

Drogas y salud familiar.

Gómez Sanabria, A.*; Gala León, FJ.**; Lupiani Giménez, M.***;
Guillén Gestoso, C.****

*Prof. Asociado de Psicología Social (UCA).

**Catedrático de CC. de la Conducta (UCA).

***Prof. Titular de Enfermería Médica (UCA).

****Prof. Titular de Psicología Social (UCA).

Grupo investigador en Psicología de la Salud (PAI-CTS-386). Universidad de Cádiz.

Resumen

Las familias son el grupo social sobre quien recaen más directamente las consecuencias negativas de las adicciones de sus miembros. Estas consecuencias no sólo abarcan aspectos económicos y sociales, sino que se extienden a los ámbitos de la salud psíquica y física de cada uno de los miembros no drogadictos.

En nuestro trabajo, hemos pretendido describir las variaciones en conductas, sentimientos, sensaciones, imaginaciones, cogniciones, relaciones interpersonales y salud (siguiendo el modelo BASIC.ID de A.A. Lazarus) que han experimentado los padres y madres de heroinómanos a partir del conocimiento de la adicción de sus hijos. Hemos pasado una entrevista semiestructurada, elaborada por nosotros a una muestra de 32 padres y 53 madres y a un grupo de control de 20 padres y 25 madres de enfermos mentales. Hemos constatado variaciones estadísticamente significativas ($p=0.05$) en todas las dimensiones y diferencias respecto al grupo de control (excepto en cogniciones), que indican la presencia de problemas necesitados de atención directa desde las instancias sociales competentes.

Palabras clave

Heroinómano, enfermo mental, salud familiar, codependencia.

Summary

Families are the social group upon which the negative consequences of their members' addictions most directly fall. These consequences not only extend to social

Correspondencia a:

Antonio Gómez Sanabria • C/.Real, 190, Bajo A • 11100 San Fernando (Cádiz).

Tfno. 956 59 18 27 • e-mail: agosa@correo.cop.es

and economical aspects, but also to the fields of physical and mental health of each one of their non-drogaddict members. In our study we have tried to describe the changes in behaviour, affects, sensations, imaginations, cognitions, interpersonal relations and health (following A.A. Lazarus BASIC ID pattern) that heroin addicts parents have gone through from the moment they learnt their children's addictions. We have used a semi-structures interview elaborated by ourselves in a group of 32 fathers and 53 mothers of addicts and in a group of control of 20 fathers and 25 mothers of mental ill. We confirmed statistically meaningful variations ($p=0.05$) in all dimensions, and differences in relation to a group of control (sauf in Cognitions) wich indicate the presence of problems needing attention from the appropriate social services.

Key words

Key words: Heroin-addict, mental ill, familiar health, codependency.

Résumé

Les familles sont le groupe social sur lequel retombent plus directement les conséquences négatives des dépendances de leurs membres. Ces conséquences non seulement comprennent des rapports économiques et sociaux, mais en plus on étendent à la santé psychique et physique de tous les membres non-dépendants. Avec notre travail, nous avons prétendu décrire les changements des conduites, sentiments, sensations, imaginations, pensées, relations humaines et santé (d'après le modèle BASIC.ID de A.A. Lazarus) qu'ont ressenti les pères et les mères des héroïnomanes après la connaissance de la dépendance de leurs fils. Nous avons utilisé un questionnaire demi-structuré élaboré par nous, avec un échantillonnage de 32 pères et 53 mères et avec un group de control de 20 pères et 25 mères de malades mentaux. Nous avons constatés des changements statistiquement significatifs ($p=0.05$) en tous les dimensions et différences par rapport au group de control (excepté en pensées), lesquelles indiquent l'existence de problèmes avec besoin d'attention des services sociaux compétents.

Mots clé

Héroïnomane, malade mental, santé familiar, codépendance.

I. INTRODUCCIÓN

Al igual que hay factores o características familiares que inciden en la predisposición,

aparición y mantenimiento de las toxicomanías, como ya expusimos en nuestro artículo «Conductas parentales y su significado emocional en los heroínomanos» (Gómez Sa-



nabria et al., 1999), la existencia de una persona adicta en el seno familiar aporta a los miembros de ésta un conjunto de dificultades que, en el mejor de los casos, conllevan una «pérdida de calidad de vida», pero esta expresión se suele convertir en un eufemismo al aparecer verdaderos dramas personales y familiares, que trascienden las generaciones y conllevan una herencia psicosocial negativa para la infancia.

La extensión del problema es amplia: la prevalencia del consumo de drogas en el mundo actual alcanza directamente a una población en torno a los doscientos millones de personas, según el Secretario General de la ONU, Kofi Annan. En nuestro entorno más próximo, el 7% de la población tiene un miembro con problemas por consumo de drogas en su propia familia; es más, el 5% de los andaluces mayores de 12 años son policonsumidores (toman tres o más drogas de forma al menos abusiva) (Navarro Botella, 1997).

Las drogas se han convertido en uno de los elementos creadores de más alarma social, tanto por sí mismas, como por los problemas de salud y delincuencia derivados de ellas. Los recursos institucionales que nuestro país les dedican pasan por la creación del Plan Nacional contra la Droga en 1985 y los subsiguientes planes autonómicos y municipales, de tal manera que en los cinco primeros años de aplicación de estos planes, la Administración invirtió 67.000 millones de pesetas en su lucha contra la droga (Gamella, 1997).

Los objetivos de la Administración se centran en la represión del comercio de drogas ilegales, prevención en centros educativos y medios de comunicación de masas, rehabili-

tación y reinserción de toxicómanos y en la formación de especialistas. El Informe de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de la Droga, compuesta por Diputados y Senadores, aprobado en diciembre de 1995 señalaba la prevención frente al consumo indebido de drogas como el objetivo prioritario de la intervención pública; objetivo, decía, que «ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación» (Martín González, 1997).

La Administración ha creado una red específica contra las drogas, con objetivos preferentemente preventivos, cuya responsabilidad de logro trata de compartir con las familias. Sin duda, la familia es el mejor ámbito de prevención, aunque no el más fácil de educar para que cumpla este objetivo. No es vano, desde la investigación se concluye que en la adicción a drogas como la heroína, la principal influencia no procede del ámbito de los iguales, sino de los problemas en la relación familiar (Stanton et al. 1994). En esta línea, se están llevando a cabo programas de prevención familiar. Entendemos que, además de incrementar en cantidad y calidad esos programas preventivos, habría que dedicar un esfuerzo notable para mejorar la calidad de vida de ese 7% de personas que tienen en su familia algún miembro con problemas de drogodependencia; mejora de calidad de vida que se puede ver favorecida si se les dota de recursos psicológicos y sociales para evitar ser víctimas de una variada psicopatología procedente de su anhelo de solución inmediata de un problema ante el que se suelen sentir paradójicamente indefensos y obligados a solucionarlo. Previsiblemente las actuaciones

en esta dirección no sólo mejorarán la calidad de vida de los familiares de adictos sino que, además, disminuirán las recaídas de los toxicómanos, en tanto la calidad de las relaciones familiares influye en ellas.

La investigación sobre las repercusiones directas sobre la familia derivadas de la adicción de alguno de sus miembros y el abordaje de tratamientos específicos para ellos, también es insuficiente: la mayoría de los trabajos científicos sobre familia y drogas indagan en aquélla como factor determinante o facilitador del consumo y su papel en programas de prevención, tratamiento y reinserción de los drogodependientes (Durán Gervilla et al., 1994; Pons Díez, 1994). La bibliografía que se ocupa de aquéllos temas está representada mayoritariamente por «literatura gris» que procede sobre todo de asociaciones como Alcohólicos Anónimos, o publicaciones sobre autoayuda (Schaeff, 1986; Beattie, 1990, etc.).

