

PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA DE ORIGEN DEL DROGODEPENDIENTE. UN RECURSO A EXPLORAR EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Josep M^a Fábregas Pedrell - Benito Rosas Garcia
Centro de Investigación y Tratamiento de las Adicciones
CITA

INTRODUCCION

Las causas del fenómeno de la dependencia a sustancias son múltiples en cuanto factores de tipo psicológico, biológicos, sociales y culturales inciden en la evolución de la patología. La gravedad de la patología misma y la gran difusión del fenómeno, hacen de esta uno de los más difíciles problemas psicológicos y médicos de la sociedad contemporánea.

Dada la multicausalidad del fenómeno, hemos elegido estudiar en la presente investigación un segmento bien preciso, el de la familia, para dar luz sobre un particular punto de intersección en el cual el malestar individual y los frágiles modelos de funcionamiento familiar se encuentran dando lugar a la manifestación de un cuadro clínico tan complejo como la drogodependencia.

El presente estudio se propone de indagar la percepción del drogodependiente sobre las pautas de crianza de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia según la teoría de apego de Bowlby, así como la percepción del funcionamiento de la propia familia de origen según la perspectiva sistémico – relacional.

El tipo de relación que los padres establecen con sus hijos durante la infancia ha sido objeto de gran interés para la psicología como para la psiquiatría por la posible influencia en el desarrollo cognitivo - emocional y porque también si no es apropiada, esta pueda constituir un factor de riesgo de trastorno psiquiátrico en la vida adulta (Bowlby, 1969 e Parker, 1984)

Diversos son los autores de orientación sistémica que han estudiado la familia y su funcionamiento conceptualizándola como un sistema abierto que funciona en relación a su contexto sociocultural y que evoluciona durante su ciclo vital. Es en relación a como sus miembros enfrentan y administran las continuas solicitudes de cambio procedentes del entorno externo como del crecimiento biológico y psicológico de sus miembros, que la familia evoluciona a la fase siguiente del ciclo de vida o permanece bloqueada.

Si todo crecimiento implica cambio, el crecimiento familiar nos lleva necesariamente al concepto de cambio en los acuerdos de relación, en las reglas con que se maneja una familia en la cotidianidad de sus intercambios. El repertorio de reglas con que cuenta una familia no es ilimitado. Muy por el contrario, está firmemente acotado por las historias de los miembros que la componen y de las cuales se deriva un sistema de creencias que, cuando posee características de permanencia e inmutabilidad, adquieren el carácter de míticas.

El hecho de compartir ese sistema de creencias y la manera especial en que éste se pone en juego en cada situación, en cada momento de su vida, a través de las reglas de relación, es lo que garantiza la cohesión y la permanencia en el tiempo de una familia como tal. Es evidente que en todo proceso de crecimiento familiar, y más precisamente en el cambio de una etapa a otra, lo que debe negociarse es ese gran paquete formado por el sistema de creencias compartido y las reglas que lo mantienen, unidos ambos términos en un proceso de retroalimentación continua.

La posibilidad de un sistema familiar de acomodarse a la nueva situación evolutiva, a través de la negociación y el establecimiento de reglas nuevas, satisfactorias para sus miembros en la medida en que son convalidantes de identidades propuestas por ellos mismos, nos habla de una familia

cuyas reglas y sistema de creencias son lo suficientemente flexibles como para que su funcionalidad no se vea lesionada en ese pasaje.

El momento de transición de una etapa a otra es un momento de crisis, en el cual los miembros de la familia tienen la clara percepción de que las reglas con que se venían manejando ya no sirven y que aún no han surgido de ellos, otras nuevas que las reemplacen.

Cada vez se va haciendo más evidente que las familias recorren un proceso de desarrollo, y el sufrimiento y los síntomas psiquiátricos aparecen cuando este proceso se perturba. Es decir, cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe los síntomas aparecen; el síntoma, pues, es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Es en esta óptica que viene encuadrado el problema de la drogodependencia en el cual, la disfuncionalidad del sistema familiar prepara el terreno para la aparición de un fenómeno como la dependencia de sustancias psicoactivas.

