

M.Garrido Fernández¹
E. Torrado Val²
J.A. Marcos Sierra³

Tipología familiar y deterioro asociado al consumo de opiáceos, en un grupo de pacientes en tratamiento con metadona

¹Departamento de Personalidad
Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Sevilla
Facultad de Psicología

²Servicio de Orientación y Terapia Familiar
Centro de Servicios Sociales Comunitarios
Alcalá de Guadaira (Sevilla)

³Centro de Servicios Sociales Comunitarios
Alcalá de Guadaira (Sevilla)

En este artículo se analiza el funcionamiento familiar de los sujetos adictos a opiáceos incluidos en un programa de mantenimiento con metadona, tratando de identificar si la pertenencia a un tipo u otro de familia (tipología familiar) según el Modelo de Funcionamiento Familiar de Olson, se relaciona con el nivel de deterioro o severidad de la adicción de las distintas áreas asociadas al consumo. La muestra está compuesta por 69 sujetos (N=69) usuarios del Servicio de Atención a las Drogodependencias (SAD) del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaira (Sevilla). Para evaluar el funcionamiento y la tipología familiar, de estos sujetos se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptación Familiar –CAF–¹, versión española del FACES III². Para evaluar el nivel de deterioro, aplicamos la versión española³ de la 5ª edición de la entrevista clínica personal semiestructurada Addiction Severity Index-ASI⁴. Los resultados obtenidos nos indican que los sujetos incluidos en familias equilibradas presentan más severidad de la adicción en dos dimensiones del ASI: Alcohol y Empleo/Apoyo y son, además, los que consumen una dosis más elevada de metadona.

Palabras clave:

Funcionamiento familiar, tipología familiar, severidad de la adicción, adictos a opiáceos, metadona, Estudio descriptivo mediante encuesta.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(4):196-203

Family typology and deterioration related to opioids use, in a methadone treatment patients group

In this article the familiar functioning of subjects addict to opioids included in a maintenance programme with methadone will be analyzed, trying to identify whether belonging to one type of family (family typology) or an-

other according to Olson's Familiar Functioning Model, is related to the level of deterioration or severity of addiction of the different areas associated to consumption. The sample is composed by 69 subjects (N=69) users of the Servicio de Atención a las Drogodependencias (SAD) in Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaira (Seville). In order to evaluate the functioning and the family typology of these subjects the Escala de Cohesión y Adaptación Familiar –CAF–¹, Spanish version of FACES III was used². In order to evaluate the level of deterioration, the Spanish version³ of the 5th edition of the personal, clinical semistructured interview Addiction Severity Index-ASI⁴ was applied. The results indicate that the subjects included in balanced families present more addiction severity in two dimensions of the ASI: Alcohol and Employment/ Support and are, moreover, the ones that take greater doses of methadone.

Keywords:

Family functioning, family typology, addiction severity, opioids addicts, methadone, Descriptive study by means of survey.

INTRODUCCIÓN

Autores de distintas disciplinas y desde distintas orientaciones teóricas, han concluido en sus investigaciones que no hay un único factor que pueda considerarse responsable de la toxicodependencia. Martínez-Pampliega, Iraurgi, Muñoz-Eguileta, Galíndez, Cosgaya y Nolte (2004) recogen en tres ámbitos los principales factores que guardan relación con el consumo de sustancias: individual, relacional y socio-ambiental; de tal forma que la incidencia y severidad de una adicción vendría determinada por la interacción de estos tres escenarios. Para Gonzalez-Saiz, Salvador, Martínez, López, Ruz y Guerra⁵ es fundamental que los trabajos de investigación sobre adicciones se lleven a cabo desde una perspectiva multidimensional y contemplando los ámbitos antes señalados. En esta línea, Meulenbeek⁶ encontró que en 1/3 de los pacientes adictos a heroína en un programa de metadona, era indicado el tratamiento por abuso, así como en otras áreas asociadas tales como: empleo, estado legal, funcionamiento social y psicológico. McLellan, Randall, Joseph y Alterman⁷

Correspondencia:

M. Garrido Fernández
Departamento de Personalidad
Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Sevilla
Facultad de Psicología
C/ Camilo José Cela S/N
41018 Sevilla
Correo electrónico: maikel@us.es

concluyeron de un interesante trabajo que la enfermedad psiquiátrica, el desempleo y las relaciones familiares empobrecidas, son más predictoras de abandono de tratamiento que variables demográficas simples o de patrón de consumo. Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega⁸ encontraron relación entre la severidad de la adicción (EuropASI) y el funcionamiento familiar. El uso de drogas se vinculaba con un mayor estrés familiar, una más baja satisfacción familiar y una peor comunicación y recursos.

