

Indicadores de la calidad de la relación diádica de mujeres en tratamiento por drogodependencia¹

David E. Biegel, Shiri Katz-Saltzman, Elizabeth M. Tracy y Aloen Townsend –

Mandel School (Case Western Reserve University)

Resumen

Objetivos: La calidad de la relación entre los familiares cuidadores y las personas dependientes con trastornos duales puede ejercer una gran influencia en el bienestar de los mismos y en los resultados del tratamiento, así como en el bienestar de los cuidadores y su implicación en el cuidado. Este trabajo analiza el impacto de los factores estresantes del cuidador y su bienestar en la calidad de la relación de los familiares cuidadores de mujeres que padecen trastornos de drogodependencia o trastornos mentales y de drogodependencia comórbidos.

Métodos: En este estudio trasversal no experimental, se entrevistó a ochenta y dos mujeres bajo tratamiento por trastorno de drogodependencia (pacientes hospitalizadas y las ambulatorias) y el familiar o pareja que éstas mismas hayan elegido por su gran apoyo social. Se utilizó un modelo de superación del estrés para identificar los factores estresantes de los familiares cuidadores (conducta de los cuidados, grado de drogodependencia y problemas mentales) y el bienestar del cuidador (carga y sintomatología depresiva) en la percepción de los cuidadores acerca de la calidad de la relación que mantienen con la persona a la cuidan.

Resultados: Los resultados a los que se llega a partir de los análisis de regresión múltiple, a través de 4 tipos de bienestar del cuidador, muestran que cuanto menores eran los problemas de drogodependencia de la persona dependiente, el apoyo hacia el cuidador era más acusado; mientras que los problemas de conducta de la dependiente y el hecho de que el cuidador fuera su pareja indicaban mayores niveles de agresividad hacia el cuidador. La clasificación de las dependientes según padecieran un trastorno dual o únicamente un trastorno de drogodependencia no indicó de manera significativa el apoyo recibido por el cuidador ni tampoco de la agresividad hacia el miembro de la familia.

Conclusiones: Los resultados apuntan a que las intervenciones en los familiares cuidadores deben adaptarse de modo que puedan abarcar diferentes y, posiblemente, múltiples grupos de cuidadores, factores estresantes específicos y problemas de conducta de la persona dependiente.

Palabras clave: Mujeres, calidad de la relación, cuidado, tratamiento por drogodependencia.

Abstract

Objectives: The quality of relationship between family caregivers and care recipients with dual disorders can impact care recipients' well-being and treatment outcomes as well as caregivers' well-being and involvement in care. This paper examines the impact of caregiver stressors and well-being on relationship quality of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders.

¹ Publicado originalmente en el *Journal of Dual Diagnosis*, Vol 3 (1), 2006. Traducción de Miguel Aceituno Solís.

Methods: Eighty-two women receiving in-patient or out-patient substance abuse treatment and the family member/significant other, nominated by each woman, who provided her with the most social support, were interviewed in this nonexperimental cross-sectional study. A stresscoping model was utilized to identify the impact of family caregivers' stressors (care recipient behavioral, substance abuse, and mental health problems) and caregiver well-being (burden and depressive symptomatology) on caregivers' perceptions of the quality of their relationship with their care recipient.

Results: Findings from multiple regression analyses, across four types of caregiver well-being, show that greater perceived support to the caregiver was predicted by fewer perceived care recipient substance abuse problems, whereas higher levels of undermining of the caregiver was predicted by greater care recipient behavioral problems and by the family caregiver being a significant other of the care recipient. Care recipient classification as having a current dual disorder as compared to a current substance use disorder only was not a significant predictor of perceived support given to the caregiver or of perceived undermining of the family member.

Conclusions: The findings suggest interventions for family caregivers need to be tailored to address different and possibly multiple groups of caregivers, specific types of stressors, and care recipient behavioral problems.

Key words: Women, relationship quality, caregiving, substance, abuse treatment.

Introducción

Cada vez es mayor el reconocimiento que se le concede a la importante y potencial contribución de los familiares en los tratamientos de adultos con trastornos de drogodependencia o trastornos mentales y de drogodependencia comórbidos. Se ha demostrado que la implicación de la familia en el tratamiento tiene una influencia positiva en los resultados del mismo, como pueden ser la abstinencia, las menores posibilidades de recaída, las funciones generales estables y la sintomatología psiquiátrica (Edwards & Steinglass, 1995; Fals-Stewart & O'Farrell, 2003). Las familias pueden llegar a constituir redes de apoyo cruciales para los familiares adultos que sufran una amplia variedad de problemas crónicos que incluyen la drogodependencia y las enfermedades mentales (Tracy & Biegel, en prensa ; Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 2003). Sin embargo, cuidar a un familiar con tales enfermedades crónicas afecta a los "familiares cuidadores", aquellos miembros de la familia que prestan más apoyo y ayuda a su familiar enfermo. Muchos familiares cuidadores han experimentado niveles de carga moderados y altos. Del mismo modo, algunos cuidadores han sufrido desde moderados a altos niveles de depresión (Biegel, Sales, & Schulz, 1991; Song, Biegel, & Milligan, 1997).

La calidad de la relación entre los familiares cuidadores y las personas dependientes con trastornos duales puede ejercer una gran influencia en el bienestar de los mismos y en los resultados del tratamiento, así como en el bienestar de los cuidadores y su implicación en el cuidado. Si se alcanza una comprensión total de las relaciones entre el cuidador y la persona que recibe esas atenciones, puede que se consigan datos útiles para poder preparar estrategias con el fin de mejorar las interacciones de los familiares con las personas que necesitan los cuidados y la implicación de los familiares en el tratamiento. Todavía no se ha investigado mucho acerca de qué indica la calidad de las relaciones entre el cuidador y la persona dependiente en este grupo, por lo que aún existen incógnitas en nuestro conocimiento sobre el rol y el impacto de familias con miembros que padezcan trastornos de drogodependencia o duales. Por ejemplo, mientras que los resultados de las investigaciones sobre el cuidado de personas con enfermedades mentales y otras enfermedades crónicas han demostrado que los problemas de conducta de las personas dependientes son los indicadores más evidentes de la carga del cuidador, poco se sabe aún sobre la contribución de los factores estresantes del cuidador (tales como su propio bienestar o los problemas de conducta de la persona dependiente) a la calidad de las relaciones entre el cuidador y el paciente. La finalidad de este estudio era investigar los indicadores de la calidad de la relación de los familiares de mujeres con trastornos de drogodependencia o trastornos mentales y de drogodependencia comórbidos.

Estado de la cuestión

Drogodependencia y trastornos duales en mujeres

Los datos de la *Encuesta nacional sobre el consumo de droga y la salud de 2003 [2003 National Survey on Drug Use and Health]* indican que en los Estados Unidos hay más de 19 millones de adultos mayores de 18 años (9,1% de la población) que reúnen los criterios para la drogodependencia actual. En cuanto a las mujeres, la muestra de población en la que se centra este estudio, aproximadamente 6,5 millones (5,9%) de mujeres mayores de 18 años reúnen los criterios para la drogodependencia actual. Los índices eran mayores entre las mujeres solteras (15,9%) o divorciadas o separadas (10,7%) que entre las casadas (4,1%). En comparación con los hombres, es más probable que las mujeres que tienen problemas de drogodependencia vivan con una pareja que tiene un problema de drogodependencia también y tengan hijos a su cargo. (Naciones Unidas, Oficina contra las Drogas y el Delito, 2004; SAMHSA, Oficina de Estudios Aplicados, 2004).

Hay un número de diferencias de género en el desarrollo y las características de los trastornos de drogodependencia (Farkas & Parran, 1993; Wilsnack, Wilsnack, & Klasseen, 1984). Entre ellas se encuentran los efectos nocivos del proceso adictivo entre las mujeres (Blume, 1992), y la probabilidad de que las mujeres con problemas de drogodependencia hayan sufrido con anterioridad abusos sexuales o maltrato físico (Lex, 1991; Kang, Magura, Laudet, & Whitney, 1999).