Las pautas de crianza de los padres y el tipo de funcionamiento familiar, parecen ser el eje de un sano desarrollo psicoafectivo, por lo tanto hemos retenido de fundamental importancia estudiar y analizar estas dimensiones en las familias con un hijo drogodependiente en las cuales parecen ser carentes o no adecuados los cuidados de los padres y en el cual a menudo el sistema familiar es de tipo disfuncional.

Recordando la complejidad de nuestro objeto de estudio, este trabajo pretende ser una aportación mas a todas aquellas investigaciones que se han ocupado o se están ocupando del tema de la drogodependencia.

OBJETIVOS

1.- Verificar si hay una diferencia entre los sujetos drogodependientes y no drogodependientes respecto a la percepción sobre las pautas de crianza de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia y, si esta diferencia confirma la eventual asociación entre *control sin afecto* y drogodependencia.

2.- Verificar si esta eventual asociación sea extensible también para las escalas de *desvaloración* y *favoritismo*

3.- Comprobar a través del FACES III, si hay diferencias en la percepción actual del funcionamiento familiar entre los sujetos drogodependientes y sus respectivos padres.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño es descriptivo y de corte transversal. Para realizar esta investigación se formaron tres grupos durante el periodo 2006 – 2007: Un primer grupo constituido por 107 sujetos drogodependientes (edad media 32.38), internados en dos Comunidades Terapéuticas. A este grupo hemos suministrado los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Toxicológico, el Parental Bonding Instrument (al P.B.I hemos agregado las escalas de desvaloración y favoritismo de Gilbert) y el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III).

Un segundo grupo constituido por 26 parejas de padres de los susodichos pacientes que se mostraron disponibles a compilar el FACES III. Por ultimo, un tercer grupo de control constituido por 109 estudiantes universitarios (edad media 27.16) a los cuales hemos suministrado el PBI más las escalas de Gilbert.

Parental Bonding Instrument (PBI)

El PBI es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker, Tupling y Brown, (1979) en la Universidad de New South Wales, Australia. Basado en la Teoría del Apego de John Bowlby, el PBI mide la percepción de la conducta y la actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia.

En este instrumento se pregunta al sujeto por el recuerdo que tiene sobre las relaciones con su padre y con su madre referido a sus dieciséis primeros años de vida, pretende evaluar el tipo de vínculo de apego establecido para cada uno de los progenitores. Está formado por 25 ítems referidos al padre y otros 25 referidos a la madre que se agrupan en dos dimensiones: *afecto/cuidado versus rechazo* (12 ítems) y *sobreprotección versus estimulación de la autonomía* (13 ítems). Cada ítem se puntúa a través del método Likert, con valores de 0 a 3; de este modo, la escala de afecto/cuidado puede alcanzar un máximo de 36 puntos y la de sobreprotección de 39. El sujeto debe elegir aquella alternativa que mejor describa la relación con cada uno de los padres, por separado. Combinando estas dos dimensiones podemos obtener cuatro tipos de vinculación parental:

1. Alto Cuidado-Baja Sobreprotección (vínculo óptimo).
2. Bajo Cuidado-Baja Sobreprotección (vínculo ausente o débil).
3. Alto Cuidado-Alta Sobreprotección (constricción afectiva)
4. Bajo Cuidado-Alta Sobreprotección (control sin afecto).

La escala de *Cuidado* contiene estos ítems: calidez emocional, empatía, cercanía, preocupación por el bienestar del hijo y valoración positiva del mismo, frente a rechazo, frialdad emotiva o indiferencia. Mientras que la escala de *Sobreprotección* contiene ítems, como control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infantilización y prevención de la conducta autónoma. Cada escala puede ser utilizada de manera independiente o conjunta obteniendo así una puntuación para afecto/cuidado y otra para sobreprotección. Al obtener puntuaciones de ambas escalas permite elaborar los cuatro tipos de vínculos de apego citados anteriormente.