El papel de la familia

Distintos autores han dado importancia al rol que puede tener la familia en la génesis, mantenimiento y severidad de la toxicomanía de un hijo, así como la potencialidad que ésta tiene como recurso para su tratamiento⁹.

a) Dificultades no resueltas en la familia de origen.

Algunos trabajos de investigación refieren dificultades no resueltas por los progenitores como conflictos con sus propias familias de origen, eventos traumáticos, duelos mal elaborados, consumo de drogas y problemas de pareja. Coleman, Kaplan y Downing¹⁰, describieron la adicción a la heroína como un método de afrontamiento aprendido en la familia, una forma de "vacuna espiritual" ante la muerte, separación y pérdidas a lo largo de la vida. Muchos de los padres de los jóvenes heroínómanos de su estudio habían sufrido, durante la infancia y adolescencia, experiencias de muerte o separación sin conseguir elaborarlas de manera adecuada. Estas experiencias se repetían en muchos casos en los hijos toxicómanos. También, Friedman, Utada y Morrissey¹¹ encontraron una correlación positiva entre problemáticas en los miembros de la familia y desarrollo de las toxicodependencias en los hijos. Aunque, curiosamente, los sujetos entrevistados, rara vez conseguían establecer un nexo causa-efecto entre la gravedad de su trastorno y los problemas vividos en su núcleo familiar.

Según Secades-Villa y Fernández-Hermida¹² es especialmente relevante en la génesis de la toxicomanía el uso de drogas por parte de los progenitores. En esta línea, Muñoz-Rivas y Graña¹³ constataron como un importante factor de riesgo familiar, el consumo de alcohol por parte del padre, y Friedman, Terras y Glassman observaron relaciones significativas entre el consumo de alcohol en los hijos y el consumo severo en la madre. Sanz y cols.¹⁵, hallaron que un mayor grado de conflicto marital percibido por los hijos, estaría asociado al consumo de drogas. Estos autores consideran que el conflicto matrimonial podría incrementar la intensidad y la frecuencia de las relaciones disfuncionales en la familia, o bien podría incidir negativamente en el control de la conducta filial y, en consecuencia, en el funcionamiento familiar. En este escenario, y de

acuerdo con Haley¹⁶, el consumo actuaría como regulador de la pareja de progenitores.

b) Estilos parentales o supervisión-disciplina.

Garvey¹⁷, Secades-Villa y Fernández-Hermida¹² han destacado la importancia de los estilos educativos y de crianza y la actitud permisiva ante las drogas en el desarrollo de las toxicodependencias.

Harbin y Maziar¹⁸ describían al padre del toxicómano como ausente y emocionalmente distante del hijo, y a la madre, como indulgente y sobreprotectora, con tendencia a implicarse como confidente o cómplice en las adicciones de sus hijos. En palabras de Kaufman y Kaufman¹⁹, sería una madre hiperinvolucrada e indulgente y por momentos simbiótica. En concordancia con estos autores, Anderson y Eisseman²⁰, constataron relaciones significativas entre el consumo de drogas y un estilo parental de crianza caracterizado por el rechazo y la sobreprotección.

Alexander y Dibbs²¹ y Selvini²² observaron que los padres de adictos realizaban frecuentemente intentos por controlar el comportamiento adictivo de sus hijos, pero resultaban infructuosos, puesto que no estaban habitualmente acompañadas del apoyo parental necesario para la consecución de la autonomía y la *responsabilidad adulta*. También, describen la relación con el hijo adicto como de extrema indulgencia por ambos progenitores y la tendencia a percibirlo como una persona fracasada en función de los valores convencionales. Esta percepción constituye una base muy frágil para apoyar los intentos de diferenciación, en la medida en que no se transmite aceptación y tolerancia, al mismo tiempo que control y rigor, imprescindibles para conseguir la autonomía. Stanton y Todd^{23,24} utilizan el concepto de "pseudoindividualización" para definir esta situación del toxicodependiente. A través del uso de drogas, junto con actitudes positivas hacia la transgresión, el hijo parece querer testimoniar que ha roto definitivamente los puentes con su infancia, emancipándose de los padres. Estas conquistas se revelan ilusorias, ya que la adicción a las drogas vincula al hijo con la familia, haciéndolo cada vez más dependiente en términos materiales y afectivos.

c) Relaciones afectivas y comunicación

Garvey¹⁷ observó que la armonía y la cohesión familiar, incidían en el afrontamiento del consumo de alcohol y drogas en los hijos. En la misma línea, McArdle y cols.²⁵ encontraron que vivir con ambos progenitores era una barrera menos robusta para el consumo de sustancias que aspectos cualitativos de la vida familiar; particularmente el apego con la madre. Estos autores y otros (Alexander y Dibbs²¹); Charvoz, Bodenmann y Hermann²⁶; López-Torrecillas, Bulas, León y Ramírez²⁷) describen dificultades en la comunicación en familias con hijos consumidores.