No obstante, estudios como los de Steinglass et al. (1989) referidos a la «familia alcohólica» desde una orientación sistémica, o estudios con familias de toxicómanos, principalmente heroínómanos, desde las teorías de la codependencia, abordan esta perspectiva del impacto de las drogas en la familia. Steinglass concluye que «el estrés que acompaña al alcoholismo se extiende de manera uniforme a toda la familia en lugar de limitarse a la persona que bebe o al cónyuge no alcohólico»; no obstante, determinar el grado de esta repercusión no es simple, depende, al menos, de dos factores: 1) de la pauta del consumo de la bebida y 2) de la vulnerabilidad de la familia.

Las consecuencias de una adicción abarcan aspectos económicos (ingresos perdidos o malgastados), laborales (absentismo, pérdi-

da de empleo), legales (conductas delictivas y sanciones públicas), sanitarios (deterioro de la salud) y psicosociales (al poder convertirse en el problema central de identidad de la familia en torno al cual giran todo tipo de conductas de sus miembros).

Desde las teorías de la codependencia hay tres conceptualizaciones acerca de la repercusión que en la familia tiene la adicción de uno de sus miembros:

- Una enfermedad primaria que, una vez desencadenada, seguirá su curso y que afecta a cada miembro de la familia en cuanto intentan adaptarse a un sistema familiar enfermo cuyo objetivo es proteger y facilitar las cosas al adicto (Wegscheider-Cruse, 1984).
- Un trastorno de personalidad previo de algún/os miembro/s de la familia en interacción con la adicción: trastorno que es encubierto y mantenido por la conducta del adicto, a la vez que es facilitador de la adicción (Cermack, 1986).
- Un mecanismo reactivo desarrollado a partir de una prolongada exposición individual a un conjunto de reglas represivas que previenen la manifestación abierta de sentimientos y la discusión directa de los problemas personales e interpersonales (Subby, 1984).

2. OBJETIVOS

Sin entrar a considerar la existencia previa de un trastorno de personalidad de los padres o del modelo familiar preexistente, nosotros hemos investigado las repercusiones que sobre la salud psíquica de los padres y madres tiene el conocimiento de la adicción



a la heroína de un hijo y la convivencia con él concretándolas en los siguientes objetivos: 1) Describir las variaciones que sufre la conducta directamente observable, las emociones, sensaciones, imaginaciones, relaciones interpersonales, salud y cogniciones de los padres y madres de heroinómanos a partir del conocimiento de la adicción de sus hijos. 2) Comprobar si atribuyen estos cambios a la conducta adictiva del hijo y si consideran que su futuro personal va a estar en función de la adicción de su hijo. 3) Comparar estas variaciones, atribuciones y expectativas con las de los padres y madres de enfermos mentales no toxicómanos diagnosticados de psicosis o de autismo a partir del conocimiento de ese diagnóstico.

3. METODOLOGÍA

3.1. LA MUESTRA

En nuestro estudio han participado voluntariamente 85 familiares de heroinómanos de 68 familias diferentes (32 padres y 53 madres) que acudían a recibir ayuda para abandonar su adicción en la asociación INYPROS (24 padres y 41 madres) y en el Centro Comarcal de Drogodependencias de Cádiz (8 padres y 12 madres).

El grupo de control de padres y madres de enfermos mentales no toxicómanos está formado por 45 personas voluntarias: 21 familiares de autistas de 13 familias diferentes

TABLA 1: Características de la muestra.

		MA	PA	MEM	PEM
N		53	32	25	20
Edad:	Media	50,8	53,5	53,1	56,2
	D.T.	7,4	7,1	9,5	9,9
Hijos:	Media	3,6	3,4	3,6	3,4
	D.T.	1,6	1,3	1,4	1,3
Estudios:	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
	Primarios	90	81	72	50
	Medios	6	13	20	15
	Superiores	4	6	8	35
S. Laboral:	Trabaja	23	56	16	60
	Paro	0	6	0	0
	Jubilado	0	38	4	40
	Sus Labores	77	0	80	0
N. económico:	Bajo	40	25	32	30
	Medio	58	69	64	65
	Alto	2	6	4	5

MA: Madres de adictos; PA: Padres de adictos; MEM: Madres de enfermos mentales; PEM: Padres de enfermos mentales.

(9 padres y 12 madres) y por 24 familiares de psicóticos de 18 familias diferentes (11 padres y 13 madres) localizados respectivamente a través de la asociación APNA y del Centro de Salud Mental del Campo del Sur, ambos de Cádiz.

En la Tabla I observamos las características de la muestra: su media de edad oscila según los subgrupos, entre 50,8 y 56,2 años, con un número de hijos en torno a los 3,5; un nivel de estudios primarios, si bien, entre los familiares de enfermos mentales hay más con estudios medios y superiores. Los padres trabajan (58%) o están jubilados (39%), y las madres se dedican mayoritariamente a las tareas domésticas (en torno al 78%). Su nivel socioeconómico lo consideran medio (entre el 58% y el 69%) o bajo (entre el 25% y el 40%).

3.2. EL MATERIAL

Los sujetos de la muestra han sido sometidos a una entrevista con un Cuestionario semiestructurado elaborado por nosotros (ver anexo: Cuestionario I-FA) para evaluar las verbalizaciones que hacen sobre sus propias variaciones personales tras conocer el problema de su hijo.

Para la elaboración de este cuestionario nos hemos basado en el modelo de evaluación Multimodal «BASIC.ID» de A.A. Lazarus (1973), por considerarlo un enfoque flexible que nos permite tener una información válida para cualquier modelo teórico, aunque tenga sus orígenes en el ámbito de la terapia de conducta. Así pues, las dimensiones evaluadas son: Sentimientos (18 ítems en la pregunta 17 y la preg. 18 sobre su atribución de los cambios), Conductas (47 ítems de la preg.

33 y la preg. 34), Sensaciones (19 ítems de la preg. 35 y la preg. 36), Imaginaciones (5 ítems de la preg. 37 y la preg. 38), Cogniciones (32 ítems de la preg. 39), Relaciones Interpersonales (pregs. 25-32) y Salud (pregs. 19-24). Además de la evaluación de estas dimensiones, se incluyen ítems para la categorización de datos sociológicos (pregs. 2-12), y otros ítems referidos a conductas adictivas (pregs. 13-16), a otras conductas ilegales y violentas del hijo (pregs. 44-48), así mismo se pregunta sobre los contenidos cognitivos de la depresión según A. Beck (pregs. 40-42) y sobre su codependencia (preg. 43).

El cuestionario pasado a los familiares de enfermos mentales es similar al pasado a los familiares de adictos. Las modificaciones, intrascendentes para los resultados comparativos, son las siguientes: 1) La preg. 14 se sustituye por: «¿Su familiar enfermo tiene o ha tenido alguna adicción?», por ser éste un criterio de rechazo para formar parte de la muestra. 2) La preg. 39 sobre la dimensión cogniciones se han sustituido las referencias a F.A. (familiar adicto) por F.E. (familiar enfermo) y la palabra «droga» por la palabra «enfermedad».