En 1979, Parker estudió sujetos con trastornos depresivos, aplicándoles el PBI y encontró que daban puntuaciones bajas en Cuidado y altas en Sobreprotección, mientras que los maníaco-depresivos puntuaban igual que el grupo de control. En 1981, Parker estudia 50 pacientes con neurosis de ansiedad y encuentra que perciben a sus padres con bajo Cuidado y alta Sobreprotección. A partir de estos datos propone dos hipótesis: 1) Las características parentales y la ansiedad de los hijos pueden ser expresión de una alta ansiedad familiar y 2) las características de los padres pueden ser la causa de una mayor ansiedad en el hijo. (Espina A., Pumar B., Santos A., et al. 1999)

En otras patologías estudios posteriores encontraron resultados semejantes. Russel et al. aplicaron el PBI a anoréxicas, otras pacientes psiquiátricas y un grupo normativo, y hallaron que en las pacientes anoréxicas y en el grupo control era más frecuente el Vínculo Óptimo y en las otras pacientes el de Control sin Afecto. Vandereycken aplicó el PBI a anoréxicas y a sus padres y encontró que las madres percibieron un Vínculo de Control sin Afecto en ambos padres; los padres percibieron a sus padres como neutrales y a sus madres como sobreprotectoras. Mientras que sus hijas percibían un Vínculo Óptimo con su madre y Débil con el padre. Fernández, utilizando una adaptación infantil del PBI, encontró que el vínculo de Control sin Afecto era el más frecuente en niños con trastornos del habla y del lenguaje. Espina et al., aplicando el PBI a toxicómanos, hallaron que también el Vínculo de Control sin Afecto era el más frecuente en éstos, mientras que el Vínculo Óptimo era el más frecuente en el grupo control.

De estos estudios se desprende que el PBI, al medir el *cuidado* y la *sobreprotección* parental percibida por el hijo, es un instrumento fiable para estudiar las conductas parentales y que las puntuaciones bajas en cuidado y altas en sobreprotección guardan una relación directa con la patología del hijo y la exacerbación de síntomas psicopatológicos.

Las Escalas de Desvaloración y Favoritismo

En el 1996 Gilbert Allan y Goss, en el ámbito de una investigación sobre la representación parental y sobre la vulnerabilidad a la psicopatología, han propuesto de agregar a las escalas de Parker dos ulteriores escalas, una escala de la tendencia de los padres a desvalorar y hacer sentir inadecuado el hijo (*escala de desvaloración*) y una medida de la tendencia de los padres a hacer sentir al hijo menos querido, cuidado y valorizado con respecto a los hermanos (*escala de favoritismo*), entendiendo con este término el favoritismo en detrimento del sujeto y a ventaja de sus hermanos. Los resultados han enseñado como las puntuaciones en estas escalas fueron correlacionadas con medidas de depresión y otras patologías mentales (Capelli e San a Martinos, 2004).

II Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el Modelo Circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979). Una vez construido el modelo los autores desarrollaron el FACES, un instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, *cohesión* y *adaptabilidad*. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente se desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Olson, Portner y Bell, 1982) y la tercera versión, FACES III (Olson et al., 1985). A lo largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar.

En este sentido, el FACES III es un instrumento de self-réport que evalúa el grado del funcionamiento familiar analizando las dimensiones de *cohesión* y *adaptabilidad* presente en la familia y que puede ser suministrada a las familias durante el entero ciclo de vida. El instrumento es constituido por una escala tipo likert, formada por 20 ítems. El FACES III es presentado sea en la *versión real (familia percibida)*, sea en la *versión ideal (familia ideal)*.