En los años 80, Olson y cols.^{2, 28-30}, desarrollaron un modelo teórico del funcionamiento familiar, muy

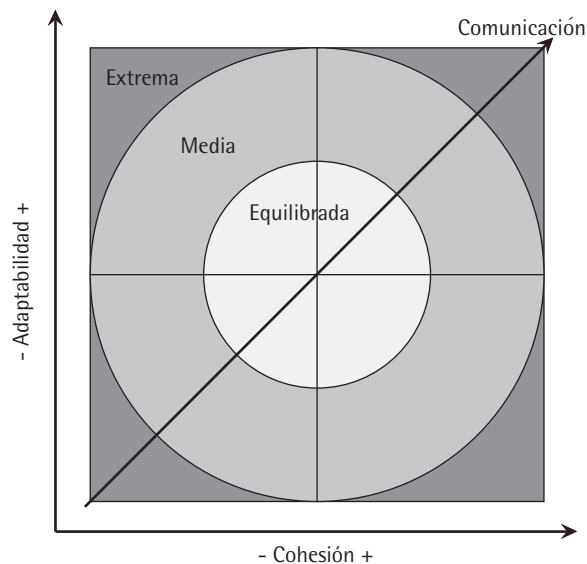


Figura 1 | Modelo Circumplejo de Olson

valorado por su potencialidad para la evaluación e investigación con familias. El modelo, denominado Circumplejo, explica el funcionamiento familiar a partir de tres dimensiones fundamentales: la *cohesión*, definida como lazos emocionales que los miembros del sistema familiar establecen con respecto al resto de los miembros, así como el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar; la *adaptabilidad*, que haría referencia a la habilidad del sistema marital/familiar para cambiar de estructura (poder, normas y límites) en respuesta a situaciones estresantes vividas; y la *comunicación*, que haría funciones facilitadoras con respecto a las dos dimensiones anteriores (ver fig.1).

Según Olson³⁰, las familias más equilibradas, aquellas que tienen un mayor repertorio conductual y tienen más capacidad para adaptarse a los cambios, son más capaces de cambiar, presentan niveles centrales de cohesión y adaptabilidad y se consideran las más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Mientras, que los tipos extremos (niveles muy altos o muy bajos de adaptabilidad y cohesión) son los más disfuncionales.

En este trabajo se pretende, por una parte, evaluar, a partir del Modelo Circumplejo, el funcionamiento familiar de los sujetos adictos a opiáceos que se encuentran en el momento de la realización del estudio en un programa de tratamiento de metadona, y por otra, identificar si la pertenencia a un tipo u otro de familia (tipología familiar) según el Modelo de Funcionamiento Familiar de Olson, se relaciona con el nivel de deterioro o severidad de la adicción de las distintas áreas asociadas al consumo.

Se parte de la hipótesis de que por una parte, las familias de toxicómanos se encuentran en la tipología de extremas según el Modelo Circumplejo de Olson, y por otra, que su severidad es mayor que en las familias equilibradas.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 69 sujetos (N=69), adictos a opiáceos e incluidos en un programa de metadona en el Servicio de Atención a las Drogodependencias (SAD) del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). El 87% (n= 60) de los sujetos eran hombres, mientras el 13% (n=9) eran mujeres. La media de edad era de 37,41 años (R=38). Respecto del nivel de estudios, el 52,2% de los sujetos habían completado sus estudios primarios y el 27,5 % habían finalizado el equivalente a la primera etapa la ESO*. En relación con el ámbito laboral, el 53,6% eran desempleados, el 18,8% tenían un trabajo estable, y el 13% eran pensionistas.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron los siguientes:

CAF: Escala de Cohesión y Adaptación Familiar

Para evaluar el funcionamiento y la tipología familiar, se utilizó la Escala de Cohesión y Adaptación Familiar –CAF–¹, versión española del FACES III². El CAF es un cuestionario de autoevaluación tipo Likert de 20 ítems que evalúa dos dimensiones: Cohesión y Adaptación Familiar. La fiabilidad para la cohesión es de 0,78 y para la adaptabilidad de 0,70.

Cohesión	Item 7	Nos sentimos más unidos entre nosotros mismos que con personas que no forman parte de nuestra familia.
Adaptabilidad	Item 8	Tenemos diversas formas de solucionar los problemas en nuestra familia.

Figura 2 | Ejemplos de ítems del CAF

*El Sistema Educativo en el que estudiaron los sujetos de nuestro estudio se regulaba por la LOE, anterior a la actual LOGSE.

Índice de Severidad de la Adicción (ASI).