Los ítems referidos a aspectos concretos de las dimensiones Sentimientos, Conductas, Sensaciones e Imaginaciones constan de cinco alternativas de respuesta que permiten comparar en una escala ordinal el suceso de cada ítem antes y después de conocer la adicción o enfermedad mental de su hijo (1. Sí que me sucedía (lo sentía, lo hacía, etc.) antes y desde entonces me sucede más; 2. Sí que me sucedía antes y desde entonces, igual; 3. Sí que me sucedía antes y desde entonces, menos; 4. No me sucedía antes, pero desde



entonces sí que me sucede; 5. No me sucedía antes, ni después).

Los ítems cerrados de las demás dimensiones no presentan esta estructura de respuestas aunque en las preguntas sobre relaciones interpersonales y salud sí que se pregunta, pero en diferentes ítems, por la situación anterior y actual; en la dimensión cogniciones sólo se pretende analizar su opinión en el momento actual y se ofrecen tres alternativas de respuesta: 1. De acuerdo, 2. Lo dudo o término medio, 3. En desacuerdo.

Este cuestionario tiene una clara validez de contenido: los ítems de las dimensiones evaluadas los hemos construido a partir de las descripciones que la literatura revisada hace sobre la codependencia (Cermak, 1986; Schaeff, 1986; Beattie, 1990; etc.) y de la experiencia clínica de los autores. Después el cuestionario fue sometido a un estudio piloto inicial con 10 familiares de adictos para darle su forma y contenido definitivos.

3.3. PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

La entrevista ha sido realizada de forma individual con cada miembro de la muestra; se ha llevado a cabo en los centros, en el domicilio del entrevistado o en el domicilio del entrevistador según preferencia del entrevistado. En todos los casos el entrevistador fue la misma persona.

El análisis de los datos efectuado con el programa EPIINFO 5.01 de Dean et al. (1990), nos ha permitido: 1) Hacer la distribución de frecuencias para cada subgrupo de padres en función de su género (padres/madres) y del tipo de familiar (adicto/enfermo mental) en cada uno de los ítems del cuestionario. 2) Hacer ANOVA para ver si existen diferencias significativas (n.c.5%) entre los subgrupos en las dimensiones Conductas, Sentimientos, Sensaciones, Imaginaciones y Cogniciones, una vez obtenida una puntuación total

TABLA 2: Anova de los subgrupos en las escalas.

		MA	PA	MEM	PEM	ANOVA
CONDUCTAS	Media	15,94	11,16	12,4	8,95	F= 7,512
	D.T.	7,16	5,79	5,17	6,13	P=0.0003
SENTIMIENTOS	Media	10,38	8,09	7,60	6,80	F=13,951
	D.T.	2,31	2,53	2,99	2,31	P<0.0001
SENSACIONES	Media	9,06	4,97	6,48	2,40	F=15,698
	D.T.	4,34	3,97	4,26	2,52	P<0,0001
IMAGINACIONES	Med.	2,51	1,44	1,28	1,05	F= 9,540
	D.T.	1,37	1,37	1,24	1,10	P=0,0001
COGNICIONES	Media	13,86	14,22	13,56	12,80	F= 1,431
	D.T.	3,06	2,74	2,74	2,44	P=0,214

MA: Madres de adictos; PA: Padres de adictos; MEM: Madres de enfermos mentales; PEM: Padres de enfermos mentales.



en cada variable para cada entrevistado, por el procedimiento de evaluar con un punto cada variación (alternativas 1, 3 y 4) y con cero puntos las «no variaciones» (alternativas 2 y 5) en las cuatro primeras dimensiones y puntuar la dimensión Cogniciones según plantilla (ver anexo): 2 puntos las repuestas más inadaptativas; 1 punto las respuestas intermedias; y 0 puntos las respuestas más adaptativas según el criterio del concepto de codependencia (Schaefer, 1986). 3) Hacer Chi-cuadrado para observar: a) en qué ítems particulares de cada dimensión existen diferencias y el sentido de las mismas, incluyendo relaciones interpersonales y salud y b) si hay diferencias en la atribución de esos posibles cambios a la influencia del problema de su hijo y en su expectativa sobre su propio futuro en función de la evolución de su hijo (su codependencia).

4. RESULTADOS

En la tabla II observamos que hay diferencias significativas entre los subgrupos función del sexo y del tipo de familia en las dimensiones Conductas ($p=0,0003$), Sentimientos ($p<0,0001$), Sensaciones ($p<0,0001$) e Imaginaciones ($p=0,0001$), pero no hay diferencias significativas en las Cogniciones ($p=0,2140$).

Al analizar las fuentes de variación constatamos: a) que el subgrupo de madres de adictos (MA) manifiesta más variaciones negativas que cada uno de los demás subgrupos en cada una de las dimensiones con variaciones significativas; b) que las madres de enfermos mentales (MEM) tienen más cambios que los padres de enfermos mentales (PEM) en Conductas ($p=0,0442$) y Sensaciones

($p=0,0003$), pero no en Sentimientos e Imaginaciones; c) por último, que los padres de ambos tipos de familia (padres de adictos (PA) y padres de enfermos mentales (PEM)) sólo manifiestan diferencias significativas en la dimensión Sensaciones ($p=0,0079$).

No hay diferencias significativas (ver tabla III) entre los subgrupos al considerar la influencia del problema del hijo sobre sus cambios emocionales ($p=0,850$), sus relaciones familiares ($p=0,165$), sus relaciones sociales ($p=0,054$), su autoimagen ($p=0,460$), su evaluación de los demás ($p=0,476$). En concreto, la mayoría consideran que ese problema sí que influye en sus propios cambios emocionales, dudan sobre dicha influencia en sus propias relaciones tanto familiares como sociales, la valoración que hacen de sí mismos es positiva o media y la que hacen de los demás es media o negativa. Sí que hay diferencias significativas ($p<0,05$) a la hora de la evaluación de los padres sobre la influencia del problema en su propia salud ($p<0,0001$), en sus conductas ($p=0,0005$), en sus sensaciones ($p=0,0012$), imaginaciones ($p=0,001$), en su expectativa de futuro ($p=0,0380$) y en su codependencia respecto al hijo problema ($p=0,0337$). En concreto, los familiares de adictos y sobre todo las madres consideran más que la adicción de su hijo influye en la salud de los padres, en los cambios de conducta, sensaciones e imaginaciones de éstos. Todos los subgrupos ven mayoritariamente (81%) su futuro personal dependiendo de la situación de su hijo, los que menos lo sienten así son los PEM (65%). También todos sienten una codependencia emocional respecto a sus hijos, pero son las MA quienes consideran que es mayor (el 43% la califica de total y el 38% de bastante).



TABLA 3: Reconocimiento de la incidencia del problema del hijo en las variaciones personales. Triada cognitiva y codependencia. Estadísticos descriptivos y Chi-Cuadrado.

		MA %	PA %	MEM %	PEM %	CHI- CUAD
I. H. CONDUCTA:	N/A	15	37	56	55	***
	SI	85	63	44	45	
I.H. SENTIMIENTO:	N/A	22	33	24	35	N.S.
	SI	78	67	76	65	
I.H. SENSACIONES:	N/A	43	72	76	85	**
	SI	57	24	24	15	
I.H. IMAGINACION:	N/A	29	67	68	90	***
	SI	71	33	32	10	
I.H. R.FAMILIAR:	N/A	43	67	44	60	N.S.
	SI	57	33	56	40	
I.H. R. SOCIAL:	N/A	68	78	44	60	N.S.
	SI	32	22	56	40	
I.H. SALUD:	N/A	32	71	84	100	***
	SI	68	29	16	0	
EVAL. DE SÍ MISMO:	Positiva	36	24	56	50	N.S.
	Ambivalente	44	55	36	45	
	Negativa	20	21	8	10	
E.DE LOS OTROS	Positiva	12	16	20	25	N.S.
	Ambivalente	50	41	60	50	
	Negativa	38	33	20	25	
SU FUTURO:	Positivo	8	16	20	35	*
	Dependerá del hijo	92	84	80	75	
CODEPENDENCIA	Total	43	15	16	5	*
	Bastante	38	50	56	65	
	Media/Algo	19	35	28	30	

I.H.=Influencia del hijo problema. N/A=No o algo. N.S.=no significativa al nivel de confianza del 5%.
*=significativa al n.c. del 1%. ***= significativa al n.c. 1%0.