Las mujeres son más propensas que sus parejas masculinas a sufrir trastornos mentales comórbidos (Magura, Kang, Rosenbaum, Handelsman, & Foote, 1998), en particular el trastorno de estrés postraumático (Wasserman, Havassy, & Boles, 1997), y a tener problemas familiares y sociales más graves (Weiss, Martinez-Raga, Griffin, Greenfield, & Huford, 1997).

En los últimos veinte años, los datos epidemiológicos han demostrado que los trastornos mentales y de drogodependencia comórbidos son comunes. El estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*) mostró que la tasa de personas que padecen algún trastorno de drogodependencia junto con alguna enfermedad mental grave alguna vez en su vida es aproximadamente la mitad del total, afectando a un 48% de las personas que padecen esquizofrenia y a un 56% de aquellas que sufren trastorno bipolar (Regier et al., 1990). Los resultados del último Estudio Nacional sobre Comorbilidad (NCS) [*National Comorbidity Study*], basados en una muestra nacional representativa, también confirman una prevalencia alta de trastornos mentales y de drogodependencia comórbidos. En el NCS, entre un 41% y un 65% de los participantes que habían sufrido un trastorno de drogodependencia alguna vez en su vida también afirmaron la existencia a su vez de, al menos, un trastorno mental. Por su parte, el 51% de aquellos que presentaban algún trastorno mental durante su vida confirmaron la aparición de, al menos, un trastorno de drogodependencia también (Kessler et al., 1996). Los estudios hacen ver que entre el 25% y el 35% de las personas con una enfermedad mental grave sufren actualmente o han sufrido (en los últimos seis meses) un trastorno de drogodependencia (Mueser, Bennett, & Kushner, 1995). Además, hay numerosos estudios que confirman cifras altas de trastornos de drogodependencia entre los pacientes que están en tratamiento por trastornos psiquiátricos graves (Mueser et al., 2000).

Si comparamos el tratamiento de trastornos duales con los tratamientos para un solo trastorno, podemos asociar una serie de resultados negativos al mismo, así como algunos retos especiales que éste plantea (Caton et al., 1994; Compton, Cottler, Ben-Abdallah, Cunningham-Williams, & Spitznagel, 2000; Haywood et al., 1995; Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey, & Inderbitzin, 1996). Se considera que

la combinación de un trastorno de drogodependencia y un trastorno de salud mental es la causa de la mala salud y los resultados sociales negativos de las mujeres. Alexander (1996) afirmaba que las mujeres con trastornos comórbidos tenían mayor probabilidad de haber sufrido maltrato físico o sexual en su infancia que aquellas mujeres con graves enfermedades mentales pero sin trastornos de drogodependencia. Estos trastornos comórbidos que se dan entre las mujeres se relacionan con grandes índices de victimización e indigencia. Las personas que han sufrido abusos tienden a desconfiar de los demás y expresar su preocupación acerca de posibles abusos futuros. Por esta razón, tienen dificultad a la hora de conservar y sostener relaciones (Herman, 1992). El acceso al tratamiento puede ser diferente para las mujeres con trastornos comórbidos, en el cual las mujeres posiblemente atribuyan el consumo de drogas a los problemas de salud o a los mentales y, posteriormente, soliciten tratamiento a los servicios de salud mental y atención primaria (Thom, 1986).

Las familias y la drogodependencia o los trastornos duales

Los lazos familiares son especialmente importantes en los adultos con trastornos de drogodependencia o duales, pero son también especialmente vulnerables al estrés y las alteraciones (Clark, 1996). Durante la última década, se han identificado muchos de los problemas que han tenido que afrontar las familias que cuidan de un miembro adulto de la familia que sufre un trastorno de drogodependencia y/o un trastorno mental. Debe resaltarse que, mientras que la producción literaria sobre el consumo de drogas y la implicación familiar ha mostrado mucho interés en el impacto de esa implicación en los resultados del paciente, no ha prestado la atención necesaria a las repercusiones de la implicación familiar en los mismos familiares, o a los indicadores de la influencia de los trastornos de drogodependencia en los miembros de las familias. De hecho, el concepto de "carga" en los familiares, una variable clave en la producción literaria sobre la superación de estrés, no aparece en la literatura sobre consumo de drogas. Por otra parte, la producción y los estudios de salud mental han hecho hincapié de forma muy significativa en el impacto de la enfermedad de la persona dependiente en la familia.

Entre los problemas que más se citan en los diversos trabajos realizados sobre las familias que cuidan de un familiar con un trastorno de drogodependencia y/o un trastorno mental están el Aislamiento, los problemas de conducta del paciente, los problemas en las relaciones entre los familiares, la violencia familiar, la falta de ayuda a la hora de cuidar al familiar y la escasa ayuda por parte de los

profesionales del tratamiento. Los efectos probados de estos factores estresantes incluyen Preocupación, enfado, culpa y vergüenza; presiones económicas y emocionales; disminución de la calidad de vida y la esperanza de los familiares; la influencia negativa en el crecimiento y la evolución normal de otros hijos y los efectos físicos del estrés que supone vivir con un consumidor de droga, como son las migrañas, colitis y úlceras (Biegel & Schulz, 1999; Cavaiola, 2000; Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, Cordova, & Kelley, 2005; Freeman, 1993; Heath & Stanton, 1998; Koffinke, 1991; Lefley, 1996; Velleman, 1996).

A pesar de los numerosos factores estresantes y dificultades a los que los familiares cuidadores se enfrentan para cuidar a los familiares con trastornos duales, su apoyo es de una importancia significativa para la persona dependiente. Numerosos estudios han indagado en la relación entre la implicación de la familia y los resultados del paciente en lo que respecta a la retención del tratamiento, la hospitalización y los síntomas psiquiátricos. Los desembolsos económicos más grandes y la mayor cantidad de horas de cuidado se han asociado con la reducción del consumo de drogas, pero sin cambios en los síntomas psiquiátricos del paciente (Clark, 2001). Se observó que los pacientes con trastornos duales que mantenían un contacto habitual con miembros de la familia pasaban menos días en el hospital que aquellos pacientes sin tal contacto (Schofield, Quinn, Haddock, & Barrowclough, 2001). Las familias pueden suponer una ayuda para los profesionales, que intentan comprometer totalmente y de forma más rápida a los familiares con el tratamiento (Fals-Stewart, O'Farrell, & Birchler, 2003; Mercer-McFadden & Drake, 1995). Se ha demostrado que la implicación de las familias en los tratamientos ejerce una influencia positiva en los resultados del tratamiento del paciente, tales como abstinencia, las menores posibilidades de recaída, las funciones generales estables y la sintomatología psiquiátrica (Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler, Cordova, & Kelley, 2005; Fals-Stewart & O'Farrell, 2003; Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003).

Calidad de la relación entre los familiares cuidadores y las personas que reciben los cuidados

Mientras que se ha reconocido que el apoyo social tiene repercusiones beneficiosas en el bienestar de las personas y la salud física, últimamente se ha prestado atención al nocivo o perjudicial riesgo implícito en las relaciones interpersonales (Lincoln, 2000; Rook, 1984). La comprensión y evaluación del tipo y la calidad de las relaciones sociales son clave para entender las conductas adictivas. Según un estudio de las relaciones en la red social de las mujeres con trastornos duales,

Tracy y Johnson dedujeron que los familiares de las mujeres proporcionaban apoyo social y emocional, pero algunos de ellos consumían alcohol o drogas y se consideraba algo muy grave de cara a la persona que recibe los cuidados. La investigación sobre los beneficios que les reporta a las mujeres el apoyo social se ha centrado principalmente en el apoyo ofrecido por los maridos o parejas de éstas, dejando un poco de lado el apoyo que puede prestar otra persona de la red social (Martire, Stephens, & Townsend, 1998).