Para evaluar el nivel de deterioro, aplicamos la versión española de González-Saiz et al³, de la 5ª edición de la entrevista clínica Addiction Severity Index-ASI⁴. Esta entrevista consiste en entrevistas personales semiestructuradas, que se aplican por un evaluador entrenado durante aproximadamente 1 ½ hora. La fiabilidad test-retest es de 0,78 e inter-examinadores de 0,88. El ASI es multidimensional y ofrece información válida y fidedigna respecto de la naturaleza y severidad de los problemas de tratamiento en los siguientes escenarios: estado médico general –EMG–, empleo, abuso de alcohol, abuso de drogas, situación legal, relaciones sociales y familiares y estado psiquiátrico.

Procedimiento

El Servicio de Atención a la Drogodependencia (SAD) del Ayto. de Alcalá de Guadaíra nos proporcionó un listado de los sujetos usuarios del servicio que cumplían los criterios de inclusión (adictos a opiáceos en programa de metadona y sin trastorno psiquiátrico). En los distintos dispositivos de atención al toxicómano entregamos en mano un sobre a la atención de cada uno de estos usuarios que incluía el Cuestionario de Autoevaluación Familiar percibida (CAF) que debían devolver al técnico del SAD una vez compilado y el cual fue contestado por 112 sujetos. Posteriormente, se concertaron citas personales en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios para administrar la entrevista semi-estructurada (ASI) por dos evaluadores entrenados. Se aplicaron a 69 sujetos.

RESULTADOS

Se realiza un análisis mediante diagrama de caja para la descripción de la muestra e identificar las relaciones entre variables de nuestro estudio: variables ASI, variables CAF, Tiempo de Permanencia en Programa de Metadona –PPM– y Dosis (Tabla 1).

Posteriormente, se definieron los tipos de familia, según el Modelo Circumplejo al que pertenecían los sujetos del presente estudio (Tabla 2).

Para evaluar las diferencias en cada variable según tipo de familia, llevamos a cabo un análisis Chi cuadrado. Se observaron resultados significativos para las variables CAF (Cohesión -2,57; $p=0,01$ -, Adaptación -18,18; $p=0,01$ - y Comunicación -13,14; $p=0,01$ -) Tabla 3.

No obstante, al observar los resultados de la prueba descriptiva de diagrama de caja, advertimos que las submuestras tipo 1 –Extrema– y 2 –Media– tenían valores muy simi-

Tabla 1	Descripción de la muestra		
Variables	Media	D.Típica	Val. Centrales 50%
PPM ¹	1255,35	84,68	600-1600
Dosis	67,19	2,11	55-80
ASI	Est. Médico General	3,42	0,39 0-6 75%
	Empleo y Apoyo	5,80	0,34 4-7
	Alcohol	1,65	0,21 0-3 75%
	Drogas	2,55	0,17 1,5-3
	Situación Legal	1,78	0,28 0-3 75%
	Rel. Familiares	2,48	0,24 1-4,5
	Est. psicopatológico	1,90	0,28 0-2,8 75%
CAF	Cohesión	23,29	0,81 17-28
	Adaptación	20,96	0,75 15-25
	Comunicación	10,83	0,53 7-14

¹ Días de Permanencia en Programa de Metadona

Tabla 2	Clasificación según tipo de familia	
Tipo de familia	N	%
1: Extrema	20	29,0
2: Media	24	34,8
3: Equilibrada	25	36,2

lares en las variables Dosis, Empleo/Apoyo y Alcohol. Estas variables no fueron significativas en la prueba Chi cuadrado, pero mostraron una tendencia clara hacia la significación. Por esta razón, creímos que sería interesante realizar un nuevo análisis (post hoc) pero, en este caso, agrupando las submuestras por pares en relación con la tercera.

Agrupamos las submuestras 1 y 2 y la muestra resultante, la comparamos con la submuestra 3 mediante la U de Mann-Whitney que reveló diferencias significativas para la variable Alcohol (0,041; $p=0,05$) y valores muy próximos a la significatividad – $p=0,05$ – en Dosis (0,061) y Empleo/ Apoyo (0,072).

Los valores de la muestra 3 (Equilibrada) para las variables alcohol y dosis de metadona eran más altos que para la combinación de las muestras 1 (Extrema) y 2 (Media); mientras los valores de Empleo/Apoyo eran más bajos para la muestra 3 (Equilibrada).