El análisis de los ítems de las distintas dimensiones nos permite obtener un perfil general y unas diferencias por subgrupos:

4.1. PERFIL GENERAL:

No hay diferencias significativas intergrupos en 22 de las 47 conductas, en 9 de los 17

sentimientos, en 1 de los 19 ítems de sensaciones y en 1 de los 5 ítems de imaginaciones (tabla IV):

- Conductas: Todos los subgrupos se distribuyen sin diferencias significativas entre aumentan y no varían en las conductas de «acompañar al hijo problema y gritar»; tam-

TABLA 4: Respuestas de la muestra total (en %) a los ítems sin diferencias significativas (n.c.5%).

DIMENSIÓN: CONDUCTAS	Au- menta	Igual	Dismi- nuye	DIMENSIÓN: SENTIMIENTOS	Au- menta	Igual	Dismi- nuye
Pasear	18	49	33	Culpa	29	71	0
Ver la TV	11	71	18	Adaptación social	4	75	21
Ir a bares	5	70	25	Confianza en sí	5	74	21
Hablar	14	68	18	Alegria	0	22	78
Leer	6	81	13	Pena	92	8	0
Oír la radio	6	89	5	Sensib.emocional	58	36	6
Hacer deporte	5	89	6	Indefensión	62	35	3
Ver deporte	6	90	4	Amor	22	62	16
Ir de compras	5	80	15	Odio	20	80	0
Ir la cine	1	82	17				
Hacer el amor	0	53	47	DIMENSIÓN: SENSACIONES			
Discutir	12	84	4	Disfunciones cardíacas	18	82	0
Tomar medicina	26	72	2	DIMENSIÓN: IMAGINACIONES			
T. bebidas alco.	1	94	5	Fantasías			
Sustituírle	37	59	4	Optimistas	21	66	13
Acompañarle	48	44	8				
Gritar	45	50	5	DIMENSIÓN: REL. INTERPER.	Han variado	No han variado	
T. hipnóticos	18	80	2	Con el hijo proble.	73	27	
Decir lo q. Siente	26	52	22	Con otros de casa	47	53	
Estar en casa	39	56	5	Con otros de fuera	33	67	
Activi. en familia	13	67	20				
Agredirle	11	87	2				
DIMENSIÓN: SALUD	SÍ	NO					
Consultas psiquiá. antes del problema	10	90					
DIMENSIÓN : COGNICIONES					De acuer- do	Lo dudo	En desa- cuerdo
No está bien hablar de problemas personales.....					27	45	28
Hay que expresar los sentimientos abiertamente.....					54	44	2
Hay que luchar por ser perfecto.....					51	33	16
No hay que ser nunca egoísta.....					74	20	6
Hay que ser fuerte en la vida.....					97	2	1
Un buen padre tiene que dar todo por sus hijos.....					75	24	1
Una buena madre tiene que dar todo por sus hijos.....					76	23	1
Una buena esposa tiene que perdonar todo a su marido.....					25	65	10
Un buen esposo tiene que perdonar todo a su mujer.....					24	66	10
A los hijos hay que darles lo que quieran para que no sufran.....					7	33	60
Yo no tengo derecho a estar bien si mi hijo está así (adicto o e.m.)..					22	18	60
Me reprocho el comportamiento que tuve con mi hijo.....					12	22	66
No podré vivir con normalidad mientras mi hijo consume/sea e.m					58	27	15
Me pregunto mucho qué habré hecho mal para que mi h. esté así..					52	16	32



poco hay diferencias entre disminuyen y no varían en «hacer el amor». Mayoritariamente no varían las de «pasear; ver la TV, ir a bares, hablar; leer; oír la radio, hacer deporte, ver deporte, ir de compras, ir al cine, discutir; tomar medicinas, tomar bebidas alcohólicas, tomar medicinas para dormir, expresar sus sentimientos, actividades en familia y agredirle». Aunque la mayoría no las modifican, más de la tercera parte incrementan las conductas de sustituirle y estar en casa.

- Sentimientos: Aumentan los de pena, indefensión, sensibilidad emocional; disminuye su alegría; no varían los de odio, adaptación social, confianza en sí mismo, culpa y amor.
- Sensaciones: No varía la sensación de tener problemas cardíacos.
- Imaginaciones: No varían los contenidos imaginativos optimistas.
- Relaciones Interpersonales: Son tantos los que consideran que han cambiado como que no han cambiado sus relaciones interpersonales con las personas con quienes conviven. La tercera parte ha cambiado también sus relaciones con las personas con quienes no conviven. La mayoría ha aumentado la relación con el hijo problema (excepto los padres de autistas).
- Salud: Apenas habían acudido a consultas psicológicas o psiquiátricas antes de conocer el problema del hijo.
- Cogniciones. Su perfil general es el siguiente: a) Están de acuerdo en que hay que ser fuerte en la vida, que una buena madre y un buen padre tienen que dar todo por sus hijos y que no hay que ser nunca egoístas; que no podrán vivir con normalidad mientras su hijo consume o tenga una enfermedad mental; y se preguntan mucho qué habrán hecho mal

para que su hijo esté así. b) Dudan o están de acuerdo en que hay que expresar los sentimientos abiertamente, que haya que luchar por ser perfectos. c) Dudan que un buen esposo y una buena esposa tengan que perdonar todo a su pareja. d) Están en desacuerdo en que a los hijos haya que darles todo lo que quieran para que no sufran; en que no tengan derecho a estar bien si su hijo tiene esos problemas; y en que se reprochen el comportamiento que tuvieron con su hijo. d) Se distribuyen por igual entre las tres respuestas en «no está bien hablar sobre problemas personales».

4.2. DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS SUBGRUPOS (TABLAS VYVI)

a) En función del género:

Las madres, en la dimensión conductas, lloran más, se ponen más nerviosas, se despiertan más por la noche y duermen menos que los padres; en la dimensión sensaciones perciben más malestar y nerviosismo, incluso la cuarta parte dice que aumentan sus «náuseas». Creen más que deben de ser capaces de controlar a su hijo y más de la mitad dicen que todo el día están pensando en él. En la dimensión salud, las madres manifiestan haber tenido más enfermedades físicas que los padres, pero los padres manifiestan tener más adicciones que las madres.

b) En función del problema del hijo:

Los familiares de adictos (padres y madres) (FA) esperan más despiertos a su hijo, acuden más a otros profesionales, siguen al hijo por la calle o piden a otras personas que les

TABLA 5: Items con Chi-Cuadrado significativa (n.c5%); subgrupos que se diferencian y sentido de ésta en las dimensiones conductas, sentimientos e imaginaciones.