La *cohesión* es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la *adaptabilidad* sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. En el caso de la cohesión: familias aglutinadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desligadas (cohesión muy baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

El modelo circumplejo nos permite también la posibilidad de elaborar una clasificación de las familias según una tipología que considera 16 tipos específicos de familia y que pueden ser a su vez reconducidas a tres principales regiones del modelo definidas como: *balanceadas*, *intermedias*, y *extremas*.

RESULTADOS

Algunas características socio-demográficas y toxicológicas de los sujetos drogodependientes y de sus familias de origen

Respecto al tipo de sustancia primaria se observa un porcentaje elevado de uso de heroína (71%), seguida por el uso de cocaína (24.3%). Así también encontramos un porcentaje menor de sujetos (2.8%) que usan como sustancia primaria el alcohol. Además la modalidad de asunción predominante en los consumidores de heroína resulta ser la vía venosa en el 63.6% de los casos.

La edad' media de inicio de uso de sustancias es de 15.20 años. El rango de edad esta comprendido entre los 10 y 25 años. Además la edad media relativa al inicio del uso de la sustancia primaria es de 18 años.

Respecto a la familia de origen de los sujetos drogodependientes, la gran mayoría de los padres resulta ser conyugada (59%); le siguen los porcentajes en el cual hay un padre fallecido (13% de los padres y 10% de las madres). Así también, los porcentajes de las familias separadas o divorciadas corresponden respectivamente a un 8% y un 6%. Por ultimo se encuentra una mínima porcentual (4%) de ambos padres fallecidos.

La edad de las madres esta comprendida entre los 48 y 70 años, con una media de 56,59 años; la edad de los padres esta comprendida entre los 53 y 76 años, con una media de 60,87 años.

Respecto al uso problemático de drogas o alcohol de parte de los padres, hemos obtenido que: un 5.6% de casos en el cual la madre tiene o ha tenido problemas de uso de sustancias, contra un 94.4% de casos en que no ha hecho empleo de ello y un 19.6% de casos en que el padre tiene o ha tenido problemas de drogas o alcohol, contra un 80.4% en el que no se observan problemas.

PBI – Escalas de Gilbert

El análisis descriptivo de los puntajes obtenidos de los sujetos en el cuestionario PBI proporciona dos topologías de resultados: los puntajes obtenidos por cada ítem, que sumados dan un puntaje final respecto a las dimensiones de *Cuidado* y *Sobreprotección*, y las categorías, que permiten describir los cuatro posibles modelos de comportamiento y vínculos de apego según la combinación de las dos dimensiones.

Por lo tanto hecha esta premisa hemos procedido, empleando los puntajes normativos indicados por Parker (Tabla 1), al análisis de las frecuencias en las cuatro categorías y al análisis de las medias relativas a los puntajes obtenidos de las dos dimensiones estudiadas. Además, hemos efectuado el análisis descriptivo de las escalas de *Desvaloración* y *Favoritismo* de Guilbert que hemos agregado al PBI.

Tabla 1 puntajes medios normativos indicados por Parker (1979)

| | Dimensiones | Valores |
|--------------|------------------------|----------------|
| Padre | Cuidado | 24.0 |
| | Sobreprotección | 12.5 |
| | | |
| Madre | Cuidado | 27.0 |
| | Sobreprotección | 13.5 |

En las tablas 2a, 2b, 2c y 2d están presentadas las frecuencias y los porcentajes de las dimensiones de Cuidado y de Sobreprotección paterna y materna del grupo experimental y del grupo de control.

En particular, por cuanto concierne el acudimiento paterno (tabla 2a), notamos que en el grupo experimental, con respecto al grupo de control, hay una mayor concentración de sujetos que responden de haber recibido un bajo cuidado paternal; del análisis de Chi-Cuadrado se evidencia una diferencia significativa entre ambos grupos. ($\chi^2= 14.62$, $gdl=1$, $p<.001$).

