

## Clima familiar en drogodependientes a opiáceos

<sup>1</sup>Francisco Araque, <sup>2</sup>Francisca López-Torrecillas, <sup>3</sup>M<sup>a</sup> De los Riscos y <sup>4</sup>J.F. Godoy

<sup>1</sup> Doctor en Psicología (tema relacionado con la familia y las drogodependencias), autor de artículos en relación a esta problemática. Director del Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén. <sup>2</sup> Doctora en Psicología (tema relacionado con las drogodependencias), prof. asociada, autora de artículos en relación a esta problemática. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. <sup>3</sup> Master en Drogodependencias, autora de artículos en relación a esta problemática. Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén. <sup>4</sup> Catedrático de psicología, autor de numerosos trabajos de investigación, Director del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

### Resumen

El presente trabajo investiga clima familiar en dependientes a opiáceos. Se han utilizado dos grupos, uno constituido por sujetos en programas de mantenimiento con metadona y otro por sujetos en programas libres de drogas. Se han utilizado como medidas la Escala de Clima Social (FES) de Moos et al., el Inventario Familiar de Autoinforme (SFI) de Beavers, la Escala de Estilo Familiar de Beavers y la Escala de Competencia de Beavers. A los datos se le realizaron cuatro análisis discriminantes. Los resultados de los análisis discriminantes realizados señalan que los pacientes perciben menor conflicto, mayor nivel de expresividad emocional positiva y más actividad de tipo social-recreativo e intelectual-cultural en el grupo libre de drogas por contra se destaca una percepción de mejor organización y más liderazgo en el grupo de metadona. Los terapeutas por su parte destacan más necesidad de dependencia, mayor conflicto encubierto y tono emocional más pesimista y depresivo en el grupo de metadona. Se concluye que los resultados pueden orientar hacia una guía para el tratamiento familiar a utilizar tanto con los sujetos incluidos en programas libres de drogas como con los incluidos en programas de mantenimiento con opiáceos. Así mismo, estas orientaciones podrían ser aplicables en las escuelas de padres para los programas preventivos.

### Palabras clave

Clave: adicción, opiáceos, factores familiares.

#### Correspondencia a:

Francisco Araque. Centro Provincial de Drogodependencias. Recinto Hospitalario Princesa de España. Carretera de Madrid S/N. 23009 Jaén. Telf: 953-281068; Fax: 953-248020; E-mail: fran.araque@wanadoo.es



### *Summary*

This study looks at familiar factors in opiate dependents receiving different kinds of treatments. Two groups of subjects received the Social Climate Scale (Moos), the Familiar Inventory Self-Report (Beavers), the Familiar Style Scale (Beavers) and Familiar Competency Scale (Beavers). Subjects in methadone maintenance programs integrated one of the groups, and the other by subjects in drug-free programs. We run four discriminant analyses finding lower conflict, greater level of positive emotional expression, greater social-recreational and intellectual-cultural activity in the drug-free group than in the methadone group. Alternatively, we found better organization and more leadership in the methadone group than in the drug-free group. The therapists point out more dependency need, more concealed conflict and humor and emotional tone more pessimistic and depressive in methadone group than in the drug-free group. These results can be used as a guide for a family treatment in both programs and also they would be applied in prevention programs.

### *Key Words*

Addiction, opiates, familiar factors.

### *Résumé*

Ce travail étudie les facteurs familiaux dans les dépendants aux opiacés qui reçoivent des traitements différents. On a utilisé deux groupes de sujets, un groupe était constitué par des sujets en programme de méthadone, l'autre par des sujets en programme libre de drogues. On a passé l'Échelle de Climat Social de Moos, l'Inventaire Familier de self-report de Beavers et l'Échelle de Compétence Familier de de Beavers. Nous avons appliqué 4 analyses discriminantes. Les résultats indiquent que les sujets du groupe libre de drogues perçoivent moins de conflits, un meilleur niveau d'expression émotionnelle positive et plus d'activités sociales et intellectuelles-culturelles. Dans le groupe de méthadone on a trouvé une perception de meilleure organisation et plus de direction. Les thérapeutes signalent plus de besoin de dépendance, un conflit plus caché, un humour et un ton émotif plus pessimiste et dépressif dans le groupe de méthadone. Ces résultats peuvent être utilisés comme un guide pour le traitement de la famille dans les différents programmes et aussi ils pourraient être appliqués dans les programmes de prévention.

### *Mots clé*

Dépendance, opiacés, facteurs familiaux.



## INTRODUCCIÓN

La drogodependencia se caracteriza por ser un trastorno de etiología diversa. La importancia de los factores familiares ha sido remarcada por múltiples investigadores (Penk, 1979; Kosten et al., 1983; Komblint y Cortazzo, 1988; Stanton y Tood, 1988; APA, 1994; Ayerbe et al., 1997; Colleti, 1998). Las variables familiares asociadas al consumo de drogas más estudiadas han sido apego y cercanía, supervisión parental/tipo de disciplina familiar y consistencia de ésta, expectativas parentales, pautas y tipos de comunicación en la familia, cohesión familiar, cumplimiento de los roles parentales, autonomía/dependencia, tamaño de la familia, orden de nacimiento, clase social, nivel educativo y creencias religiosas.

Así, en relación al apego/cercanía, Kandel (1978, 1987, 1990, 1992), Brook y Whiteman (1983), Recio et al. (1991), Johnson y Pandina (1991) y Barnea et al. (1992) refieren que la buena calidad de la relación del adolescente con sus padres es el factor protector más eficaz contra el consumo de drogas.

Con respecto a la supervisión parental/tipo de disciplina, tanto la ausencia como la excesiva supervisión por parte de los progenitores se ha relacionado con el consumo de drogas ilegales (Alexander y Dibb, 1975; Jurich y Polson, 1985; Friedman et al., 1987; Dishion et al., 1988; Kandel, 1990; Baumrid, 1991; Tarter et al., 1993).

En cuanto a las variables comunicación familiar y conflicto, se informa que las relaciones y la comunicación familiar son más pobres en las familias de adictos al mismo tiempo que presentan mayor hostilidad y conflicto (Kosten et al., 1984; Otero et al., 1989; Barry y Fleming, 1990; Komblit et al., 1990;

Moos et al., 1990; Cancrini, 1991; Salazar y Rodríguez, 1994). Por su parte, Ayerbe et al. (1997) encuentran puntuaciones más bajas en cohesión, expresividad, interés cultural y social recreativo en el grupo de adictos que en el grupo de control. Kosten et al. (1987), utilizando las escalas de Beavers (1995), señalan seis subescalas correlacionadas positivamente con la abstinencia: jerarquía familiar clara y efectiva, intimidad entre los esposos, sentimientos no hostiles, empatía, negociación eficiente y solución de problemas. Charro y Martínez (1995), en su revisión, encuentran problemas en la individuación del adolescente, relaciones padres-hijos con falta de intimidad, coaliciones intergeneracionales, control parental inadecuado, experiencias de muerte y separación y consumo parental de drogas como factores relacionados con la adicción.