DIMENSIÓN: CONDUCTAS		A	I	D			A	I	D
Comer ***	PG	5	80	15	Ir al médico**	PG	24	65	11
	MA	13	40	47		PEM	0	95	5
Dormir***	P	0	50	50	Ir a otros profesionales**	FA	42	58	0
	M	0	22	78		FEM	13	87	0
Trabajar*	PG	7	80	13	Despertarse por la noche***	M	72	28	0
	MA	4	64	32		P	40	60	0
Pescar***	PG	0	100	0	Seguirle***	FA	51	44	5
	PA	3	75	22		FEM	9	91	0
Juegos de azar*	FA	3	85	12	Disculparle ante otros**	PG	38	62	0
	FEM	26	68	6		PA	15	85	0
Actos/prom. Religiosos***	PG	25	70	5	Reprocharle su problema***	FA	84	16	0
	MA	61	33	6		FEM	2	98	0
Ir al campo***	FA	4	74	22	Manifestarle desconfianza***	FA	79	21	0
	FEM	36	64	0		FEM	12	86	2
Reirse**	PG	5	52	43	Preguntarle qué hace fuera***	FEM	22	78	0
	MA	0	26	74		MA	73	19	8
Llorar***	P	37	63	0	Ponerse nervioso**	M	84	16	0
	M	80	20	0		P	55	15	0
Darle dinero***	FA	9	35	56	Recordarle sus obligaciones**	FA	55	45	0
	FEM	5	91	4		FEM	23	77	0
Discutir con el hijo enfermo***	FEM	18	80	2	Amenazarle con echarle ***	FA	58	42	0
	MA	60	17	23		FEM	6	92	2
	PA	50	50	0					
Esperarle despierto***	FA	58	42	0	Echarle de casa***	FA	22	78	0
	FEM	18	80	2		FEM	2	96	2
Dedicación a los otros hijos**	FA	15	80	5					
	FEM	7	63	30					
SENTIMIENTOS									
Ansiedad*	PG	75	25	0	Confianza en la gente**	PG	3	75	22
	MA	94	6	0		MA	4	43	53
Depresivos*	PG	62	38	0	Confianza en el hijo enfermo***	FA	7	7	86
	MA	85	15	0		FEM	5	61	34
Vergüenza**	FA	47	53	0	Soledad**	PG	36	61	3
	FEM	14	86	0		MA	66	32	2
Miedo**	FA	88	12	0	Ira**	FA	65	35	0
	FEM	60	40	0		FEM	36	64	0

*n.c.5%; **1%; ***1%0; A: aumenta; I: permanece igual; D: disminuye; PG: perfil general; FA: padres y madres de adictos; FEM: padres y madres de enfermos mentales; MA: madres de adictos; MEM: madres de enfermos mentales; PA: Padres de adictos; PEM: Padres de enfermos mentales; M: Madres de adictos y de enfermos mentales; P: Padres de adictos y de enfermos mentales.



TABLA 6: Items con Chi-Cuadrado significativa (n.c.5%); subgrupos que se diferencian y sentido de ésta en las dimensiones sensaciones, cogniciones, rr. interpersonales y salud.

DIMENSIÓN: SENSACIONES											
		A	I	D			A	I	D		
Insomnio***	PG	56	44	0	Concentración *	PG	51	44	5		
	PEM	5	95	0		MA	9	91	0		
Vértigos*	PG	12	88	0	Coordinación motora**	PG	38	62	0		
	MA	30	70	0		MA	15	85	0		
Dificultades respiratorias*	PG	16	84	0	Memoria***	PG	84	16	0		
	MA	40	60	0		MA	2	98	0		
Náuseas*	M	24	76	0	Malestar ***	M	68	32	0		
	P	4	96	0		P	28	72	0		
Bienestar**	FA	0	43	57	Agitación***	PG	40	60	0		
	FEM	0	68	32		MA	83	17	0		
Problemas digestivos**	PG	25	70	5	Dolor **	PG	24	76	0		
	MA	61	33	6		MA	51	49	0		
Deseo sexual *	MA	24	65	11	Agudeza de los sentidos**	FA	0	66	34		
	PEM	0	95	5		FEM	6	90	4		
Hambre***	PG	42	58	0	Nerviosismo***	M	84	16	0		
	MA	13	87	0		P	52	48	0		
Sed **	PG	72	28	0							
	MA	40	60	0							
IMAGINACIONES											
Pesadillas *	PG	36	64	0	Fantasías pesimistas *	PG	40	60	0		
	PEM	5	95	0		MA	68	32	0		
Recuerdos reiterativos ***	PG	35	65	0	Fantasías de muerte ***	PG	14	86	0		
	MA	74	26	0		MA	53	47	0		
COGNICIONES											
Debo de ser capaz controlar a mi h.*			Si	Dud.	No	Mi situación es insoportable***			Si	Dud.	No
	M	77	14	9			PA	10	47	43	
Todo el día estoy pensando en h.***	P	46	27	27		MA	49	32	19		
	M	56	32	12	A veces pienso en el suicidio***	PG	6	6	88		
P	17	54	29	MA		47	6	47			
RELACIONES INTERPERS.											
Calidad de las rr. con el h. *			Buena	Regular	Mal	Cantidad de las rr. con el h. **			Mucha	Media	Poca
	FA	62	35	3			FA	33	41	26	
	FEM	100	0	0		FEM	75	20	5		
SALUD											
Consultas psic después de conocer probl. hijo **			SÍ	NO		Consumo de medicinas últim. trimestre***			SÍ	NO	
	PG	10	90				PG	41	59		
Enfermedades después c.p.h.***	MA	38	62			MA	82	18			
	M	58	42		Adicciones personales***	M	9	91			
P	18	82		P		65	35				

*n.c.5%; **1%; ***1%0; A: aumenta; I: permanece igual; D: disminuye; PG: perfil general; FA: padres y madres de adictos; FEM: padres y madres de enfermos mentales; MA: madres de adictos; MEM: madres de enfermos mentales; PA: Padres de adictos; PEM: Padres de enfermos mentales; M: Madres de adictos y de enfermos mentales; P: Padres de adictos y de enfermos mentales.



sigan, les reprochan más su problema, les manifiestan más desconfianza, les recuerdan más sus obligaciones, les amenazan con echarles de casa y les echan más de casa que los familiares de enfermos mentales (FEM). En la dimensión sentimientos, manifiestan mayor incremento de vergüenza, temor, ira y desconfianza en el hijo problema. Los FA disminuyen más su bienestar; incluso la tercera parte se queja de disminución en la agudeza de los sentidos. La calidad de la relación con el hijo enfermo es mejor y la cantidad mayor entre los FEM que entre los FA. Por último, los FEM sienten que ha disminuido su «agudeza de los sentidos».

c) En función de ambas variables:

Las principales diferencias proceden del subgrupo de madres de adictos: las MA disminuyen las conductas de comer, realizar sus propias tareas y reírse; realizan más actos o promesas religiosas y discuten más con su hijo problema que todos los demás subgrupos. Entre las MA aumenta la ansiedad, depresión y soledad y se quejan más que los otros grupos de que han aumentado los vértigos, las dificultades respiratorias, la mala memoria, la sed, agitación y dolor; y que ha disminuido el hambre. Tienen más recuerdos reiterativos y fantasías pesimistas y de muerte y han consumido más medicamentos en el trimestre anterior a la entrevista que los demás. Por último, disminuye su confianza en la gente más que entre los PA; y disminuye su concentración y coordinación motora y aumenta más su ira que entre las MEM. Entre los PA no aparecen variaciones en «disculpar a su hijo ante otras personas», mientras que más de la tercera parte de los demás subgrupos aumentan esa conducta; además van menos a pescar que antes. Las MEM dicen más que ha aumentado su nerviosismo que los PEM.