Así también, en la dimensión de sobreprotección paterna (Tablero 2b), encontramos diferencias significativas entre los dos grupos ($\chi^2= 10.50$, $gdl=1$, $p= .001$). En lo específico es interesante notar como más del 70% de los sujetos del grupo experimental, percibe el acudimiento paternal caracterizado por un alta sobreprotección mientras en el grupo de control observamos una porcentual menor.

Tabla 2a

| Grupo | Acudimiento Paterno | | | |
|--------------|---------------------|------|--------------|------|
| | Bajo Cuidado | | Alto Cuidado | |
| | F | % | F | % |
| Experimental | 89 | 83.2 | 18 | 16.8 |
| Control | 65 | 59.6 | 44 | 40.4 |

Tabla 2b

| Grupo | Acudimiento Paterno | | | |
|--------------|---------------------|------|--------------|------|
| | Baja Sobrep. | | Alta Sobrep. | |
| | F | % | F | % |
| Experimental | 30 | 28.0 | 77 | 72.0 |
| Control | 54 | 49.5 | 55 | 50.0 |

Como se evidencia en la tabla 2c, percepción del acudimiento materno, se encuentra una diferencia significativa entre los dos grupos ($\chi^2= 11.70$, $gdl=1$, $p=.001$) en cuanto hay un mayor porcentaje de sujetos del grupo experimental que se sitúa en la dimensión baja cura.

Se observa además, para la dimensión de sobreprotección, Tablero 2d, que son principalmente los sujetos del grupo experimental a percibir un acudimiento materno orientado a una alta sobreprotección con respecto a los sujetos del grupo de control; el análisis de la Chi-cuadrado evidencia que las diferencias entre los dos grupos son estadísticamente significativas ($\chi^2=22.90$, $gdl=1$, $p<.001$).

Tabla 2c

| Grupo | Acudimiento Materno | | | |
|--------------|---------------------|------|--------------|------|
| | Bajo Cuidado | | Alto Cuidado | |
| | F | % | F | % |
| Experimental | 70 | 65.4 | 37 | 34.6 |
| Control | 46 | 42.2 | 63 | 57.8 |

Tabla 2d

| Grupo | Acudimiento Materno | | | |
|--------------|---------------------|------|--------------|------|
| | Baja Sobrep. | | Alta Sobrep. | |
| | F | % | F | % |
| Experimental | 32 | 29.9 | 75 | 70.1 |
| Control | 68 | 62.4 | 41 | 37.6 |

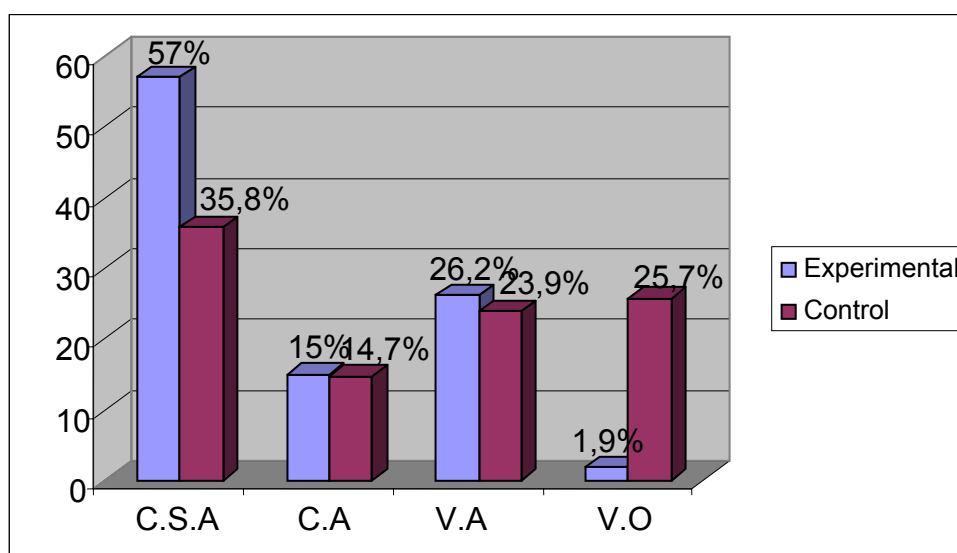
En la tabla 3a, por cuanto concierne al *pattern de acudimiento paterno* observamos, como nos esperábamos, que el grupo experimental se diferencia del grupo de control en modo significativo ($\chi^2= 27.43$, $gdl=3$, $p<.001$). En lo específico hay un mayor porcentaje de sujetos del grupo experimental que se sitúa en la categoría *control sin afecto*. Además, en el grupo experimental, notamos que está presente un porcentaje muy bajo de sujetos que se coloca en la categoría *vínculo óptimo* a diferencia del grupo de control en el que encontramos un porcentaje mayor.