Además de su influencia beneficiosa, las relaciones cercanas también pueden resultar negativas desde el punto de vista del cuidador y/o de la persona dependiente. Se han establecido asociaciones entre los niveles más altos de "carga" del cuidador y las valoraciones más negativas de la relación entre los miembros de la familia con sus familiares (Jutras & Veilleux, 1991; Pickett, Cook, Cohler, & Solomon, 1997; Reinhard & Horwitz, 1995; Stueve, Vine, & Struening, 1997). Además, se ha indicado que la calidad negativa de las relaciones entre el cuidador y la persona dependiente está asociada con los niveles más altos de depresión en el cuidador, y al mismo tiempo con los niveles más bajos de implicación por parte de éste (Li & Seltzer, 2003; Spruytte, Van Audenhove, & Lammertyn, 2001). Las relaciones familiares también pueden causar un impacto negativo en los resultados del paciente. El tipo y la calidad de relaciones sociales puede tanto inhibir como propulsar la recuperación de la persona enferma (Tracy & Biegel, en prensa). Para las mujeres que sufren trastornos de drogodependencia, la naturaleza de la relación con su pareja se relaciona muy frecuentemente con su consumo de droga (Boyd & Mast, 1983; Wilsnack, Wilsnack, & Klasseen, 1984; Wilsnack & Wilsnack, 1991; Wells & Jackson, 1994). Se ha descubierto a su vez que las interacciones familiares estresantes están conectadas con el incremento en el consumo de droga por parte del paciente y la recaída en el tratamiento (Fichter, Glynn, Weyerer, Liberman, & Frick, 1997). Además, determinadas conductas del cónyuge, como crítica, hostilidad y sobreprotección durante o después de episodios de ingesta de droga, también pueden reforzar la conducta continuada de consumo y desembocar en tasas más altas de recaída (Fals-Stewart et al., 2005; Fals-Stewart & Birchler, 1994; O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart, & Cutter, 1998). Parecería pues que la calidad de la relación entre el paciente y el familiar cuidador es un factor importante a la hora de obtener los puntos positivos que se pueden conseguir con la implicación de la familia.

Tema de la investigación

El eje sobre el que gira este estudio se basa en tres preguntas: (1) ¿Afectan los factores estresantes del cuidado en la percepción positiva y negativa de los cuidadores sobre la calidad de la relación con la persona que cuidan? (2) ¿Afecta el nivel de bienestar de los cuidadores de forma positiva y negativa en la calidad de la relación con la persona que cuidan? (3) ¿Son iguales los indicadores de la calidad de la relación entre cuidador y dependiente tanto si esta relación es considerada positiva o negativa?

Metodología

Sujetos

La muestra para este estudio se componía de mujeres sometidas a un tratamiento, ya sea hospitalario o ambulatorio, por consumo de drogas y el familiar/pareja que ellas designaran. Para que pudieran ser elegidas para el estudio, las mujeres tenían que tener como mínimo 18 años, no haberseles diagnosticado esquizofrenia, no estar tomando actualmente ninguna medicación típica de trastornos mentales graves y haber estado en tratamiento de desintoxicación durante tres semanas o más. Además, las mujeres incluidas en el estudio tenían que designar al miembro de la familia o pareja que le proporcionara mayor apoyo social. Este apoyo social se definió como apoyo emocional (i.e. escuchar mis problemas) o apoyo instrumental (i.e. ayuda económica) y/o apoyo informativo (i.e. consejo laboral). La monitorización inicial para identificar al miembro de la familia/pareja se hizo mediante una pregunta simple a las mujeres que aceptaron tomar parte en el estudio. El estatus de "cuidador" se otorgó a la persona que ellas eligieron, y fue confirmado en las posteriores entrevistas, en las que se preguntaban datos concernientes al grado y tipo de implicación que los "cuidadores" mantenían con la persona que recibía los cuidados. La entrevista a las mujeres incluyó amplias y extensas preguntas acerca de sus redes sociales.

Se consiguió hablar sobre el estudio con casi todas las mujeres que cumplían con estos criterios de elegibilidad (97%). De éstas, el 96% (N=87) aceptaron participar y dar el nombre de un familiar. Se llamó a estos familiares una vez que se habían realizado los cuestionarios a las mujeres. El 95% de los familiares (N=82) aceptaron ser entrevistados. Solamente dos rehusaron participar en el estudio y fue imposible contactar con tres de ellos. La muestra final del estudio la componían 82 mujeres (dependientes) y 82 familiares (cuidadores) (uno por mujer).

Diseño del estudio y procedimientos

Para este estudio se utilizó un diseño de encuesta exploratorio transversal no experimental. Los datos fueron recogidos por entrevistadores cualificados durante las entrevistas cara a cara. La media de duración de las entrevistas era de 1 hora y 45 minutos en las mujeres dependientes y de 1 hora y 20 minutos en los familiares. Las entrevistas a las mujeres se llevaron a cabo en oficina privadas en los centros de tratamiento. Por su parte, las entrevistas a los familiares tuvieron lugar en una oficina de investigación situada en el campus de un centro médico académico. Se proporcionó una ayuda para el transporte a los familiares, facilitando así su desplazamiento hasta el lugar donde se hacían las entrevistas. Todos los participantes recibieron un vale regalo por valor de 45\$ para canjearlo en un supermercado por haber participado en el estudio. Los datos para este trabajo se extrajeron de ambas entrevistas. Como se comentó anteriormente, en este estudio nos referiremos a las mujeres como "dependientes" y a los familiares como "cuidadores". Debe resaltarse que el término "familiar cuidador" se utiliza de forma común en la producción científica de salud mental, pero nunca antes se había usado en artículos o textos sobre trastornos de drogodependencia.

Medidas

Para identificar la influencia de los factores estresantes del cuidador familiar (los problemas de conducta, drogodependencia y salud mental de las dependientes) y el bienestar del cuidador (carga y sintomatología depresiva) sobre las impresiones del cuidador acerca de la calidad de su relación con la persona dependiente, se utilizó un modelo de superación del estrés (Biegel & Schulz, 1999; Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; George, 1980). Basado en su mayor parte en el modelo de investigación y los resultados de la producción científica de salud mental, los indicadores potenciales de la calidad de la relación del cuidador familiar se clasificaron en: factores estresantes del cuidador, bienestar del cuidador y variables contextuales (características del cuidador y de la dependiente), tal y como se describen a continuación.

Factores Estresantes del Cuidador

Problemas de conducta de la dependiente/paciente. Para este estudio se adaptó la Escala de Conductas del Paciente desarrollada por Biegel *et al.* (Biegel, Milligan, Putnam, & Song, 1994) y que está dirigida a familiares cuidadores de personas con enfermedades mentales. Los cambios y modificaciones de la escala fueron realizados a partir de una revisión del material escrito sobre problemas de

conducta que mostraba la muestra del estudio. Estos problemas eran considerados como muy estresantes por los familiares. Con una escala de cinco puntos, desde Nunca (0) a Constantemente (4), se preguntó a los familiares la frecuencia con la que la dependiente había mostrado una amplia variedad de conductas en los últimos 12 meses. Una vez modificada, la escala contaba con 58 apartados e incluía problemas de conducta tales como incapacidad para manejar el dinero, irritabilidad, mal comportamiento con los vecinos, provocar vergüenza en usted. El cómputo total indicaba que las puntuaciones más altas estaban relacionadas con un mayor grado de problemas conductuales de la dependiente. La coherencia interna de la escala en nuestra muestra fue muy alta (Alfa de Cronbach=0,97).

Grado de los problemas de drogadicción o alcoholismo de la dependiente. Se pidió a los cuidadores que evaluaran el alcance de los problemas de drogadicción o alcoholismo de la dependiente a lo largo de los últimos 12 meses dentro de una escala de cuatro puntos que iba desde Apenas (0) a Grave (3). Los resultados más altos indicaban mayores problemas.

Grado de los problemas emocionales de la dependiente. También se pidió a los cuidadores que evaluaran el alcance de los problemas emocionales que había sufrido la dependiente a lo largo de los últimos 12 meses dentro de una escala de cuatro puntos que iba desde Apenas (0) a Grave (3). Los resultados más altos indicaban mayores problemas.