Los PEM dicen tener menos insomnio, ninguno ha aumentado la conducta de ir a consultas médicas, tienen menos insomnio y pesadillas que los demás subgrupos.

5. DISCUSIÓN

Los resultados expuestos nos indican cómo el conocimiento de la existencia de una adicción o una enfermedad mental grave en un hijo incide negativamente en el bienestar emocional de sus padres, principalmente en el de las madres, y que la repercusión es mayor aún si el problema del hijo es una adicción que si es una psicosis o autismo. Los padres son conscientes de estas consecuencias que se concretan en la aparición o incremento de estados depresivos y de ansiedad, sentimientos de indefensión, aumento de las sensaciones de malestar y enfermedades y conductas pseudoadaptativas que, en el caso de problemas adictivos, además de la pérdida de calidad de vida de quien las sufre directamente, facilitan el mantenimiento o recaída en dicha adicción del hijo. Esto es así porque esas conductas orientan a las madres y padres a sobreimplicarse con el adicto, a sustituirlo en la realización de conductas adaptativas y a rescatarlo de las consecuencias negativas que suele reportar la adicción: sobreimplicación que, en muchas ocasiones, le llevará al adicto a sentirse controlado y a aumentar su malestar y ansiedad por el consumo (Gómez Sanabria et al., 1999); sustitución que le dificulta el entrenamiento en resistencia a la frustración y en adquisición de competencias sociales; y rescate o evitación de que recaigan sobre el propio adicto las consecuencias negativas de su conducta de consumo con lo que ésta sólo recibe los refuerzos (evitación del síndrome de abstinencia y/o sensación de bienestar).



Otros estudios sobre familiares de heroínómanos revisados por Charro y Martínez (1995) concluyen que las consecuencias de una adicción sobre los miembros de una familia llevan a un aumento de la violencia en su seno, aumento de divorcios, facilitación del ciclo adictivo en generaciones futuras, conductas pseudoadaptativas en los cónyuges o padres de los adictos y aumento de la depresión y ansiedad. La investigación sobre familias de esquizofrénicos concluye la existencia no sólo de un modelo etiológico complejo, algunas de cuyas variables son las relaciones familiares disfuncionales y la vulnerabilidad al estrés, variables que también inciden en el mantenimiento de la enfermedad, sino de un modelo de mantenimiento también complejo en el que, además de la medicación, la «emoción expresada» en el ámbito familiar es una variable con un peso muy importante (Kavanag, 1992; Girón y Gómez Beneyto, 1995; etc.).

Es fácilmente comprensible la existencia de esta interacción negativa, puesto que como dice Selvini, (1990) de la familia: « Su organización interactiva interna consiste en un intercambio secuencial de conductas que se influyen recíprocamente». Entendemos que las diferencias entre las repercusiones familiares de los distintos tipos de problema hay que buscarlas en la actitud que ante dicho problema tenga cada persona afectada y de las expectativas de solución: a) las actitudes son aprendidas, en tanto el grupo social de referencia y nuestra sociedad percibe como más indeseable un problema de drogadicción que una psicosis, quizás la razón esté en la «voluntariedad» y por tanto en la culpabilidad percibida de la adicción frente a la psicosis; b) las expectativas de solución presentan una caída más rápida en las psicosis que en las adicciones; los padres de enfermos psicóticos suelen saber de su cronicidad des-

de el diagnóstico; en cambio, los padres de los adictos mantienen la esperanza de la curación y es esta misma esperanza unida a un deficiente enfoque de sus posibilidades de cooperación con el adicto y, por tanto, de su «responsabilidad» asumida en el proceso de la adicción los que entendemos que facilitan repercusiones más negativas que podemos entender como un síndrome de «codependencia».

6. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos nos permiten concluir:

- 1) Los problemas adictivos y enfermedades mentales de los hijos inciden en variaciones de la conducta, sentimientos, sensaciones, imaginaciones, relaciones interpersonales, salud y expectativas de futuro de sus padres y madres.
- 2) La manifestación de la percepción de la incidencia del problema del hijo presenta diferencias en función del género del padre (las madres manifiestan más variaciones que los padres) y en función del tipo de problema que se tenga (los padres y madres de adictos sienten más variaciones que los padres y madres de enfermos mentales).
- 3) Las variaciones indicadas suponen una pérdida de calidad de vida hasta límites que en muchos casos podemos considerar patológicos.
- 4) Que a esta patología la podemos denominar «codependencia» puesto que tiene su origen en una dependencia de la conducta o situación de otra persona y su evolución parece ir asociada a la creencia en el mantenimiento de esa conducta o situación.



BIBLIOGRAFÍA

Beattie, M. (1990): Codependencia ¡nunca más!. Madrid: Temas de Hoy.

Beck, A.T.; Rush, J.; Shaw, B; Emery, G. (1991): Terapia Cognitiva de la Depresión. (5ª ed.) Bilbao. Desclee de Brouwer

Cermak, T.L. (1986): Diagnosing and Treating Codependence. Minneapolis. Johnson Institute Books.

Charro B.; Martínez, M.P. (1995): Dinámica personal y familiar de los toxicómanos. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.

Dean, J.; Dean, A.; Burton, A. (1990): Public domain software for epidemiology and disease surveillance (EPI-INFO 5.01). Atlanta. CDC y OMS.

Durán Gervilla, A; Benito Corchete, R. (1994): La familia en el tratamiento de las drogodependencias: un estudio sobre actitudes y relaciones. Revista Española de Drogodependencias. 19(4): 297-310.

Gamella, J.F. (1997): Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. En Ponencias del IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias.

Girón, M.; Gómez-Beneyto, M. (1995): Relationship between family attitudes measured by Semantic Differential and relapse in schizophrenia: a 2 year follow-up prospective study. Psychological Medicine, 25: 365-371.

Gomez Sanabria, A; Gala, FJ; González Infante, J.M.; Guillén, C.; Lupiani, M. (1999): Conductas parentales y su significado emocional en los heroinómanos. Revista Española de Drogodependencias, 24(4): 369-388.

Kavanagh, D.J. (1992): Recent developments in expressed emotion and schizo-

phrenia. British Journal Psychiatric, 160: 601-620.

Lazarus, A.A. (1973): Multidimensional behavior therapy: Treating the BASIC.ID. Journal of Nervous and Mental Disease, 156: 404-411.

Martín González, E. (1997): Las políticas actuales del Plan Nacional sobre drogas. En Ponencias del IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz: Centro Provincial de Drogodependencias.

Navarro Botella, J. (1997): Los andaluces ante las drogas V. Sevilla: Comisionado para la Droga de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Pons Díez, J. (1994): Familia y drogas: una reflexión desde la Psicología Social. . Revista Española de Drogodependencias. 19(4): 279-280.

Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M.; Sorrentino, A.M. (1990): Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona. Paidós.

Schaefer, A.W. (1986): Codependence. Misunderstood-Mistreated. San Francisco. Harper.

Subby, R.: Inside the Chemically dependent marriage. En J. Woititz, S. Wegscheider-Cruse y C. Whitfield (eds.) Codependency an emerging issue. Deerfield Beach, Florida. Health Communications, Inc.

Stanton, M.D.; Tood, T.; et al. (1994): Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. (2ª edición). Barcelona: Gedisa.

Steinglass, P.; Bennett, L.A.; et al. (1989): La familia alcohólica. Barcelona. Gedisa.

Wegscheider-Cruse, S. (1984): Codependency: The therapeutic void. En J. Woititz, S. Wegscheider-Cruse y C. Whitfield (eds.): Codependency an emerging issue. Deerfield Beach, Florida. Health Communications, Inc.