Continuando nuestra observación de los *pattern de acudimiento paterno* (tabla 3a y gráfico 1) notamos como, en ambos grupos encontramos una distribución de los sujetos muy homogénea respecto a las categorías de *constricción afectiva* y de *vínculo ausente o débil*.

Tabla 3a

| Grupo | Pattern di Acudimiento Paterno | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|----------------|------|
| | Control Sin Afecto | | Constriccion Afectiva | | Vinculo Ausente o Debil | | Vinculo Optimo | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Experimental | 61 | 57.0 | 16 | 15.0 | 28 | 26.2 | 2 | 1.9 |
| Control | 39 | 35.8 | 16 | 14.7 | 26 | 23.9 | 28 | 25.7 |

Grafico 1 Pattern di Acudimiento Paterno



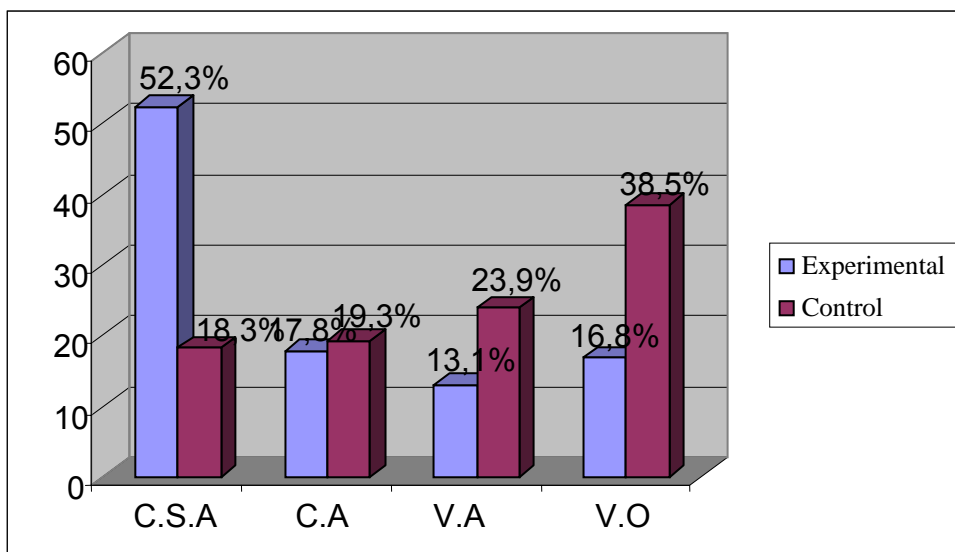
Observando la tabla 3b, también hallamos resultados análogos en el *pattern de acudimiento materno* obteniendo una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo de control ($\chi^2= 30.33$, $gdl=3$, $p <.001$). En particular, (gráfico 2), un alto porcentaje de sujetos del grupo experimental, se ubica en la categoría *control sin afecto* mientras sólo un mínimo porcentaje de ellos se ubica en la categoría de *vínculo óptimo*.