Tabla 3	Chi cuadrado comparando las tres muestras											
	PMM	Dosis	EMG	ASI						CAF		
E/A				Alcohol	Drogas	Sit legal	R. Fam	E. Psi.	Coh	Adapt	Com	
X ²	0,100	3,730	0,647	3,237	4,449	0,471	1,155	1,074	0,108	32,567	18,179	13,139
gl	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asin	0,951	0,155	0,723	0,198	0,108	0,790	0,561	0,584	0,947	0,000	0,000	0,001

Tabla 4	U- Mann Whitney comparando muestras 1+2 con 3													
	Sexo	Edad	PMM	Dosis	EMG	E/A	Alcohol	Drogas	Sit Legal	Rel Fam	Est Psi	Coh	Adapt	Com
U de Mann-Whitney	506,50	512,00	526,00	400,50	517,00	406,00	389,00	549,00	530,00	459,00	542,500	166,00	245,00	307,50
W de Wilcoxon	831,50	837,00	851,00	1390,50	842,00	731,00	1379,00	874,00	855,00	821,00	867,50	491,00	570,00	632,50
Z	-0,931	-0,475	-0,300	-1,877	-0,417	-1,799	-2,048	-0,012	-0,265	-0,679	-0,095	-4,802	-3,815	-3,040
Sig. asintót. (bilateral)	0,352	0,635	0,764	<u>0,061</u>	0,676	<u>0,072</u>	0,041	0,990	0,791	0,497	0,924	0,000	0,000	0,002

Tabla 5	U- Mann Whitney comparando muestras 2 y 3													
	Sexo	Edad	PMM	Dosis	EMG	E/A	Alcohol	Drogas	Sit Legal	Rel Fam	Est Psi	Coh	Adapt	Com
U de Mann-Whitney	261,50	268,50	284,50	201,50	298,50	217,50	197,50	280,00	265,50	251,50	289,00	140,00	161,50	205,00
W de Wilcoxon	586,50	593,50	609,50	501,50	598,50	542,50	497,50	605,00	590,50	576,50	597,00	465,00	486,50	530,00
Z	-1,270	-0,631	-0,310	-1,928	-0,030	-1,650	-2,075	-0,400	-0,720	-0,978	-0,061	-3,208	-2,778	-1,912
Sig. asintót. (bilateral)	0,204	0,528	0,757	0,047	0,976	<u>0,099</u>	0,038	0,689	0,472	0,328	0,952	0,001	0,005	0,056

De igual modo, realizamos un análisis post hoc agrupando las muestras 1 y 3 comparándola con la muestra 2, e, igualmente, con las muestras 2 y 3 que se comparó con la 1. En ninguno de estos casos los análisis resultaron significativos.

Creímos necesario realizar la comparación por pares de la muestra 1 y 2, 1 y 3 y 2 y 3. En este análisis comparativo resultaron estadísticamente significativas las muestras 2 (Media) y 3 (Equilibrada) en las variables Alcohol (0,038; p=0,05) y Dosis (0,047; p=0,05) y próxima a la significati-

vidad en la dimensión Empleo/Apoyo (0,099; p=0,05). Los valores de la muestra 3 en las variables alcohol y dosis de metadona eran más altos que en la muestra 2. En el caso de los valores de Empleo/Apoyo eran inferiores a las obtenidas en la muestra 3.

En definitiva, los sujetos pertenecientes a familias equilibradas admiten un consumo más elevado de alcohol que los pertenecientes a medias-extremas y consumen una Dosis mayor de metadona que los sujetos de familias medias. Así mismo, obtienen valores inferiores en Empleo/Apoyo en

relación con los sujetos pertenecientes a familias medias-extremas. Por tanto, los sujetos incluidos en familias equilibradas presentan más severidad de la adicción en dos dimensiones del ASI: Alcohol y Empleo/Apoyo y son, además, los que consumen una dosis más elevada de metadona (Tabla 6).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El objetivo que perseguíamos en el presente trabajo de investigación era el tipo de relaciones familiares y el nivel de deterioro en las distintas áreas que se ven afectadas por el consumo (severidad de la adicción) en sujetos adictos a opiáceos.

Partíamos de la hipótesis de que la mayoría de las familias de los sujetos de nuestra muestra pertenecían a familias extremas según el Modelo Circumplejo de Olson, la cual no se ha confirmado. Estas familias que se definen por ser menos funcionales, contar con un repertorio comportamental más reducido y menor capacidad para enfrentarse a cambios, entendíamos que al llevar conviviendo con el problema de la toxicomanía varios años, con el deterioro que éste hecho supone, tendrían formas de relación más frágiles y más rígidas. En cambio, se ha constatado que el número de sujetos que identificaban a sus familias como extremas (20) era similar (incluso algo menor) que el de los sujetos de las familias medias (24) o familias equilibradas (25). Estos resultados nos han sorprendido en la medida en que si tenemos en cuenta que las dificultades asociadas a la toxicomanía de curso crónico pueden ser numerosas y graves (enfermedades, delincuencia, psicopatología, aislamiento social, dificultades económicas) y que además y según Meulenbeek⁶ 1/3 de los pacientes adictos a la heroína en programa de metadona, era indicado el tratamiento por abuso de drogas, pensamos que en relación con la cohesión nos encontraríamos con familias extremas -muy desapegadas o muy apegadas-, y en cuanto a adaptabilidad, sistemas muy rígidos o muy caóticos, siempre alejadas de los valores medios o lo que es lo mismo, de un funcionamiento adecuado. En trabajos recientes^{21, 25-27}, se ha observado que en estas familias hay graves dificultades de comunicación. Era bajo estos supuestos que pensábamos que en estas familias habría problemas para promover la autonomía y los intentos de diferenciación de sus miembros no muy hábiles, para transmitir aceptación y tolerancia al mismo tiempo que control y rigor. También Selvini Palazzoli²², y en concordancia con lo afirmado por Garvey¹⁷ creíamos que las familias de nuestro estudio tendrían importantes carencias en cuanto a las actitudes, los estilos parentales, la armonía y la cohesión necesarias para el afrontamiento del consumo de sustancias, lo cual era también un importante apoyo a nuestras hipótesis.