CUESTIONARIO F.A.

1. Nº DE IDENTIFICACIÓN _____ 2. EDAD _____ 3. ESTADO CIVIL _____
4. SEXO _____ 5. Nº DE HIJOS: (1. Varones _____) (2. Mujeres _____)
6. NIV. DE ESTUDIOS: 1. Sin estudios o Primarios 2. Medios 3. Superiores
7. PROFESIÓN _____
8. SITUACIÓN LABORAL:
1. Trabaja 2. Parado 3. Jubilado o prejubilado 4. Sus labores
9. NIVEL SOCIOECONÓMICO: 1. Bajo 2. Medio 3. Alto.
10. BARRIO DONDE VIVE (C.P.) _____
11. M² VIVIENDA: 1. < 51 2. De 51 a 80 3. De 81 a 110 4. De 111 a 140 5. > de 141
12. ¿CUÁNTAS PERSONAS CONVIVEN EN LA MISMA CASA? _____
13. DESDE CUÁNDO CONOCE LA ADICCIÓN DE SU HIJO?: _____
- _____
14. ¿A TRAVÉS DE QUIÉN SE ENTERÓ DE LA ADICCIÓN DE SU HIJO?: _____
- _____
15. DESCRIBA LOS SENTIMIENTOS QUE LE PRODUJO LA NOTICIA DE QUE SU HIJO CONSUMÍA HEROÍNA: _____
- _____
16. DESCRIBA CÓMO HA EVOLUCIONADO SU SITUACION EMOCIONAL DESDE ENTONCES: _____
- _____
17. EN CONCRETO, DESDE QUE CONOCE LA ADICCIÓN DE SU FAMILIAR, ¿HAN VARIADO EN UD., EN ALGUN SENTIDO, LOS SIGUIENTES SENTIMIENTOS?⁽¹⁾
1. ANSIEDAD _____ 2. DEPRESIÓN _____ 3. CULPA _____ 4. VERGÜENZA _____ 5. TEMOR _____
6. ADAPTACIÓN SOCIAL _____ 7. CONF. EN SÍ MISMO _____ 8. CONFEN LA GENTE _____
9. CONFEN SU HIJO AD _____ 10. SOLEDAD _____ 11. ALEGRÍA _____ 12. PENA _____
13. SENSIB. EMOCIONAL _____ 14. INDEFENSIÓN _____ 15. IRA _____ 16. AMOR _____ 17. ODIO _____

⁽¹⁾RESPUESTAS:

- 1) Sí que lo sentía antes. Desde entonces lo he sentido más.
- 2) Sí que lo sentía antes y permanece igual.
- 3) Sí que lo sentía antes. Desde entonces lo he sentido menos.
- 4) No lo sentía antes, pero desde entonces sí.
- 5) No lo he sentido antes ni después.



18. ¿ATRIBUYE LOS CAMBIOS EMOCIONALES INDICADOS A LA INFLUENCIA QUE LA ADICCIÓN DE SU H..A. TIENE SOBRE UD.?

1. No 2. Algunos⁽¹⁾ 3. Sí

⁽¹⁾ Amplíe la respuesta: _____

19. ¿HA ACUDIDO A CONSULTA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA COMO PACIENTE ANTES DE CONOCER LA ADICCIÓN DE SU HIJO ADICTO?

1. No 2. Sí (Motivo o diagnóstico) _____

20. ¿HA ACUDIDO A CONSULTA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA COMO PACIENTE DESPUÉS DE CONOCER LA ADICCIÓN DE SU H.A.?

1. No 2. Sí (Motivo o diagnóstico) _____

21. ENFERMEDADES DESTACABLES QUE LE HAN APARECIDO/AGRAVADO A UD. DESPUÉS DE CONOCER LA ADICCIÓN DE SU H.A.: _____

22. INDIQUE LOS MEDICAMENTOS QUE UD. HA USADO PARA VD. MISMO/A EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE: _____

23. ¿TIENE O HA TENIDO VD. ALGUNA ADICCIÓN?

1. No 2. Sí. Especifíquela

24. ¿CONSIDERA QUE LA ADICCIÓN DE SU H.A. INFLUYE EN SU SALUD Y/O ADICCIÓN?(1)

1. No 2. Lo dudo 3. Sí

25. LA CALIDAD DE LA RELACIÓN PERSONAL CON SU H.A. ANTES DE QUE CONOCIESE SU ADICCIÓN ERA:

1. Buena 2. Regular 3. Mala

26. LA CANTIDAD DE LA RELACIÓN PERSONAL CON SU H.A. ANTES DE QUE CONOCIESE SU ADICCIÓN ERA:

1. Abundante 2. Media 3. Poca

27. ¿HA VARIADO DE ALGUNA MANERA ESA RELACION DESPUES DE CONOCER SU AD.:

1. No 2. Sí

EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA LA EVOLUCIÓN DE ESAS VARIACIONES Y A QUÉ LAS ATRIBUYE: _____

28. ¿QUE ASPECTOS LE GUSTARÍA QUE CAMBIASEN EN ESA RELACIÓN?: _____



29. ¿SU RELACIÓN CON LAS DEMÁS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE SE HA VISTO MODIFICADA POR CAUSA DE LA ADICCIÓN DE SU HIJO?

1. No 2. Sí

30. EN CASO AFIRMATIVO EN LA PREG. ANTERIOR DESCRIBA LA EVOLUCIÓN DE ESAS VARIACIONES: _____

31. ¿SUS RELACIONES CON OTRAS PERSONAS, (OTROS FAMILIARES, AMISTADES, ETC.) SE HAN VISTO MODIFICADAS POR CAUSA DE LA ADICCIÓN DE SU HIJO?

1. No 2. Sí

32. EN CASO AFIRMATIVO EN LA PREG. ANTERIOR, DESCRIBA LA EVOLUCIÓN DE ESAS VARIACIONES:

33. ¿DESDE QUE CONOCE LA ADICCIÓN DE SU HIJO, HA VARIADO EN ALGUN SENTIDO LA REALIZACIÓN POR PARTE DE UD. DE LAS SIGUIENTES CONDUCTAS?

- | | | | | |
|---|--|---|-------------------------|------------------------------|
| 1. PASEAR _____ | 2. COMER _____ | 3. DORMIR _____ | 4. VER TV. _____ | 5. IR A BARES O CAFET. _____ |
| 6. HABLAR _____ | 7. IR AL TRABAJO _____ | 8. LEER _____ | 9. OIR LA RADIO _____ | 10. HACER DEPORTE _____ |
| 11. VER DEPORTE _____ | 12. IR A PESCAR _____ | 13. JUEGOS DE AZAR _____ | 14. IR DE COMPRAS _____ | |
| 15. IR AL CINE _____ | 16. HACER EL AMOR _____ | 17. ACTOS O PROMESAS RELIGIOSAS _____ | | |
| 18. IR AL CAMPO _____ | 19. REÍRSE _____ | 20. LLORAR _____ | 21. DARLE DINERO _____ | |
| 22. DISCUTIR CON ÉL _____ | 23. DISCUTIR CON OTROS _____ | 24. ESPERARLE DESPIERTO _____ | | |
| 25. TOMAR MEDICINAS _____ | 26. IR AL MÉDICO _____ | 27. PEDIR AYUDA A OTROS PROFESIONALES _____ | | |
| 28. TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS _____ | 29. DESPERTARSE POR LA NOCHE _____ | | | |
| 30. HACERLE TAREAS/ASUNTOS SUYOS _____ | 31. ACOMPAÑARLE _____ | 32. SEGUIRLE _____ | | |
| 33. DISCULPARLE ANTE OTROS _____ | 34. REPROCHARLE SU PROBLEMA _____ | | | |
| 35. MANIFESTARLE DESCONFIANZA _____ | 36. PREGUNTARLE LO QUE HACE FUERA _____ | | | |
| 37. GRITAR _____ | 38. PONERSE NERVIOSO _____ | 39. TOMAR MEDIC. PARA DORMIR _____ | | |
| 40. RECORDARLE SUS OBLIGACIONES _____ | 41. AMENAZARLE CON ECHARLE DE CASA _____ | | | |
| 42. ECHARLE DE CASA _____ | 43. DEDICACION A LOS OTROS HIJOS _____ | | | |
| 44. EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS _____ | 45. ESTAR EN CASA _____ | | | |
| 46. REALIZAR ACTIVIDADES EN FAMILIA _____ | 47. AGREDIRLE _____ | | | |