Tabella 3b

| Grupo | Pattern di Acudimiento Materno | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|----------------|------|
| | Control Sin Afecto | | Constriccion Afectiva | | Vinculo Ausente o Debil | | Vinculo Optimo | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Experimental | 56 | 52.3 | 19 | 17.8 | 14 | 13.1 | 18 | 16.8 |
| Control | 20 | 18.3 | 21 | 19.3 | 26 | 23.9 | 42 | 38.5 |

Grafico 2

Pattern de Acudimiento Materno



En las tablas 4 y 5 vienen presentadas respectivamente las puntuaciones medias y la desviación estándar de las dimensiones de *cuidado* y *sobreprotección* paterna y materna del grupo experimental y del grupo de control.

Notamos, como nos esperábamos, que los sujetos pertenecientes al grupo experimental (ver tabla 4), han obtenido un valor medio inferior a las puntuaciones medias normativas indicadas por Parker, para las dimensiones de *cuidado* paterno y materno. Para las dimensiones de *sobreprotección* paterna y materna los mismos sujetos han obtenido valores medios superiores a los valores normativos. Por ultimo, observamos que los valores medios de las puntuaciones de *cuidado* y *sobreprotección* paternas y maternas del grupo de control, se distancian poco de los valores normativos indicados por Parker.

Continuando con la observación de ambas tablas, notamos que el grupo de sujetos drogodependientes percibe a ambos padres como *bajos en cuidados* y *más sobreprotectores (control sin afecto)*, respecto al grupo de control en el que se evidencia en cambio una tendencia a la unión optimal (alto cuidado - baja sobreprotección).

Tabla 4 Puntajes medios y DS

| Grupo | Dimensiones | Media | D.S |
|--------------|-------------|-------|------|
| Experimental | Cuidado P. | 14.40 | 6.88 |
| | Sobrep. P. | 17.00 | 7.02 |
| | Cuidado M. | 24.00 | 7.38 |
| | Sobrep.. M. | 17.81 | 7.55 |

Tabla 5 Puntajes medios y DS

| Grupo | Dimensiones | Media | D.S |
|---------|-------------|-------|------|
| Control | Cuidado P. | 21.31 | 9.24 |
| | Sobrep. P. | 13.33 | 8.05 |
| | Cuidado M. | 27.37 | 6.38 |
| | Sobrep. M. | 12.33 | 7.51 |

Sobrep.= Sobreprotección; P.= Paterna; M.= Materna

Del análisis de la varianza observamos que (ver tabla 6) respecto al grupo de control, el grupo experimental obtiene puntajes significativamente mas altos de sobreprotección paterna y materna y mas bajos de cuidado paterno y materno.

Tabla 6. Análisis de la varianza por grupo (cuidado y sobreprotección)

| ANOVA | | | | | | |
|---------------------------|----------------|-------------------|-----|--------------------|--------|------|
| | | Soma dei quadrati | GdL | Media dei quadrati | F | P |
| Cuidado Paterno | Between Groups | 2459.541 | 1 | 2459.541 | 36.502 | .000 |
| | Within Groups | 13813.068 | 205 | 67.381 | | |
| | Totale | 16272.609 | 206 | | | |
| Sobreprot. Paterna | Between Groups | 691.473 | 1 | 691.473 | 12.023 | .001 |
| | Within Groups | 11790.440 | 205 | 57.514 | | |
| | Totale | 12481.913 | 206 | | | |
| Cuidado Materno | Between Groups | 603.178 | 1 | 603.178 | 12.691 | .000 |
| | Within Groups | 10028.568 | 211 | 47.529 | | |
| | Totale | 10631.746 | 212 | | | |
| Sobreprot. Materna | Between Groups | 1593.390 | 1 | 1593.390 | 28.087 | .000 |
| | Within Groups | 11913.605 | 210 | 56.731 | | |
| | Totale | 13506.995 | 211 | | | |

Analizamos ahora los resultados referidos a las escalas de Gilbert sobre el estilo de acudimiento parental. En las tablas 7 y 8 vienen presentadas las puntuaciones medias de *desvaloración* y *favoritismo* paterno y materno del grupo experimental y del grupo de control. Como podemos ver los sujetos del grupo de control obtienen puntuaciones medias inferiores respecto al grupo experimental.