Trastornos mentales y drogodependencia de la dependiente. Los trastornos de drogodependencia fueron evaluados al comienzo del tratamiento mediante el *Clinical Intake Assessment Interview-Cleveland* (CIAI-C) (Universidad de Akron, 2001), un instrumento de evaluación informático que presenta un diagnóstico compatible con el DSM [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*]. Este instrumento lo utilizan todos los centros de tratamiento del condado donde se llevó a cabo el estudio. Los trastornos mentales fueron evaluados mediante el *Computerized Diagnostic Interview Schedule* (C-DIS), considerando sólo los apartados referentes a Trastornos de Ansiedad Generalizada, Depresión, Distimia o Depresión crónica, Trastorno de Estrés Postraumático y Manía/Hipomanía. El C-DIS ha demostrado su fiabilidad y validez (Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981; Helzer, Robins, & McEvoy, 1985) y se basa en los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV). El C-DIS proporciona un diagnóstico compatible con el DSM y distingue un trastorno pasajero de uno crónico (Robins et al., 1999).

El trastorno dual se definió como la presencia actual (en los últimos 12 meses) de, al menos, un trastorno mental (presencia de ansiedad, depresión, distimia o depresión crónica, trastorno de estrés postraumático y/o manía/hipomanía) y, como mínimo, un trastorno por consumo de drogas (consumo excesivo o dependencia). Se trata de una variable dicotómica (1=Si).

Bienestar del cuidador

Según los resultados de una investigación anterior, la carga se definió como un concepto multidimensional (Biegel, Milligan, Putnam, & Song, 1994; Tessler & Gamache, 1995). La Carga Subjetiva se midió en tres escalas inferiores: Preocupación, Desagrado y Estigma, que se extrajeron del *Family Experiences Interview Schedule*. Este programa ha demostrado ya su validez y fiabilidad (Tessler & Gamache, 1995).

Preocupación. Los cuidadores informaron sobre la frecuencia con la que sentían preocupación por la dependiente en los últimos 12 meses (por ejemplo, la seguridad, la vida social o la gestión económica de la dependiente) Los siete apartados de la escala se calificaban de acuerdo con una puntuación que iba de Nunca (0) a Constantemente (4). La suma total computada indicaba que los resultados más altos estaban relacionados con un mayor grado de preocupación. La escala alcanzó cierta aceptabilidad (Alfa de Cronbach= 0,79).

Irritabilidad/Desagrado. La escala de desagrado examina el grado en que los cuidadores están de acuerdo con ocho afirmaciones que describen sentimientos negativos que ellos han podido tener en relación con las dependientes en los últimos 12 meses (por ejemplo: sentirse decepcionada por ella, sentirse avergonzado por su comportamiento, sentirse deprimido cuando se piensa en ella) Los ocho apartados se cuantificaron según una escala de cuatro puntos que iba desde (1) Muy de acuerdo a (4) Totalmente en desacuerdo. Se sumaron las respuestas a los 8 apartados para tener un cómputo total, en el que los resultados más altos indicaban un mayor grado de desagrado. La escala obtuvo una gran fiabilidad (Alfa de Cronbach=0,90).

Estigma. La escala de estigma mide las preocupaciones de los cuidadores sobre la forma en que son vistos y tratados por personas de su entorno social en los últimos 12 meses (por ejemplo: la preocupación de que la gente lo descubra, mantener el consumo de alcohol o drogas de la dependiente como un secreto, la preocupación de que sus mejores amigos les traten de forma diferente). La escala cuenta con nueve apartados que se puntúan según una escala de 5 puntos, desde

Nunca (0) a Constantemente (4). La suma total computada mostraba que los resultados más altos indicaban un mayor grado de estigma. La escala obtuvo un buen nivel de fiabilidad en este concepto (Alfa de Cronbach=0,89).

Sintomatología depresiva. La escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos [*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*] midió la sintomatología depresiva. Esta escala estudia y evalúa la frecuencia con la que el encuestado ha sufrido hasta 20 síntomas de depresión en la última semana. Los apartados se puntúan según una escala que va desde "Menos de un día" a "5 o 7 días de la semana pasada". La variación de la escala puede ser de 0 a 60, donde los resultados más altos indicaban una mayor presencia de sintomatología depresiva. Con objeto de mantener la coherencia en las puntuaciones, de modo que los resultados más altos indiquen mayor nivel de sintomatología, los apartados que expresados de forma afirmativa se reformularon e invirtieron. La fiabilidad en el estudio de este concepto fue buena (Alfa de Cronbach=0,85).

Resultados del cuidador: calidad de la relación

Las opiniones de los familiares sobre la calidad de la relación que mantienen con la persona dependiente se midieron evaluando las cualidades positivas (apoyo emocional recibido de la dependiente) y negativas (agresividad o ataques al estado emocional del cuidador por parte de la dependiente) mediante dos escalas diferentes.

Apoyo emocional recibido de la dependiente. La escala muestra la opinión de los encuestados sobre la frecuencia de las conductas de apoyo del paciente hacia el cuidador en los últimos seis meses. Se midieron seis tipos de conductas de apoyo: escucharle atentamente, respetarle, expresar agradecimiento por lo que hace, hacer algo amable por usted, mostrar consideración por los intentos de equilibrar varios roles de vida y mostrar físicamente cariño o afecto por usted. Los apartados se cuantificaron según una escala de cuatro puntos, que va desde "Pocas veces/Casi nunca" a "Casi siempre". La puntuación podía ir desde 6 a 24, en la que los mayores resultados indican una mayor frecuencia de apoyo por parte de la dependiente. Se alcanzó una fiabilidad aceptable (Alfa de Cronbach=0,78).

Agresividad o ataques al estado emocional del cuidador por parte de la dependiente. La escala muestra la opinión de los encuestados sobre la frecuencia de las conductas agresivas de la dependiente hacia el cuidador en los últimos seis meses. Se midieron seis tipos de conductas que debilitan el estado emocional del cuidador: criticarle, discutir con usted, no saber valorarle, ser impaciente con

usted, ignorarle y esperar más de usted de lo que ella estaba dispuesta a dar a cambio. Los apartados se cuantificaron según una escala de cuatro puntos, que va desde "Pocas veces/Casi nunca" a "Casi siempre". La puntuación podía ir desde 6 a 24, en la que los mayores resultados indican una mayor frecuencia de comportamiento agresivo. La escala obtuvo buena fiabilidad (Alfa de Cronbach=0,80).

Variables Contextuales

Relación de cuidador con el paciente. Esta variable dicotómica indicaba si el cuidador es la pareja (cónyuge o compañero sentimental) del paciente. Los cuidadores que tenían otra relación familiar con el cliente (por ejemplo: padre/madre, hermano/a, tío/a, hijos) se definieron como "no es pareja".

Sueldo mensual del cuidador. Se pidió a los participantes que dijeran su sueldo mensual neto, sin impuestos.

Situación laboral del cuidador. Esta variable dicotómica indicaba si el encuestado trabajaba o no (a media jornada o jornada completa) en el momento de la entrevista.

Resultados

Características de la muestra

Características demográficas y socioeconómicas

La edad de las dependientes comprendía desde los 21 años a los 55, con una edad media de 34,1 años. Sólo la mitad de las dependientes (50%) contaba con educación secundaria. La mayoría de las dependientes (81,7%) eran afroamericanas, las restantes eran latinoamericanas (11%) o de otro origen (7,3%). Un poco más de la mitad de las dependientes (51,2%) residían en el centro en el cual recibían tratamiento en el momento del estudio, mientras que un tercio (32,9%) lo hacía en sus propias casas. El porcentaje restante vivía en la casa de su cuidador (12%) o con un familiar o amigo (3,6%).