RESPUESTAS:

- 1) Sí que lo hacía (le ocurría) antes y ha aumentado su frecuencia (o mejorado su calidad).
- 2) Sí que lo hacía (le ocurría) antes y permanece igual.
- 3) Sí que lo hacía y ha disminuido (o empeorado).
- 4) NO lo hacía antes, pero ahora Sí.
- 5) NO lo hacía antes y ahora tampoco.



34. ¿ATRIBUYE LOS CAMBIOS DE CONDUCTA INDICADOS A LA INFLUENCIA QUE LA ADICCIÓN DE SU H.A. TIENE SOBRE UD.?

1. No 2. Algunos⁽¹⁾ 3. Sí

⁽¹⁾ Amplíe la respuesta: _____

35. ¿DESDE QUE CONOCE LA ADICCIÓN DE SU HIJO, HAN VARIADO EN UD., EN ALGUN SENTIDO, LAS SIGUIENTES SENSACIONES? (Respuestas como en la pregunta 33).

1. INSOMNIO ___ 2. VERTIGOS ___ 3. DIFIC. RESPIRATORIAS ___ 4. PROBL. CARDIACOS ___
5. NAUSEAS ___ 6. BIENESTAR ___ 7. PROBL. DIGESTIVOS ___ 8. DESEO SEXUAL ___ 9. HAMBRE ___
10. SED ___ 11. CONCENTRACION ___ 12. COORDI. MOTORA ___ 13. MEMORIA ___
14. MALESTAR ___ 15. AGITACION ___ 16. DOLOR ___ 17. AGUDEZA SENTIDOS ___ 18. NERVIOSISMO ___

36. ¿ATRIBUYE LOS CAMBIOS DE SENSACIONES INDICADOS A LA INFLUENCIA QUE LA ADICCIÓN DE SU H.A. TIENE SOBRE UD.?

1. No 2. Algunos⁽¹⁾ 3. Sí

⁽¹⁾ Amplíe la respuesta: _____

37. CONTESTE DE LA MISMA MANERA QUE EN LA PREGUNTA 33 A LOS SIGUIENTES ASPECTOS RELACIONADOS CON SU IMAGINACIÓN⁽¹⁾.

1. PESADILLAS 2. RECUERDOS REITERATIVOS 3. FANTASÍAS PESIMISTAS
4. FANTASÍAS DE MUERTE 5. FANTASÍAS OPTIMISTAS

⁽¹⁾ DESCRIBA LOS CONTENIDOS CONCRETOS: _____

38. ¿ATRIBUYE LOS CAMBIOS IMAGINATIVOS INDICADOS A LA INFLUENCIA QUE LA ADICCIÓN DE SU H.A. TIENE SOBRE UD.?

1. No 2. Algunos⁽¹⁾ 3. Sí⁽¹⁾

Amplíe la respuesta: _____

39. INDIQUE SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LAS SIGUIENTES EXPRESIONES

1. De acuerdo 2. Lo dudo o término medio o depende 3. En desacuerdo

1. NO ESTA BIEN HABLAR SOBRE PROBLEMAS PERSONALES ___
2. HAY QUE EXPRESAR LOS SENTIMIENTOS ABIERTAMENTE ___
3. HAY QUE LUCHAR POR SER PERFECTO ___
4. NO HAY QUE SER NUNCA EGOISTA ___
5. HAY QUE SER FUERTE EN LA VIDA ___
6. UN BUEN PADRE TIENE QUE DAR TODO POR SUS HIJOS ___



7. UNA BUENA MADRE TIENE QUE DAR TODO POR SUS HIJOS ____
8. UNA BUENA ESPOSA TIENE QUE PERDONAR TODO A SU MARIDO ____
9. UN BUEN ESPOSO TIENE QUE PERDONAR TODO A SU MUJER ____
10. A VECES PIENSO EN EL SUICIDIO, DADA LA SITUACION DE MI H.A. ____
11. YO NO TENGO DERECHO A ESTAR BIEN MIENTRAS MI H.A. ESTE METIDO EN LA DROGA ____
12. TODO EL DIA ESTOY PENSANDO EN MI H.A. ____
13. LA SITUACION QUE ESTOY VIVIENDO DEBIDO A MI H.A. ES INSOPORTABLE ____
14. ME REPROCHO EL COMPORTAMIENTO, QUE TUVE CON MI H.A. ____
15. YO NO PODRE VIVIR CON NORMALIDAD MIENTRAS MI H.A. ESTÉ CONSUMIENDO O REHABILITÁNDOSE. ____
16. DEBO SER CAPAZ DE CONTROLAR A MI H.A. ____
17. ME PREGUNTO MUCHO SOBRE QUE HABRE HECHO MAL PARA QUE MI HIJO SE HAYA HECHO ADICTO ____
18. A LOS HIJOS HAY QUE DARLES LO QUE QUIEREN PARA QUE NO SUFRAN ____
40. DESCRIBA UN RETRATO PSICOLOGICO SUYO: _____

41. ¿QUE OPINA DE LA GENTE EN GENERAL?. _____

42. ¿COMO VE SU FUTURO PERSONAL?:
 1. *Creo que seré normalmente feliz al margen de como este mi h.a.*
 2. *Mi bienestar dependerá de como se encuentre mi h.a.*
 3. *Creo que ya no podré ser normalmente feliz aunque mi h.a. rehaga su vida sin la droga*
43. INDIQUE COMO DEPENDE SU FORMA DE SENTIRSE ACTUALMENTE DEL HECHO DE QUE SU H.A. SE DROGUE O NO :
 1. *Depende exclusivamente de eso*
 2. *Depende bastante de eso*
 3. *Termino medio*
 4. *Depende poco de eso*
 5. *No depende para nada de eso*
44. LA SITUACION ACTUAL DE SU H.A. RESPECTO A LA HEROÍNA ES:
 1. *Ya está desenganchado*
 2. *Está en proceso de salir de ella*
 3. *Quiere desengancharse pero no puede*
 4. *No quiere dejarla*



45. ¿CONSUME SU H.A. ACTUALMENTE ALGUNA OTRA DROGA?

1. Sí 2. No

46. EN CASO AFIRMATIVO A LA PREGUNTA ANTERIOR, ¿CUAL/ES?:

47. ¿SU H..A. HA VENDIDO COSAS DE UD. O DE OTROS FAMILIARES, SIN SU PERMISO?

1. Nunca 2. Algunas veces 3. Con frecuencia

48. LAS MANIFESTACIONES VIOLENTAS DE SU H.A. DENTRO DE LA CASA SON:

1. Nulas o escasas 2. Término medio 3. Frecuentes

FECHA:
