que reducen la probabilidad de emitir una conducta de riesgo, o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas. Valdés y cols. (1994) plantean que son factores que mitigan el impacto del riesgo en la conducta del individuo, y que lo motivan al logro de las tareas propias de esta etapa del desarrollo. Los factores protectores pueden considerarse como los recursos que tiene una familia para enfrentar su desarrollo, y eventos vitales. Son características, rasgos, habilidades, competencias, medios, tanto de los individuos de una familia, de la familia como unidad, y de su comunidad (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Los factores protectores de funcionamiento familiar más conocidos son la cohesión y la flexibilidad (Olson & Cols., 1979), incluyendo aspectos tales como la confianza, aprecio, soporte emocional, y respeto por la individualidad. También las habilidades de comunicación en la familia son esenciales para coordinar los esfuerzos del grupo en manejar las demandas internas y externas. Otro aspecto importante es la capacidad de la familia para usar la red social, constituyéndose esta capacidad en un

recurso interno protector, cuando las personas perciben la existencia de redes y son capaces de activarlas.

En esta dimensión también se encuentran los factores protectores basados en la comunidad: los constituyen aquellas características y/o competencias de personas, grupos e instituciones, con las cuales la familia puede contar, o acceder para satisfacer sus necesidades. Esto incluye un amplio rango de servicios, tales como los sistemas de salud, educación, grupos religiosos, empleadores, etcétera., así como las políticas de gobierno que implementan programas de apoyo a la familia (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Los estudios de factores protectores relacionados con el funcionamiento familiar han visto cómo las características de Cohesión, Adaptabilidad, y Capacidad de Comunicación del sistema familiar, constituyen variables protectoras en el manejo de situaciones de crisis, o estrés familiar. Olson y cols. (1979) han realizado mediciones clínicas, que demuestran que las familias situadas en dimensiones intermedias de cohesión y adaptabilidad tendrán una mejor respuesta frente a una crisis familiar, que aquellas ubicadas en una posición extrema.

Florenzano (1994), citando a Pratt, describe a las “familias energizadas” como aquellas que se caracterizan por una organización flexible interna, interacción recíproca de roles, poder compartido, autonomía de sus miembros, y un ambiente que apoya esta autonomía. Estas características pueden ser consideradas como factores protectores en la familia. Florenzano concluye que “es importante conocer y estudiar las interacciones entre la familia, y el proceso de enfermedad de sus miembros. Estas interacciones serán afectadas por las características estructurales de las familias, incluyendo su ciclo vital, su contexto sociocultural, la naturaleza de la enfermedad misma, y las características de sus miembros individuales...”(Florenzano, 1994, en Hidalgo y Carrasco, 1999).

Los factores – protectores o de riesgo- brindan importante información sobre posibles condicionantes de una determinada conducta; pero no constituyen, en sí mismos, un buen o mal funcionamiento. Resultan ser herramientas bien definidas, pero

tienen un valor limitado para realizar aproximaciones hacia la prevención. Es por esto que la búsqueda y el trabajo de los profesionales de la salud no deben centrarse únicamente en los factores, sino, más bien, en los mecanismos situacionales envueltos en los procesos protectores.

- **Mecanismos Protectores:** Se utiliza esta definición cuando una trayectoria de conductas o situaciones de riesgo previas se ven cambiadas por conductas más adaptativas. Se produce una mejoría de la reacción frente a la situación de riesgo, que, en circunstancias comunes, conducirían a un resultado más desadaptativo.
- **Mecanismos de Riesgo:** Son aquellos que producen una intensificación de la situación de riesgo (Hidalgo y Carrasco, 1999).

La importancia que conlleva hablar de Mecanismos radica en que el foco de atención deja de ser un factor (protector o de riesgo), ampliándose la mirada hacia los procesos de cambio que conllevan la mantención o alteración de patrones adaptativos, o desadaptativos de funcionamiento. Esto amplía las posibilidades de intervención, tanto en el plano preventivo, como de tratamiento.

4.5 La Familia y las Adicciones

La problemática del abuso de drogas y alcohol ha sido objeto de numerosos estudios, que toman en cuenta a la familia desde distintas perspectivas: la familia como factor de riesgo o causal, efectos de la drogadicción en la familia, o bien, participación de la familia en la prevención y/o tratamiento. Analizar la participación de la familia en el problema de las adicciones no implica considerarla como un factor causante, sino ver cómo, en confluencia con otros sistemas a los cuales está conectada, la red de relaciones familiares se vuelve vulnerable, e incorpora en ella la conducta adictiva de uno o más de sus miembros. Significa, también, ver cómo puede ser parte importante en la búsqueda de soluciones (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Enfrentar este tema desde una perspectiva pertinente a esta investigación, implica aunar explicaciones que tengan en cuenta, al menos, las siguientes dimensiones:

- Una concepción sistémica de la Familia, y sus procesos.
- Una concepción de Familia como espacio donde se confrontan factores de riesgo, y protectores, en cuanto a la Promoción de la salud sus miembros.

Así, en el trabajo de Hidalgo y Carrasco (1999), se encuentra una conceptualización idónea, en tanto aún a estas temáticas, con base en una revisión bibliográfica que aborda las perspectivas tanto sistémicas de la problemática, como su relación con el modelo de Salud familiar.

En principio, los mencionados autores manifiestan que “resulta difícil distinguir las vulnerabilidades que ponen en riesgo a una familia en relación a las drogas. Se describe que en estas familias los hijos rara vez son reforzados y validados. Se visualiza una baja expresión de afecto entre los integrantes del núcleo, y, en cambio, son frecuentes los mensajes críticos, las quejas, lo que genera, progresivamente, un temor al fracaso, inseguridad, autoimagen negativa, y evitación de exigencia. También se mencionan las bajas expectativas educacionales de los padres hacia sus hijos, las débiles pautas de control e inconsistencia en los patrones de disciplina, y se reseñan estilos de crianza infantilizados por parte de las madres. Asimismo, son más frecuentes las familias con un solo progenitor aunque éste tiene una relación significativa - conflictiva- con otro adulto (abuelo, o ex esposo, por ejemplo). Por último, se ha constatado mayor riesgo de abuso de drogas en familias en las que existen fuertes brechas culturales- entre ellos y la comunidad, y entre padres e hijos- debidas a situaciones de inmigración” (Hidalgo y Carrasco, 1999). Con esto, se manifiesta la importancia de las condiciones relacionales en el tema, tanto entre subsistemas familiares, como entre el sistema familiar y el sistema social.

Sin embargo, ninguna de estas condiciones parece específica. “Las familias de adictos parecen similares a otras familias con disfunciones severas” (Stanton, 1988).

Comparadas con las familias con un miembro esquizofrénico, o psicósomático, aquellas con un miembro adicto son más primitivas y directas en la expresión de conflictos, y tienen en su interior alianzas más abiertas y rígidas (como la prototípica relación cercana y conflictiva entre la madre y el hijo adicto, mientras el padre queda distante y excluido).

El rasgo sobre el cual existe mayor consenso y evidencias, es que las familias de adictos tienen una historia multigeneracional de uso de drogas, en especial de alcohol, y tendencia a otras conductas compulsivas, como la automedicación, y el juego. El ambiente cercano al hijo que desarrolla una adicción suele ser de aprobación y tolerancia al consumo de drogas, como forma de enfrentar problemas, y de revertir estados de desagrado, o desánimo (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Otro aspecto consistentemente señalado en las descripciones de familias de adictos, dice relación con la minimización o negación, por parte de la familia, del problema de adicción. Lamentablemente, se puede observar, con frecuencia, que los padres no perciben las señales de cambio en las conductas de los hijos; cuando el problema se hace manifiesto, los padres se culpan mutuamente, o bien, culpan al hijo y sus amistades, con la implicancia de que tanto la inducción de éstas al consumo de drogas, o el efecto de la adicción sobre su conducta, lo absuelve de la responsabilidad sobre lo que hace. De este modo, aunque todos sepan que un miembro de la familia tiene una adicción, la respuesta concreta frente a esta realidad revela que se ignora el riesgo, o las graves consecuencias que el problema puede tener (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Ruiz (1992), en un estudio existente en torno a la participación de la familia en los problemas de adicción, refiere que, según las investigaciones de Bloom, si las relaciones intrafamiliares son estables, entonces el grupo de pares no tiene mayor influencia en lo relativo al consumo de drogas. En este mismo sentido, para Staton, Todd y colaboradores (1988) el abuso más severo de drogas se define como un fenómeno familiar, pues parece depender fundamentalmente de la calidad de la relación padres-adolescentes, lo cual coincide con el hallazgo de que la influencia del grupo de pares tiende a ser nula cuando la familia es funcional. A este respecto, el abuso y dependencia

de drogas, ofrecería al adicto y su familia una “resolución paradójica de su dilema de mantener o disolver” la familia, esto es, de su permanencia o partida (Staton, Todd y cols., 1988).

Bernstein (1992), en su estudio sobre familias con un miembro drogodependiente, refiere la posibilidad de plantear las siguientes características de dichos grupos familiares:

- Mala alianza marital: Se refiere a la existencia de una pareja disfuncional.
- Interacción simbiótica en la relación madre-hijo: Existe una relación indiscriminada y “pegoteada”. En este sentido, Staton, Todd y cols. (1988), reseñan que los adictos mantienen vínculos familiares muy estrechos y que el contacto con su familia es mucho mayor que el de otros grupos, tanto normales como de otro tipo de pacientes psiquiátricos. En general, según estos mismos autores, en su familia nuclear el adicto tiende a perpetuar y reproducir la dinámica y los roles de su familia de origen.
- Coalición intergeneracional: Los problemas de relación de pareja, más la simbiosis madre-hijo, conllevan una unión confabulatoria de dos miembros contra uno (madre-hijo v/s padre, ó padre-hija v/s madre). En este sentido, Staton, Todd y cols. (1988), refieren que las alianzas entre los miembros de las familias de adictos tienden a ser explícitas e inclusive confirmadas verbalmente.
- Padre sobreinvolucrado y padre periférico: Cuando el adicto es hijo varón, la madre juega el rol de padre sobreinvolucrado y el padre aparece como padre periférico; en el caso de que el paciente identificado sea una hija, la situación anterior tiende a invertirse. Esto resulta esperable de acuerdo con la existencia de una coalición intergeneracional y una mala alianza marital.
- Falta de fronteras claramente delimitadas: La familia como sistema, está conformada por subsistemas, entre los cuales hay fronteras y, en este caso particular, las mismas no son respetadas, favoreciendo de esta manera la simbiosis.

- **Incongruencia jerárquica:** Se refiere a la carencia de respeto hacia el orden familiar establecido, dándose confusión entre los sistemas filial y paterno, todo lo cual es producto de la falta de fronteras.
- **Dobles mensajes:** El discurso verbal de la familia dice una cosa, mientras que la acción “dice” lo contrario.
- **Secretos familiares:** Se refiere a secretos del aquí y el ahora de la dinámica familiar y, por ende, ahistóricos. Por ejemplo, el padre se emborracha y la madre lo encubre o disimula.

Otra perspectiva es la ofrecida por Hidalgo y Carrasco (1999), quienes presentan un Modelo e Hipótesis en relación a la Familia del Drogadicto, modelo que consta de tres dimensiones a especificar: el Bloqueo Evolutivo, la Organización en torno a la Droga, y la Codependencia.

1. **Bloqueo Evolutivo:** Este concepto denomina a uno de los rasgos identificado como una señal de vulnerabilidad en una familia, el cual es la existencia de prácticas infantilizadoras y simbióticas, que impiden o frenan los procesos de individuación – separación entre el subsistema parental, y el subsistema fraternal. Existen evidencias de que cuando se desarrolla una conducta adictiva en un miembro de la familia, esta dificultad se acentúa de manera importante.

2. **Organización en torno a la droga:** Steinglass (1992), a partir de sus investigaciones sobre La Familia Alcohólica, señala que en este tipo de familias “las conductas relacionadas con el uso del alcohol han llegado a representar un papel importante dentro de los mecanismos morfogenéticos y morfoestáticos del sistema familiar”. En otras palabras, el alcoholismo y las conductas vinculadas a éste se han convertido en principios organizadores centrales en torno a cuales se estructura la vida de la familia. Una de las consecuencias de este proceso es que la familia insiste en la estabilidad del sistema a corto plazo, a expensas del crecimiento y cambio a largo plazo. Para que esto ocurra, el consumo y/o dependencia del alcohol invade las “estructuras reguladoras profundas”: la identidad, y el temperamento de la familia. Una típica manifestación de

esto es el ciclo de sobriedad- embriaguez, en el cual las conductas colectivas relacionadas con la expresión emocional y la regulación de la cercanía – distancia, se condicionan, de modo tal que son claramente distintas en estos dos estados. Esta modificación de las estructuras reguladoras hace más probable que el alcoholismo persista.

Los autores mencionan que es importante considerar que “el sistema perpetuador del problema” no está restringido a la familia, sino que está conformado por todos aquellos (familiares, amigos, profesores, miembros del equipo de salud mental, etcétera) que están involucrados en él, y que intentan solucionarlo.

3. Codependencia: En este concepto, el énfasis está puesto en las características personales del codependiente, y no en la dinámica interpersonal y grupal; esto es, las definiciones apuntan al individuo, y no al sistema del que forma parte. Una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de la otra persona le afecte personalmente, en sus hábitos y formas de vida. Las caracterizaciones del codependiente pueden ser tales como: Tendencia a sentirse responsable por otras personas; a sentir ansiedad o culpa si otras personas tienen problemas; a anticiparse a las necesidades de los demás; a sentirse víctima; a tener baja autoestima; etcétera. Hidalgo y Carrasco mencionan, además, la existencia de estudios que demuestran que muchas veces, los codependientes provienen de familias categorizadas como disfuncionales. Este concepto se aplica especialmente a la esposa del alcohólico, pero su utilidad parece disminuir cuando se aborda el problema de la familia y el joven que consume drogas.

Por otra parte, y siguiendo a Steinglass (1992), se puede agregar, al componente ambiental de la familia, el fenómeno de transmisión de la conducta adictiva. El autor plantea que la transmisión del alcoholismo, de una generación a otra, abarca a todo el sistema de la familia a lo largo del tiempo. El contexto para la transmisión estaría dado por el conjunto de interacciones, actitudes, y creencias que definen a la familia. El proceso es constante y dinámico, y no tendría un comienzo, un final, o un hecho axial especiales. Y, lo más sorprendente, es que, con frecuencia, ocurriría fuera de la

conciencia de los participantes involucrados, tanto “receptores”, como “transmisores” de la problemática.

4.6 Grupos Multifamiliares

Como instancia de apoyo comunitario, paralelo al sistema de salud y los tratamientos existentes en drogodependencia, los Clubes de Tratamiento Multifamiliar en Alcoholismo y otras dependencias (CAT) surgen como “Grupos de discusión terapéutica y de autoayuda”, de varias familias, amigos y conocidos, reunidos para analizar, discutir y encontrar las posibilidades de resolver sus dificultades y problemas (Troncoso M., 1999).

Los CAT nacen del interés por examinar la influencia de las diversas dinámicas familiares y sociales en la problemática de las dependencias. Por su forma de trabajo, se considera al CAT como una Comunidad Terapéutica, manifestada a través de los GMF (Troncoso M., 1999).

En la historia de los GMF, el primer autor que introdujo esta forma de trabajo fue el doctor Peter Laqueur, en Nueva York, en 1951, y lo realizó con enfermos esquizofrénicos y con adolescentes que presentaban alteraciones conductuales. En este mismo proceso intervinieron otros autores, los psiquiatras T. Detre, D. Kessler y H. Jeracki, a comienzos de los 60, quienes compararon la terapia grupal clásica y la multifamiliar, concluyendo que la última facilitaba mejor la interacción verbal, pudiendo además, a través de los mecanismos multifamiliares, resolver los problemas de la vida real (Troncoso M., 1999).

En dependencias, el uso generalizado de los GMF comenzó en la Escuela de Dependencias de la Universidad de Zagreb, de la mano del Doctor Vladimir Hudolin, a principios de la década del 60 (Troncoso M., 1999).

En Chile, el inicio de los GMF se remonta a principios de la década del 70, en el actual Instituto de Psiquiatría del Dr. J. Horwitz, de acuerdo a los conocimientos que se tenían en la época. A mediados del año 1993 comienza la aplicación de este programa adaptado en la Comuna de Renca, Santiago de Chile y paralelamente, la re-inauguración de la Unidad de Dependencias en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco Trudeau. En la actualidad se cuenta con más de 20 subprogramas locales en todo el territorio comunal, junto con las inauguraciones desde 1998 en el Hospital El Pino y en las Comunas de Buin, Cerro Navia. Otras formas específicas de este modelo funcionan en el Hospital Las Higueras de Talcahuano, en otras comunas de la región Metropolitana Sur, de la región del Maule y la Quinta región, siendo ésta fortalecida con la experiencia, desde el año 2002, de la creación de la Unidad de Dependencia del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, que no solo implementa su accionar en sectores cercanos sino que se extiende a todo el sector interior de la quinta región. Actualmente, se encuentran funcionando GMF en consultorios de AP de salud de la ciudad de Viña del Mar, como son los Consultorios Gómez Carreño, Cienfuegos, Marcos Maldonado y La Torres.

Originalmente el trabajo multifamiliar se orientó, en nuestro país, a los pacientes y sus familias o personas más cercanas que eran pesquisadas por el servicio médico a partir de indicadores de consumo problemático de sustancias. Sin embargo, con los años, los criterios de derivación se han ampliado, incorporándose personas que no se ligan necesariamente con el consumo problemático de sustancias (Troncoso M., 1999).

La epistemología teórica y metodológica que subyace a los GMF se basa en un Enfoque Ecológico-Cibernético, en los fundamentos teóricos de la terapia familiar y en la Teoría Constructivista.

El Enfoque Cibernético-Ecológico funciona como un modelo multidisciplinario, intersectorial, transcultural, transgeneracional y de largo plazo, que subyace a los GMF como una manera de abordar los problemas que originan y mantienen el consumo de sustancias. Por un lado, la dimensión ecológica permite incorporar las distintas variables psicosociales, culturales, socioeconómicas, etc. que operan sobre la persona real desde

su microsociedad (familia, grupos formales e informales) y desde la macrosociedad (estructura y funcionamiento de la sociedad concreta en que está viviendo). Por otro lado, la dimensión cibernética explicita los mecanismos de retroalimentación y de influencias mutuas que se dan entre las variables en juego (Troncoso M., 1999).