La edad de los cuidadores iba desde los 18 a los 77 años, con una media de 40 años (desviación típica=13'59). Dos quintos de los cuidadores (40,2%) eran hombres, mientras que tres quintos eran mujeres (59'8%). La mitad de los cuidadores (50%) eran solteros, el 24'4% se habían separado o divorciado, 22% seguían casados y el restante 3'7% eran viudos/as. Al igual que las dependientes, 84'1% de los cuidadores se definía como afroamericano, el 12'2% como

latinoamericanos y el 3'6% de otro origen. Más de un tercio de los cuidadores (37'8%) trabajaba a jornada completa, el 22% a jornada partida y el 29% restante no tenía trabajo. Casi un tercio de los cuidadores (31'7%) eran la pareja de la dependiente, mientras que el 23'2% eran sus hermanos/as, el 19'5% padres o madres, el 11% hijos/as y un 14'6% tenía otra relación de parentesco.

Redes sociales de la dependiente e implicación y roles del cuidador

Las dependientes afirmaron tener una red media de 13'6 miembros, de los cuales más de un tercio eran familiares (4'8 miembros) (Tracy & Johnson, 2005). Los cuidadores estaban mucho tiempo en contacto con las dependientes. Más de tres cuartos del total de cuidadores (77'8%) estaban con las dependientes dos o más veces a la semana. Más de la mitad (51'2%) están con ellas casi todos los días. Los cuidadores estaban implicados en la ayuda a las dependientes de muchas formas, entre las que destacaban el transporte (90,2%), ayudarles a aprovechar el tiempo (82'9%), prevenirles de consumir drogas ilegales (79'3%), ayudarles a cocinar (67'1%), prevenirles de hacer algo vergonzoso o que provoque vergüenza (62'2%), evitar que pidan atención de formas no del todo apropiadas (39'8%), evitar que beban mucho (58'5%) y ayudarles a manejar y distribuir su dinero (56'1%).

Factores estresantes del cuidador

Problemas de conducta del paciente. El resultado medio de la escala de problemas de conducta del paciente fue 89'76 (desviación típica= 47'10) dentro de una variación posible de 2 a 194.

Trastornos mentales y de drogodependencia. Los resultados, basados en el CIAI-C y el C-DIS, indicaban que a más de la mitad de las dependientes (56'1%) se les diagnosticó un trastorno dual activo (una enfermedad mental y un trastorno de drogodependencia), mientras que un 43'9% únicamente padecía un trastorno de drogodependencia aislado. La mayoría de las dependientes (77'6%) padecían dependencia de más de una sustancia o droga. Más de la mitad (55'6%) eran cocainómanas o alcohólicas (50'6%). Entre otras drogas y sustancias estaban la Marihuana (27'2%), el PCP o fenciclidina (8'6%), los opiáceos (4'9%) y los sedantes (1'2%). Cuando se les preguntó a los cuidadores acerca del grado de drogodependencia de las dependientes, más de la mitad de éstos los consideraron como moderados o graves. Muy pocos cuidadores (3'6%) padecían un trastorno de drogodependencia, según los términos del C-DIS. Las encuestas del C-DIS las llevaron a cabo encuestadores profesionales cualificados.

Los trastornos mentales de las dependientes, que también basaron su diagnóstico en los datos obtenidos por el C-DIS, fueron Depresión grave (40'2%), Trastorno de Estrés Postraumático (28%), Manía (22%), Trastorno de Ansiedad generalizado (13'4%), Hipomanía (3'7%) y Distimia o Depresión crónica (2'4%).

Bienestar del cuidador

Carga. Como puede observarse en la Tabla 1, el grado de carga del cuidador variaba según el tipo de carga. De este modo, los cuidadores padecían niveles moderados de Preocupación o Desagrado/Disgusto, si bien los niveles de Estigma eran menores.

Sintomatología depresiva. El resultado medio en el CES-D fue 13'51 (desviación típica= 9'37) con un rango posible de 0 a 41. Además, casi dos quintos de los cuidadores (39%) obtuvieron un resultado de 16 o más en la escala de sintomatología depresiva, lo que hacía ver un riesgo de depresión clínica.

Variables	M	SD	Rango actual	Rango potencial	α
Variabes independientes					
Estresores de los cuidadores					
Problemas conductuales del cliente	89,76	47,10	2 a 194	0 a 232 (de bajo a alto)	,97
Percepción de la extensión del problema del cliente con las drogas y/o el alcohol en los pasados 12 meses	1,70	1,28	0 a 3	0 a 3 (no todos severos)	-
Percepción de la extensión de los problemas emocionales del cliente durante el período más reciente	1,42	1,18	0 a 3	0 a 3 (no todos severos)	-
Desorden dual corriente	,57	-	-	(1 = corriente DD)	-
Bienestar					
Pena	18,30	6,30	3 a 28	0 a 28 (de bajo a alto)	,79
Estigma	8,96	8,84	0 a 33	0 a 36 (de bajo a alto)	,89
Malestar	20,70	5,70	8 a 32	8 a 32 (de bajo a alto)	,90
Síntoma depresivo	13,51	9,38	0 a 41	0 a 60 (de bajo a alto)	,85
Variabes dependientes					
Calidad de la relación					
Apoyo	16,74	4,42	6 a 24	6-24 (de bajo a alto)	,78
Desgaste	12,19	4,32	6 a 24	6-24 (de bajo a alto)	,80
Demographic Variables					
CG Ingresos mensuales	1.674,80	1.116,96	300 a 5.000	-	-
CG Situación ocupacional			Empleados: 60,5% - Parados: 39,5%		
CG Relaciones con el cliente			Otro significativo: 31,7% - Otro no significativo: 68,3%		

Tabla 1. Datos descriptivos de las variables del estudio.

Indicadores de la calidad de la relación

En un principio, se realizaron análisis correlativos con dos tipos de variables: las pertenecientes al modelo teórico y las variables demográficas de las dependientes y los cuidadores. Debido a que el número de variables indicadoras era demasiado amplio para incluirlo en un análisis de regresión, y dado que el tamaño de la muestra era reducido, se disminuyó el número de variables manteniendo tan sólo aquellas que eran estadísticamente significativas en los análisis simultáneos de dos variables (análisis bivariado) ($p < 0'05$) [con una excepción]. A pesar de que un diagnóstico dual no era estadísticamente significativo en correlación con la calidad de la relación, decidimos incluirlo en las ecuaciones de regresión por su importancia conceptual.

Los análisis simultáneos de dos o más variables se utilizaron también para identificar las correlaciones más importantes ($r > 0'70$). Se obtuvo un coeficiente de correlación muy alto entre el género de los cuidadores (masculino) y la relación de los cuidadores con el paciente (pareja sentimental) ($r = -0'7777$, $p < 0'01$). Por esta razón preferimos añadir la variable de la relación únicamente en los análisis de regresión.

Para responder a las preguntas planteadas en la investigación, se realizaron series de análisis jerárquicos de regresión múltiple por separado para dos posibles resultados de la calidad de la relación (apoyo o agresividad). Para ello, se utilizaron variables indicadoras que habían sido estadísticamente significativas en los análisis bivariados respectivos. La Tabla 1 incluye estadísticas descriptivas de las variables utilizadas en uno o más análisis de regresión. En el primer paso, se incluyeron las características demográficas en la ecuación de regresión. En el segundo paso, se agregaron los factores estresantes de los cuidadores y por último, en el tercer paso se incorporó una variable de bienestar (modelo 1: Preocupación, modelo 2: Estigma, modelo 3: Desagrado/Disgusto y modelo 4: Sintomatología depresiva). La clasificación del paciente según padeciera un trastorno dual o un trastorno de drogodependencia formó parte de las cuatro ecuaciones de regresión múltiple.

Como se muestra en las Tablas 2 y 3, los modelos de regresión del apoyo recibido por el cuidador de la dependiente ($R^2 = 0'28-0'38$, $p < 0'01$), así como los modelos de regresión de la agresividad de la dependiente hacia el cuidador ($R^2 = 0'29-0'30$, $p < 0'01$), se valoraron como estadísticamente significativos en los cuatro modelos de control del bienestar del cuidador.