Por otra parte, pensamos que el funcionamiento de los distintos miembros de estas familias podría ser muy distinto, e incluso contradictorio en la relación entre los dis-

Tabla 6	Resultados significativos
Alcohol	Existen diferencias significativas cuando comparamos la muestra 1-2 (familias extremas y familias medias) con la muestra 3 (familias equilibradas); así como cuando comparamos la muestra 2 (familias medias) con la muestra 3 (familias equilibradas).
Dosis Empleo/Apoyo	Estadísticamente significativa cuando comparamos la muestra 2 (familias medias) con la muestra 3 (familias equilibradas). Tendencia a la significatividad, cuando comparamos familias 1+2 con familias 3; así como cuando comparamos familias 2 con 3.
Variables CAF	Diferencias significativas en todos los análisis.

tintos subsistemas y el hijo toxicómano. En estas familias es común constatar variaciones en las jerarquías tradicionales³¹, debilitadas por coaliciones entre miembros de diversas generaciones. Así, hemos observado en una misma familia madres muy implicadas, con respuestas afectivas y de control muy alto, leales e incluso cómplices de sus hijos toxicómanos y a padres distantes, ausentes y poco afectivos. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Harbin y Maziar¹⁸. Creemos que esta circunstancia podría llevar a los sujetos adictos de nuestro estudio a contestar los cuestionarios no en función de las características globales del sistema, sino de su relación con un miembro específico de su familia, normalmente con aquel con quien tienen una relación más cálida, que habitualmente es la madre. Es decir, se podría pensar a partir de los resultados obtenidos que nuestros sujetos contestaron los cuestionarios teniendo "in mente" la "bondad" y "generosidad" de su familia como forma de "agradecimiento leal" o de "culpa velada". Sería algo así como creer que tras haber provocado sufrimiento a su propia familia, no va, además, a desprestigiarla. Es probable que tras las graves dificultades por las que atraviesa un sujeto dependiente de una sustancia, la imagen de su propia familia quede salvaguardada como más positiva, en comparación con lo vivido fuera de ella; así como la idea de que pese a todo lo sucedido, su familia lo siga apoyando en mayor o menor medida. Como refieren Coleman y cols.¹⁰, habitualmente los padres de adictos han sufrido situaciones vitales muy estresantes, de gran sufrimiento y de gravedad similar a la de sus hijos. Esto quizás pudiera lograr un nexo de unión paterno-filial inquebrantable, como si se tratase de un signo de identidad familiar, al que pese a la insatisfacción en muchos casos, se respete como elemento de unión en la familia, una unión leal: "...quizás no hicieron algunas cosas bien conmigo, pero ellos también sufrieron mucho, merecen pese a todo mi respeto..."

Esta forma de relación también pudiera ser algo aprendido en función de la percepción de los estilos parentales de crianza ambivalentes de rechazo-sobreprotección descritos por Anderson y Eisseman²⁰ con pacientes heroínómanos. Al igual que el sujeto ha percibido de sus progenitores actitudes de rechazo y de sobreprotección solapadas, pudiera ser que éste mantenga actitudes con respecto a sus familiares del mismo tipo. Aunque internamente "reproche" o "culpe" a su familia, externamente los "protege". También en otras problemáticas se ha detectado este mismo efecto, como en algunos estudios sobre esquizofrenia y psicosis^{32,33}.