Desde esta perspectiva y bajo un enfoque contextual del vivir, dentro del GMF se entiende el consumo de sustancias como un “estilo de vida”, adquirido principalmente por la exposición a los distintos factores ambientales participantes, y que toma la forma de un proceso típico, característico e inespecífico. De este modo, se comprende que en el mismo ambiente micro y macrosocial que interactúa con el sujeto, se encuentran tanto los factores de riesgo como los protectores (Troncoso M., 1999)

Este enfoque sostiene la necesidad de provocar transformaciones y cambios en todos los niveles culturales del contexto para lograr el abandono de dicho estilo de vida (Troncoso M., 1999). Es decir, dejar de usar sustancias que provocan dependencias, por parte de los dependientes, altera el estilo de vida individual, pero no cambia el sistema contextual de la cultura en donde su dependencia ha surgido (y en donde están presentes su familia, sus compañeros de trabajo, sus vecinos, etc.), si al mismo tiempo no se provocan transformaciones y cambios en todos los niveles culturales del contexto y que abarquen a la familia, al lugar de trabajo, al hábitat, y a las figuras de referencia territoriales (Troncoso, 1996).

Conforme a lo anterior, el modelo ecológico que subyace a los GMF se enmarca en el contexto social más amplio, de modo que sus aportes faciliten la eliminación del contagio comunicacional de ideas positivamente relacionadas con el consumo de sustancias que provocan dependencia, mejorando las interacciones individuales e intra familiares, y participando directamente en el adelanto ecológico del medio ambiente (Troncoso M., 2000).

La epistemología sistémica que subyace al GMF sostiene que los sub-sistemas del Sistema Familiar y los Supra-sistemas sociales de pertenencia que lo estructuran, son

actores protagonistas de sus propias dificultades y disfuncionalidades, las cuales pueden ser resueltas a partir del desarrollo de la motivación y responsabilidad individual, familiar, grupal y contextual, como proceso de largo plazo, transgeneracional y transcultural, de adelanto de las relaciones humanas, del estilo de vida y de la ecología mental y ambiental. Se considera a la familia y sus contextos sociales factores fundamentales en la identificación, referencia, pertenencia individual y grupal de formas e isoformismos socioculturales de comunicación, incluyendo las expresiones verbales o no verbales de sus estados funcionales y disfuncionales (Troncoso M., 1999).

Los GMF también se nutren del Construccinismo Social, bajo la forma del Modelo Narrativo, cuyo supuesto conceptual es que el problema reside en la descripción del mismo, consistiendo el cambio en describir (hablar acerca de) los problemas de manera diferente, generando diferentes acuerdos y diferentes consecuencias. El foco de atención ya no es el individuo ni la familia, sino las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, la narrativa (Troncoso M., 1999).

De este modo, la red social contiene, sostiene y es generada por las historias que constituyen la identidad de sus miembros, legitima la posición social de los participantes, es generadora, a la vez que depositaria, de la existencia simbólica de sus miembros. La red social personal es una estructura laxa, cuyo centro es arbitrario, flotante y circunstancial; así, estar presente en la vida de los otros constituye un proceso sin fin de construcción del self y de los otros en relación, de retención y reconstrucción del pasado, el presente y el futuro individual y colectivo de sus miembros, tejiéndose a sí misma hasta constituir el cuerpo de nuestro mundo social (Sluzki, 1996).

Desde lo anterior se asume que las redes informales de apoyo, como son los GMF configuran un contexto de ayuda que es altamente pluralista y diferenciado con respecto a los tipos de personas involucradas, lo que hacen y por qué. Estas figuras de apoyo incluyen miembros de la familia, amistades en las que confían y personas que acaban de conocer pero que están dispuestas a ayudar; éstos últimos son los Trabajadores Socio Sanitarios (TSS), que en la figura de voluntarios o miembros de

grupos de autoayuda pueden tener una preocupación especial acerca de un problema particular porque lo han experimentado en sus propias vidas o porque ha sido experimentado por alguien cercano a ellas, son personas que desempeñan roles análogos a los de los profesionales y potencian el movimiento social a nivel comunitario alrededor de problemas locales.

Con lo anterior, se entiende que los GMF de los CAT son el medio terapéutico donde se inician las secuencias generadoras de transformaciones de Estilos de Vida y se establecen dinámicas o relaciones horizontales de colaboración entre dependiente, su familia, su contexto social, los voluntarios o TSS y expertos, relación de altísima complejidad que se extiende más allá de la temática específica de la abstinencia de los dependientes. Es precisamente esta situación la que se activa en el principio de verticalidad participativa y de cambio en los estilos de vida, que permite mensurar y homologar a través de marcadores sociales característicos, tales como: motivación, responsabilidad e inversión emocional en la adaptación a la abstinencia, crecimiento, maduración e individualización de cada subsistema en especial y del sistema familiar en general (Troncoso M., 1999).

En consecuencia, los sujetos participantes de los GMF configuran dinámicamente un sistema ecológico de ayuda cotidiana en el que las personas desempeñan roles complementarios o interrelacionados, ayudándose mutuamente, proporcionando apoyo o realizando diversas actividades en la comunidad, generando un intercambio continuo de ayuda y cooperación.

Características específicas del GMF

El GMF consiste en la reunión de un grupo de familias, que se estructura por la semejanza de problemas, dificultades y alteraciones conductuales individuales, extra e intrafamiliares. En el caso de las dependencias, abarca a todos los integrantes del sistema familiar, tanto dependiente (subsistema húmedo) como no dependientes (subsistema seco), e incluye además, la participación de figuras de relevancia de estas familias, vale decir, sus parientes, amigos y vecinos del hábitat o lugar de trabajo. Estas familias, a

través de un proceso de diálogos, comunicaciones múltiples, asistencia regular y diversas formas de participación, se capacitan para adquirir un nuevo estilo de vida, que no comporte el consumo como una de sus características (Troncoso M., 1999).

El GMF, para familias con dificultades de dependencia, viene a ser el medio natural y específico, en el cual es posible establecer las condiciones óptimas para iniciar el proceso de adaptación a la abstinencia y generar transformaciones y cambios individuales, familiares y contextuales (Troncoso M., 1999).

La finalidad terapéutica del GMF es iniciar, mantener y perpetuar la abstinencia como parte de otro estilo de vida, asegurando las condiciones mínimas e indispensables para empezar el proceso específico de reestructuración, adaptación y acomodación del sistema familiar a un nuevo estilo de relaciones interpersonales (Troncoso M., 1999).

El Sistema terapéutico implementado en los GMF, es un proceso estructurado en varios planos y niveles, cada uno de los cuales persigue ciertas metas específicas; dichos niveles son:

- Primer Nivel: Mejoramiento de las relaciones intra e extrafamiliares.
- Segundo Nivel: Elevar la calidad de la comunicación interpersonal.
- Tercer Nivel: Descontaminación socio-cultural-ecológica de ideas, modelos, hábitos y normas intrafamiliares del hábitat, lugar de trabajo y del ecosistema, acerca del consumo de alcohol y otras sustancias, y las conductas que acompañan.
- Cuarto Nivel: Crecimiento, maduración e identificación personal y familiar.

El trabajo se realiza, al mismo tiempo, en diferentes niveles de complejidad relacional, social y demográfica, los cuales son parte del inicio de la abstinencia y de las características específicas de cada Sistema Familiar, para acomodarse y aceptar la construcción de un nuevo estilo de vida basado en la adaptación de la abstinencia y en

interrelaciones de mayor complejidad que el estilo de vida anterior. Dichos niveles son los siguientes:

1. Nivel Individual: Se refiere a la redefinición de las características conductuales personales de cada miembro del Sistema familiar, desde el inicio de la abstinencia. Este plano está dedicado a intervenir, transformar y cambiar las formas, isoformismos y contenido comunicacional que estructuran la circularidad comunicacional entre el individuo, su familia y el contexto social y viceversa, y que de diferentes maneras perpetuaron el consumo y el otro estilo de vida. Se preocupa además, del nivel de calidad de las interacciones interpersonales al interior del GMF.
2. Nivel Intrafamiliar: Hace mención a las medidas de corrección y reestructuración de las relaciones individuales al interior del Sistema familiar. Este nivel se preocupa de las formas, isoformismos y contenidos de los canales de comunicación intrafamiliares, durante todo el período de estadía del Sistema familiar en el GMF. Se interviene en la manera como sus miembros interaccionan, influyen y se modifican entre sí, confiriendo a su familia, un colorido propio y único que precisamente no es sólo resultado de la abstinencia mecánica del Subsistema Húmedo, sino que es parte de la cooperación y esfuerzos del Subsistema Seco. En este plano se internalizan los conceptos de Responsabilidad, Auto-gestión, Participación y Autodefensa individuales, intrafamiliares, grupales y contextuales, contexto indispensable para adquirir otro estilo de vida.
3. Nivel Intragrupal: Hace referencia a maniobras terapéuticas experimentales y de laboratorio, realizadas durante las sesiones del GMF. Están dedicadas al adelanto de las relaciones e interacciones individuales, intrafamiliares y multifamiliares, que surgen, evolucionan y desarrollan durante la permanencia de las familias en el grupo terapéutico.
4. Nivel Contextual: Este plano se dedica a facilitar la detección de entrampamientos y enmarañamientos que pueden originar recaídas secas o húmedas, incluso años después de iniciada la abstinencia y la acomodación familiar. En este nivel se comprueba la

validez de las medidas de rehabilitación y resocialización de las familias del GMF, demostrando con marcadores específicos, el éxito o fracaso del tratamiento; la verificación de dichos marcadores debe ser continuada, a lo menos, durante cinco años.

Fases del trabajo terapéutico en GMF

Las fases del desarrollo, crecimiento, identificación e individualización de una familia del GMF pueden dividirse en tres etapas, que representan segmentos transversales de un proceso único e indivisible y que requiere seguimiento longitudinal y regular, de al menos cinco años de duración (Troncoso M., 1999). Estas fases son:

1. Fase de adaptación y acomodación al GMF y a la abstinencia: Comprende el período de ingreso o reingreso, en situaciones de recaídas o abandonos, hasta los seis meses siguientes, tiempo mínimo para iniciar el proceso generador de otro estilo de vida. En esta fase, el proceso abarca la adaptación al grupo, a la abstinencia y a los primeros intentos de reestructuración y redefinición de relaciones, tanto al interior como al exterior del sistema familiar. La primera fase está entonces dedicada de preferencia a eliminar las estructuras morfoestáticas intrafamiliares que han perpetuado la ideología y la ecología de las ideas del consumo, reparar las relaciones interpersonales e iniciar la adaptación a la abstinencia. Esta fase es de gran importancia en el proceso terapéutico, siendo en la que más deserciones, abandonos y fracasos se contabilizan.
2. Fase de identificación con el GMF: Es la fase propicia para desarrollar medidas de transformaciones de estilo de vida, debido a que se incorporan al Sistema familiar nuevas características relacionales, costumbres, ritos, normas e incluso tradiciones, que originarán interacciones intra y extrafamiliares capacitadas para alterar el mapa, la geografía y la historia familiar. Esta situación evoluciona desde el momento mismo de iniciarse la adaptación e identificación social con la abstinencia. Se puede describir esta fase como un estado de coexistencia y coparticipación de todo el Sistema familiar en la reestructuración de nuevos roles individuales, intrafamiliares y contextuales.

3. Fase de maduración e individualización en el GMF: Es la fase de finalización de las transformaciones individuales, familiares y contextuales, dando inicio a las tareas concernientes a una nueva etapa, esto es, al “cambio del estilo de vida”. Se inicia al cumplir un año de abstinencia y de actividad grupal regular, prolongándose hasta los cinco años de abstinencia, permanencia y asistencia al GMF, como de rehabilitación y resocialización integral en el medio natural de pertenencia. Los marcadores sociales de éxito de ese proceso son aparte de la abstinencia, adaptación a este nuevo estilo de vida, identificación con el trabajo grupal, reestructuración, redefinición de roles individuales, intrafamiliares y extrafamiliares, y mejor calidad de comunicación interpersonal en el contexto social al que pertenece el sistema familiar y sus subsistemas.

V. METODOLOGÍA

5.1 Diseño de Estudio

Este estudio es **no experimental**, ya que no se efectúa una manipulación deliberada de variables, sino todo lo contrario, se busca observar variables tal como se dan en su contexto natural, para luego analizarlas.

El diseño metodológico es de tipo **transaccional o transversal**, es decir, se recolectan datos en un solo momento, y en un tiempo único, para de esta forma poder describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

5.2 Tipo de Estudio

Sobre el comportamiento de las variables de estudio (Cohesión y Adaptabilidad Familiar) se disponen investigaciones previas. Sin embargo, estas variables no han sido estudiadas en la población multifamiliar, lo cual define el carácter **exploratorio** del presente estudio.

Paralelamente, es mérito de la presente investigación, especificar las propiedades y características que asumen las variables de estudio en la muestra escogida, seleccionándose para esto procedimientos de medición y de recolección de información, lo que define el carácter **descriptivo** de éste.

Conjuntamente, este estudio es de tipo **correlacional**, por cuanto se pretende medir las posibles relaciones que se dan entre estas variables.

Finalmente, este estudio no pretende establecer ni probar hipótesis, sino más bien persigue, a partir de la información recolectada, describir e inferir relaciones entre las distintas variables investigadas.

5.3 Variables en Estudio

5.3.1 Variables Sociodemográficas

- Sexo.

A. Definición Conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.

B. Definición Operacional: Hombre y Mujer.

- Edad.

A. Definición Conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad.

B. Definición Operacional: Número de años transcurridos desde el nacimiento. Clasificación de la información obtenida de acuerdo a las siguientes categorías: menos de 32 años, entre 32 y 56 años, y más de 56 años.

- Estado Civil.

A. Definición Conceptual: Situación cívica o social actual del sujeto.

B. Definición Operacional: Clasificación de la respuesta obtenida, a partir del Cuestionario de Antecedentes Sociodemográficos, en las siguientes categorías: convive, casado, separado, viudo, soltero, otra (especificar).

- Nivel educacional.

A. Definición Conceptual: Nivel académico completado por el sujeto dentro de los niveles de enseñanza establecidos por el Ministerio de Educación de Chile.

B. Definición Operacional: Clasificación de la respuesta obtenida, a partir del Cuestionario de Antecedentes Sociodemográficos, en las siguientes categorías: educación básica completa, educación básica incompleta, educación media/técnica completa, educación media/técnica incompleta, educación universitaria completa, educación universitaria incompleta,

educación técnico-profesional completa, educación técnica-profesional incompleta.

- Religión.

A. Definición Conceptual: Participación del sujeto en un determinado culto religioso.

B. Definición Operacional: Tipo de culto religioso al que se adscribe el sujeto: católico, evangélico, mormón, testigo de Jehová, musulmán, judío, anglicano, protestante, otra (especificar), ninguna.

- Composición Familiar.

A. Definición Conceptual: Cantidad de personas que constituye el hogar.

B. Definición Operacional: Número de personas que componen el hogar. Clasificación de la información obtenida de acuerdo a las siguientes categorías: menos de 3 personas, entre 3 y 5 personas, y más de 5 personas.

5.3.2 Variables Caracterológicas

- Problema de Drogodependencia.

A. Definición Conceptual: Presencia o Ausencia de problemas de dependencia según el reporte escrito del sujeto.

B. Definición Operacional: Clasificación del propio sujeto, según sea su caso, en las siguientes categorías: Presencia de problema de dependencia y Ausencia de problema de dependencia.

- Tiempo de Asistencia.

A. Definición Conceptual: Cantidad de tiempo que el sujeto lleva asistiendo a los talleres multifamiliares.

B. Definición Operacional: Años que el sujeto lleva asistiendo a los GMF. Clasificación de la información obtenida de acuerdo a las siguientes categorías: menos de 1 año; entre 1 y 3 años; y, más de 3 años.

- Porcentaje de miembros de la familia asistentes.
 - A. Definición Conceptual: Proporción de miembros de la familia que acuden a los GMF, en relación al total de miembros que la componen.
 - B. Definición Operacional: Porcentaje de miembros de la familia que acude a los GMF, en relación al total de miembros que la componen. Clasificación de la información obtenida de acuerdo a las siguientes categorías: menos de 30%, entre 30% y 60%, y más de 60%.

- Frecuencia.
 - A. Definición Conceptual: Frecuencia con que el sujeto acude a los talleres multifamiliares.
 - B. Definición Operacional: Número de veces al mes que el sujeto acude a los talleres multifamiliares.

5.3.3 Variables de Estudio

- Cohesión Familiar.
 - A. Definición Conceptual: Vinculación emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.
 - B. Definición Operacional: Puntaje bruto obtenido por la familia en el cuestionario FACES III. Además este puntaje será clasificado en 4 tipos de cohesión: desligado, separado, conectado y amalgamado.

- Adaptabilidad Familiar.
 - A. Definición Conceptual: Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas, y las reglas de relación, en función de las demandas situacionales o de desarrollo.
 - B. Definición Operacional: Puntaje bruto obtenido por la familia en el cuestionario FACES III. Además este puntaje será clasificado en 4 tipos de adaptabilidad: rígido, estructurado, flexible y caótico.

5.4 Unidad de Análisis – Población – Muestra

Nuestra muestra comprende a aquellas personas que participen en GMF, llevados a cabo al interior de consultorios de AP y Secundaria en la ciudad de Viña del Mar, V Región, y en cuyas familias uno de sus miembros presente problema de drogodependencia.

Los GMF incluidos en el estudio se señalan a continuación:

- Club Multifamiliar Consultorio Cienfuegos.
- Club Multifamiliar Consultorio Gómez Carreño.
- Club Multifamiliar Consultorio Gustavo Fricke.
- Club Multifamiliar Consultorio Marcos Maldonado.

Cabe mencionar, que la muestra extraída para nuestro estudio, es no probabilística, es decir, es una muestra dirigida, con un procedimiento de selección informal y arbitrario, ya que sólo fueron escogidos los GMF existentes en la ciudad de Viña del Mar, V Región.

5.5 Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión, con los cuales se restringirá la participación de determinados sujetos en el estudio, son los siguientes:

- Sujetos con analfabetismo o dificultades importantes en lecto-escritura.
- Sujetos con problemas en la capacidad viso-motriz.
- Sujetos que padezcan algún grado de Retraso mental.
- Sujetos que presenten una enfermedad mental severa.
- Sujetos que no den su consentimiento para participar.

5.6 Instrumentos de Recolección de Datos

5.6.1 Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

El FACES III corresponde a una operacionalización directa del Modelo Circumplejo, realizada por Olson, y consiste en un instrumento de autoreporte que proporciona una evaluación de cómo los individuos perciben su sistema familiar actual, y una evaluación de cómo los individuos perciben su sistema familiar ideal.