Influencia de los factores estresantes en las impresiones del cuidador sobre la buena calidad de la relación con la persona dependiente. (Pregunta de la investigación n°1)

Como puede verse en la Tabla 2, los factores estresantes tuvieron una influencia estadísticamente significativa en el cambio (incremento) de las variaciones de los cuatro modelos de control del bienestar del cuidador ($R^2 = 0'24$, $p < 0'01$). Además, el grado de drogodependencia o alcoholismo de las dependientes que perciben los cuidadores fue el único factor estresante lo suficientemente significativo para predecir las impresiones de los cuidadores sobre el apoyo recibido de la dependiente en los cuatro modelos de bienestar ($b = -1'22$ a $-1'53$, $p < 0'01$). De forma más específica, podría decirse que los problemas más graves de drogodependencia o alcoholismo pronosticaron menores niveles de apoyo percibido por el cuidador, controlando para ello las variables demográficas (pareja, sueldo mensual y situación laboral) y los indicadores de bienestar (preocupación, estigma, desagrado/disgusto y sintomatología depresiva).

Influencia de los factores estresantes en las impresiones del cuidador sobre la mala calidad de la relación con la persona dependiente (Pregunta de la investigación n° 1)

Como aparece representado en la Tabla 3, los factores estresantes tuvieron un impacto estadísticamente significativo en el cambio (incremento) de las variaciones en los cuatro modelos que controlan el bienestar de los cuidadores ($R^2 = 0'21$, $p < 0'01$). Además, en los cuatro modelos, la mayor frecuencia de problemas de conducta de la paciente predijo mayores niveles de agresividad hacia el cuidador ($b = 0'03$ a $0'04$, $p < 0'01$). Un mayor nivel de drogodependencia o alcoholismo percibido por el cuidador también predijo de forma estadísticamente significativa mayores niveles de agresividad, pero únicamente en el modelo 1 (controla la preocupación) ($b = 0'85$, $p < 0'05$).

Influencia del bienestar del cuidador en sus impresiones sobre la buena o mala calidad de la relación con la persona dependiente (Pregunta de la investigación n° 2)

Como podemos ver en la Tabla 2, sólo un indicador del bienestar (desagrado/disgusto) tuvo estadísticas significativas en asociación con las impresiones del cuidador sobre la buena calidad de la relación (apoyo) con la dependiente. Es decir, que los niveles más altos de desagrado/disgusto en el

cuidador anticiparon niveles bajos de apoyo percibido por el cuidador ($b = -0.32$, $p < 0.01$), controlando para ello las variables demográficas y los factores estresantes del cuidador. Ningún indicador del bienestar fue lo suficientemente significativo dentro de las estadísticas para predecir las impresiones del cuidador sobre la mala calidad de la relación con la persona dependiente (agresividad) (véase Tabla 3).

La tercera pregunta de la investigación trataba de averiguar si los indicadores de la buena calidad de la relación entre el cuidador y la dependiente eran los mismos que indican la mala calidad. Queda claro a raíz de los resultados obtenidos y expuestos hasta el que momento que diversos factores estresantes y, hasta cierto punto, algunos aspectos del bienestar influyen en las características positivas de la relación entre cuidador y dependiente, en comparación con aquellos indicadores que influyen en las características negativas de la misma. En lo que respecta a los indicadores demográficos, dos de las tres variables (pareja y situación laboral) pronosticaron la calidad de la relación. Para comprobar el efecto del bienestar (modelos 1-4) y otros indicadores dentro del modelo, se comparó a los cuidadores que eran la pareja sentimental de las dependientes con los demás familiares que ejercían de cuidadores. Aquellos cuidadores que además eran la pareja sentimental de la dependiente experimentaron mayores niveles de agresividad emocional ($b = 2.18-2.16$, $p < 0.05$). Sin embargo, pese a ser la pareja sentimental de la dependiente, este hecho no predijo las impresiones del cuidador sobre el apoyo recibido de parte de las dependientes. Es más, la situación laboral del cuidador influyó de manera diferente en las impresiones del cuidador acerca de la calidad de la relación con la dependiente, ya fueran positivas o negativas. En dos de los cuatro modelos (1 y 4, que controlan la *preocupación* y la *sintomatología depresiva, respectivamente*), aquellos cuidadores que tenían empleo percibían mayores niveles de apoyo de parte de la dependiente si los comparamos con los cuidadores desempleados (véase Tabla 3).

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	b	SE	β	b	SE	β	b	SE	β	b	SE	β
Demografía												
Otro significativo	1,24	1,06	,13	1,16	1,07	,12	-,11	1,03	-,01	,97	1,05	,10
Ingreso mensual	,00	,00	-,04	,00	,00	-,07	,00	,00	-,07	,00	,00	-,07
Empleo	2,11*	,99	,23	1,93	1,00	,21	1,79	,93	,20	2,03*	1,00	,22
R²	,05			,05			,05			,05		
Estresores												
Conducta	-,02	,01	-,25	-,02	,01	-,16	,00	,01	,03	-,02	,01	-,18
SA	-1,53**	,42	-,44	-1,34**	,43	-,38	-1,22**	,39	-,35	-1,43**	,42	-,41
MH	,19	,47	,05	,15	,47	,04	,12	,44	,03	,21	,52	,06
Desórdenes duales	-,26	,99	-,03	-,13	1,00	-,02	-2,4	,93	-,03	-,09	1,00	-,01
ΔR^2	,24**			,24**			,24**			,24**		
Bienestar												
Pena	,11	,09	,15									
Estigma				-,05	,06	-,09						
Malestar							-,32**	,10	-,41			
Sintomatología depresiva										-,02	,06	-,03
ΔR^2	,02			,01			,10**			,00		
Total R²	,30**			,29**			,38**			,28**		

*p<,05 **p <,01

Tabla 2. Apoyo proporcionado a la familia que da apoyo por el receptor de apoyo.

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	b	SE	β	b	SE	β	b	SE	β	b	SE	β
Demografía												
Otro significativo	2,18*	1,05	,23	2,26*	1,05	,24	2,66*	1,09	,28	2,41*	1,03	,25
Ingreso mensual	,00	,00	,03	,00	,00	,05	,00	,00	,05	,00	,00	,07
Empleo	-1,43	,99	-,16	-1,28	,99	-,14	-1,30	,99	-,15	-1,38	,98	-,15
R²	,08			,08			,08			,08		
Estresores												
Conducta	0,4**	,01	,39	,03**	,01	,32	,03*	,01	,28	,03**	,01	,32
SA	,85*	,41	,25	,70	,42	,21	,72	,41	,21	,78	,41	,23
MH	-,07	,47	-,02	-,03	,47	-,01	-,03	,47	-,01	-,022	,50	-,06
Desórdenes duales	,47	,98	,05	,35	,98	,04	,36	,98	,04	,31	,98	,04
ΔR^2	,21**			,21**			,21**			,21**		
Bienestar												
Pena	-,09	,09	-,13									
Estigma				,03	,06	,07						
Malestar							,07	,10	,10			
Sintomatología depresiva										,06	,06	,12
ΔR^2	,01			,00			,01			,01		
Total R²	,30**			,29**			,30**			,20**		

*p<,05 **p <,01

Tabla 3. Desgaste de la familia que proporciona apoyo por el receptor de apoyo.

Conclusiones

Este estudio analizaba los indicadores de la calidad de la relación de los familiares de mujeres con trastornos de drogodependencia o trastornos mentales (ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión, distimia o depresión crónica) y de drogodependencia comórbidos. En los cuatro modelos de bienestar, las impresiones de los cuidadores sobre el consumo de drogas de las dependientes predijeron el apoyo percibido por los familiares cuidadores, siendo éste mayor cuando los problemas de consumo de la dependiente eran menores en los últimos 12 meses. También fue un indicador de este apoyo el empleo activo de los cuidadores, aunque dependía de en qué factores del bienestar se centraba la cuestión. Así, sólo uno de los indicadores del bienestar, el desagrado/disgusto, estaba relacionado con el apoyo percibido. De este modo, se puede decir que aquellos cuidadores con menores niveles de desagrado/disgusto reconocían mayores niveles de apoyo recibido de sus dependientes. Por otra parte, la agresividad que percibían los cuidadores por parte de las dependientes se predijo por los problemas de conducta y el hecho de ser la pareja sentimental de la paciente (a diferencia de las demás relaciones de parentesco) en los cuatro modelos de bienestar. El estatus de consumo de drogas de las dependientes indicó la agresividad en un solo aspecto del bienestar (desagrado/disgusto). Ninguna dimensión del bienestar de los familiares se vio relacionada con la agresividad percibida por los familiares cuidadores de parte de las dependientes.

Estos resultados indican que deben llevarse a cabo numerosas medidas de intervención. En primer lugar, de acuerdo con las investigaciones anteriores sobre el cuidado de personas dependientes, los familiares sufren niveles moderados de carga y niveles altos de sintomatología depresiva, lo cual indica que los familiares también puede que necesiten conocer y consultar los servicios de salud mental. Sin embargo, es posible que resulte muy complicado implicar a las familias en el tratamiento de la persona enferma cuando ellos mismos sufren problemas emocionales.

En segundo lugar, nuestros resultados mostraron que los factores estresantes del cuidado de personas dependientes son los indicadores más importantes y más coherentes de la calidad de las impresiones de los cuidadores sobre sus relaciones y lazos con la persona dependiente. Mientras que los factores estresantes pronosticaron de forma sistemática la calidad de la relación entre cuidador y dependiente, otros factores estresantes diferentes previeron otros aspectos de la

calidad de estas relaciones. Estos resultados hacen ver que la intervención dirigida a los miembros de la familia debe ser adaptada para abordar los tipos de factores estresantes específicos. Por ejemplo, el resultado obtenido sobre el hecho de que la dependiente sufra niveles altos de problemas con el consumo de drogas según las impresiones del cuidador predijo menores niveles de apoyo percibido por el cuidador de parte de la dependiente. Este resultado es coherente respecto a las anteriores investigaciones llevadas a cabo y confirma la necesidad constante de involucrar a los familiares cuidadores en los programas de tratamiento de las personas dependientes. A su vez, el hecho de que los problemas de conducta de la dependiente pronosticaran la agresividad percibida por el familiar de parte de la persona dependiente señala la necesidad de intervención para ayudar a los cuidadores a comprender y afrontar los problemas de conducta de esa persona. Puesto que la investigación previa valora los problemas de conducta de la persona dependiente como el indicador más importante de la carga del cuidador (Biegel, Sales, & Schulz, 1991), ayudar a las familias a tratar de forma más efectiva los problemas de conducta de su familiar puede que ayude también a aliviar su propio estrés, al mismo tiempo que favorece a las dependientes.

Al contrario de lo que esperábamos, solamente un indicador del bienestar de los cuidadores predijo un aspecto de la calidad de la relación. En este caso, los niveles más bajos de desagrado/disgusto del cuidador previeron los niveles más altos de buena calidad de la relación. Según este resultado, serían aconsejables aquellas intervenciones destinadas a ayudar a las personas dependientes y a los cuidadores a mejorar sus habilidades relacionales, como el ejercicio/práctica de habilidades comunicativas y sociales.

Además, en los cuatro modelos de bienestar, los cuidadores que eran la pareja sentimental de la dependiente (comparados con los demás familiares), experimentaron mayores niveles de agresividad emocional. Este hecho resalta la vulnerabilidad de las parejas y subraya la importancia de reconocerles como objetivos esenciales de intervención y apoyo. La influencia diferencial de las relaciones del cuidador también apunta que las intervenciones en los cuidadores deben ser adaptadas a diferentes grupos de cuidadores, así como a cuidadores múltiples.

La clasificación de las dependientes según padecieran un trastorno dual o únicamente un trastorno de drogodependencia no indicó de manera significativa el apoyo recibido por el cuidador ni tampoco de la agresividad hacia el miembro de la familia. Los análisis que se hagan en el futuro quizá debieran distinguir el impacto

de diferentes tipos de drogas y diagnósticos psiquiátricos específicos, así como la influencia de distintas combinaciones de estas variables en la calidad de la relación entre los familiares y las mujeres que padecen trastornos de drogodependencia o trastornos mentales y de drogodependencia comórbidos.

Debemos reconocer algunas limitaciones en estudio que hemos realizado. En primer lugar, para este estudio se utilizó un diseño de encuesta transversal, por lo que no se pudieron establecer asociaciones temporales-causales. Además, el tamaño relativamente pequeño de la muestra impidió que pudiéramos investigar el proceso de estrés entre submuestras de los cuidadores, a la vez que también limitó las posibilidades del modelo de superación del estrés. De este modo, el modelo conceptual simplificado imposibilitó el examen y estudio de los mediadores y moderadores potenciales que podían tener alguna influencia en los resultados.

Sería recomendable que los futuros estudios en la materia analicen tanto las relaciones positivas como las negativas, ya que en nuestro estudio diversas variables predijeron la calidad de las relaciones con apoyo contra aquellas sin apoyo. También deberían estudiarse el impacto de trastornos específicos de drogodependencia y sus posibles combinaciones con un conjunto de diferentes trastornos mentales, o la influencia de relaciones específicas (por ejemplo, padre/madre, cónyuge y hermano/a) en el proceso de cuidado de la persona dependiente, así como su manifestación en hombres y mujeres. En este aspecto y dado el importante número de mujeres que sufren trastornos de estrés postraumático y de drogodependencia comórbidos, la información sobre el tipo, la procedencia y la duración del trauma infantil deben examinarse para tratar de ayudar a comprender los posibles problemas relacionales de estas mujeres cuando son adultas. El estudio de la perspectiva de la dependiente, los acuerdos y discrepancias, similitudes y diferencias entre las personas dependientes y sus cuidadores en lo que se refiere a la percepción de la calidad de su relación puede mostrar áreas potenciales de intervención para fomentar una comunicación mejor entre los dos.

Uno de los puntos fuertes de este estudio, y lo que debiera ser una guía para la futura investigación sobre el tema, es la aplicación de un modelo de superación del estrés del cuidado familiar. El cuidado familiar cuenta con una literatura y una producción teórica y empírica especialmente relevante en los aspectos concernientes a las enfermedades crónicas, pero no se ha adaptado al campo de la adicción. Las enfermedades crónicas tienen efectos significativos en pacientes, familias y en la sociedad en general. La investigación acerca de las enfermedades

crónicas, pese a estudiar de forma exhaustiva el impacto de las enfermedades crónicas de los pacientes en la familia (con algunas enfermedades y condiciones predeterminadas), se ha centrado más en la persona con el trastorno y ha dejado un poco de la lado la red social que rodea a esa persona. Sin embargo, las teorías de ecología familiar, sistemas familiares y estrés familiar ofrecen argumentos convincentes para prestar más atención a los contextos familiares dentro de los cuales hay muchas personas incluidas (Biegel, Sales, & Schulz, 1991; Boss, Doherty, LaRossa, Schumm, & Steinmetz, 1993). Esperamos que este estudio ayude de algún modo a dirigir las investigaciones futuras que se centren en las mujeres en tratamiento por drogodependencia y sus familias.

Bibliografía

Alexander, M.J. (1996). Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (1), 61-69.

Biegel, D.E., Milligan, E., Putnam, P., & Song, L. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30 (5), 473-494.

Biegel, D.E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke*. Family Caregiver Applications Series, 1. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Biegel, D.E., & Schulz, R. (1999). Caregiving and caregiver interventions in aging and mental illness. *Family Relations*, Special Issue, 48 (4), 345-354.

Blume, S.B. (1992). Alcohol and other drug problems in women. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, & Millman, R.B. (Eds). *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2nd edition) (pp. 794-807). Baltimore: Williams & Wilkins.

Boss, P., Doherty, W., LaRossa, R., Schumm, W., & Steinmetz, S. (1993). *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach*. New York, NY: Plenum.

Boyd, C., & Mast, D. (1983). Addicted women and their relationships with men. *Focus on Women: Journal of Addictions and Health*, 3, 106-117.

Caton, C.L.M., Shrout, P.E., Eagle, P.F., Opler, L.A., Felix, A., & Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case control study. *American Journal of Public Health*, 84, 265-270.

Cavaiola, A.A. (2000). In search of a new metaphor for the impact of drug abuse on families. *Family Therapy*, 27 (2), 81-87.

Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 93-101.

Clark, R.E. (1996). Family support for persons with dual disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 70, 65-78.

Compton, W.M., Cottler, L.B., Ben-Abdallah, A., Cunningham-Williams, R., & Spitznagel, E.L. (2000). The effects of psychiatric comorbidity on response to an HIV prevention intervention. *Drug and Alcohol Dependence, 58* (3), 247-257.

Edwards, M.E., & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marriage and Family Therapy, 21* (4), 475-509.

Fals-Stewart, W., & Birchler, G.R. (1994). Marital functioning among substance-abusing patients in outpatient treatment. *Poster presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.*

Fals-Stewart, W., & O'Farrell, T.J. (2003). Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (3), 432-442.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., & Birchler, G.R. (2003). Family therapy techniques. In F. Rotgers, J. Morgenstern & S.T. Walters (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*. New York: Guilford Press.

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R., Cordova, J., & Kelley, M.L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19* (3), 229-246.

Farkas, K.J., & Parran, T.V. (1993). Treatment of cocaine addiction during pregnancy. *Clinics in Perinatology, 20*(1), 29-45.

Fichter, M.M., Glynn, S.M., Weyerer, S., Liberman, R.P., & Frick, U. (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Family Process, 36* (2), 202-221.

Freeman, E.M. (1993). Substance abuse treatment: Continuum of care in services to families. In E.M. Freeman (Ed.), *Substance abuse treatment: A family systems perspective* (pp. 1-20). Newbury Park: CA: Sage Publications.

George, L. (1980). *Role transitions in later life*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Haywood, T.W., Kravitz, H.M., Grossman, L.S., Cavanaugh, J.L., Jr., Davis, J.M., & Lewis, D.A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry, 152*, 856-861.

Heath, A.W., & Stanton, M.D. (1998). Family-based treatment: Stages and outcomes. In R.J. Frances & S.I. Miller (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders, 2nd Edition*. New York, NY: The Guilford Press.

Helzer, J.E., Robins, L.N., & McEvoy, L.T. (1985). A comparison of clinical and Diagnostic Interview Schedule diagnoses. *Archives of General Psychiatry, 42*, 657-666. Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Jutras, S., & Veilleux, F. (1991). Informal caregiving: Correlates of perceived burden. *Canadian Journal on Aging, 10* (1), 40-55.

Kang, S.Y., Magura, S., Laudet, A., & Whitney, S. (1999). Adverse effect of child abuse victimization among substance-using women in treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 14* (6), 657-670.

Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., & Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.

Koffinke, C. (1991). Family recovery issues and treatment resources. In D.C. Daley & M.S. Raskin (Eds.), *Treating the chemically dependent and their families*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Lefley, H. (1996). *Family caregiving for adults with mental illness*. Family Caregiver Applications Series, 7. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Lex, B.W. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance users. *Health Psychology*, 10, 121.

Li, L. W., & Seltzer, M.M. (2003). Parent care, intergenerational relationship quality, and mental health of adult daughters. *Research on Aging*, 25(5), 484-504.

Lincoln, K.D. (2000). Social support, negative social interactions, and psychological well-being. *Social Service Review*, 231-252.

Magura, S., Kang, S.Y., Rosenblum, A., Handelsman, L. & Foote, J. (1998). Gender differences in psychiatric comorbidity among cocaine-using opiate addicts. *Journal of Addictive Diseases*, 17 (3) 49-61.

Martire, L.M., Stephens, M.A.P., & Townsend, A. (1998). Emotional support and well-being of midlife women: Role-specific mastery as a mediational mechanism. *Psychology and Aging*, 13 (3), 396-404.

Mercer-McFadden, C., & Drake, R.E. (1995). *Review and summaries: National demonstration of services for young adults with severe mental illness and substance abuse*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Mueser, K.T., Bennett, M., & Kushner, M.G. (1995). Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses. In A.F. Lehman & L.B. Dixon (Eds.), *Double jeopardy: Chronic mental illness and substance use disorders* (pp. 9-25). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.

Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Rosenberg, S.D., Swett, C., Miles, K.M, & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 179-192.

O'Farrell, T.J., Hooley, J., Fals-Stewart, W., & Cutter, H.Q. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 744-752.

Office of Applied Studies (2004). Results from the 2003 national survey on drug use and health: National findings (DHHS Publication No. SMA 04-3964, NSDUH Series H-25). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594.

Pickett, S.A., Cook, J.A., Cohler, B.J., & Solomon, M.L. (1997). Positive parent/adult child relationships: Impact of severe mental illness and caregiving burden. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (2), 220-230.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Reinhard, S.C., & Horwitz, A.V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 1-10.

Robins, L.N., Cottler, L.B., Bucholz, K.K., Compton, W.M., North, C.S., & Rourke, K.M. (1999). *Diagnostic Interview Schedule for DSM IV*. St. Louis, MO: Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., & Ratcliff, K. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality Disorders*, 46, 1097-1108.

Schofield, N., Quinn, J., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2001). Schizophrenia and substance misuse problems: A comparison between patients with and without significant carer contact. *Social Psychiatry Epidemiology*, 36, 523-528.

Song, L., Biegel, D.E., & Milligan, E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 33 (4), 269-286.

Spruytte, N., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2001). Predictors of institutionalization of cognitively-impaired elderly cared for by their relatives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (12), 1119-1130.

Stueve, A., Vine, P., & Struening, E.L. (1997). Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: Comparison of black, Hispanic, and white families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (2), 199-209.

Swofford, C., Kasckow, J., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L.B. (1996). Substance use: A powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20, 145-151.

Tessler, R., & Gamache, G. (1995). *Toolkit for evaluating family experiences with severe mental illness*. Cambridge, MA: The Evaluation Center at HSRI.

Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol programs – 1: The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81, 777-788.

Tracy, E.M., & Biegel, D.E. (In press). Personal social networks and dual disorders: A review of the literature and implications for practice and future research. *Journal of Dual Diagnosis*.

Tracy, E.M. & Johnson, P. (In press). Personal social networks of women with co-occurring substance use and mental disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*.

Tracy, E.M., & Johnson, P. (2005). *Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment*. Manuscript submitted for publication.

United Nations, Office of Drugs and Crimes (2004). *Substance abuse treatment care for women: Case studies and lessons learned*. Retrieved on December 1, 2005 from http://www.unodc/pdf/report_2004-08-30_1.pdf.

University of Akron, Institute for Health and Social Policy (2001). *The Clinical Intake Assessment Interview-Cleveland (CIAI-C)*. Akron: University of Akron.

Velleman, R. (1996). Alcohol and drug problems in parents: An overview of the impact on children and the implications for practice. In M. Goepfert, J. Webster & M.V. Seeman (Eds.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (pp. 233-243). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Wasserman, D.A., Havassy, B., & Boles, S.M. (1997). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in cocaine users entering private treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 46 (1-2), 1-8.

Weiss, R.D., Martinez-Raga, J., Griffin, M.L., Greenfield, S.F., & Huford, C. (1997). Gender differences in cocaine dependent patients: A 6 month follow-up study. *Drug and Alcohol Dependence*, 44 (1), 35-40.

Wells, D.V.B., & Jackson, J.F. (1994). HIV and chemically dependent women: Recommendations for appropriate health care and drug treatment services. *International Journal of Addictions*, 27, 571-585.

Wilsnack, S.C., & Wilsnack, R. (1991). Epidemiology of women's drinking. *Journal of Substance Abuse*, 3, 133-157.

Wilsnack, R.W., Wilsnack, S.C., & Klasseen, A.D. Jr. (1984). Women's drinking and drinking problems: Patterns from a 1981 national survey. *American Journal of Public Health*, 74 (11), 1231-1238.