Quizás, un evaluador clínico, clasificaría a las familias de los sujetos con criterios diferentes; pero como afirma Olson²⁹: *es menos importante el tipo de sistema familiar, que lo que los miembros sienten sobre la clase de familia que tienen.*

En relación a nuestra segunda hipótesis, *la adicción de los sujetos pertenecientes a familias equilibradas será menos severa*, no se ha confirmado. Se ha observado que los sujetos pertenecientes a familias equilibradas consumían más alcohol que los adictos de las familias medias-extremas. Suponíamos que familias con un mejor repertorio conductual, mejores niveles de comunicación y más flexibilidad, obtendrían mejores resultados en las variables relativas a la severidad de la adicción. Estos resultados se repiten para la misma variable cuando la comparación se establece entre las muestras de familias medias y equilibradas. Igualmente, la diferencia para la variable dosis de metadona es significativa en el sentido de que en los sujetos de familias equilibradas es superior que en el de las familias medias. Por otra parte, los sujetos integrados en la categoría de familias equilibradas obtenían valores más bajos en Empleo/Apoyo que aquellos pertenecientes a las otras dos muestras, aunque no de forma significativa. Por tanto, la muestra de sujetos que a priori hipotetizamos que pudiera obtener puntuaciones inferiores respecto de la severidad de la adicción (familias equilibradas), resultó justo lo contrario, en el sentido de que la severidad en la adicción, en términos de mayor consumo de sustancias y dependencia económica de la familia, era superior. Estos resultados se contradicen con los obtenidos por Iraurgi Castillo y cols.⁸ y Vielva y cols.³⁴ con sujetos adictos no incluidos en programas de metadona. Nos parece importante destacar que es precisamente en las dimensiones vinculadas directamente a sustancias, alcohol y dosis de metadona, donde se encuentran las diferencias. Podría ser que estos sujetos, puesto que consumen más alcohol y reciben una dosis más alta de metadona, se encuentren más "desconectados" de la realidad familiar, o bien tengan una percepción más positiva de su núcleo de convivencia derivado, posiblemente, del sentimiento de culpa generado por el consumo de sustancias. También podría ser que los toxicómanos de nuestra investigación no hayan establecido un nexo causa-efecto entre la gravedad de su trastorno y los problemas vividos en su familia. De esta manera, la contestación de los cuestionarios se habría fundamentado en una percepción positiva de su

familia, identificándola como funcionalmente más adecuada (equilibrada) de lo que realmente es, una idea que ya sugirió Ben Yehuda y Schindell en un estudio realizado en 1981 con pacientes en programa de metadona. Creemos que los resultados hubieran sido distintos, si los sujetos de nuestra muestra no consumieran metadona. Este es un aspecto que consideramos de gran interés y que podría ser objeto de futuras líneas de investigación.

No podemos olvidar que sería necesario profundizar en las diferencias en el consumo de drogas en función del sexo de los sujetos y sus relaciones con el sistema familiar³⁵ sobre todo teniendo en cuenta el número limitado de mujeres de esta muestra. Al mismo tiempo como han mostrado algunos estudios³⁶, es de suma relevancia tener en cuenta la específica situación de muchas mujeres maltratadas que viven en contextos familiares donde la adicción de los maridos es un factor de riesgo importante.

De igual modo, pensamos que enriquecería futuros estudios, contar con información respecto de la actitud de estos sujetos respecto de la familia en función de si en esta se consume o no drogas¹² y, en concreto, conocer si alguno de los progenitores también ha tenido o tiene problemas con el abuso de sustancias^{13,14}, e igualmente, conocer la percepción de los hijos toxicómanos respecto de las relaciones de sus padres¹⁵ y tratar de averiguar como esta variable incide en la severidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Servicio de Atención al Drogodependiente del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla), su apoyo a través de los Convenios de Colaboración con la Universidad de Sevilla y la confianza puesta en el proyecto de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polaino Lorente A, Martínez Cano P. Versión española de Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) de Olson, H. Portier, J.; Lavee, Y. (1985). Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra, 1996.
2. Olson DH, Killorin EA. Clinical Rating Scale for Circumplex Scale for Circumplex Model. St. Paul: University of Minnesota, 1985.
3. González-Saiz F, Guerra Díaz D, Salvador Carulla L, Martínez Delgado JM, López Cárdenas A, Ruz Franci I, Atienza Marmolejo C. Versión Española de la 5ª edición de la entrevista clínica Addiction Severity Index (ASI) de McLellan y cols. (1992). Departamento de Neurociencias. Universidad de Cádiz, 1992.
4. McLellan AT, O'Brien CP, Metzger D, Alterman AI, Cornish J, Urschel H. How effective is substance abuse treatment compared to what? En : O'Brien, C. P. y Jaffe, J. H. (Eds.). Addictive States, New York: Raven Press, 1992.
5. González-Saiz F, Salvador Carulla L, Martínez Delgado JM, López