En cuanto a los roles parentales, se relaciona la conducta adictiva con una pobre identificación de los hijos con los progenitores y con sobreimplicación de los padres (Stanton, 1979; Madanes et al., 1980; Weidman, 1987; Jiménez y Revuelta, 1991; Bekir et al., 1993).

Con relación a la autonomía/dependencia, se señala que los heroinómanos se caracterizan como personas con grandes problemas para lograr emanciparse de los padres (Kaufman, 1985; Stanton y Tood, 1988; O'Farrel, 1989; Schweitzer y Lawton, 1989; Salinas et al., 1991; Navarro y Prieto, 1992; Bekir et al., 1993). En esta línea, Coletti (1998) informa que los adictos se presentan como individuos dependientes e inadaptados que a menudo se derrumban y no están preparados para asumir responsabilidades. Por su parte, Ripple y Luthar (1996) indican que la baja tolerancia a la autonomía ocurre en las familias fusionadas (centrípetas).



Por último y en lo que concierne a la evolución en los procesos de rehabilitación distintos estudios ponen de manifiesto que la inclusión de la familia en el tratamiento aumenta la retención y mejora los resultados de los tratamientos (Madanes et al. 1980; Kosten et al., 1984; Weidman, 1987; Moos et al., 1990; Durán et al., 1994; Ochoa y Cebollada, 1994). En la misma línea, otros autores (Barry y Fleming, 1990) han relacionado la estabilidad de la abstinencia o patrones de uso moderado y ocasional de drogas con niveles de cohesión más altos y niveles de conflicto más bajos en familias de adictos.

El objetivo de este trabajo pretende investigar factores familiares relevantes en el consumo de drogas y conocer diferencias del ambiente familiar percibido por los profesionales y por los pacientes en los programas libres de drogas y en los programas de mantenimiento con opiáceos.

## METODOLOGIA

### SUJETOS

Participaron en el estudio 106 sujetos diagnosticados como dependientes a opiáceos (criterios DSM-IV) de una población de 450 personas en tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias (C.P.D.) de Jaén.

Se formaron dos grupos. El primero, grupo de metadona (GM), estuvo compuesto por 52 sujetos incluidos en un programa de mantenimiento con metadona (PMM) desde hacía un año o más. La muestra de este grupo se seleccionó al azar de una población de 200. La intervención asistencial con este gru-

po (revisiones mensuales) se orientaba a estabilizar la sustancia y a los aspectos de educación para la salud o reducción de daños. El segundo, grupo libre de drogas (GLD), estuvo formado por 54 sujetos incluidos en programas libres de drogas que cumplieran el criterio de 1 año de abstinencia o más, 43 de ellos mantenidos con antagonistas opiáceos (naltrexona). Los sujetos de este grupo participaban en programas de intervención psicoterapéutica individual y/o familiar. Para la formación de este grupo se seleccionaron todos los sujetos en tratamiento que cumplieran dicho criterio.

Participaron los familiares de los sujetos, 86 padres y 92 madres, de los cuales 40 padres y 44 madres pertenecían al GM y 46 padres y 48 madres lo eran del GLD.

La tabla I presenta las principales características sociodemográficas de los sujetos. Ambos grupos presentan una edad similar, la media de los sujetos del GM es de 28.12 años y la del GLD de 27.04 años. En cuanto al sexo, en los dos grupos predominan los sujetos varones, 96.15% en el GM y 92.59% en el GLD. En la variable estado civil, predominan los sujetos solteros en ambos grupos, 69.23% en el GM y 74.07% en el GLD. En la variable convivencia, la mayoría de los sujetos viven con su familia de origen, el 76.92% del GM y el 81.42% para el GLD, tienen familia propia el 19.23% del GM y 11.11% del GLD y tienen pareja estable 3.84% del GM y 7.40% del GLD. En la variable tiempo de ausencia de un padre en los últimos 3 años, el GM presenta mayor tiempo de ausencia. Respecto a la variable hábitat, ambos grupos pertenecen por igual a ambientes urbanos y rurales. En cuanto a la variable nivel educativo, el GLD presenta mayor nivel educativo que



el GM. Este último presenta mayor proporción de fracaso escolar, abandono de la escuela y más precocidad de inadaptación social.

La tabla 2 presenta los datos de consumo de heroína. Puede apreciarse que en relación

con la variable años de inicio, los sujetos del GM presentan una media de consumo de 9.15 años, mientras que los sujetos del GLD presentan una media de 6.26 años. En la variable vía de administración, el 69.23% de los sujetos del GM son consumidores por vía intravenosa, frente al 37.03% de los sujetos

Tabla 1: Datos demográficos, socioculturales y familiares de los sujetos

	Grupo metadona		Grupo libre de drogas	
<b>EDAD:</b>				
Media	28.1		27.04	
Rango	2		14	
Desviación típica	17		3.54	
	3.97			
	Nº	%	Nº	%
<b>SEXO:</b>				
Hombre	50	96.15	50	92.59
Mujer	2	3.84	4	7.40
<b>ESTADO CIVIL:</b>				
Soltero	36	69.23	40	74.07
Casado	12	23.07	8	14.81
Separado/divorciado	2	3.84	6	11.11
Viudo	2	3.84	0	0
<b>CONVIVENCIA:</b>				
Familia de origen	40	76.92	44	81.48
Familia propia	10	19.23	6	11.11
Pareja estable	2	3.84	4	7.40
Otros	0	0	0	0
<b>LUGAR QUE OCUPA:</b>				
Primero	16	30.76	14	25.92
Segundo	14	26.92	10	18.51
Tercero	4	7.69	6	11.11
Último	18	34	22	40.74
Único	0	0	2	3.70
<b>HÁBITAT:</b>				
Rural	24	46.15	32	59.25
Urbano	28	53.84	22	40.74
<b>NIVEL EDUCATIVO:</b>				
No sabe leer	0	0	2	3.70
EGB sin concluir	26	50	12	22.22
EGB	22	42.30	30	55.55
BUP	4	7.69	10	18.51



Tabla 2: Datos relativos al consumo de heroína de los sujetos

	G. metadona		G. libre de drogas	
<b><u>AÑOS DE INICIO:</u></b>				
Media	9.15		6.26	
Rango	13		12	
Desviación típica	3.89		2.99	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
<b><u>VÍA DE ADMINISTRACIÓN:</u></b>				
Oral	0	0	0	0
Fumada	14	26.92	34	62.26
Inhalada	2	3.84	0	0
Intravenosa	36	69.23	20	37.03
<b><u>VIH:</u></b>				
Positivo	10	19.23	2	3.70
Negativo	40	76.92	52	96.29
<b><u>ANTECEDENTES FAMILIARES:</u></b>				
Alcoholismo	20	38.46	10	18.51
Trastornos psicopatológicos	4	7.69	2	3.70
Toxicomanías	10	19.23	8	14.81
No refieren	18	34.61	34	62.96
<b><u>CONDUCTA DELICTIVA:</u></b>				
Ninguna	18	34.61	38	70.37
Arrestos /detenciones	20	38.46	10	18.51
Condenas	14	26.92	4	7.40
Otros	0	0	2	3.70

del GLD. En la variable seropositividad frente al VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), el 19.23% de los sujetos del GM son portadores del VIH frente al 3.7% de los sujetos del GLD.

En la variable antecedentes familiares, el 38.46% del GM tiene antecedentes de alcoholismo, frente al 18.51% del GLD. El 7.69% de los sujetos del GM manifiestan tener an-

tecedentes psicopatológicos frente al 3.7% de los sujetos del GLD. El 19.23% de los sujetos del GM tiene antecedentes de drogodependencias frente al 14.81% de los sujetos del GLD.

En la variable conducta delictiva, no presentan conducta delictiva el 34.61% de los sujetos del GM frente al 70.37% de los sujetos del GLD.



## MEDIDAS

Las medidas utilizadas en este estudio fueron:

### Escala de Competencia Familiar de Beavers (1995).

Se elaboró inicialmente en 1972 y se utilizó para el estudio de familias sanas de la Timberlawn Research Foundation. La escala original se ha reducido a 12 ítems. El constructo principal evaluado es una cualidad globalmente definida de salud/competencia, que mide en qué grado la familia realiza sus funciones de apoyo y sustento, establecimiento de límites generacionales y liderazgos eficaces, permite la separación evolutiva de los hijos, negocia, resuelve los conflictos y se comunica eficazmente (Beavers, 1995). Beavers (1995) señala una fiabilidad interjueces para las subescalas que van desde  $r=.74$  a  $r=.94$ , con una fiabilidad media de  $r=.82$ . Describe factores de estructura, negociación, autonomía y afecto familiar.

### Escala de Estilo Familiar de Beavers (1995)

Esta escala valora las cualidades observables relacionadas con el estilo familiar desde una base de la interacción. Los términos elegidos -centrípeto y centrífugo- son conceptos relacionales. El concepto centrípeto se refiere a que se mantiene la familia como centro de placer, goce y satisfacción, con límites externos rígidos y escasas relaciones externas. El concepto centrífugo se utiliza para aquellas familias que mantienen límites externos tenues, donde los hijos abandonan pronto el hogar. Se busca el placer, el goce y la satisfacción fuera de la familia. El autor señala una fiabilidad interjueces para las subes-

calas que oscila entre  $r=.64$  y  $r=.83$ , con una fiabilidad media de  $r=.73$ . Consta de siete subescalas: Necesidades de dependencia, conflicto adulto, espaciamiento físico, presentación social, expresión de cercanía, cualidades asertivas/agresivas y expresión de sentimientos positivos y negativos.

### Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos et al. (1989)

Esta escala aprecia las características socio-ambientales de la familia. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo y su estructura básica. Los autores señalan un índice de fiabilidad test-retest en las subescalas de .66 a .86, con un índice medio de .77, un índice de homogeneidad de .27 a .44 con un índice medio de .37 y un índice de consistencia interna de .64 a .78, con un índice medio de .71. Está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales, relaciones, desarrollo y estabilidad. Los sujetos han de responder verdadero o falso a las frases planteadas en el cuestionario.

### Inventario Familiar de Autoinforme (SFI) de Beavers (1995).

Es una escala de valoración de 36 ítems diseñada para puntuar las percepciones de los sujetos sobre la competencia y estilo familiar. Miden los siguientes factores: salud/competencia, conflicto, cohesión, liderazgo y expresividad emocional. El inventario presenta una estructura factorial estable (Beavers, 1995) en mediciones de 1 mes, 2 meses y 3 meses, con resultados medios en las subes-



calas que oscilan entre .44 y .85 y un índice medio de .64 con una  $p < .01$ . Presenta un grado de consistencia para discriminar a las familias no clínicas de  $r = .62$ . Con respecto al criterio de validación, el autor señala una validez convergente con otras medidas de la organización e interacción relacionadas con la familia. Encuentra correlaciones significativas de  $-.56$  a  $-.61$  con la Escala de Satisfacción Conyugal de Locke-Wallace, de  $-.22$  a  $-.81$  con las dimensiones de las Escalas FACES II y III de Olson (1985), de  $.211$  a  $-.73$  con los factores de la Escala FES de Moos (1989) y de  $.272$  a  $.766$  con el Instrumento de Evaluación Familiar de Epstein et al. (1982). El sujeto responde al cuestionario indicando el grado en que la frase encaja o describe a la familia en una escala de 1 a 5, donde 1 es si encaja muy bien con nuestra familia y 5 es no encaja con nuestra familia.

## PROCEDIMIENTO

La cumplimentación de las escalas tuvo lugar en las dependencias del Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén y en los Centros Comarcales de Linares y Úbeda en horario de consulta (de 8 a 15 h).

A los sujetos se les instruyó para la correcta cumplimentación de cada medida, haciéndose especial hincapié en la necesidad de realización de las pruebas de forma individual para salvaguardar la confidencialidad de la información proporcionada.

Se les explicó que el objeto de las medidas era la obtención de un conocimiento sistematizado de la dinámica familiar con un fin terapéutico.

Participaron ocho terapeutas. A todos ellos se les instruyó para la correcta aplicación de

las medidas utilizadas adoptando para ello los criterios que indica Beavers (1995).

## RESULTADOS

Con el objeto de conocer el poder clasificatorio de las variables medidas y obtener el modelo matemático discriminante y su capacidad predictiva, se realizaron cuatro análisis discriminantes, uno para cada una de las medidas utilizadas utilizando como variable de clasificación la variable grupo (grupo GM, grupo GLD) y como variables clasificatorias las subescalas de los instrumentos. Para el proceso de selección de variables, se empleó el método paso a paso ("stepwise") con un criterio  $F$  de selección ("to enter") de 3.00 y una  $F$  de exclusión ("to remove") de 2.95, utilizándose el paquete estadístico CSS: STATISTICA (Statsoft, 1991).

### Escala de Estilo Familiar de Beavers (1995)

Los resultados del análisis señalan que 4 variables fueron incluidas en la función discriminante, subescalas VII (expresión de sentimientos positivos y negativos), II (conflicto adulto), I (necesidades de dependencia) y IV (presentación social) siendo las que mejor discriminan a los sujetos en los grupos establecidos (véase la Tabla 3). La función de clasificación y los coeficientes de las variables para cada grupo se muestran en la Figura 1.

Utilizando la función de clasificación, se consiguió clasificar correctamente el 76% de los sujetos del grupo GM y el 77.8% de los sujetos del grupo GLD resultando una clasificación global correcta de 76.9%

Las puntuaciones medias de los sujetos en los ítems clasificatorios, se muestran en la Tabla 5.





Los resultados de la subescala I (necesidades de dependencia), señalan que los terapeutas aprecian mayores niveles de dependencia en los miembros de las familias del GM que en los del GLD; los resultados de la subescala II (conflicto adulto), señalan que los terapeutas observan niveles de conflicto encubierto u oculto más elevado en las familias del GM que en las del GLD; los resultados de la subescala IV (presentación social), señalan que los terapeutas aprecian que las familias del GM están menos preocupadas por

las apariencias y aprobación social que las del GLD; los resultados de la subescala VII (expresión de sentimientos positivos), señalan que los terapeutas aprecian que en las familias del GM los sentimientos negativos son más fáciles de expresar que los positivos frente a las familias del GLD.

#### Escala de Competencia Familiar de Beavers (1995)

Los resultados del análisis indican que 6 variables fueron incluidas en la función discriminante (subescalas responsabilidad, humor

Tabla 3: Analisis de la función discriminante de las medidas realizadas por los terapeutas

<b>Escala de Estilo Familiar de Beavers (1995).</b>					
Wilks' Lambda: .65638 approx. F (4,99)=12.957 p<.0000					
SUBESCALAS	Coefficientes estandarizados	Lambda de Wilks'	F-remove	p-level	R <sup>2</sup>
VII (Expresión de sentimientos positivos y negativos)	0.99	0.88	33.15	1E-07	0.26
II (Conflicto adulto)	0.62	0.73	10.71	1E-03	0.26
I (Necesidades de dependencia)	0.72	0.74	12.46	0.001	0.38
IV (Presentación social)	0.55	0.7	6.65	0.011	0.39
<b>Escala de Competencia Familiar de Beavers (1995).</b>					
Wilks' Lambda: .33522 approx. F (6,95)=31.400 p<.0000.					
	Coefficientes estandarizados	Lambda de Wilks'	F-remove	p-level	R <sup>2</sup>
Responsabilidad	-0.58	0.37	10.99	0.001	0.54
Humor y Tono	-0.59	0.39	15.52	0.000	0.40
Cercanía	0.46	0.38	12.83	0.001	0.15
Poder manifiesto	-0.57	0.37	10.92	0.001	0.52
Conflicto irresoluble	0.49	0.37	9.32	0.003	0.44
Permeabilidad	0.35	0.35	3.69	0.058	0.54



Tabla 4: Análisis de la función discriminante de las medidas realizadas por los pacientes

<b>Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos et al. (1989)</b> Wilks' Lambda: .63053 approx. F (5,100)=11.720 p<.0000					
SUBESCALAS	Coefficientes estandarizados	Lambda de Wilks'	F-remove	p-level	R <sup>2</sup>
CT (Conflicto)	-1.06	0.84	3E+01	0.00	0.39
OR (Organización)	-0.72	0.72	14.78	0.00	0.33
SR (Social-Recreativa)	0.73	0.73	15.02	0.00	0.34
AU (Autonomía)	-0.42	0.67	5.98	0.02	0.12
IC (Intelectual-cultural)	-0.47	0.66	5.10	0.03	0.40
<b>Inventario Familiar de Autoinforme (SFI) de Beavers (1995).</b> Wilks' Lambda: .80022 approx. F (3,94)=7.8226 p<.0001.					
SUBESCALAS	Coefficientes estandarizados	Lambda de Wilks'	F-remove	p-level	R <sup>2</sup>
Conflicto	-0.98	0.93	14.78	0.00	0.29
Expresividad emocional	0.74	0.87	7.90	0.01	0.30
Liderazgo	-0.48	0.84	4.25	0.04	0.07

Tabla 5: Puntuaciones medias de los sujetos en los items clasificatorios

<b>Escala de Estilo Familiar de Beavers (1995)</b>	<b>G. metadona</b>	<b>G. libre de drogas</b>
VII (Expresión de sentimientos positivos y negativos)	4.1	3.1
II (Conflicto adulto)	2.6	2.3
I (Necesidades de dependencia)	3.5	3.1
IV (Presentación social)	3.0	2.6
<b>Escala de Competencia Familiar de Beavers (1995)</b>		
Responsabilidad	3.5	1.6
Humor y Tono	3.9	1.8
Cercanía	2.5	4.1
Poder	2.6	3.6
Conflicto irresoluble	2.4	4.2
Permeabilidad	3.6	2.3
<b>Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos et al. (1989).</b>		
CT (Conflicto)	53.3	45.8
OR (Organización)	51.3	49.0
SR (Social-Recreativa)	44.0	49.2
AU (Autonomía)	47.0	45.1
IC (Intelectual-cultural)	44.7	45.3
<b>Inventario Familiar de Autoinforme (SFI) de Beavers (1995).</b>		
Conflicto	33.9	26.8
Expresividad emocional	11.9	12.5
Liderazgo	8.6	7.1



Figura 1. Escalas de estilo familiar de Beavers (1995). Representación de la función de clasificación de las variables discriminantes

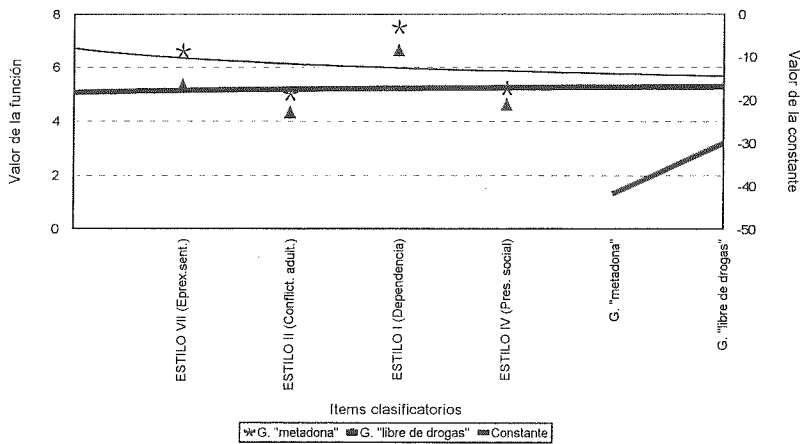


Figura 2. Escala de competencia familiar de Beavers (1995). Representación de la función de clasificación de las variables discriminantes

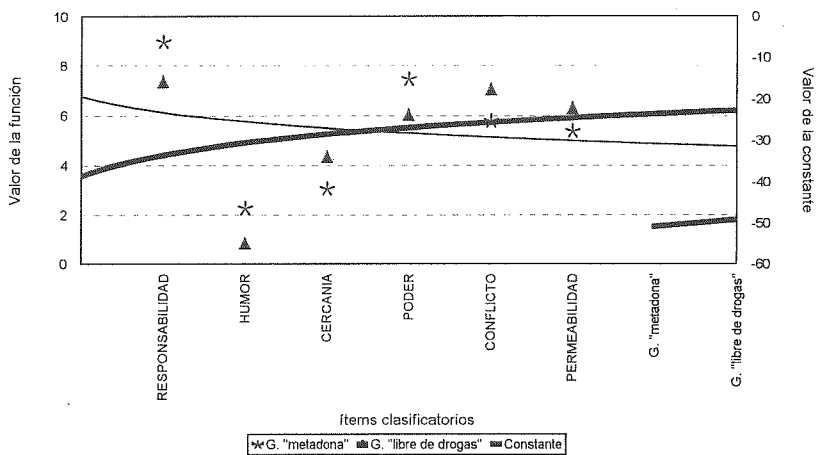




Figura 3. Escala de clima social en la familia (FES) de Moos et als. (1989). Representación de la función de clasificación de las variables discriminantes

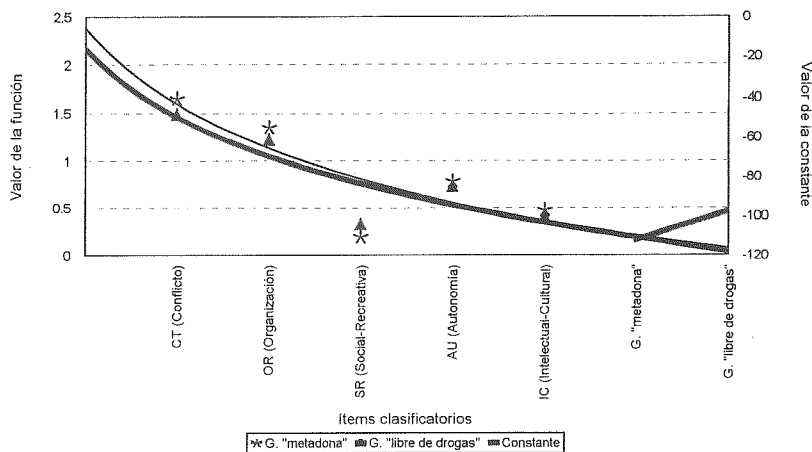
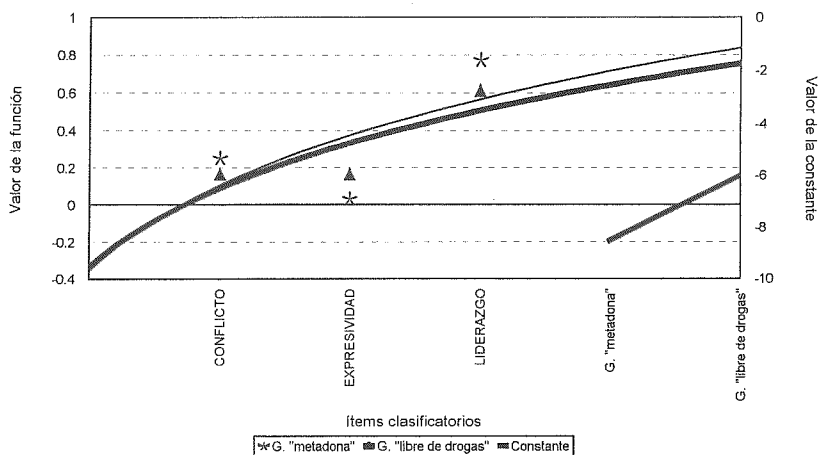


Figura 4. Inventario familiar de autoinforme (SFI) de Beavers (1995). Representación de la función de clasificación de las variables discriminantes





y tono, cercanía, poder manifiesto, conflicto y permeabilidad), siendo las que mejor discriminan a los sujetos en los grupos establecidos (véase la Tabla 3).

La función de clasificación y los coeficientes de las variables para cada grupo se muestran en la Figura 2.

Utilizando la función de clasificación, se consiguió clasificar correctamente el 88% de los sujetos del grupo GM y el 88.89% de los sujetos del grupo GLD resultando una clasificación global correcta de 88.46%.

Las puntuaciones medias de los sujetos de los grupos en los ítems clasificatorios se muestran en la Tabla 5.

Los resultados en la subescala poder manifiesto señalan que los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a estar organizados según una estructura de poder orientada a la situación de dominio, normalmente por parte de un adulto que las familias del GLD. Los resultados de la subescala cercanía señalan que los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes hacia estructuras de invasividad que se expresa con falta de intimidad entre los miembros y niveles bajos de individualidad que las familias de GLD. Los resultados de la subescala responsabilidad señalan que los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a no reconocer y aceptar la responsabilidad personal en las propias acciones, tanto dentro como fuera de los límites de las relaciones familiares que las familias del GLD. La subescala permeabilidad señala que los terapeutas perciben a las familias del GLD más tendentes a presentar receptividad empática a las afirmaciones de los demás miembros familiares que en el GM. Los resultados de la subescala humor y tono señalan que los terapeutas perci-

ben a las familias del GM más tendentes a presentarse con un tono emocional escéptico y pesimista que las familias del GLD, que se describen más tendentes a presentar una tonalidad emocional más positiva y optimista. Los resultados de la subescala conflicto irresoluble señalan que los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a presentar conflicto claro con deterioro ligero o moderado del funcionamiento del grupo. El GLD se percibe como un grupo en el que se evidencia cierto grado de conflicto no resuelto pero no se aprecia un deterioro del funcionamiento del grupo.

#### Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos et al. (1989)

Los resultados del análisis indican que 5 variables fueron incluidas en la función discriminante (subescalas CT, OR, SR, AU, IC), siendo las que mejor discriminan a los sujetos en los grupos establecidos (véase la Tabla 4). La función de clasificación y los coeficientes de las variables para cada grupo se muestran en la Figura 3.

Utilizando la función de clasificación, se clasificó correctamente el 80.77% de los sujetos del grupo GM y el 74.07% de los sujetos del grupo GLD resultando una clasificación global correcta de 77.36%. Las subescalas que discriminan son: CT (Conflicto), OR (Organización), SR (Social-Recreativa), AU (Autonomía) e IC (Intelectual-Cultural).

Las puntuaciones medias de los sujetos en los ítems clasificatorios se muestran en la Tabla 5.

Los resultados con la subescala CT, señalan que los sujetos del GM presentan mayor tendencia que los sujetos del GLD a expre-



sar cólera, agresividad y conflicto en la interacción familiar. Los resultados de la subescala AU señalan que los sujetos del GM tienden a percibir a los miembros de la familia más seguros de sí mismos y autosuficientes que los del GLD. Los resultados de las subescalas IC y SR señalan que los sujetos del GLD tienden a interesarse más en las actividades sociales, políticas y recreativas que los sujetos del GM. Los resultados de la subescala OR, señalan que los sujetos del GM perciben a su familia más organizada y estable que los sujetos del GLD.

#### **Inventario Familiar de Autoinforme (SFI) de Beavers (1995)**

Los resultados del análisis indican que 3 variables fueron incluidas en la función discriminante (subescalas: Conflicto, Expresividad emocional, Liderazgo), que son las que mejor discriminan a los sujetos en los grupos establecidos (véase la Tabla 4). La función de clasificación y los coeficientes de las variables para cada grupo se muestran en la Figura 4.

Utilizando la función de clasificación, se consiguió clasificar correctamente el 62.5% de los sujetos del grupo GM y el 68% de los sujetos del grupo GLD resultando una clasificación global correcta de 65.31%.

Las puntuaciones medias de los sujetos en los ítems clasificatorios se muestran en la Tabla 5.

Las subescalas que discriminan son: Conflicto, Expresividad emocional y Liderazgo. Los resultados de la Escala Conflicto, señalan que los sujetos del GM perciben a la familia con niveles más elevados de conflicto que los del GLD. Los resultados de la Escala Liderazgo, señalan que los sujetos del GM perciben un

patrón más fuerte de liderazgo en la familia que los sujetos del GLD. Los resultados de la Escala Expresividad emocional, señalan que los sujetos del GM perciben a los miembros de la familia con menor nivel de expresión física de afecto y de sentimientos positivos que los sujetos del GLD.

## **DISCUSIÓN**

#### **Escala de Estilo Familiar de Beavers (1995)**

El análisis discriminante ha señalado 4 variables clasificatorias (Estilos I, II, IV, VII.) (ver Tabla 3 y Figura 1).

Los terapeutas aprecian mayores niveles de dependencia en los miembros de las familias del GM. Esta característica familiar es propia de las familias vinculadas, donde los límites intergeneracionales suelen ignorarse y donde los miembros están emocionalmente muy implicados al mismo tiempo que presentan patrones bajos de individuación y autonomía. Este tipo de familias presentan más tendencia al patrón centrípeto. Estos resultados coinciden con los hallados por otros investigadores que han descrito y caracterizado la interacción familiar en sujetos adictos como intrusiva y sobreprotectora, con dificultades para permitir movimientos de individuación de sus miembros (Stanton y Tood, 1988). De modo complementario, Schweitzer y Lawton (1989) refieren que los adolescentes que consumen drogas perciben a sus progenitores como más invasores de su intimidad, posesivos y sobreprotectores. En la misma línea de investigación que la nuestra, Ripple y Luthar (1996) señalan que la "baja tolerancia a la autonomía" caracteriza a las familias fusionadas (centrípetas) y ésta se puede ex-



presar como una resistencia parental a los intentos de individuación del hijo y a la formación en la familia de una identidad distinta a la de ella.

Los terapeutas observan niveles de conflicto encubierto u oculto más elevado en las familias del GM así como la expresión de sentimientos negativos, la manifestación del conflicto encubierto es más propio del patrón familiar centrípeto (Beavers, 1995). Del mismo modo, los terapeutas aprecian que las familias del GM están menos preocupadas por las apariencias y aprobación social. Probablemente estas familias más fusionadas y cerradas al exterior como hemos señalado anteriormente, se ocupen menos de las apariencias y tengan menos intereses externos.

#### Escala de Competencia Familiar de Beavers (1995)

El análisis discriminante señala 6 variables clasificatorias (poder, cercanía, responsabilidad, permeabilidad, humor y conflicto) (ver Tabla 3 y Figura 2).

**Poder manifiesto.** Esta variable pertenece a la valoración de la estructura familiar: Los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a estar organizadas según una estructura de poder donde el dominio es ejercido normalmente por un adulto. El dominio marcado se define como un liderazgo rígido y autoritario pero inestable e inconsistente (Beavers, 1995).

El control/disciplina ha sido identificado como la dimensión más importante de la relación padre/hijo. Se describe a lo largo de un continuo que va desde un punto de desorganización caótica o ausencia total de supervisión hasta una rigidez extrema o un supercontrol. La mayoría de las familias don

de no existe problemas de drogodependencias ocupan posiciones centrales situándose en puntos intermedios (Beavers, 1995). Se han asociado patrones elevados de control parental con un menor consumo de drogas, aunque el control excesivo se relaciona con efectos perjudiciales (Friedman et al., 1987). Los niveles extremos de control parental pueden reflejar patrones familiares de sobreimplicación, donde los padres están excesivamente preocupados por la conducta del hijo generando así inseguridad, por lo que esta desconfianza perpetúa la relación de dependencia de los hijos estableciendo las bases para el fracaso en el caso hipotético de intento de separación/emancipación de la familia. En este sentido, Alexander y Dibb (1975) señalan que un control parental exagerado o excesivo hacia los hijos se relaciona con estilos de vida inadecuados y esto a su vez repercute negativamente en el proceso de individuación. En este sentido, Tarter et al. (1993) informan que en las familias de adictos la efectividad de la disciplina era significativamente más baja que en las que no había abuso de drogas. Por su parte, Jurich y Polson (1985) señalan que los estilos familiares en cuanto a disciplina parental varían significativamente según sea la intensidad del consumo de sustancias.

**Cercanía.** Esta variable pertenece a la valoración de la estructura familiar: Los terapeutas perciben a las familias del GM con más tendencia a la invasividad, con límites difusos entre los miembros, que se expresan como falta de intimidad de los miembros y niveles bajos de individualidad. Estos resultados coinciden con los referidos por Beckir et al. (1993) que encuentran relaciones familiares caracterizadas por sobreimplicación de los



adultos y ausencia de límites interpersonales claros en las familias de adictos a la heroína.

Quienes han trabajado con familias disfuncionales observan que según mejoran las familias en su funcionamiento, el caos organizativo y el control autoritario se va sustituyendo por un funcionamiento más democrático y más funcional (Beavers, 1995). Según indican nuestros resultados parece que a medida que se va solucionando el problema de la adicción, las familias se tornan más funcionales y mejor organizadas. Esta mejora en la funcionalidad se traduce en una organización familiar donde los límites intergeneracionales son respetados y, con esto, se proporciona a los miembros mayores cotas de individuación y autonomía.

Responsabilidad. Esta variable pertenece a la dimensión Autonomía. Los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a no reconocer y aceptar la responsabilidad personal en las propias acciones, tanto dentro como fuera de los límites de las relaciones familiares. En estas familias se suele obviar la responsabilidad personal y se aprecia en cambio tendencia a la evitación.

Permeabilidad. Esta variable también pertenece a la dimensión autonomía. Los terapeutas perciben a las familias del GLD con mayor tendencia a presentar receptividad empática a las afirmaciones de los demás miembros de la familia. Los miembros de ésta muestran una actitud moderadamente abierta ante situaciones de interacción, pueden escuchar los mensajes verbales y reconocer las señales no verbales de los demás. En el GM las familias son descritas con mayor limitación en la comunicación y con miembros poco receptivos a los intentos comunicacionales de los demás. En este sentido,

Schweitzer y Lawton (1989) encontraron evidencias de control sin afecto en familias de adictos.

Humor. Esta variable pertenece a la dimensión afecto familiar. Los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a presentarse con un tono emocional escéptico y pesimista con predominio de humor depresivo. Las familias del GLD se describen más tendentes a presentar un tono emocional más positivo y optimista.

Conflicto. Esta variable pertenece a la dimensión afecto familiar. Los terapeutas perciben a las familias del GM más tendentes a presentar interacciones marcadas por el conflicto con un deterioro ligero o moderado del funcionamiento del grupo. Se refiere a la presencia de conflictos no resueltos, frente a los que los miembros de la familia pueden reaccionar culpando o criticando al paciente o culparse defensivamente entre sí. El GLD se percibe como un grupo en el que se evidencia cierto grado de conflicto no resuelto pero no se aprecia un deterioro del funcionamiento del grupo. Los miembros de la familia se manifiestan de modo más claro y más directo en la expresión y manifestación de sus diferencias. Parece que los niveles de conflicto en la interacción familiar disminuyen con el mantenimiento de la abstinencia.

#### Escala de Clima Social en la Familia (FES) de Moos et al. (1989)

Los resultados de esta Escala han mostrado 5 subescalas clasificatorias (CT, OR, SR, AU, IC) (ver Tabla 4 y Figura 3).

CT (Conflicto). Los sujetos del GM perciben más conflicto en sus familias que los sujetos del GLD. En esta línea Salazar y Rodrí-





guez (1994) encuentran resultados similares y señalan que en el perfil familiar percibido por los adictos estudiados, valorado a través de la Escala F.E.S., destaca un elevado nivel de conflicto frente al grupo control. Así, parece que la interacción familiar mejora con la abstinencia.

AU (Autonomía). Los sujetos del GM tienden a percibir a los miembros de su familia más seguros de sí mismos, autosuficientes y capaces de tomar decisiones propias que los del GLD. Esta percepción probablemente alterada de la interacción familiar podría explicarse por los propios efectos farmacológicos de los opiáceos. Estas sustancias poseen efectos euforizantes y proporcionan sensación de poder, omnipotencia y éxito triunfal. Los adictos se vuelven más asertivos respecto a la familia. De esta manera, y a través de la sustancia, se vuelven autónomos y libres. Parecen independientes pero no lo son. Este fenómeno ha sido denominado pseudoindividua-ción y ha sido largamente explicado por Stanton y Tood (1988), que también señalan que las personas adictas a opiáceos se perciben a sí mismas exitosas y competentes dentro del marco de la subcultura de la droga. Así, la adicción permite al adicto solucionar paradójicamente su necesidad de independencia y autonomía. Los resultados en esta subescala se pueden interpretar como manifestaciones de la fantasía del adicto con relación a sus procesos de individuación y autonomía, tal como refieren Stanton y Tood (1988).

Subescalas IC (Intelectual-Cultural) y SR (Social-Recreativo). Los sujetos del GLD tienden a interesarse más que los del GM en las actividades sociales, políticas, intelectuales y

recreativas. Estos resultados son congruentes con los hallados por Salazar y Rodríguez (1994), que informan de perfiles familiares menos orientados en lo social-recreativo en el grupo de adictos estudiado que en el grupo control. Del mismo modo, Ayerbe et al. (1997) refieren puntuaciones más bajas en las subescalas Interés Cultural y Social Recreativo en el grupo de adictos que en el grupo de control. En la medida en que avanzan los procesos de rehabilitación, parecen aumentar los intereses y grado de participación en actividades externas de tipo socio-cultural. Uno de los objetivos de la rehabilitación en la adicción es la inserción social; integrarse socialmente supone que el adicto, modificando su estilo de vida, deviene en actor social y participa en actividades normalizadas. La reinserción social consiste en la incorporación del adicto en la estructura social y productiva normativa donde la persona en rehabilitación tiene que asumir e incorporar las reglas y normas y utilizar las ofertas culturales y recursos que ofrece la comunidad normalizada. Su participación en actividades de ocio y tiempo libre, laborales, etc. contribuye en buena medida a la consecución de este objetivo final.

OR (Organización). Los sujetos del GM perciben a su familia más organizada y estable que los sujetos del GLD. En su valoración de la estructura familiar los sujetos del GM no expresan crítica a la organización. Esta percepción de los sujetos del GM es congruente con la descripción que se hace de las familias rígidas (Andolfi et al., 1990), donde existen fuertes resistencias a los cambios biográficos y la organización familiar gira en torno a los síntomas. Salazar y Rodríguez (1994), en la Subescala OR, refieren puntua-



ciones inferiores a los encontrados por nosotros.

#### **Inventario Familiar de Autoinforme (SFI) de Beavers (1995)**

Los resultados de esta escala han mostrado 3 subescalas clasificatorias (Conflicto, Liderazgo y Expresividad emocional) (ver Tabla 4 y Figura 4).

**Conflicto.** Los sujetos del GM perciben una familia con niveles más elevados de conflicto que los sujetos del GLD.

**Liderazgo.** Los sujetos del GM perciben un patrón más fuerte de liderazgo en sus familias que los sujetos del GLD. La puntuación alta en liderazgo de los sujetos del GM se interpreta como la percepción de la presencia de un líder controlador; central y vinculado, aunque estas características no presuponen eficacia en el control ejercido por éste.

**Expresividad emocional.** Los sujetos del GM perciben a los miembros de su familia con menor nivel de expresión verbal y no verbal de afecto y sentimientos positivos que los sujetos del GLD.

Se concluye que otros autores encuentran resultados parecidos. Así, Charro y Martínez (1995) en su revisión informan de problemas en la individuación del adolescente, relaciones padres-hijos con falta de intimidad, coaliciones intergeneracionales, control parental inadecuado, experiencias de muerte y separación y consumo parental de drogas como factores relacionados con la adicción. Por su parte, Kosten et al. (1984) y Moos et al. (1990) refieren que el retorno de los adictos a la conducta de consumo se asocia con una estructura familiar inadecuada, una pobre comunicación familiar y un estado de

ánimo hostil en la familia. En esta línea, Otero et al. (1989) destacan que en los progenitores de las familias de adictos se observa mayor consumo de drogas y mayor conflicto. Por su parte, Moos et al. (1990) y Barry y Fleming (1990) señalan que los niveles de cohesión más elevados y los niveles de conflicto más bajos han sido relacionados con la estabilidad de la abstinencia o con patrones de uso moderado y ocasional de droga. Por su parte Kornblit et al. (1990) señalan que los sujetos adictos perciben un grado más alto de hostilidad en sus familias y se sienten menos aceptados que los sujetos no adictos. No obstante, tanto los drogadictos como sus familiares coinciden en señalar un mal funcionamiento familiar al comienzo de la adicción que experimenta mejorías en periodos de abstinencia.

Desde el punto de vista clínico, los resultados hallados permiten establecer objetivos concretos en la terapia y aportan una guía de trabajo psicoterapéutico dirigido a organizar el sistema familiar. En este sentido, podría aplicarse tanto cuando el objetivo consiste en la abstinencia a drogas como en programas de mantenimiento con opiáceos. Así, se proponen estrategias terapéuticas dirigidas a: A) Estimular la comunicación clara, elevar los niveles de comunicación positiva, expresión de sentimientos y afectos. De modo complementario resulta fundamental asesorar y entrenar a las familias en el manejo y resolución de sus conflictos. B) Favorecer las conductas de responsabilidad y asunción de responsabilidades. C) Fomentar los movimientos de autonomía de los miembros. D) Delimitar y clarificar los límites entre los miembros del sistema familiar. E) Estimular la realización de actividades sociales externas por



parte de la familia con el fin de disminuir su posible aislamiento. El trabajo terapéutico familiar ha de consistir en poner en marcha estrategias que faciliten la apertura de las fronteras familiares con el exterior. Se considera importante que las familias incrementen su permeabilidad y mantengan un nivel de intercambio adecuado con el medio social circundante que al mismo tiempo evite aislamiento y enriquezca los intercambios en la familia. El fomento de la implicación y participación activas de las familias en actividades de tipo sociocultural y recreativas cobra gran importancia, tanto como coadyuvante en el proceso de rehabilitación del adicto como en el propio proceso de integración social de la familia. Estas conclusiones terapéuticas parecen igualmente útiles para el diseño de programas preventivos con familias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, B.K. y Dibb, G.S. (1975). Opiate addicts and their parents. *Family process*, 14, 499-514.
- Andolfi, M., Menghi, P., Nicolo, A. y Saccu, C. (1990). La interacción de los sistemas rígidos: Modelo de intervención en la familia con paciente esquizofrénico. En A Achermans y M Andolfi (Eds.), *La creación del sistema terapéutico*. Barcelona: Paidós, (pp. 33-64).
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>o</sup> edición (DSM-IV). Washington, D.C.:APA.
- Ayerbe, A., Espina, A., Pumar, B., García, E. y Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones*, 3, 375-390.
- Barnea, Z., Teichman, M. y Rahav, G. (1992). Personality, cognitive and interpersonal factors in adolescent substance use: A longitudinal test of an integrative model. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 187-201.
- Barry, K.L. y Fleming, M.F. (1990). Family cohesion, expressiveness and conflict in alcoholic families. *British Journal of Addiction*, 85, 81-87.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Beavers, W.R. (1995). *Familias exitosas: Evaluación, tratamiento e intervención*. Madrid: Paidós.
- Bekir, P., Mclellan, T., Childress, R. y Gariti, P. (1993). Role reversal in families of substance misusers: A transgenerational phenomenon. *The International Journal of the Addictions*, 28, 613-630.
- Brook, J.S. y Whiteman, M. (1983). Stages of drug use in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 19, 269-277.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: Gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Coletti, M. (1998). *La terapia familiar con las familias de los toxicodependientes*. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz: Diputación Provincial (pp. 507-519).
- Charro, B. y Martínez M.P. (1995). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Dishion, T.J., Patterson, G.R. y Reid, J.R. (1988). Parent and peer factor associated with drug sampling in early adolescence: Implications for treatment. *NIDA Research Monograph Series*, 77, 69-93.



- Duran, A., Benito, R., Bueno, F.J., Sanchís, B. y Prado, M.J. (1994). La familia en el tratamiento de las drogodependencias: Un estudio sobre actitudes y relaciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 19, 297-310.
- Epstein, N.B., Bishop, D.S. y Baldwin, L. M. (1982). McMaster Model of Family Functioning: A view of the normal family. En F. Wals (Eds.). *Normal family processes*, Nueva York: Guilford.
- Friedman, A.S., Utada, A. y Morrissey, M.R. (1987). Families of adolescent drug abusers are "rigid": Are these families either "disengaged" or "enmeshed" or both?. *Family Process*, 26, 131-148.
- Jimenez, J.L. y Revuelta, A. (1991). La familia del toxicómano: Un estudio comparativo. *Adicciones*, 3, 133-140.
- Jonhson, V. y Pandina, R. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 71-88.
- Jurich, A.P. y Polson, C.J. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 77, 143-159.
- Kandel D.B. (1978). *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Kandel, D.B. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *The International Journal the Addictions*, 22, 319-342.
- Kandel, D.B. (1990). Parenting styles, drug use and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 183-196.
- Kandel, D.B. (1992). Progression to regular marijuana involvement, phenomology and risk factors for near-daily use. En M Glantz y R. Pickens (Eds), *Vulnerability to drug abuse*. Wasington, D.C., American Psychological Association (pp. 211-253).
- Kaufman, E. (1985). *Substance abuse and family therapy*. New York: Grune y Stratton.
- Kornblint A. L. y Cortazzo I. (1988). Detección de familias vulnerables a la drogadicción y estrategias de intervención pertinentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 13, 3, 193-285.
- Kornblit, A.L. y Mendes, A.M. (1990). Re-caídas en drogadicción: Factores de riesgo. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 97-111.
- Kosten, T.R. y Kleber, H.D. (1984). Strategies to improve compliance with narcotic antagonists. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 10, 249-256.
- Kosten, T.R., Jalali, M.D, Steidi, MSW y Kleber, M.D. (1987). Relationship of marital structure and interactions to opiate abuse relapse. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 13, 387-399.
- Kosten, T.R., Jalili, B., Hogan, I. y Kleber, H.D. (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 171, 611-617.
- Locke, H.J. y Willace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction test: Their reliability and validity. *Journal of Marriage and Family Living*, 21.
- Madanes, C., Dukes, J. y Harbin, H. (1980). Family ties of heroin addicts. *Archives General of Psychiatry*, 37, 82-103.



- Moos R.H., Finney J.W. y Cronkite R.C. (1990). *Alcoholism treatment. Context, process and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R.H., Moos, B. y Trickett, J. (1989). *Escalas de Clima social. Adaptación española*: 3ª Edición. Madrid:TEA.
- Navarro, J. y Prieto, G. (1992). Patrones de emancipación familiar: Un estudio preliminar. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 20, 19-31.
- O'Farrell, T.J. (1989). Marital and family therapy in alcoholism treatment. *Journal Substance Abuse Treatment*, 6, 23-29.
- Ochoa, A. y Cebollada, C. (1994). Implicación familiar como predictor en un tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos. *Adicciones*, 6, 51-60.
- Otero J.M., Miron, L. y Luengo, A. (1989). Influence of the family and peer group on the use of drug by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24, 1065-1082.
- Penk, W. (1979). Perceived family environments among ethnic groups of compulsive heroin users. *Addictive Behaviors*, 4, 297-309.
- Recio, J.L., Santos, C., Sánchez, M.A., Escamilla, J.P., Plaza, L.A. y Barahona, M.J. (1991). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Asamblea de Cruz Roja.
- Ripple, C.H. y Luthar, S.S. (1996). Familial factors in illicit drug abuse: An interdisciplinary perspective. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 22, 147-172.
- Salazar, I. y Rodríguez, A. (1994). Conflicto y dinámica familiar. *Comunicación Psiquiátrica. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría*. XVIII, 217-239.
- Salinas, R.C., O'farrell, T.J., Jones, W.C. y Cutter, H.S. (1991). Services for families of alcoholics: A national survey of veterans affairs treatment programs. *Journal Studies Alcohol*, 52, 541-546.
- Sweitzer, R.D. y Lawton, P.A. (1989). Drug abusers' perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*, 84, 309-314.
- Stanton MD. (1979). Family treatment approaches to drug abuse problems: A review. *Family Process*, 18, 251-280.
- Stanton, MD y Tood, T.C. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Buenos Aires: Gedisa.
- StatSoft, (1991). *CSS: Statistica*. Tulsa: StatSoft.
- Tarter, R.E., Blackson, T., Martin, C., Loeber, R. y Moss, H.B. (1993). Characteristic and correlates of child discipline practices in substance abuse and normal families. *American Journal of Addictions*, 2, 18-25.
- Weidman, A. (1987). Family therapy and reductions in treatment dropout in a residential therapeutic community for chemically dependent adolescent. *Journal Substance Abuse Treatment*, 4, 21-28.
- 
-