El cuestionario consta de dos escalas (percepción actual e ideal) de veinte afirmaciones cada una, de las cuales 10 ítems miden cohesión y 10 adaptabilidad. La diferencia entre ambas escalas, proporcionaría un indicador del grado de satisfacción que los miembros de la familia tienen respecto de su sistema familiar actual.

En cuanto a cohesión, hay dos ítem para cada uno de los siguientes conceptos relativos a esta dimensión: vinculación emocional, apoyo, límites familiares, tiempo y amigos, e intereses y recreación. Respecto a la dimensión de adaptabilidad, hay dos ítems para cada uno de los siguientes conceptos: liderazgo, control y disciplina, y cuatro ítems para el concepto combinado de roles y reglas.

La instrucción consiste en pedir a los miembros de la familia, mayores de 12 años, que describan a partir de estas afirmaciones, cómo es su familia actualmente, asignando un puntaje de 1 a 5 de acuerdo a la frecuencia en que dicha afirmación corresponde, siendo: 1: casi nunca, 2: de vez en cuando, 3: a veces, 4: frecuentemente, 5: casi siempre. Se debe aplicar el instrumento a tantos miembros de la familia como sea posible, con el propósito de captar la complejidad del sistema familiar en su totalidad, pues no todos los miembros percibirán a su familia de la misma manera.

El cuestionario es de fácil administración y puntuación. Existen normas y puntos de corte para:

- Padres a lo largo de todos los estadios del ciclo vital.

- Padres y adolescentes en el estadio de la adolescencia y salida del hogar.
- Parejas jóvenes sin hijos.

En la figura N° 4 se señalan las normas y puntos de corte.

Figura N° 4: Normas y Puntos de Corte para FACES III

	Todos los estadios (adultos) n: 2453		Estadios 4 y 5 (familias con adolescentes) n: 1315		Estadio 1 (parejas jóvenes) n. 242	
	Media	D.S.	Media	D.S.	Media	D.S.
Cohesión	39,8	5,4	37,1	6,1	41,1	4,7
Adaptabilidad	24,1	4,7	24,3	4,8	26,1	4,2
	Rango	%	Rango	%	Rango	%
COHESIÓN						
Desligada	10-34	16,3	10-31	18,6	10-36	14,9
Separada	35-40	33,8	32-37	30,3	37-42	37,2
Conectada	41-45	36,3	38-43	36,4	43-46	34,9
Amalgamada	46-50	13,6	44-50	14,7	47-50	13
ADAPTABILIDAD						
Rígida	10-19	16,3	10-19	15,9	10-21	13,2
Estructurada	20-24	38,3	20-24	37,3	22-26	38,8
Flexible	25-28	29,4	25-29	32,9	27-30	32
Caótica	29-50	16	30-50	13,9	31-50	16

Procedimiento de Puntuación FACES III.

Se obtienen dos puntuaciones globales, (mínimo 10, máximo 50) una para adaptabilidad y otra para cohesión. El puntaje de la dimensión de cohesión es la suma de todos los ítems impares, mientras que la suma de todos los ítems pares corresponde al puntaje de adaptabilidad.

De acuerdo al puntaje obtenido, se puede trabajar con puntajes individuales o con el promedio obtenido de la familia o de la pareja, comparando este puntaje con los rangos correspondientes a cada uno de los 16 tipos familiares descritos por Olson.

Análisis de los datos de FACES III

El estadístico más apropiado es el chi cuadrado basado sobre la frecuencia de distribuciones en los tipos balanceados, tipos de rango medio y tipos extremos.

Además resulta útil representar gráficamente los datos de la muestra usando la grilla propia del modelo, ubicando en la celdilla correspondiente al tipo familiar de acuerdo a su puntaje en el modelo.

Puesto que la hipótesis central del Modelo Circumplejo contrasta familias extremas versus las balanceadas, un análisis conveniente es la comparación del número de casos en cada uno de sus grupos que caigan en las categorías extremas y balanceadas.

Evaluación FACES III

En la figura N° 5, se señalan los datos de validez, confiabilidad, entre otros (Olson, 1986).

Figura N° 5: Evaluación del FACES III

Dominio Teórico y Modelo	Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión familiar (FACES III) Sistemas Familiares Modelo Circumplejo
Confiabilidad	
Interna	Cohesión (r= 0.77)
Consistencia	Adaptabilidad (r= 0.62)
	Total (r= 0.68)
Test- retest	FACES II (4-5 sem.)
	r= 0.83 para cohesión
	r= 0.80 para adaptabilidad
Validez	
Correlación entre escalas	Cohesión y Adaptabilidad (r=0.03)
Correlación con Deseabilidad Social	SD y adaptabilidad (r= 0.00)
	SD y cohesión (r= 0.39)
Correlación entre miembros de la familia	(n= 370)
	Cohesión (r= 0.41)
	Adaptabilidad (r= 0.25)

5.6.2 Cuestionario de Antecedentes Sociodemográficos

El cuestionario, elaborado para la presente investigación, considera variables como: composición familiar, edad, estado civil, nivel educacional, ingreso monetario, sector habitacional, religión, entre otras, las que buscan registrar las variables sociodemográficas a tener en cuenta en el presente estudio.

5.7 Procedimiento

El procedimiento de trabajo fue llevado a cabo en ocho etapas, a saber:

- 1- Selección de los sujetos de estudio: Búsqueda de los GMF existentes en la ciudad de Viña del Mar, V Región.
- 2- Contacto con los centros: Contacto con los cuatro consultorios de AP que realizan GMF con sujetos drogodependientes.
- 3- Registro de las familias: Se registra a los sujetos en cuyas familias exista un sujeto con problemas de dependencia.
- 4- Contacto con los participantes de los grupos: Acercamiento a los sujetos participantes de los GMF, con el objetivo de explicar la realización y fines de este estudio. En este momento se les pide a los sujetos de estudio que firmen una carta, la que certifique el claro consentimiento de la persona.
- 5- Aplicación del Cuestionario de Antecedentes Sociodemográfico: Se lleva a cabo la aplicación del cuestionario a cada uno de los sujetos dispuestos a colaborar.
- 6- Aplicación del FACES III: Se aplica a cada uno de los sujetos asistentes a los talleres multifamiliares, dispuestos a participar, el instrumento de medición FACES III.
- 7- Análisis de los datos.
- 8- Devolución de los resultados obtenidos: Se informa de los resultados obtenidos, a través del estudio, a cada uno de los sujetos participantes de éste.

5.8 Análisis

Una vez obtenida la muestra se realizó la aplicación del Cuestionario de Antecedentes Sociodemográficas y del FACES III, Luego, los datos arrojados por los cuestionarios fueron ingresados en una planilla computacional, y sometidos a un análisis estadístico mediante la aplicación del programa estadístico SPSS.

El análisis de los datos fue de tipo cuantitativo, llevado a cabo a través de Estadística descriptiva, Pruebas Paramétricas y Pruebas No Paramétricas.

En una primera instancia, se efectuó un análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas, caracterológicas y de estudio, que implicó el cálculo de distribución de frecuencias (frecuencia relativa y acumulada), presentadas a través de tablas y gráficos, y en los casos pertinentes, la determinación de medidas de variabilidad (desviación estándar) y de tendencia central (media).

En una segunda instancia, se realizó un análisis paramétrico y no paramétrico de los datos para establecer las relaciones entre las variables sociodemográficas, caracterológicas y de estudio. La Prueba paramétrica empleada fue el Coeficiente de correlación de Pearson, que permite analizar la relación lineal existente entre las variables definidas en el estudio, medidas en un nivel por intervalo o de razón. Por su parte, las Pruebas no paramétricas utilizadas, fueron el Coeficiente de Correlación de Spearman, para analizar la relación lineal entre variables de tipo ordinal, y la Prueba de Chi Cuadrado, para analizar la relación entre dos variables categóricas.

VI. RESULTADOS

En el presente apartado, se presentan los resultados obtenidos en la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (F.A.C.E.S III), y la información obtenida a partir del Cuestionario Sociodemográfico.

6.1 Análisis Descriptivo

6.1.1 Descripción de Variables Sociodemográficas

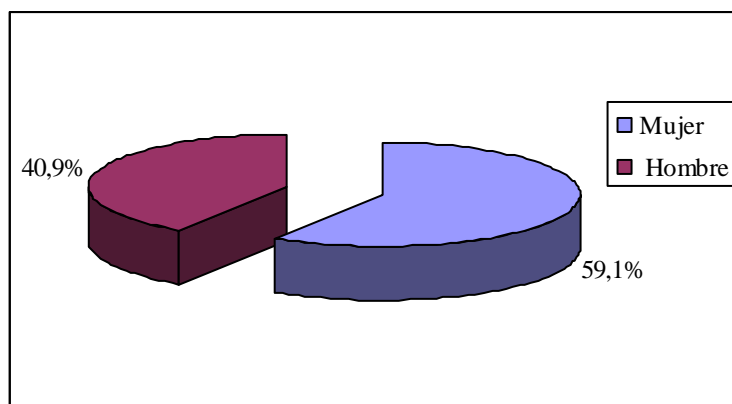
6.1.1.1 Variable “Sexo”.

De acuerdo a la tabla N° 1, los sujetos de la muestra se distribuyen en 13 mujeres y 9 hombres, lo que corresponde al 59.1% y 40.9%, respectivamente.

Tabla N° 1: Frecuencia Relativa de la Variable “Sexo”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mujer	13	59,1	59,1	59,1
	Hombre	9	40,9	40,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 1: Frecuencia Relativa de la Variable “Sexo”.



6.1.1.2 Variable “Edad”

De acuerdo a la tabla N° 2, la media de la edad de los sujetos estudiados es de 44.45 años, con una desviación estándar de 12.734 años. La edad mínima fue de 19 años, mientras que la máxima fue de 70 años de edad.

Tabla N° 2: Media y Desviación Estándar de la Variable “Edad”.

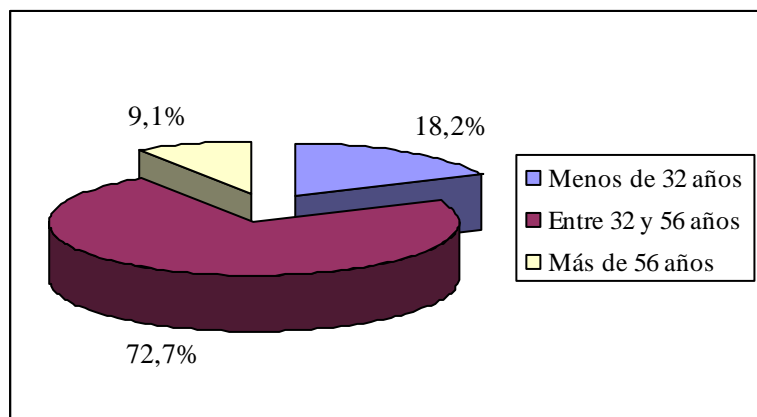
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Edad	22	19	70	44.45	12.734

Conforme a la tabla N° 3, hay 4 sujetos que tienen menos de 32 años (18.2%), 16 que tienen entre 32 y 56 años de edad (72.7%), y 2 sujetos que tienen más de 56 años (9.1%).

Tabla N° 3: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 32 años	4	18,2	18,2	18,2
	Entre 32 y 56 años	16	72,7	72,7	90,9
	Más de 56 años	2	9,1	9,1	100
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 2: Frecuencia Relativa de la Variable “Edad”.



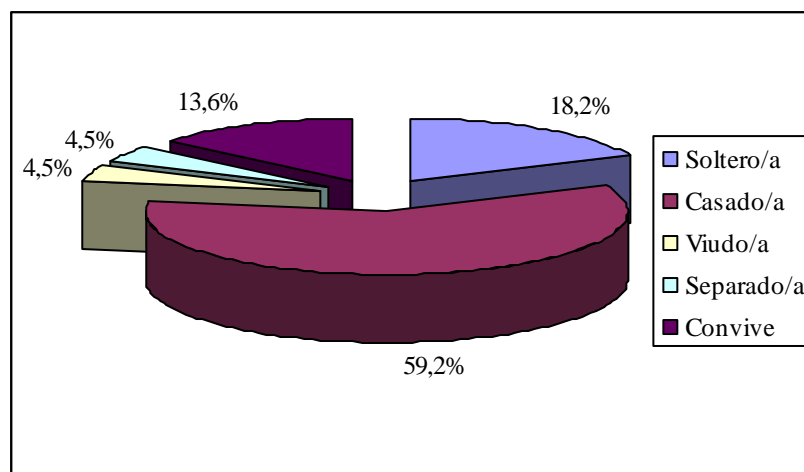
6.1.1.3 Variable “Estado Civil”

Respecto a la tabla N° 4, el 59.2% de la muestra estudiada se encuentra casada, un 18.2% está soltero, un 13.6% se encuentra conviviendo, un 4.5% está separado, y un 4.5% está viudo.

Tabla N° 4: Frecuencia Relativa de la Variable “Estado Civil”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	4	18,2	18,2	18,2
	Casado/a	13	59,2	59,	77,4
	Viudo/a	1	4,5	4,5	81,9
	Separado/a	1	4,5	4,5	86,5
	Convive	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 3: Frecuencia Relativa de la Variable “Estado Civil”.

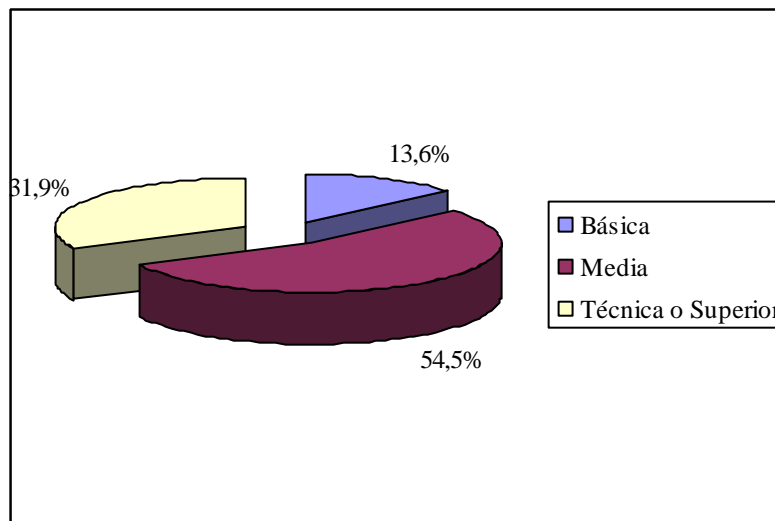


6.1.1.4 Variable “Nivel Educativo”

En cuanto al nivel educacional alcanzado por los sujetos de la muestra, la tabla N° 5, revela que 3 de ellos (13.6%) presentan una escolaridad básica, 12 (54.5%) una escolaridad media, y 7 (31.9%), una escolaridad técnica o superior.

Tabla N° 5: Frecuencia Relativa de la Variable “Nivel Educativo”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Básica	3	13,6	13,6	13,6
	Media	12	54,5	54,5	68,2
	Técnica o Superior	7	31,9	31,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 4: Frecuencia Relativa de la Variable “Nivel Educativo”.

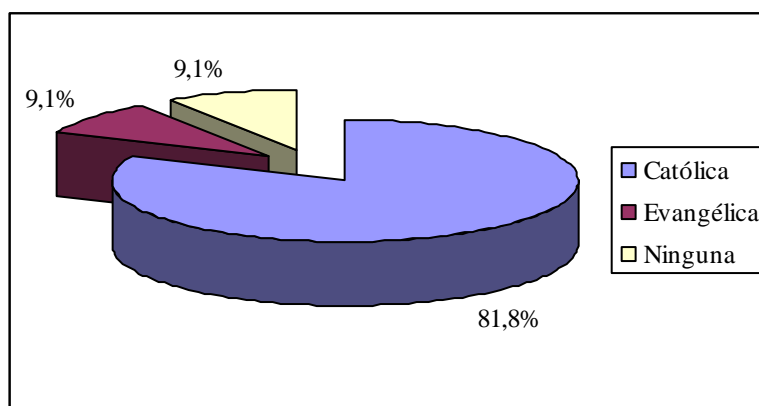
6.1.1.5 Variable “Religión”

De acuerdo a la religión que profesan los sujetos de la muestra, la tabla N° 6, evidencia que hay 18 sujetos (81.8%) que profesan la religión católica, 2 que profesan la religión evangélica (9.1%) y 2 que no profesan ninguna religión (9.1%).

Tabla N° 6: Frecuencia Relativa de la Variable “Religión”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	18	81,8	81,8	81,8
	Evangélica	2	9,1	9,1	90,9
	Ninguna	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 5: Frecuencia Relativa de la Variable “Religión”.



6.1.1.6 Variable “Composición Familiar”

De acuerdo a la tabla N° 7, la media de la composición familiar de 4.59, con una desviación estándar del 1.709. El mínimo de sujetos que componen un hogar es de 2 personas, mientras el máximo es 7 personas.

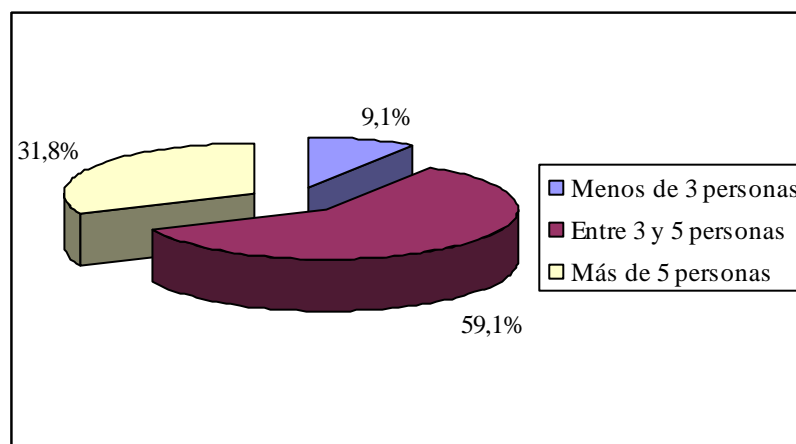
Tabla N° 7: Media y Desviación Estándar de la Variable “Composición Familiar”

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Composición Familiar	22	2	7	4.59	1.709

En la tabla N° 8, es posible observar que el hogar de un 9.1% de los sujetos de estudio se compone de menos de 3 personas, el 59.1% se compone de entre 3 y 5 personas, mientras que el 31.8% de los sujetos se compone de más de 5 personas.

Tabla N° 8: Frecuencia Relativa de la Variable “Composición Familiar”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 3 personas	2	9,1	9,1	9,1
	Entre 3 y 5 personas	13	59,1	59,1	68,2
	Más de 5 personas	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 6: Frecuencia Relativa de la Variable “Composición Familiar”.

6.1.2 Descripción de Variables Caracterológicas

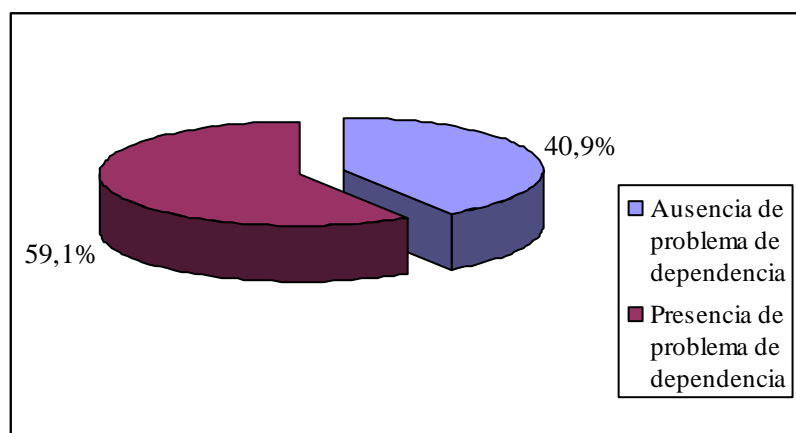
6.1.2.1 Variable “Problema de dependencia”

De acuerdo a la tabla N° 9, hay 9 sujetos de la muestra total que no presentan problema de dependencia, mientras que 13 presenta problema de dependencia, lo que corresponde al 40.9% y 59.1%, respectivamente.

Tabla N° 9: Frecuencia Relativa de la Variable “Problema de dependencia”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia de problema de dependencia	9	40,9	40,9	40,9
	Presencia de problema de dependencia	13	59,1	59,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 7: Frecuencia Relativa de la Variable “Presencia de problema de dependencia”.



6.1.2.2 Variable “Tiempo de Asistencia”

De acuerdo a la tabla N° 10, la media del tiempo de asistencia es de 2.14 años, con una desviación estándar del 1.21. El mínimo de años es de 0.1, mientras el máximo es de 7.9.

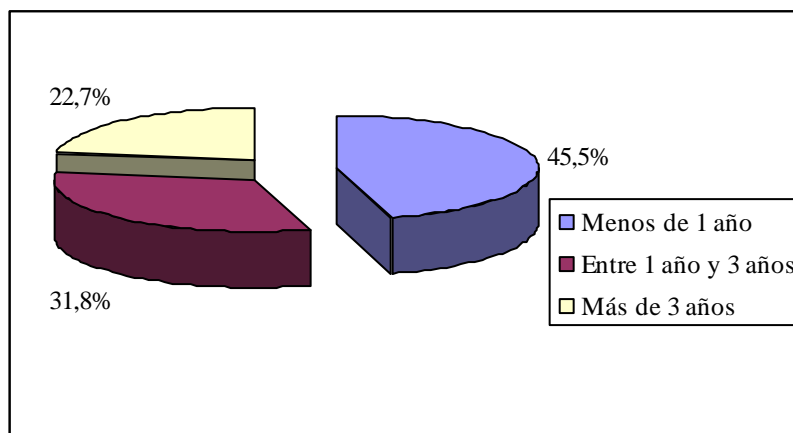
Tabla N° 10: Media y Desviación Estándar de la Variable “Tiempo de Asistencia”

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Tiempo de Asistencia	22	0.1	7.9	2.14	1.21

A partir de la tabla N° 11 se observa que un 45.5% de los sujetos asiste hace menos de un año a los Grupos Multifamiliares, un 31.8% lleva asistiendo entre 1 y 3 años, y un 22.7% lleva asistiendo más de 3 años.

Tabla N° 11: Frecuencia Relativa de la Variable “Tiempo de Asistencia”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 año	10	45,5	45,5	45,5
	Entre 1 año y 3 años	7	31,8	31,8	77,3
	Más de 3 años	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

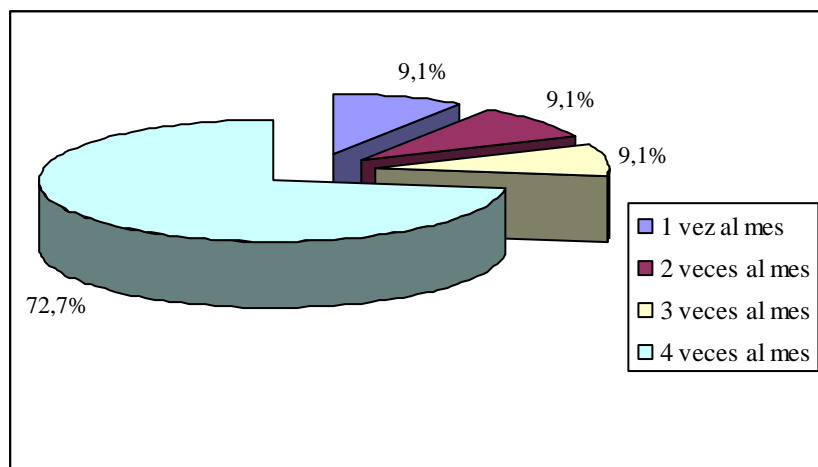
Gráfico N° 8: Frecuencia Relativa de la Variable “Tiempo de Asistencia”.**6.1.2.3 Variable “Frecuencia de Asistencia Mensual”**

En cuanto a la frecuencia de asistencia mensual, la tabla N° 12, muestra que el 72.7% asiste 4 veces al mes al grupo multifamiliar, mientras un 9.1% asiste 1 vez al mes, un 9.1% asiste 2 veces al mes, y un 9.1% asiste 3 veces al mes.

Tabla N° 12: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de asistencia mensual”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 vez al mes	2	9,1	9,1	9,1
	2 veces al mes	2	9,1	9,1	18,2
	3 veces al mes	2	9,1	9,1	27,3
	4 veces al mes	16	72,7	72,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 9: Frecuencia Relativa de la Variable “Frecuencia de asistencia mensual”.



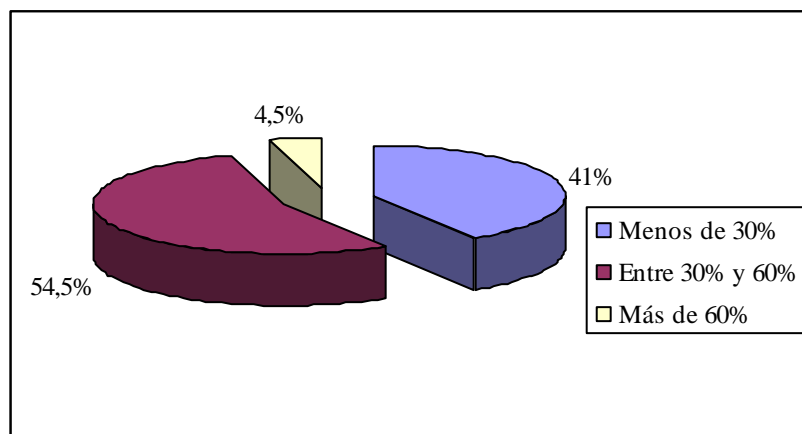
6.1.2.4 Variable “Porcentaje de miembros asistentes”

La tabla N° 13 muestra que hay 9 personas (41%) de cuyas familias asiste menos del 30% de los miembros de la familia, 12 (54.5%) de cuyas familias asiste entre el 30% y 60%, y, 1 (4.5%) de cuya familia asiste más del 60%.

Tabla N° 13: Frecuencia Relativa de la Variable “Porcentaje de miembros de la familia que asiste al Grupo Multifamiliar”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 30%	9	41	41	41
	Entre 30% y 60%	12	54,5	54,5	95,5
	Más de 60%	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 10: Frecuencia Relativa de la Variable “Porcentaje de miembros de la familia que asiste al Grupo Multifamiliar”.



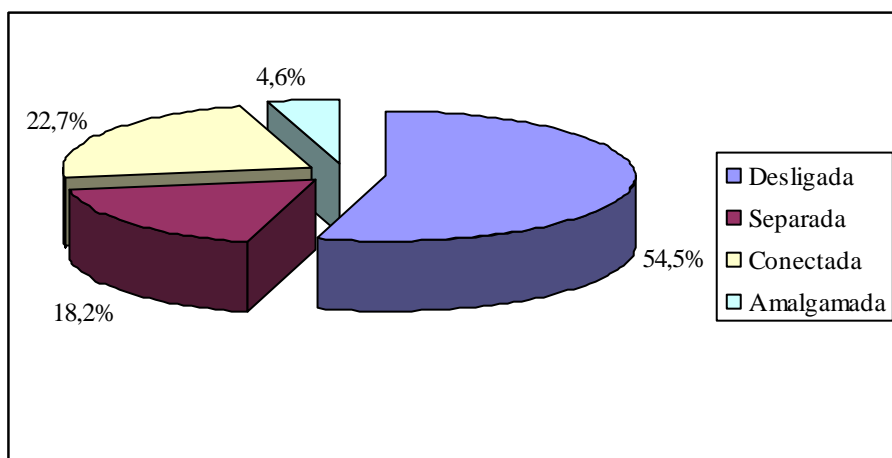
6.1.3 Descripción de Variables de Estudio

6.1.3.1 Variable “Cohesión Familiar”

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del FACES III, escala real (tabla N° 14), es posible señalar que en cuanto a nivel tipo de Cohesión, un 54.5% de la muestra total percibe su sistema familiar como desligado, mientras un 22.7% lo percibe como conectado, un 18.2% lo percibe como separado, y un 4.6% lo percibe como amalgamado. Ello indicaría que los sujetos mayoritariamente (72.7%) perciben su sistema familiar con bajos niveles de cohesión.

Tabla N° 14: Frecuencia Relativa de la Variable “Cohesión Familiar Real”.

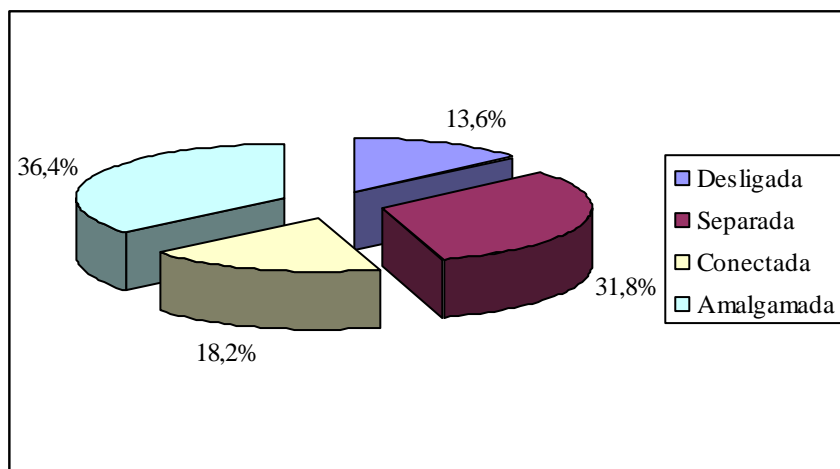
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desligada	12	54,5	54,5	54,5
	Separada	4	18,2	18,2	72,7
	Conectada	5	22,7	22,7	95,5
	Amalgamada	1	4,6	4,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 11: Frecuencia Relativa de la Variable “Cohesión Familiar Real”.

Conforme los resultados obtenidos en la aplicación del FACES III, escala ideal (tabla N°15), es posible señalar que en cuanto a nivel de Cohesión, un 36.4% de la muestra total percibe un sistema familiar ideal como amalgamado, un 31.8% lo percibe como separado, un 18.2% lo percibe como conectado, y un 13.6% lo percibe como desligado.

Tabla N° 15: Frecuencia Relativa de la Variable “Cohesión Familiar Ideal”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desligada	3	13,6	13,6	13,6
	Separada	7	31,8	31,8	45,5
	Conectada	4	18,2	18,2	63,6
	Amalgamada	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

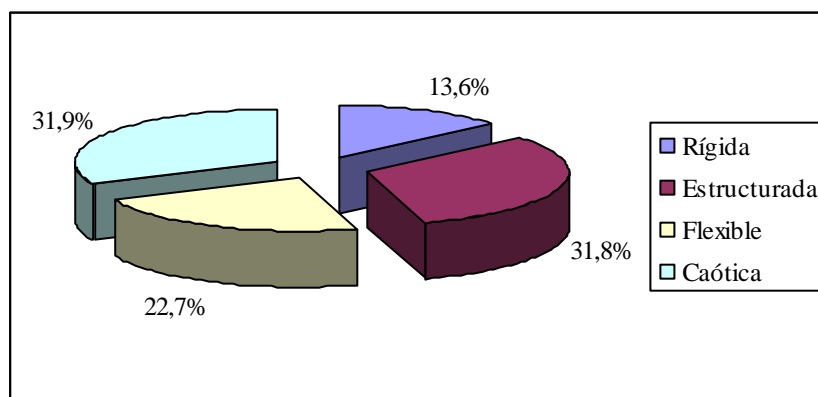
Gráfico N° 12: Frecuencia Relativa de la Variable “Cohesión Familiar Ideal”.**6.1.3.2 Variable “Adaptabilidad Familiar”.**

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del FACES III, escala real (tabla N° 16), es posible señalar que en cuanto a nivel de Adaptabilidad, un 31.8% de la muestra total percibe su sistema familiar como estructurado, un 31.9% lo percibe como caótico, un 22.7% lo percibe como flexible, y un 13.6% lo percibe como rígido.

Tabla N° 16: Frecuencia Relativa y Porcentaje de la Variable “Adaptabilidad Familiar Real”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rígida	3	13,6	13,6	13,6
	Estructurada	7	31,8	31,8	45,5
	Flexible	5	22,7	22,7	68,2
	Caótica	7	31,9	31,9	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 13: Frecuencia Relativa de la Variable “Adaptabilidad Familiar Real”.

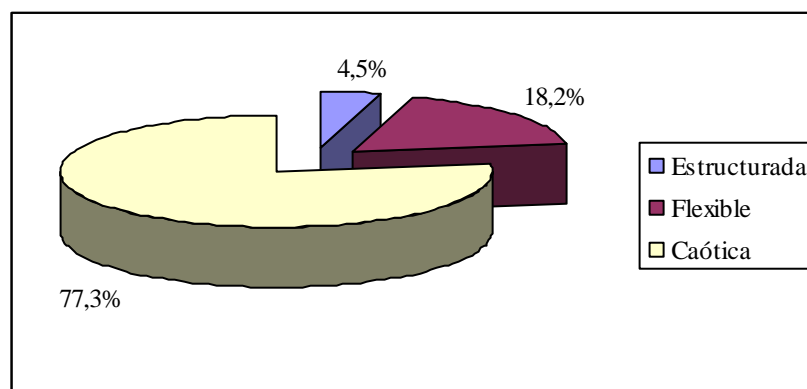


Conforme los resultados obtenidos en la aplicación del FACES III, escala ideal (tabla N°17), un 77.3% de la muestra total percibe un sistema familiar ideal como caótico, mientras un 18.2% lo percibe como flexible y un 4.5% lo percibe como estructurado.

Tabla N° 17: Frecuencia Relativa de la Variable “Adaptabilidad Familiar Ideal”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estructurada	1	4,5	4,5	4,5
	Flexible	4	18,2	18,2	22,7
	Caótica	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 14: Frecuencia Relativa de la Variable “Adaptabilidad Familiar Ideal”.



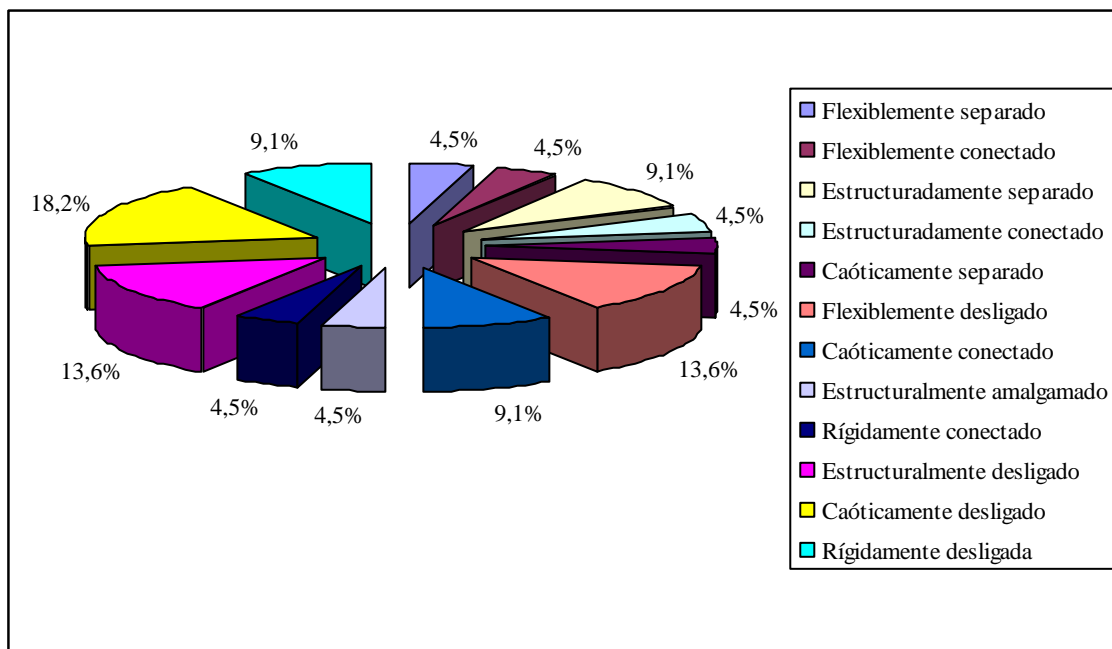
6.1.3.3 Variable “Tipo Familiar”

En relación a la combinación de los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar, escala actual (tabla N° 18), los resultados indican que los sujetos de la muestra se distribuyeron en 12 de los dieciséis Tipos Familiares del Modelo Circumplejo, siendo los Tipos más comunes, el tipo Caóticamente desligado (18.2%), el tipo Flexiblemente desligado (13.6%) y el tipo Estructuralmente desligado (13.6%). Como se puede apreciar, los sujetos se agruparon mayoritariamente en torno a aquellos tipos familiares con puntajes bajos en la Escala de Cohesión, es decir, en el tipo desligado.

Tabla N° 18: Frecuencia Relativa de la Variable “Tipo Familiar Real”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Flexiblemente separado	1	4,5	4,5	4,5
	Flexiblemente conectado	1	4,5	4,5	9,1
	Estructuradamente separado	2	9,1	9,1	18,2
	Estructuradamente conectado	1	4,5	4,5	22,7
	Caóticamente separado	1	4,5	4,5	27,3
	Flexiblemente desligado	3	13,6	13,6	40,9
	Caóticamente conectado	2	9,1	9,1	50,0
	Estructuralmente amalgamado	1	4,5	4,5	54,5
	Rígidamente conectado	1	4,5	4,5	59,1
	Estructuralmente desligado	3	13,6	13,6	72,7
	Caóticamente desligado	4	18,2	18,2	90,9
	Rígidamente desligada	2	9,1	9,1	100,0
Total		22	100,0	100,0	

Gráfico N° 15: Frecuencia Relativa de la Variable “Tipo Familiar Real”.



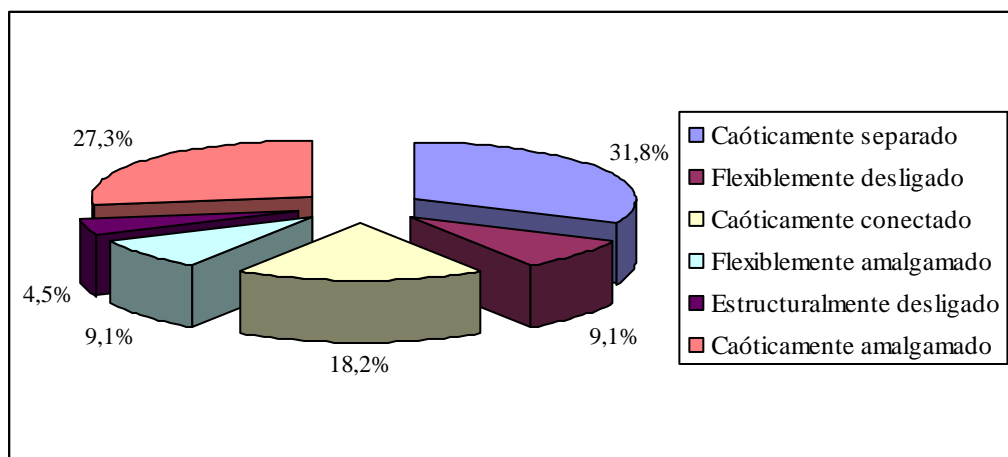
En relación a la combinación de los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar, escala ideal (tabla N°19), los resultados indican que los sujetos de la muestra se distribuyeron en 6 de los dieciséis Tipos Familiares del Modelo Circumplejo, siendo esta vez, los Tipos más comunes, el tipo Caóticamente separado (31.8%), el tipo Caóticamente amalgamado (27.3%) y el tipo Caóticamente conectado (18.2%). Como se puede apreciar, los sujetos se agruparon mayoritariamente en torno a aquellos tipos familiares con puntajes altos en la Escala de Adaptabilidad, es decir, en el tipo caótico.

Tabla N° 19: Frecuencia Relativa de la Variable “Tipo Familiar Ideal”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Caóticamente separado	7	31,8	31,8	31,8
	Flexiblemente desligado	2	9,1	9,1	40,9
	Caóticamente conectado	4	18,2	18,2	59,1
	Flexiblemente amalgamado	2	9,1	9,1	68,2
	Estructuralmente desligado	1	4,5	4,5	72,7

	Caóticamente amalgamado	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 16: Frecuencia Relativa de la Variable “Tipo Familiar Ideal”.



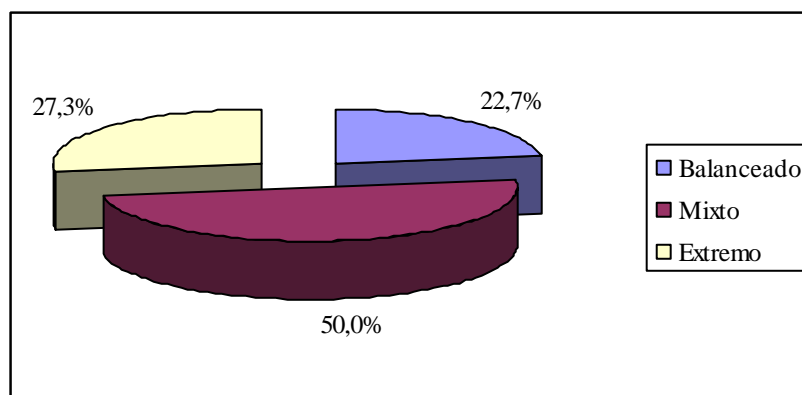
6.1.3.4 Variable “Rango Familiar”

De acuerdo a los resultados obtenidos en FACES III, escala real (Tabla N° 20), un 50.0% de los sujetos se agrupó en el Rango Mixto, un 27.3% en el Rango Extremo y un 22.7% en el Rango Balanceado.

Tabla N° 20: Frecuencia Relativa de la Variable “Rango Familiar Real”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Balanceado	5	22,7	22,7	22,7
	Mixto	11	50,0	50,0	72,7
	Extremo	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 17: Frecuencia Relativa de la Variable “Rango Familiar Real”.

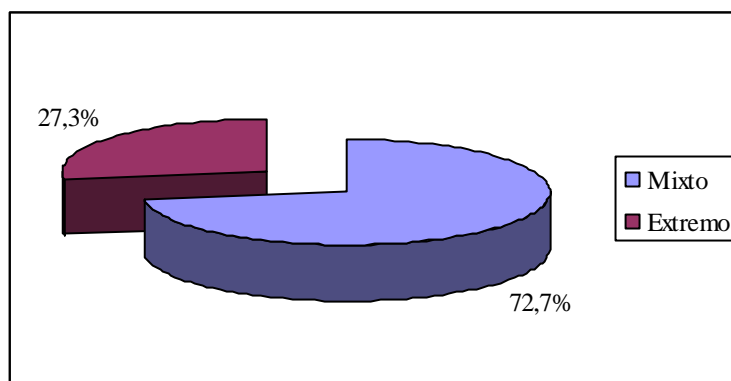


Conforme los resultados obtenidos en FACES III, escala ideal, la tabla N° 21 indica que un 72.7% de los sujetos se agrupó en el Rango Mixto, mientras un 27.3% en el Rango Extremo.

Tabla N° 21: Frecuencia Relativa y Porcentaje de la Variable “Rango Familiar Ideal”.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mixto	16	72,7	72,7	72,7
	Extremo	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Gráfico N° 18: Frecuencia Relativa de la Variable “Rango Familiar Ideal”.



6.2 Análisis Correlacional

6.2.1 Relación entre la variable “Cohesión familiar real” y las variables Sociodemográficas y Caracterológicas

Tabla N° 22: Tabla de Contingencia entre Cohesión familiar real y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.

		Cohesión familiar real								Total	
		Desligada	Separada	Conectada	Amalgamada						
Sexo	Mujer	6	46.1%	4	30.8%	2	15.4%	1	7.7%	13	100%
	Hombre	6	66.7%	0	0%	3	33.3%	0	0%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	8	50%	3	18.8%	4	25%	1	6.2%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	3	75%	0	0%	1	25%	0	0%	4	100%
	Casado(a)	7	53.8%	2	15.4%	3	23.1%	1	7.7%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
	Separado(a)	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
Nivel Educativo	Convive(a)	1	33.4%	1	33.3%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	Básica	2	66.7%	0	0%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	Media	6	50%	2	16.7%	3	25%	1	8.3%	12	100%
Religión	Técnica o Superior	4	57.1%	2	28.6%	1	14.3%	0	0%	7	100%
	Católica	9	50%	4	22.2%	4	22.2%	1	5.6%	18	100%
	Evangélica	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
Composición Familiar	Ninguna	1	50%	0	0%	1	50%	0	0%	2	100%
	Menos de 3 personas	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	8	61.5%	1	7.7%	3	23.1%	1	7.7%	13	100%
	Más de 5 personas	2	28.6%	3	42.8%	2	28.6%	0	0%	7	100%
Problema de Dependencia	Ausencia de problema de dependencia	4	44.4%	3	33.4%	1	11.1%	1	11.1%	9	100%
	Presencia de problema de dependencia	8	61.5%	1	7.7%	4	30.8%	0	0%	13	100%
	Menos de 1 año	6	60%	2	20%	1	10%	1	10%	10	100%
Tiempo de Asistencia	Entre un 1 y 3 años	3	42.9%	1	14.2%	3	42.9%	0	0%	7	100%
	Más de 3 años	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%	5	100%
Frecuencia de Asistencia	Una vez al mes	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
	2 veces al	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%

	mes										
	3 veces al mes	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
	4 veces al mes	8	50%	4	25%	4	25%	0	0%	16	100%
Porcentaje de miembros de la familia asistente	Menos de 30%	4	44.4%	2	22.2%	3	33.4%	0	0%	9	100%
	Entre 30% y 60%	8	66.7%	1	8.3%	2	16.7%	1	8.3%	12	100%
	Más de 60%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Cohesión real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): El coeficiente de Pearson (r) indica una relación positiva y significativa entre cohesión familiar real y composición familiar, de $r = 0.468$ ($p = 0.028$; $p < 0.05$).

No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar real y el resto de las variables sociodemográficas y caracterológicas.

- Coeficiente de correlación de Spearman (r): El coeficiente de correlación de Spearman (r) indica una relación positiva y significativa entre cohesión familiar real y edad, de $r = 0.470$ ($p = 0.027$; $p < 0.05$).

No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar real y el resto de las variables sociodemográficas y caracterológicas.

6.2.2 Relación entre la variable “Cohesión familiar ideal” y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas

Tabla N° 23: Tabla de Contingencia entre Cohesión familiar ideal y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

		Cohesión familiar ideal								Total	
		Desligada	Separada	Conectada	Amalgamada						
Sexo	Mujer	1	7.7%	5	38.5%	3	23.1%	4	30.7%	13	100%
	Hombre	2	22.2%	2	22.2%	1	11.1%	4	45.5%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	0	0%	2	50%	0	0%	2	50%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	3	18.8%	5	31.2%	4	25%	4	25%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	1	25%	1	25%	0	0%	2	50%	4	100%
	Casado(a)	2	15.4%	5	38.4%	2	15.4%	4	30.8%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
	Convive(a)	0	0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	1	33.3%	1	33.3%	0	0%	1	33.3%	3	100%
	Media	1	8.4%	3	25%	4	33.3%	4	33.3%	12	100%
Religión	Técnica o Superior	1	14.3%	3	42.9%	0	0%	3	42.8%	7	100%
	Católica	2	11.1%	6	33.3%	3	16.7%	7	38.9%	18	100%
	Evangélica	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2	100%
Composición Familiar	Ninguna	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
	Menos de 3 personas	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	3	23.1%	4	30.8%	1	7.7%	5	38.4%	13	100%
	Más de 5 personas	0	0%	2	28.6%	2	28.6%	3	42.8%	7	100%
Problema de Dependencia	Ausencia de problema de dependencia	1	11.2%	2	22.2%	2	22.2%	4	44.4%	9	100%
	Presencia de problema de dependencia	2	15.4%	5	38.5%	2	15.4%	4	30.7%	13	100%
	Menos de 1 año	1	10%	4	10%	2	20%	3	30%	10	100%
Tiempo de Asistencia	Entre un 1 y 3 años	1	14.3%	1	14.3%	0	0%	5	71.4%	7	100%
	Más de 3 años	1	20%	2	40%	2	40%	0	0%	5	100%
	Una vez al mes	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
Frecuencia de Asistencia	2 veces al mes	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
	3 veces al mes	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2	100%
	4 veces al mes	2	12.5%	4	25%	3	18.8%	7	43.7%	16	100%
Porcentaje de miembros de la familia asistente	Menos de 30%	2	22.2%	1	11.1%	2	22.2%	4	44.5%	9	100%
	Entre 30% y 60%	1	8.3%	5	41.7%	2	16.7%	4	33.3%	12	100%
	Más de 60%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

6.2.3 Relación entre la variable “Adaptabilidad familiar real” y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas

		Adaptabilidad familiar real								Total	
		Rígida		Estructurada		Flexible		Caótica			
Sexo	Mujer	1	7.6%	4	30.8%	4	30.8%	4	30.8%	13	100%
	Hombre	2	22.2%	3	33.3%	1	11.2%	3	33.3%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	0	0%	1	25%	0	0%	3	75%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	3	18.7%	5	31.3%	5	31.3%	3	18.7%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	1	25%	1	25%	0	0%	2	50%	4	100%
	Casado(a)	0	0%	4	30.8%	4	30.8%	5	38.4%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
	Separado(a)	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
	Convive(a)	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	0	0%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	0	0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
	Media	2	16.7%	4	33.3%	3	25%	3	25%	12	100%
	Técnica o Superior	1	11.3%	2	28.6%	1	11.3%	3	12.8%	7	100%
Religión	Católica	2	11.1%	5	27.8%	4	22.2%	7	38.9%	18	100%
	Evangélica	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
	Ninguna	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2	100%
Composición Familiar	Menos de 3 personas	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	0	0%	5	38.5%	5	38.5%	3	23%	13	100%
	Más de 5 personas	1	14.3%	2	28.6%	0	0%	4	57.1%	7	100%
Problema de Dependencia	Ausencia de problema de dependencia	0	0%	4	44.5%	3	33.3%	2	22.2%	9	100%
	Presencia de problema de dependencia	3	23.1%	3	23.1%	2	15.4%	5	38.4%	13	100%
	Menos de 1 año	1	10%	4	40%	3	30%	2	20%	10	100%
Tiempo de Asistencia	Entre un 1 y 3 años	1	14.3%	1	14.3%	2	28.6%	3	42.8%	7	100%
	Más de 3 años	1	20%	2	40%	0	0%	2	40%	5	100%
	Una vez al mes	1	50%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%
Frecuencia de Asistencia	2 veces al mes	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
	3 veces al mes	0	0%	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
	4 veces al mes	2	12.5%	4	25%	4	25%	6	37.5%	16	100%
Porcentaje de miembros de la familia	Menos de 30%	1	11.2%	4	44.4%	0	0%	4	44.4%	9	100%
	Entre 30% y 60%	2	16.7%	3	25%	4	33.3%	3	25%	12	100%
	Más de 60%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%

asistente**Tabla N° 24: Tabla de Contingencia entre Adaptabilidad familiar real y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.**

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

6.2.4 Relación entre la variable “Adaptabilidad familiar ideal” y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas

Tabla N° 25: Tabla de Contingencia entre Adaptabilidad familiar ideal y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.

- Prueba de Chi Cuadrado: La prueba de Chi cuadrado indica una relación significativa entre Adaptabilidad familiar ideal y sexo, siendo el valor $p=0.025$ ($p < 0.05$). Ello evidencia que las mujeres tienden a percibir una adaptabilidad

		Adaptabilidad familiar ideal								Total	
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica						
Sexo	Mujer	0	0%	1	7.7%	0	0%	12	92.3%	13	100%
	Hombre	0	0%	0	0%	4	44.4%	5	55.6%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	0	0%	1	6.3%	4	25%	11	68.7%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	0	0%	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
	Casado(a)	0	0%	1	7.7%	2	15.4%	10	76.9%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Convive(a)	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	0	0%	0	0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100%
	Media	0	0%	1	8.3%	1	8.3%	10	83.4%	12	100%
Religión	Técnica o Superior	0	0%	0	0%	2	28.6%	5	71.4%	7	100%
	Católica	0	0%	1	5.6%	2	11.1%	15	83.3%	18	100%
	Evangélica	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
Composición Familiar	Ninguna	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
	Menos de 3 personas	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	0	0%	1	7.7%	3	23.1%	9	69.2%	13	100%
Problema de Dependencia	Más de 5 personas	0	0%	0	0%	1	14.3%	6	85.7%	7	100%
	Ausencia de problema de dependencia	0	0%	1	11.1%	0	0%	8	88.9%	9	100%
	Presencia de problema de dependencia	0	0%	0	0%	4	30.8%	9	69.2%	13	100%
Tiempo de Asistencia	Menos de 1 año	0	0%	0	0%	2	20%	8	80%	10	100%
	Entre un 1 y 3 años	0	0%	1	14.3%	1	14.3%	5	71.4%	7	100%
	Más de 3 años	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
Frecuencia de Asistencia	Una vez al mes	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
	2 veces al mes	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
	3 veces al mes	0	0%	0	0%	1	50%	1	50%	2	100%
	4 veces al mes	0	0%	1	6.3%	2	12.5%	13	81.2%	16	100%
Porcentaje de miembros de la familia asistente	Menos de 30%	0	0%	0	0%	3	33.3%	6	66.7%	9	100%
	Entre 30% y 60%	0	0%	1	8.3%	1	8.3%	10	83.4%	12	100%
	Más de 60%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

familiar ideal de tipo caótico, mientras que en los hombres se observa una tendencia a percibir una adaptabilidad familiar ideal de tipo caótica y flexible, de forma homogénea.

No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y el resto de las variables sociodemográficas y caracterológicas.

- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

6.2.5 Relación entre la variable “Rango familiar real” y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas

Tabla N° 26: Tabla de Contingencia entre Rango familiar real y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Rango

		Rango familiar real						Total	
		Balanceado		Mixto		Extremo			
Sexo	Mujer	4	30.8%	6	46.1%	3	23.1%	13	100%
	Hombre	1	11.1%	5	55.6%	3	33.3%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	4	25%	9	56.3%	3	18.7%	16	100%
	Más de 56 años	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
	Casado(a)	2	15.4%	9	69.2%	2	15.4%	13	100%
	Viudo(a)	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Convive(a)	2	66.7%	0	0%	1	33.3%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	0	0%	3	100%	0	0%	3	100%
	Media	3	25%	6	50%	3	25%	12	100%
	Técnica o Superior	2	28.6%	2	28.6%	3	42.8%	7	100%
Religión	Católica	4	22.2%	9	50%	5	27.8%	18	100%
	Evangélica	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	Ninguna	1	50%	0	0%	1	50%	2	100%
Composición Familiar	Menos de 3 personas	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	3	23.1%	8	61.5%	2	15.4%	13	100%
	Más de 5 personas	2	28.6%	3	42.8%	2	28.6%	7	100%
	Ausencia de problema de dependencia	3	33.3%	5	55.6%	1	11.1%	9	100%
Problema de Dependencia	Presencia de problema de dependencia	2	15.4%	6	46.2%	5	38.4%	13	100%
	Menos de 1 año	2	20%	6	60%	2	20%	10	100%
Tiempo de Asistencia	Entre un 1 y 3 años	2	28.6%	3	42.8%	2	28.6%	7	100%
	Más de 3 años	1	20%	2	40%	2	40%	5	100%
	Una vez al mes	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Frecuencia de Asistencia	2 veces al mes	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
	3 veces al mes	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	4 veces al mes	4	22.7%	8	50%	4	27.3%	16	100%
Porcentaje de miembros de la familia asistente	Menos de 30%	1	11.1%	7	77.8%	1	11.1%	9	100%
	Entre 30% y 60%	3	25%	4	33.3%	5	41.7%	12	100%
	Más de 60%	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%

familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Rango familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Rango familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

6.2.6 Relación entre la variable “Rango familiar ideal” y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.

		Rango familiar ideal						Total	
		Balanceado		Mixto		Extremo			
Sexo	Mujer	0	0%	9	69.2%	4	30.8%	13	100%
	Hombre	0	0%	7	77.8%	2	22.2%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	0	0%	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	0	0%	3	75%	1	25%	4	100%
	Casado(a)	0	0%	10	76.9%	3	23.1%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
	Convive(a)	0	0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	0	0%	2	66.7%	1	33.3%	3	100%
	Media	0	0%	9	75%	3	25%	12	100%
	Técnica o Superior	0	0%	5	71.4%	2	28.6%	7	100%
Religión	Católica	0	0%	12	66.7%	6	33.3%	18	100%
	Evangélica	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	Ninguna	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Composición Familiar	Menos de 3 personas	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	0	0%	9	69.2%	4	30.8%	13	100%
	Más de 5 personas	0	0%	5	71.4%	2	28.6%	7	100%
	Ausencia de problema de dependencia	0	0%	5	55.6%	4	44.4%	9	100%
Problema de Dependencia	Presencia de problema de dependencia	0	0%	11	84.6%	2	15.4%	13	100%
	Menos de 1 año	0	0%	8	80%	2	20%	10	100%
Tiempo de Asistencia	Entre un 1 y 3 años	0	0%	3	42.9%	4	57.1%	7	100%
	Más de 3 años	0	0%	5	100%	0	0%	5	100%
	Una vez al mes	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Frecuencia de Asistencia	2 veces al mes	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	3 veces al mes	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	4 veces al mes	0	0%	10	62.5%	6	37.5%	16	100%
Porcentaje de miembros de la familia asistente	Menos de 30%	0	0%	6	66.7%	3	33.3%	9	100%
	Entre 30% y 60%	0	0%	9	75%	3	25%	12	100%
	Más de 60%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%

Tabla N° 27: Tabla de Contingencia entre Rango familiar ideal y las Variables Sociodemográficas y Caracterológicas.

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Rango familiar ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Rango familiar ideal y las variables sociodemográficas y caracterológicas.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Rango familiar real y las variables sociodemográficas y caracterológicas.

6.2.7 Relación entre la variable “Cohesión familiar real” y el resto de las Variables de Estudio

Tabla N° 28: Tabla de Contingencia entre Cohesión familiar real y el resto de las Variables de Estudio.

		Cohesión familiar real								Total	
		Desligada	Separada	Conectada	Amalgamada	Conectada	Amalgamada	Conectada	Amalgamada		
Cohesión Ideal	Desligada	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%
	Separada	6	85.7%	1	14.3%	0	0%	0	0%	7	100%
	Conectada	1	25%	1	25%	1	25%	1	25%	4	100%
	Amalgamada	2	25%	2	25%	4	50%	0	0%	8	100%
Adaptabilidad Real	Rígida	2	66.7%	0	0%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	Estructurada	3	42.8%	2	28.6%	1	14.3%	1	14.3%	7	100%
	Flexible	3	60%	1	20%	1	20%	0	0%	5	100%
Adaptabilidad	Caótica	4	57.1%	1	14.3%	2	28.6%	0	0%	7	100%
	Rígida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%

Ideal	Estructurada													
	Estructurada		Flexible		Caótica		Estructurada		Flexible		Caótica			
	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%		
	Flexible		2		50%		0		0%		4		100%	
	Caótica		9		52.9%		4		23.6%		3		17.6%	
			1		5.9%		7				1		100%	

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar real y el resto de las variables de estudio.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): El coeficiente de correlación (r) de Pearson indica una relación positiva y significativa entre Cohesión familiar real e ideal, de $r = 0.477$ ($p = 0.025$; $p < 0.05$).
No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar real y el resto de las variables de estudio.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): El Coeficiente de correlación de Spearman (r) indica una relación positiva y significativa entre Cohesión real y cohesión ideal, de $r = 0.602$ ($p = 0.003$; $p < 0.01$).

No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar real y el resto de las variables de estudio.

6.2.8 Relación entre la variable “Cohesión familiar ideal” y el resto de las Variables de Estudio.

Tabla N° 29: Tabla de Contingencia entre Cohesión familiar ideal y el resto de las Variables de Estudio.

		Cohesión familiar ideal								Total	
		Desligada		Separada		Conectada		Amalgamada			
		3	25%	6	50%	1	8.3%	2	16.7%		
Cohesión Real	Desligada	3	25%	6	50%	1	8.3%	2	16.7%	3	100%
	Separada	0	0%	1	25%	1	25%	2	50%	7	100%
	Conectada	0	0%	0	0%	1	20%	4	80%	4	100%
	Amalgamada	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	8	100%

Adaptabilidad Real	Rígida	0	0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
	Estructurada	2	28.6%	0	0%	2	28.6%	3	42.8%	7	100%
	Flexible	1	20%	3	60%	0	0%	1	20%	5	100%
	Caótica	0	0%	3	42.9%	1	14.3%	3	42.9%	7	100%
Adaptabilidad Ideal	Rígida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
	Estructurada	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
	Flexible	2	50%	0	0%	0	0%	2	50%	4	100%
	Caótica	0	0%	7	41.2%	4	23.5%	0	35.3%	1	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: La prueba de Chi Cuadrado indica una relación significativa entre Cohesión ideal y Adaptabilidad ideal, de $p = 0.017$ ($p < 0.05$). Ello muestra que las personas que perciben una cohesión familiar ideal de tipo amalgamada tienden a percibir, a su vez, una adaptabilidad familiar ideal de tipo estructurada, mientras que quienes perciben una cohesión familiar ideal de tipo separada tienden a percibir, a su vez, una adaptabilidad familiar ideal de tipo caótica.

No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar ideal y el resto de las variables de estudio.

- Coeficiente de correlación de Pearson (r): El coeficiente de correlación de Pearson (r) indica una relación positiva y significativa entre Cohesión ideal y Adaptabilidad ideal, de $r = 0.450$ ($p = 0.035$; $p < 0.05$).

No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar ideal y el resto de las variables de estudio.

- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Cohesión familiar ideal y el resto de las variables de estudio.

6.2.9 Relación entre la variable “Adaptabilidad familiar real” y el resto de las variables de estudio

Tabla N° 30: Tabla de Contingencia entre Adaptabilidad familiar real y el resto de las variables de estudio.

		Adaptabilidad familiar real								Total	
		Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica						
Cohesión Real	Desligada	2	16.7%	3	25%	3	25%	4	33.3%	3	100%
	Separada	0	0%	2	50%	1	25%	1	25%	7	100%
	Conectada	1	20%	1	20%	1	20%	2	40%	4	100%
	Amalgamada	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	8	100%
Cohesión Ideal	Desligada	0	0%	2	66.7%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	Separada	1	14.2%	0	0%	3	42.9%	3	42.9%	7	100%
	Conectada	1	25%	2	50%	0	0%	1	25%	5	100%
	Amalgamada	1	12.5%	3	37.5%	1	12.5%	3	37.5%	7	100%
Adaptabilidad Ideal	Rígida	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
	Estructurada	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
	Flexible	1	25%	3	75%	0	0%	0	0%	4	100%
	Caótica	2	11.8%	4	23.5%	4	23.5%	7	41.2%	7	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables de estudio.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables de estudio.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables de estudio.

6.2.10 Relación entre la variable “Adaptabilidad familiar ideal” y el resto de las Variables de Estudio

Tabla N° 31: Tabla de Contingencia entre Adaptabilidad familiar ideal y el resto de las Variables de Estudio.

		Rígida		Adaptabilidad familiar ideal						Total	
				Estructurada	Flexible	Caótica					
Cohesión Real	Desligada	0	0%	1	8.3%	2	16.7%	9	75%	3	100%
	Separada	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	7	100%
	Conectada	0	0%	0	0%	2	40%	3	60%	4	100%
	Amalgamada	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	8	100%
Cohesión Ideal	Desligada	0	0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0%	3	100%
	Separada	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	7	100%
	Conectada	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	5	100%
	Amalgamada	0	0%	0	0%	2	25%	6	75%	7	100%
Adaptabilidad Real	Rígida	0	0%	0	0%	1	33.3%	2	66.7%	0	100%
	Estructurada	0	0%	0	0%	3	42.9%	4	57.1%	1	100%
	Flexible	0	0%	1	20%	0	0%	4	80%	4	100%
	Caótica	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	17	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar real y las variables de estudio.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar ideal y las variables de estudio.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Adaptabilidad familiar ideal y las variables de estudio.

6.2.11 Relación entre “Rango familiar real” y “Rango familiar ideal”

Tabla N° 32: Tabla de Contingencia entre Rango familiar real y Rango familiar ideal.

Rango familiar real Total

Rango Familiar ideal		Balanceado		Mixto		Extremo		0	100%
		0	0%	0	0%	0	0%		
	Balanceado	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
	Mixto	3	18.8%	8	50%	5	31.2%	16	100%
	Extremo	2	33.35%	3	50%	1	16.7%	6	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Rango familiar real e ideal.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Rango familiar real e ideal.
- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Rango familiar real y las variables de estudio.

6.2.12 Relación entre la variable “Porcentaje de miembros asistentes” y las Variables Sociodemográficas

Tabla N° 33: Tabla de Contingencia entre “Porcentaje de miembros asistentes” y las Variables Sociodemográficas.

		Porcentaje de miembros asistentes						Total	
		Menos de 30%	Entre 30% y 60%	Más de 60%					
Sexo	Mujer	5	38.5%	7	53.8%	1	7.7%	13	100%
	Hombre	4	44.4%	5	55.6%	0	0%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	1	25%	3	75%	0	0%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	7	43.7%	8	50%	1	6.3%	16	100%
	Más de 56 años	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	2	50%	2	50%	0	0%	4	100%
	Casado(a)	6	46.2%	6	46.2%	1	7.6%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
Nivel Educativo	Convive(a)	1	33.3%	2	66.7%	0	0%	3	100%
	Básica	2	66.7%	1	33.3%	0	0%	3	100%
	Media	4	33.3%	8	66.7%	0	0%	1	100%
Religión	Técnica o Superior	3	42.9%	3	42.9%	1	14.2%	7	100%
	Católica	8	44.4%	9	50%	1	5.6%	18	100%
Composición Familiar	Evangélica	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
	Ninguna	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	Menos de 3 personas	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	4	30.8%	8	61.5%	1	7.7%	13	100%

Más de 5 personas	5	71.4%	2	28.6%	0	0%	7	100%
--------------------------	----------	--------------	----------	--------------	----------	-----------	----------	-------------

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Porcentaje de miembros de la familia que asisten al GMF y las variables sociodemográficas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): El coeficiente de correlación de Pearson (r) indica una relación indirecta y significativa entre Porcentaje de miembros de la familia que asisten al GMF y Composición familiar, de $r = -0.688$ ($p = 0.036$; $p < 0.05$).

No se observan relaciones significativas entre Porcentaje de miembros de la familia que asisten al GMF y el resto de las variables sociodemográficas.

- Coeficiente de correlación de Spearman (r): El Coeficiente de correlación de Spearman (r) indica una relación indirecta y significativa entre Porcentaje de miembros de la familia que asisten al GMF y Composición familiar, de $r = -0.449$ ($p = 0.000$; $p < 0.01$).

No se observan relaciones significativas entre Porcentaje de miembros de la familia que asisten al GMF y el resto de las variables sociodemográficas.

6.2.13 Relación entre la variable “Problema de Dependencia” y las Variables Sociodemográficas

Tabla N° 34: Tabla de Contingencia entre “Problema de Dependencia” y las Variables

		Sociodemográficas.					
		Problema de Dependencia					
		Ausencia de problema de dependencia	Presencia de problema de dependencia			Total	
Sexo	Mujer	8	61.55%	5	38.5%	13	100%
	Hombre	1	11.1%	8	88.9%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	2	50%	2	50%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	6	37.5%	10	62.5%	16	100%
	Más de 56 años	1	50%	1	50%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	1	25%	3	75%	4	100%
	Casado(a)	5	38.5%	8	61.5%	13	100%
	Viudo(a)	1	100%	0	0%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	1	100%	1	100%
	Convive(a)	2	66.7%	1	33.3%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	1	33.3%	2	66.7%	3	100%
	Media	7	58.3%	5	41.7%	1	100%
Religión	Técnica o Superior	1	14.3%	6	85.7%	7	100%
	Católica	9	50%	9	50%	18	100%
Composición Familiar	Evangélica	0	0%	2	100%	2	100%
	Ninguna	0	0%	2	100%	2	100%
	Menos de 3 personas	0	0%	2	100%	2	100%
Composición Familiar	Entre 3 y 5 personas	5	38.5%	8	61.5%	13	100%
	Más de 5 personas	4	57.1%	3	42.9%	7	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: La Prueba de Chi Cuadrado indica una relación significativa entre Problema de Dependencia y Sexo, siendo el valor $p = 0.018$ ($p < 0.05$). Ello evidencia una tendencia a que los sujetos de la muestra que presentan problemas de dependencia sean hombres, mientras que quienes no presentan problemas de dependencia sean, en su mayoría, mujeres. No se observan relaciones significativas entre Problema de Dependencia y el resto de las variables sociodemográficas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Presencia de Dependencia y las variables sociodemográficas.

- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Presencia de Dependencia y las variables sociodemográficas.

6.2.14 Relación entre la variable “Tiempo de Asistencia” y las Variables Sociodemográficas

Tabla N° 35: Tabla de Contingencia entre “Tiempo de Asistencia” y las Variables Sociodemográficas.

		Tiempo de Asistencia						Total	
		Menos de 1 año	Entre 1 y 3 años	Más de 3 años					
Sexo	Mujer	6	46.1%	4	30.8%	3	23.1%	13	100%
	Hombre	4	44.4%	3	33.3%	2	22.3%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	2	50%	1	25%	1	25%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	8	50%	4	25%	4	25%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	2	100%	0	0%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	1	25%	2	50%	1	25%	4	100%
	Casado(a)	8	61.5%	3	23.1%	2	15.4%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%
	Separado(a)	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
	Convive(a)	0	0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	3	100%
	Media	5	41.7%	4	33.3%	3	25%	1	100%
	Técnica o Superior	4	57.1%	2	28.6%	1	14.3%	7	100%
Religión	Católica	7	38.9%	7	38.9%	4	22.2%	18	100%
	Evangélica	1	50%	0	0%	1	50%	2	100%
	Ninguna	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
Composición Familiar	Menos de 3 personas	1	50%	0	0%	1	50%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	8	61.5%	4	30.8%	1	7.7%	13	100%
	Más de 5 personas	1	14.2%	3	42.9%	3	42.9%	7	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Tiempo de Asistencia y las variables sociodemográficas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Tiempo de Asistencia y las variables sociodemográficas.

- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Tiempo de Asistencia y las variables sociodemográficas.

6.2.15 Relación entre la variable “Frecuencia de Asistencia mensual” y las Variables Sociodemográficas

Tabla N° 36: Tabla de Contingencia entre “Frecuencia de Asistencia Mensual” y las Variables Sociodemográficas.

		Frecuencia de Asistencia mensual								Total	
		1 vez al mes		2 veces al mes		3 veces al mes		4 veces al mes			
Sexo	Mujer	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	10	76.9%	13	100%
	Hombre	1	11.1%	1	11.1%	1	11.1%	6	66.7%	9	100%
Edad	Menos de 32 años	1	25%	0	0%	0	0%	3	75%	4	100%
	Entre 32 y 56 años	1	6.3%	2	12.5%	2	12.5%	11	68.7%	16	100%
	Más de 56 años	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
Estado civil	Soltero(a)	1	25%	0	0%	1	25%	2	50%	4	100%
	Casado(a)	0	0%	2	15.4%	1	7.7%	10	76.9%	13	100%
	Viudo(a)	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Separado(a)	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%
	Convive(a)	1	33.3%	0	0%	0	0%	2	66.7%	3	100%
Nivel Educativo	Básica	0	0%	0	0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100%
	Media	1	8.3%	1	8.3%	0	0%	10	83.4%	1	100%
	Técnica o Superior	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%	4	57.1%	7	100%
Religión	Católica	2	11.1%	1	5.6%	2	11.1%	13	72.2%	18	100%
	Evangélica	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	2	100%
	Ninguna	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%	2	100%
Composición Familiar	Menos de 3 personas	1	50%	0	0%	0	0%	1	50%	2	100%
	Entre 3 y 5 personas	0	0%	2	15.4%	2	15.4%	9	69.2%	13	100%
	Más de 5 personas	1	14.3%	0	0%	0	0%	6	85.7%	7	100%

- Prueba de Chi Cuadrado: No se observan relaciones significativas entre Frecuencia de Asistencia mensual y las variables sociodemográficas.
- Coeficiente de correlación de Pearson (r): No se observan relaciones significativas entre Frecuencia de Asistencia mensual y las variables sociodemográficas.

- Coeficiente de correlación de Spearman (r): No se observan relaciones significativas entre Frecuencia de Asistencia mensual y las variables sociodemográficas.

VII. DISCUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, resulta relevante profundizar acerca de ciertos aspectos relacionados con la manera en que se presentan las variables que describen a la muestra escogida.

Dentro de las variables sociodemográficas, se puede observar que la muestra estudiada se compone de hombres (40.9%) y mujeres (59.1%), concentrándose la edad de ésta entre los 32 y 56 años, en un 75% de los casos. A su vez, los datos indican que los sujetos en su mayoría se encuentran casados.

Esta distribución etaria, junto con el estado civil predominante, podría indicar que los sujetos participantes de los GMF, mayoritariamente, son quienes forman parte del subsistema parental y/o conyugal dentro del sistema familiar al cual pertenecen. Lo anterior podría explicar por qué, dentro de los GMF, se abordan temáticas relacionadas con la forma en que padres y/o parejas enfrentan y manejan, desde el holón que integran dentro de la familia, la situación de dependencia a sustancias que se vive en el seno familiar.

Ahora bien, el problema de dependencia a sustancias constituye un evento estresor que repercute a nivel familiar, generando en éste cambios estructurales y relacionales, además de nuevas demandas funcionales a las que el sistema familiar debe adaptarse. En este escenario, el GMF, a través de los espacios de discusión, entrega herramientas para que la familia, por medio del subsistema conyugal y/o parental, que resultan ser los principales participantes y agentes de cambio, pueda enfrentar de una manera adaptativa las implicancias que conlleva la dependencia de sustancias en el funcionamiento familiar.