- Cárdenas A, Ruz Franci I, Guerra Díaz D. El Addiction Severity Index (ASI): a propósito de una revisión. En Iraurgi, I.; González-Saiz F. (Eds.) Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Aula Médica, 2000; p. 235-69.
6. Meulenbeek PA. Addiction problems and methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 19: 171-4.
 7. McLellan AT, Randall M, Joseph N, Alterman AI. Categorizing Substance Abusers Using the ASI: Implications for Evaluation and Treatment. *NIDA Research Monographies Series* 1991; 105: 227-35.
 8. Iraurgi Castillo I, Sanz Vázquez M, Martínez-Pampliega A. Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones: Revista Sociodrogalcohol* 2004; 16:185-95.
 9. Stanton MD, Heath AW. Tratamiento de los problemas con las drogas y el alcohol en familias y parejas. En Roizblatt A. (Eds.) *Terapia Familiar y de Pareja*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2006.
 10. Coleman SB, Kaplan JD y Downing RW. Life Cycle and Loss-The spiritual Vacuum of heroin Addiction. *Family Process* 1986; 25: 5-23.
 11. Friedman AS, Utada A, y Morrissey MR. Families of adolescent drug abusers are "rigid": Are these families Esther "disengaged" or enmeshed" or both? *Family Process* 1987; 26: 131-48.
 12. Secades-Villa R y Fernández-Hermida JR. Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 2005; 14: 1-15.
 13. Muñoz-Rivas MJ y Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 2001; 13:87-94.
 14. Friedman AS, Terras A, Glassman K. Estructura familiar versus relaciones familiares en la predicción del consumo/abuso de sustancias y la conducta ilegal. *Revista de Toxicomanías* 2002; 33: 25-35.
 15. Sanz M, Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Muñoz-Eguileta A, Galíndez E, Cosgaya L y Nolte M. El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. Estudio publicado en internet por el Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2004.
 16. Haley J. *Trastornos de la Emancipación Juvenil y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
 17. Garvey KA. Family members and significant other of drug abusers: Characteristics of the relationship with the drug abuser and predictors of outcome in unilateral treatment. *Dissertation Abstracts International* 2000; 60: 8.
 18. Harbin HT, Maziar HM. The Family of Drug Abusers: A Literature Review. *Family Process* 1975; 14: 411-31.
 19. Kaufman E, Kaufman P. *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York: Gardner, 1979.
 20. Anderson P, Eissenmann M. Parental rearing and individual vulnerability to drug addiction. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57: 147-56.
 21. Alexander BK, Dibb GS. Opiate Addicts and Their Parents. *Family Process* 1975; 14: 499-514.
 22. Selvini Palazzoli M. Behind the scenes of the organisation. Some guidelines for the expert in human relations. *Journal of Family Therapy* 1984; 6: 297-307.
 23. Stanton MD, Todd TC. Structural family therapy with drug addicts. En E. Kaufman y P. Kaufman (comp.), *The family therapy of drug and alcohol abuse*. Nueva York: Gardner, 1979.
 24. Stanton MD, Todd TC. *Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas*. Barcelona: Gedisa, 1990.
 25. McArdle P, Wiesgersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, Brinkley A, Blom M, Stoeckel I, Pierolini A, Michels I, Johnson R, Quensel S. European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction* 2002; 97: 329-36.
 26. Charvoz L, Bodenmann G, Hermann E. The importance of family variables for the drug consumption of adolescents. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11: 14-20.
 27. López-Torrecillas F, Bulas M, León-Arroyo R, Ramirez I. Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones: Revista Sociodrogalcohol* 2005; 17: 241-9.
 28. Olson DH, Russel CS, Sprenkle DH. Circumplex Model of Marital and Family System, VI: Theoretical Update. *Family Process* 1983; 22: 69-83.
 29. Olson DH. Circumplex Model VII: Validation Studies and Faces III. *Family Process* 1986; 25: 337-51.
 30. Olson DH. Circumplex Model of Family System VIII: Family Assessment and Intervention. En Olson D. H.; Russell C. S. & Sprenkle D. H. (Eds.) *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: The Haworth Press, 1989.
 31. Madanes C, Dukes J, Haley J. Family Ties of Heroin addicts. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 889-94.
 32. Ayerbe A, Espina A et al. Clima familiar y pautas de crianza en las toxicomanías. En A Espina y B Pumar. *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Madrid. Ed. Fundamentos, 1996.
 33. Vidal ML, Cortés MJ, Valero J, Gutiérrez-Zotes A, Labad A. Ambiente familiar y emoción expresada en pacientes con esquizofrenia u otras psicosis y en sus familiares de primer grado. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36:271-6.
 34. Vielva I, Pantoja L, Abeijón JA. El funcionamiento de la familia con hijos (consumidores y no consumidores) de comportamientos no problemáticos. Bilbao: Universidad de Deusto, 2001.
 35. Ochoa E, Madoz-Gúrpide A, Salvador E. Diferencias de género en el tratamiento de la dependencia de opiáceos con naltrexona. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36: 197-204.
 36. Pérez-Testor C, Castillo J, Davins M, Salamero M, San-Martino M. Personality profiles in a group of battered women: clinical and care implications, *J Fam Viol* 2007; 22: 73-80