En cuanto a la variable “Religión”, un 81,8% de la muestra profesa la religión católica. La mayor frecuencia de asistencia de católicos a los GMF, puede deberse a que otros cultos religiosos tienen instancias alternativas de ayuda a sus adeptos, como ocurre en el caso de la religión evangélica, la cual entrega múltiples espacios destinados a

abordar las diversas problemáticas que aquejan a sus seguidores. Además, este alto porcentaje coincide con los datos arrojados por el último CENSO, efectuado el año 2002, que indican que el 70% de la población chilena se declara católica.

Una última variable sociodemográfica a considerar, es la “Composición Familiar”. Los datos obtenidos indican que un 59% de las familias se encuentran compuestas por 3 a 5 personas, siendo la media de 4.6 personas. Esta última cifra es superior a la entregada por el CENSO 2002, según el cual el tamaño medio de los hogares a nivel nacional es de 3.6 personas.

En cuanto a las variables caracterológicas, resulta relevante destacar dos de éstas. La primera, “Porcentaje de miembros de la familia asistentes”, indica que en un 54,5% de los casos, asisten entre un 30% y 60% de los miembros de la familia. La segunda de éstas, “Presencia de problema de dependencia”, señala que un 59% de los sujetos que asisten a los GMF presentan problemas de dependencia a sustancias.

Lo anterior indica que las personas que acuden a los GMF, pertenecen a familias, cuya composición promedio es superior a la media nacional. Luego, de estas familias, asisten indistintamente la persona que presenta la adicción, como otros de sus integrantes. Esto último, en conjunción al porcentaje de miembros de la familia que asiste al GMF, permite constatar que en la mayoría de las familias, acude más de uno de sus integrantes. Estas observaciones reflejan que, para los sujetos participantes de los GMF, la drogodependencia no es un problema individual, sino que de la familia en su conjunto.

Otro aspecto a considerar tiene relación con las siguientes variables caracterológicas: “Tiempo de Asistencia” y “Frecuencia de asistencia mensual” a los GMF. Un 54.5% de los sujetos asiste al menos desde hace un año al GMF, alcanzando un máximo de ocho años de asistencia, mientras que un 45.5% participa hace menos de un año. Del total de la muestra, un 72.7% registra una frecuencia de asistencia de cuatro veces al mes.

Estos datos permiten afirmar que los sujetos que asisten a los GMF se encuentran comprometidos con éste, en tanto instancia comunitaria de apoyo al tratamiento de la drogodependencia, como con las relaciones que se establecen al interior del mismo grupo. Esto último se traduce en que las personas que asisten a los GMF han logrado vincularse comunitaria y afectivamente, lo cual se refleja en los distintos espacios recreativos gestionados por y para ellos.

Respecto a las variables de estudio es posible destacar que un 72.7 % de los sujetos perciben una Cohesión real en los niveles más bajos (tipo desligado y separado); esto permite indicar que los sujetos que asisten a los GMF y en cuyas familias uno de sus miembros presenta un problema de dependencia, perciben sus relaciones familiares predominantemente alejadas desde el punto de vista afectivo, con un elevado grado de autonomía, escaso compromiso, lealtad e interacción familiar. Asimismo, se percibe una gran independencia con respecto a lo que cada miembro de la familia hace, careciendo de una toma de decisiones conjunta. En cuanto a límites internos, hay un predominio de la separación personal, mientras que en los límites externos se percibe el foco predominantemente fuera de la familia, esto significa que se prefiere establecer relaciones con personas externas al sistema familiar.

Al respecto, estudios acerca de cohesión y adaptabilidad familiar en familias que presentan problemas de drogodependencia, indican que una percepción de baja cohesión real se asocia a un mayor consumo de sustancias. Por tanto, si el nivel de cohesión observado en la presente investigación se perpetúa, y rigidiza en el tiempo, podría constituirse en un factor de riesgo para diversas problemáticas que se generen en la familia, incluidas las relacionadas con la drogodependencia.

Ahora bien, un 54.6% de los sujetos estima como ideal un sistema familiar cuyas características fluctúen entre las de tipo amalgamado a conectado, lo cual apela a una mayor cercanía y dependencia emocional, límites más difusos entre los subsistemas, escasa separación personal, y gran demanda de lealtad familiar, manteniendo siempre el

foco al interior de la familia. Esta aspiración, a niveles más cohesionados de funcionamiento, ¿Podría resultar como un factor protector a largo plazo en estas familias?

Al mismo tiempo, el coeficiente de correlación de Pearson indica una relación positiva y significativa entre las variables de cohesión real y cohesión ideal. Dado que dicha relación es moderada, y analizando detalladamente la distribución de datos, se observa en la escala ideal una tendencia a aspirar a niveles levemente más altos de cohesión, en comparación con lo percibido en la escala real. Dicho fenómeno resulta coherente con los diálogos dados dentro de los GMF, los cuales propician el desarrollo de estilos alternativos de funcionamiento, que impliquen cambios en el tipo de cohesión para estas familias. Ahora bien, que la aspiración a niveles alternativos de cohesión alcance parámetros leves, ¿Estará relacionada con que la familia, luego de haber experimentado repetidos períodos de reorganización, haya asumido que cierto tipo de cohesión le resulta más gratificante y funcional, y por tanto aspiren a mayores niveles de cohesión?

Resultaría interesante para futuras investigaciones, recoger algunos antecedentes que digan relación con las características de la problemática de consumo del sistema familiar: grado de consumo de sustancias por parte del miembro afectado, número de miembros consumidores, data de éste, entre otros, dado que estas variables inciden en el tipo de cohesión adecuada que las familias requieren para enfrentar las demandas del momento por el cual atraviesan. Al respecto, estudios revelan que las familias que están en una etapa donde se ha logrado la abstinencia, perciben como más funcional un tipo de cohesión desligada, en contraste con aquellas donde el consumo está aun vigente, o en estado “grave”, donde la cohesión más aglutinada resulta ser más funcional.

Ahora bien, cabe considerar algunas características de los sujetos evaluados: el participar de los GMF, además de entregarles herramientas a los sujetos sobre cómo manejar las relaciones al interior de su familia, los sitúa en una posición privilegiada en relación al resto de los miembros de ésta, en tanto que el sujeto participante dispondría,

al menos desde su percepción, de una visión más objetiva con respecto al problema que vive su familia. Sumado a esto, el mismo hecho de participar de una instancia de apoyo, externa a la familia, señala que el sujeto en cuestión tiene conciencia sobre el problema que le aqueja, y además, adquiere una posición crítica con respecto a éste.

Paralelamente, participar de una instancia grupal, como lo es el GMF, otorga una sensación de pertenencia y vinculación emocional. Con todas estas características, resulta coherente que estos sujetos cuestionen el funcionamiento de sus familias. Esto cobra relevancia, si consideramos la distancia que existe entre la percepción de la realidad del funcionamiento familiar, y el funcionamiento familiar ideal al que aspiran dichos sujetos.

En relación a este último aspecto, surge la siguiente controversia: ¿Por qué estos sujetos aspiran que sus familias funcionen de manera amalgamada aun cuando niveles de Cohesión, Separado y Conectado, serían más funcionales?

En este nivel de reflexión, cobra relevancia el Construccinismo Social. La descripción que las familias hacen del problema que los aqueja, las propuestas alternativas para solucionarlo, y las historias alojadas en el espacio dialógico entre los sujetos que participan de los GMF configuran las narrativas dentro de las cuales el problema de la dependencia cobra sentido. Es en este espacio, el narrativo, en donde se crean los significados en torno a la generación de un nuevo estilo de vida, que permita establecer dinámicas o relaciones familiares destinadas a abandonar el antiguo estilo de vida que propició la drogodependencia. Cabe entonces suponer, que las narrativas prospectivas de estas familias promoverían relaciones de tipo amalgamadas (altamente cohesionadas), que permitan resolver las demandas que la drogodependencia le exige a la familia.

En relación a la variable “Adaptabilidad familiar real”, se observan dos grupos de frecuencia muy similares en la muestra estudiada; en uno de estos, la percepción real se sitúa en el tipo caótico (31.9%), mientras que en el otro, dicha percepción se encuentra en el tipo estructurado (31.8%). Con respecto a lo anterior, llama la atención

que dentro de un grupo en el cual se intenta transmitir nociones de un funcionamiento familiar adecuado para enfrentar un evento estresante, como es la dependencia a sustancias, y en que se resalta la importancia de una clara diferenciación de roles, y el establecimiento de límites y reglas bien definidos, se aprecie una heterogeneidad en cuanto a las percepciones que tienen los sujetos con respecto a una adaptabilidad real, observándose dos tendencias específicas, ambas escogidas por la misma cantidad de sujetos. Dicho fenómeno sería interesante de ser abordado más acabadamente en estudios futuros.

Por otra parte, en cuanto a la percepción de adaptabilidad ideal que tienen los sujetos evaluados, se observa que el 77.3% de ellos aspira a un tipo de adaptabilidad caótica, lo que reafirma la postura que, en sistemas que incluyen una enfermedad o problema psicosocial, este tipo de adaptabilidad pareciera ser percibido como el más adecuado para afrontar una crisis. Los resultados de la investigación coinciden con los obtenidos en estudios de aplicación de FACES III en familias con algún evento estresor importante, los que indican que dichas familias perciben una adaptabilidad ideal de tipo caótica, esto es, aspiran a un funcionamiento familiar caracterizado por límites difusos, falta de claridad en los roles e inconsistencia en el establecimiento de reglas.

El alto porcentaje de sujetos que aspiran, idealmente, a un tipo de adaptabilidad caótica, podría relacionarse con una sobredimensión de la aspiración a un funcionamiento familiar balanceado, tipo de funcionamiento que es promovido por el GMF. Esta tendencia a aspirar a niveles tan altos de adaptabilidad, implica demandas para el sistema familiar, demandas que podrían generar sentimientos de frustración en dos sentidos. Por un lado, en las familias, pues el constante cambio en las reglas y jerarquías al interior de ésta no proporcionaría la estabilidad necesaria para enfrentar el problema de la drogodependencia, y por otro, en cada miembro en particular, al no tener, los sujetos, real claridad respecto a cual es su rol dentro de las jerarquías y límites familiares.

En otro sentido, los sujetos evaluados podrían estar aspirando a un tipo de adaptabilidad caótica, debido a que, dadas las constantes modificaciones que la misma

problemática de consumo demanda en la instauración de límites familiares, el sistema familiar no cuenta con experiencias que fortalezcan su empoderamiento, y capacidad para mantener una estructura más balanceada. Esta percepción resulta coherente, al compararla con los estudios que describen a la familia de drogodependientes, cuyos resultados indican que, por lo general, dichas familias aspiran a niveles de adaptabilidad extremos.

En cuanto al importante aumento en la frecuencia de familias que aspiran a un tipo de adaptabilidad caótico, es importante considerar que, dentro del marco de inteligibilidad en los que se desarrollan los GMF, se encuentran relatos orientados a lograr tipos balanceados de adaptabilidad familiar, a través de la promoción de soluciones alternativas a las problemáticas dadas. En este sentido, es posible que aquellos sujetos que perciben su adaptabilidad familiar real como balanceada, consideren, de todos modos, que existen cambios plausibles a realizar en esta dimensión, que conlleven a optimizar el estilo de adaptabilidad actual. De ser así, la familia, por un lado, podría ampliar las maneras de mantener un estilo de adaptabilidad balanceado, pero por otro, corre el riesgo de incurrir en constantes modificaciones en la manera de instaurar reglas y jerarquías familiares, conllevando esto a un riesgo de desestructuración familiar.

Ahora bien, en un nivel de análisis sistémico cabe plantearse las siguientes interrogantes: ¿Cuál era el funcionamiento familiar previo a la aparición del problema de drogodependencia en uno de sus integrantes?, ¿Funcionó entonces la adicción como un mecanismo morfoestático o morfogénico?

Por último, al enfrentar los datos recopilados acerca de la percepción de los sujetos del funcionamiento real (y actual) de sus familias, ¿La dinámica familiar es funcional para enfrentar el problema de la dependencia?

En relación con la variable de estudio “Rango familiar”, fue posible evidenciar que en la escala real, un 50% de los sujetos se agrupó en el Rango Mixto, un 27.3% en el

Rango Extremo y un 22.7%, en el Rango Balanceado. Por su parte, en la escala ideal, un 72.7% de los sujetos se agrupó en el Rango Mixto, mientras un 27.3% en el Rango Extremo. Como es posible evidenciar, y siguiendo el Modelo Circumplejo de Olson, la mayor parte de los sujetos de estudio tiende a percibir su sistema familiar en términos extremos y mixtos, lo cual podría reflejar la dificultad para enfrentar estresores situacionales, como es el caso de un problema de drogodependencia al interior de la familia. Por otra parte, resulta interesante recalcar que un alto porcentaje de los sujetos aspira a un sistema familiar dentro del rango mixto, lo cual puede llegar a ser coherente con las diversas demandas y exigencias que debe suplir una familia, en que alguno(s) de sus integrantes presente un problema de dependencia, y que le impide vislumbrar el mejor estilo de funcionamiento. A su vez, es interesante apreciar que no se estaría aspirando a un nivel balanceado de funcionamiento, el cual según el Modelo de Olson es la alternativa que permite al sistema familiar adaptarse y funcionar de una forma más idónea frente a estresores situacionales y evolutivos. A modo de discusión, cabe plantearse la siguiente interrogante: ¿Faltarían intervenciones terapéuticas que enfatizen la importancia de alcanzar un nivel balanceado de funcionamiento?

Lo expuesto en el párrafo anterior, se ve reafirmado por los resultados arrojados por la Prueba de Chi Cuadrado, que indica una relación significativa entre cohesión y adaptabilidad ideal, la cual se traduce, primero, en una tendencia a percibir una cohesión de tipo amalgamada al tiempo que se percibe una adaptabilidad de tipo estructurada, y segundo, a percibir una cohesión separada y conectada al tiempo que se percibe una adaptabilidad caótica. Estos resultados rectifican el alto porcentaje de sujetos de estudio que perciben un sistema familiar ideal de rango mixto, esto es, cuando una de las dimensiones (cohesión o adaptabilidad) es extrema (por ejemplo, cohesión amalgamada) y la otra balanceada (por ejemplo, adaptabilidad estructurada).

Ahora bien, respecto a las relaciones existentes entre las variables de estudio, y las sociodemográficas y caracterológicas, el coeficiente de correlación de Pearson hace mención a la relación positiva y significativa entre “Cohesión real” y “Composición familiar”. La percepción de los sujetos en torno a estas variables refleja una tendencia a

percibir mayor cohesión familiar, en aquellos sujetos que integran un núcleo familiar más numeroso. Esta percepción se contradice con lo expuesto por la teoría sistémica, la cual sostiene que “el entramado de relaciones al interior de la familia se complejiza, en tanto el sistema tiene más integrantes, cada uno con características diferentes” (Minuchin, 1974). Una posible lectura a este fenómeno, se asocia con que, el sujeto que asiste al GMF, en tanto integra un sistema familiar más numeroso, cuenta con mayores posibilidades de percibir relaciones cercanas, debido al mayor número de integrantes, y, por lo tanto, de vínculos familiares que pueden ser percibidos como cercanos. Esto lo puede llevar a captar una cohesión real más conectada, en comparación con quien integra un sistema más reducido en cuanto a composición familiar, donde el número posible de relaciones cercanas y significativas disminuye, pudiendo percibirse el sistema como desligado, con tan sólo una relación afectiva distante.

Otra correlación significativa fue la arrojada por el coeficiente de Spearman, el cual indicó una relación positiva y significativa entre “Cohesión real” y “Edad” de los sujetos, esto es, que a mayor edad de los sujetos de la muestra, mayor nivel de cohesión perciben. Dicha percepción puede verse influida por la etapa del ciclo vital que atraviesan los sujetos evaluados; el hecho de pertenecer a un grupo etario definido como de adulto, o adulto mayor, implica ciertas características vinculares, relacionadas con la pérdida de la autonomía, y una mayor dependencia emocional con las personas más cercanas, ya sea familiares, amigos, y/o cuidadores.

Por último, y en cuanto a las variables de “Adaptabilidad ideal” y “Sexo” de los sujetos evaluados, la prueba de Chi Cuadrado indica una relación significativa, donde las mujeres evaluadas tienden a percibir una adaptabilidad ideal de tipo caótica, mientras que en los hombres, la tendencia apunta a percibir una adaptabilidad ideal de tipo caótica, o flexible, de manera homogénea. Si a esto se añade la relación encontrada entre las variables “Sexo” y “Presencia de drogodependencia”, la cual indica que, son los hombres, en su mayoría, quienes presentan problemas de adicción (61.5% del total de sujetos que presentan la problemática), es posible inferir que las mujeres, con menor frecuencia en cuanto a problemas de dependencias, ocupan, dentro del sistema familiar,

un rol más activo en cuanto en ellas recae la responsabilidad de ser jefas de familia, encargadas de velar por el cumplimiento de las normas, el respeto de los límites, y el establecimiento de roles y funciones de cada miembro del sistema. Ante tales demandas, resulta plausible suponer que las mujeres, jefas de hogar, han debido, en reiteradas ocasiones, intentar reorganizar la estructura familiar, de acuerdo al problema que los afecta; de este modo, resultaría esperable que ellas aspirasen a tipos de adaptabilidad más extremos, que faciliten cambios constantes, propicios para optimizar los recursos internos de la familia, posiblemente desgastados frente a la situación problemática que han debido afrontar. Si bien esta visión sería adecuada, en tanto ayudaría a movilizar los recursos existentes dentro del sistema familiar, a largo plazo resulta poco adaptativo, puesto que la familia, finalmente, estaría siempre organizándose en torno a un problema, requiriendo de la existencia de éstos para poder mantener cierta estructura y equilibrio, los cuales, en última instancia, resultan tener un carácter disfuncional. Ante esta situación, es fundamental que el GMF aporte con narrativas orientadas a apoyar a estas familias, aconsejando, tal vez, acudir a otras instancias, como la terapia familiar y/o individual, que presten una orientación profesional específica, y atingente a la situación familiar.

En cuanto a la adaptabilidad ideal que perciben los hombres participantes en el GMF, es interesante observar que éstos aspiran a un tipo caracterizado por un liderazgo limitado e ineficaz, falta de claridad en los roles y frecuentes cambios en las reglas.

Siguiendo con la discusión en torno a la variable “Sexo”, y su relación con las variables de estudio, resulta interesante la ausencia de una relación significativa entre “Sexo” y “Cohesión ideal”. Dentro de la sociedad occidental, es posible constatar, en lo referente a roles de género, una tendencia a atribuir al género femenino, sobretodo en las generaciones que ahora pertenecen al rango de adultos mayores, la función de mantener a la familia unida y cohesionada; en su rol principal de madre y esposa, la mujer ha asumido la responsabilidad de velar por las relaciones vinculares de los miembros de su familia. En este contexto, y considerando las conclusiones obtenidas en estudios respecto a la familia drogodependiente, resultaría coherente que, frente a

eventos estresantes y amenazantes para el sistema familiar, y las relaciones que se dan en él, las mujeres, velando siempre por la unión familiar, perciban como ideal un sistema donde esta vinculación se haga más estrecha, aunque este acercamiento tenga características de aglutinamiento. Los resultados de este estudio, sin embargo, no arrojan una tendencia significativa, en las mujeres evaluadas, a aspirar a un tipo de cohesión balanceada, y/o aglutinada.

De la misma forma, llama también la atención que, a partir de la variable “Tiempo de asistencia”, no se encuentren diferencias entre los sujetos evaluados, en cuanto a la percepción real e ideal de cohesión y adaptabilidad familiar. Esto quiere decir que la data de asistencia al GMF no resulta ser una variable significativa, a la hora de encontrar determinados tipos de percepción, real e ideal, en las variables de estudio. Este fenómeno, que puede deberse a factores tales como el tamaño de la muestra, y las diferencias individuales existentes en los sujetos evaluados, podría ser abarcado con mayor amplitud, si se realizase un estudio que contemplase una muestra más amplia, y que asociara la data de asistencia de las familias al GMF, con las etapas cursadas dentro de éste, etapas cuyo indicador de logro se traduce en metas específicas, a conseguir en determinados tiempos.

Haciendo referencia a la relación entre las variables sociodemográficas y caracterológicas, cabe destacar dos relaciones significativas. La primera de ellas, se constituye por las variables “Sexo” y “Presencia de problema de dependencia”. Además de la incidencia que tienen ambas respecto a la variable “Adaptabilidad ideal”, (relación ya mencionada), se puede constatar que, al igual que lo arrojado en las estadísticas nacionales realizadas por CONACE el año 2004^{iv}, este estudio refleja una mayor frecuencia de presencia de dependencia en los hombres (61.5 %), que en las mujeres (38.5%).

^{iv} El estudio realizado por CONACE, 2004, evidencia un predominio de problemas relacionados con el consumo de drogas en los hombres respecto a las mujeres, en una proporción aproximada de 3:1 (CONACE, 2004).

La segunda relación significativa, de carácter indirecto, se establece entre las variables “Composición familiar” y “Porcentaje de miembros asistentes”. Esto indica que, mientras más personas componen el sistema familiar, menor es el porcentaje de miembros que asiste al GMF. Esta situación es esperable, en tanto que, en la práctica, resulta difícil que un número amplio de sujetos coincidan en sus horarios libres; y, más complicado aún, que dichos horarios concuerden con los que el GMF ha instaurado para realizar sus reuniones.

Conforme a lo discutido, es posible afirmar que, de acuerdo al comportamiento de las variables en la muestra estudiada, existe una coincidencia con las caracterizaciones que, tanto las teorías subyacentes al funcionamiento familiar, como los resultados arrojados por los estudios acerca de las familias enfrentadas a un evento estresor, hacen acerca de familias que integran un miembro drogodependiente. Sin embargo, el reducido número de sujetos evaluados, puede resultar un factor limitante respecto a la generalización de dichos resultados en la población escogida (participantes de GMF de la ciudad de Viña del Mar, V Región).

VIII. CONCLUSIONES

Finalizando el presente estudio, podemos hacer referencia a las implicaciones teórico prácticas de éste. Dichas implicancias abordan las relevancias, limitaciones y proyecciones de la investigación.

8.1 Relevancias

En primer lugar, los mayores alcances de esta investigación dicen relación con los objetivos con los cuales fue dirigido: describir a los sujetos participantes de los GMF. Esta descripción pretendió definir las características sociodemográficas de la muestra; al mismo tiempo se entregó información relacionada con la frecuencia y tiempo de asistencia, proporción de miembros de la familia que acuden al GMF, y presencia/ ausencia de problema de dependencia en estos sujetos. Conjuntamente se indagó acerca de la Cohesión y Adaptabilidad familiar, real e ideal, percibida por los sujetos de estudio.

De esta forma, se caracterizó y describió una población sobre la cual no se disponían antecedentes previos, lo cual otorga múltiples beneficios; en la medida que se define a las familias y su funcionamiento, puede comprenderse que es fundamental afrontar los problemas de salud de los sujetos que presentan drogodependencia desde una perspectiva integral, que incluya al sistema familiar en el abordaje de dicha problemática, tal como se realiza actualmente en los centros de Atención Primaria del país, los cuales se encuentran adoptando un modelo de atención familiar, donde cobran especial relevancia las características y funcionamiento de la familia en su conjunto. Cabe mencionar que los resultados arrojados coinciden, con los lineamientos existentes, teóricos y de investigación, que caracterizan al funcionamiento familiar de las familias con un sujeto drogodependiente.

A su vez, los resultados del estudio permiten reflexionar en torno a la incidencia de las redes de apoyo comunitario paralelas al sistema sanitario, y a los programas de tratamiento de drogodependencias, sobre el modelo de salud familiar. Para los GMF, que fueron considerados en este estudio, la presente investigación podrá constituirse en una

instancia de retroalimentación, desde el punto de vista clínico, sobre el funcionamiento del sistema familiar en la población estudiada. Con esta información, los GMF, podrán reflexionar acerca de su influencia sobre las familias de los sujetos que participan en ellos, y eventualmente reorientar su trabajo, y por tanto las narrativas que los respaldan.

8.2 Limitaciones

Dentro de las limitaciones del estudio, cabe remontarse a los inicios de éste. En principio, esta investigación pretendía describir las variables consideradas, en el grupo familiar total, apelando para ello contar con la participación de cada uno de los familiares de los sujetos participantes de los GMF. No obstante, frente a las pretensiones iniciales, aparecieron ciertas dificultades prácticas; si bien se contó con la participación de la mayoría de los integrantes de los GMF, sus familiares, en especial aquéllos que no participaban en el grupo, al ser invitados a ser sujetos de estudio, esgrimieron motivos personales para no participar.

Constituye una limitación metodológica de esta investigación, el no haber contado con la participación del sistema familiar completo, ya que restringió la posibilidad de efectuar una descripción más acabada de éste, y por ende, contar con una visión más íntegra y sistémica de su funcionamiento familiar.

Asimismo, algunas variables relacionadas con las características de las familias, hubiesen sido relevantes de ser estudiadas, como por ejemplo conocer eventuales estresores situacionales o de desarrollo (la etapa del ciclo familiar por la cual atraviesan), condiciones socioeconómicas y habitacionales. El obtener información acerca de estas dimensiones facilitaría indagar la forma en que estas dimensiones intervienen, ya sea como factores protectores o de riesgo, considerando que éstos promueven estilos de vida (sanos o enfermos) en las familias (Hidalgo y Carrasco, 1999).

Por sus características comunitarias, los GMF no cuentan con estadísticas propias en cuanto a data y frecuencia de asistencia, diagnóstico de quienes participan, número de

miembros de la familia que asisten, criterios de evolución u objetivos logrados, entre otros datos, lo cual constituye una dificultad, desde un acercamiento clínico, en tanto impide configurar una idea de cómo el GMF ha evolucionado en cuanto al proceso llevado a cabo por sus integrantes, y las familias de éstos.

8.3 Proyecciones

Finalmente, y basándonos tanto en los recursos a favor, como en las dificultades existentes a la hora de llevar a cabo esta investigación, cabe proponer lineamientos que resultan proyecciones de nuevos estudios en relación a los GMF.

En primer lugar, un diseño de tipo longitudinal, enriquecería la descripción de las relaciones familiares de los participantes del GMF. Realizando mediciones a través del tiempo (en dos o más períodos), sería posible establecer la evolución y cambios de la población en estudio. Así, se podría obtener, por ejemplo, un panorama acerca del proceso de cambio de las relaciones al interior de la familia, tomando en cuenta factores como la frecuencia de asistencia de los sujetos al GMF, el nivel de cambio alcanzado, en contraposición al esperado, entre otros.

Otro aspecto importante dice relación con la experiencia de los sujetos que asisten a los GMF. Participar de uno de estos grupos es una experiencia terapéutica distinta a las instancias tradicionales de intervención, puesto que la posición de los profesionales promueve la horizontalidad de la dinámica grupal de estos GMF. Con respecto a lo anterior, cabe efectuar una investigación, desde un enfoque cualitativo, en donde cobren relevancia los significados de los participantes en torno a múltiples aspectos, como por ejemplo, los significados de los miembros de la familia en relación al familiar que presenta drogodependencia, lo cual se presenta con una cualidad distinta en cada familia participante del grupo.

Continuando con la perspectiva cualitativa, sería importante indagar la influencia de la dimensión Comunicación familiar (la cual no se encuentra operacionalizada en

FACES III), en la percepción de la cohesión y adaptabilidad familiar, considerando que bajo el Modelo Circumplejo de Olson ésta funciona como mediadora entre dichas variables.

Resultaría interesante, además, plantear investigaciones cuyo objetivo de estudio sea las diferencias en la percepción de adaptabilidad y cohesión, real e ideal, en relación a las características del problema de consumo: dichas características generan distintos tipos de demandas hacia el sistema familiar, el cual requiere de reorganización para poder satisfacerlas adecuadamente.

Del mismo modo, conocer los diferentes tipos de funcionamiento familiar, en relación al logro de las metas específicas a cada nivel del proceso terapéutico, definidas por los GMF, conformaría un poderoso antecedente a la hora de optimizar y reorientar las narrativas compartidas en esta instancia, en tanto éstas promoverían estilos de interacción diferenciados, de acuerdo al momento y situación particular, por la que cada familia esté transitando.

IX. REFERENCIAS

Amón, J. (1993). Estadística para Psicólogos. Ediciones Pirámide, Madrid, España.

Arredondo, V. et al (1996). Violencia intrafamiliar : un estudio exploratorio de factores sistémicos. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para optar al título de Psicólogo(a) y al Grado de Licenciado(a) en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

Bateson G., Sluzki C., et al. (1974). Interacción Familiar: Aportes Fundamentales sobre Teoría y Técnica. Editorial Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, Argentina.

Calderón, C. (2000) Seminario: Comunidades Terapéuticas. Programas de Rehabilitación para Drogodependencias. Programa de Magíster, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Contreras, M. et al (1997). Pautas relacionadas en familias con violencia intrafamiliar: una aproximación hacia la transgeneracionalidad. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para optar al título de Psicóloga y al Grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

DSM-IV TR (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson.

Escalante E., Caro A., Barahona L. (2002). Análisis y Tratamiento de Datos en SPSS. Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile.

Escobar, P. et al (2000). Evaluación de la respuesta inmunológica y factores psicosociales en un grupo de pacientes portadoras de cáncer cérvico uterino al inicio del tratamiento médico en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso: un estudio descriptivo exploratorio correlacional. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para optar al título de Psicólogo(a) y al Grado de Licenciado(a) en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

Florenzano, Ramón. (1994). Familia y Salud de los Jóvenes. Santiago, Chile Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gergen K. (1996). Construcciones de la Experiencia Humana. Editorial Gedisa, Barcelona, España.

Hernández Sampieri, R. (1998). Metodología de la Investigación. México, Editorial McGraw-Hill.

Hidalgo C., Carmen Gloria, Carrasco B., Eduardo. (1999). Salud Familiar: Un Modelo de Atención Primaria. Santiago, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Minsal: Guía Clínica para la Atención Primaria: Prevención y Tratamiento de Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Minuchin, S. (1974) Familias y Terapia Familiar. Colección Terapia Familiar, Editorial Gedisa.

Montecinos, C. (2004) Elementos de la Noción de Comunidad presentes en la Experiencia Subjetiva de los Participantes del Programa Ecológico Multifamiliar en la Quinta Región. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, para optar al título de Psicóloga y al Grado de Licenciada en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

Olson D. (1991). Tipos de Familia, Estrés Familiar y Satisfacción con la Familia: Una Perspectiva del Desarrollo Familiar. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Libros Médicos en Chile, Miguel Concha Caldera.

Sluzki C. (1996). La Red Social: Frontera de la Práctica Sistemática. Editorial Gedisa, Barcelona, España.

Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S., Reiss, D. (1993) La Familia Alcohólica. Editorial Gedisa, Barcelona, España.

Troncoso, M. (1999). El Abordaje Multifamiliar en las Dependencias. Edición Comunal, Santiago de Chile, Comuna de Renca.

Referencias Electrónicas

Conace, Gobierno de Chile. www.conace.cl

DeFrancisco, V., Cerón, Y., Herrera, J. Salud Familiar como una Alternativa de Atención Integral en las Unidades de Atención Primaria. En Revista Colombia Médica, <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL26NO2/saludfamiliar.html>.

Florenzano, R. Sotomayor, P. Otava, M. Estudio Comparativo del Rol de la Socialización Familiar y Factores de Personalidad en las Farmacodependencias Juveniles. Rev. chil. pediatr. [online]. mayo 2001, vol.72, no.3 [citado 11 Diciembre 2006], p.219-233. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl>

Mata, E. (2004) Estructuras Familiares y Comportamientos Adictivos. En Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XIV, vol 11, N°4, Octubre de 2004.- www.alcmeon.com.ar

Méndez, E., Ramírez, C., Barrón, F., Riqueme, H. Funcionalidad Familiar y enfermedad Crónica Infantil, en <http://www.nuevoamanecer.edu.mx>

Ministerio de Salud, Chile. (2001) Guía Clínica para la Atención Primaria: Prevención y Tratamiento de Consumo y/o Dependencia de Alcohol y/o Drogas.

Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/en/>

ANEXO

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

- a) FACES III, Escala Real

Instrucciones: Escoja una de las cinco alternativas de acuerdo a cómo usted cree poder describir mejor a su familia.

1. Casi nunca
2. De vez en cuando
3. Algunas veces
4. Frecuentemente
5. Casi siempre

1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se siguen las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gusta pasar tiempo juntos.	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos discuten juntos las sanciones.	1	2	3	4	5
11. Los miembros de la familia se sienten muy cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5

17. Los miembros de la familia se consultan entre sí sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Es difícil identificar quién o quiénes son líderes en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

1985 David H. Olson et al.

b) FACES III, Escala Ideal.

Idealmente, ¿Cómo le gustaría que fuese su familia?

Marque con una X la alternativa que más lo represente.

6. Casi nunca
7. De vez en cuando
8. Algunas veces
9. Frecuentemente
10. Casi siempre

1. Los miembros de la familia se pedirían más ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se seguirían las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobaríamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresarían su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gustaría hacer cosas sólo con nuestra familia inmediata.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de la familia actuarían en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sentirían más cerca entre sí que a personas externas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia haríamos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres.	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gustaría pasar su tiempo libre junto.	1	2	3	4	5
10. Padr(es) e hijo(s) discutirían juntos las sanciones.	1	2	3	4	5

11. Los miembros de la familia se sentirían muy cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos tomarían las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando compartiéramos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambiarían en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Se nos ocurrirían fácilmente cosas que pudiéramos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16. Nos turnaríamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultarían entre sí sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Sabríamos quién o quiénes serían los líderes en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar sería muy importante.	1	2	3	4	5
20. Podríamos decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5

1985 David H. Olson et al.

CUESTIONARIO

La siguiente encuesta tiene como objetivo recabar información sociodemográfica importante para los objetivos de nuestro estudio. Por favor,

responda las siguientes preguntas; en aquellas donde se den opciones, marque con una cruz, la opción que más lo represente.

Las respuestas son de carácter confidencial.

Nombre: _____

Taller Multifamiliar al que asiste: _____

1.- Antecedentes Generales:

- Nombre: _____
- Edad: _____
- Fecha de Nacimiento: _____
- Estado Civil (Marque con una X):
 - Soltero/a _____
 - Casado/a _____
 - Viudo/a _____
 - Separado _____
 - Convive _____
 - Otro (especificar) _____

2.- Nivel Educativo (Marque con una X):

- Educación Básica Completa _____
- Educación Básica Incompleta _____
- Educación Media/Técnica Completa _____
- Educación Media/ Técnica Incompleta _____
- Educación Universitaria Completa _____
- Educación Universitaria Incompleta _____
- Educación Técnico-Profesional Completa _____
- Educación Técnico-Profesional Incompleta _____

3.- Religión (Marque con una X):

- Católico/a _____
- Evangélico/a _____
- Mormón/a _____
- Testigo de Jehová _____
- Musulmán/a _____
- Judío/a _____
- Anglicano/a _____
- Protestante _____
- Ninguna _____
- Otra (especificar) _____

4.- Marque con una X el rango en el cual se encuentre su ingreso líquido mensual (\$)

- No percibo ingresos _____
- Menos de \$100.000 _____

Entre \$100.000 y \$150.000 _____
 Entre \$150.000 y \$200.000 _____
 Entre \$250.000 y \$300.000 _____
 Entre \$350.000 y \$400.000 _____
 Entre \$450.000 y \$500.000 _____
 Más de \$500.000 _____

5.- ¿Con cuántas personas vive usted? _____

6.- ¿Qué relación de parentesco tiene usted con las personas con que vive? (Marque con una X donde corresponda)

Padre (Madre) _____
 Esposo (a) _____
 Hermano (a) _____
 Abuelo (a) _____
 Hijo (a) _____
 Tío (a) _____
 Primo (a) _____
 Sobrino (a) _____
 Suegro (a) _____
 Yerno (Nuera) _____
 Cuñado (a) _____
 Amigo (a) _____
 Otro (especificar) _____

7.- ¿Qué miembros de la familia han sido atendidos por problemas derivados del consumo de alcohol u otra droga? (Marque con una X donde corresponda)

Yo _____
 Mi Padre (madre) _____
 Mi Tío (a) _____
 Abuelo (a) _____
 Cuñado (a) _____
 Yerno (nuera) _____
 Suegro (a) _____
 Esposo (a) _____
 Hijo (a) _____
 Primo (a) _____
 Sobrino (a) _____
 Amigo (a) _____
 Otro (especificar) _____

8.- ¿Cuándo fue la primera vez que asistió al grupo multifamiliar? Indique mes y año si es posible.

9.- ¿Cuántas veces al mes acude usted al grupo multifamiliar?

Si asiste menos de una vez al mes, ¿cuántas veces ha asistido en total?

10.- ¿Por qué motivo asiste al grupo multifamiliar?

¡Muchas Gracias!