Tabla 7 Puntajes medios y DS

| Grupo | Dimensiones | Media | D.S |
|---------------------|---------------------|-------|------|
| Experimental | Desvalor. P. | 4.88 | 4.14 |
| | Favorit. P. | 3.81 | 3.55 |
| | Desvalor. M. | 1.89 | 2.98 |
| | Favorit. M. | 2.00 | 2.87 |

Tabla 8 Puntajes medios y DS

| Grupo | Dimensiones | Media | D.S |
|----------------|---------------------|-------|------|
| Control | Desvalor. P. | 2.23 | 3.19 |
| | Favorit. P. | 0.80 | 1.57 |
| | Svalut. M. | 1.60 | 2.75 |
| | Favorit. M. | 0.86 | 1.69 |

Desvalor.= Desvaloración; Favorit.= Favoritismo; P.= Paterno; M.= Materno

Como podemos observar en la tabla 9, respecto a las dimensiones de desvaloración y favoritismo paterno como materno, notamos que los valores de F resultan ser muy elevados y significativos a excepción de la dimensión de desvaloración materna donde la varianza entre los grupos resulta ser menor con respecto a la variancia dentro de los grupos.

En síntesis, el grupo experimental arroja valores de favoritismo materno y paterno y valores de desvaloración paterno más altos del grupo de control.

Tabla 9 Análisis de la varianza por grupo (desvaloración y favoritismo)

| ANOVA per gruppo | | | | | | |
|-----------------------|----------------|-------------------|-----|--------------------|--------|------|
| | | Soma dei quadrati | GdL | Media dei quadrati | F | P |
| Svalut. Padre | Between Groups | 362.176 | 1 | 362.176 | 26.827 | .000 |
| | Within Groups | 2767.563 | 205 | 13.500 | | |
| | Totale | 3129.739 | 206 | | | |
| Favorit. Padre | Between Groups | 452.099 | 1 | 452.099 | 62.077 | .000 |
| | Within Groups | 1434.726 | 197 | 7.283 | | |
| | Totale | 1886.824 | 198 | | | |
| Svalut. Madre | Between Groups | 4.437 | 1 | 4.437 | .539 | .464 |
| | Within Groups | 1737.873 | 211 | 8.236 | | |
| | Totale | 1742.310 | 212 | | | |
| Favorit. Madre | Between Groups | 65.605 | 1 | 65.605 | 11.996 | .001 |
| | Within Groups | 1110.151 | 203 | 5.469 | | |
| | Totale | 1175.756 | 204 | | | |

II Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales

La premisa sustancial para proceder al análisis de los datos relativos al FACES III, nace de la consideración teórica de la existencia de una conexión directa entre el Faces III y el Modelo Circunflejo de Olson. Al centro de tal conexión se coloca la hipótesis según la cual existe una relación curvilínea entre cohesión, adaptabilidad y funcionamiento familiar. Se hipotiza por tanto un mejor funcionamiento de las familias balanceadas, con respecto a los tipos de familias que presentan modalidad de funcionamiento extremo para ambas dimensiones. El FACES III para su mejor interpretación se coteja en sus resultados numéricos con el sistema circunflejo creado también por Olson en el cual clasifica a las familias según su cohesión en: *Desligadas* con un valor entre 10 y 34, *Separada* con un valor entre 35 y 40, *Conectado* con un valor entre 41 y 45, y *Aglutinada* entre 46 y 50 puntos y según su adaptabilidad en *Rígida* con un valor entre 10 y 19 puntos, *Estructurada* entre 20 y 24, *Flexible* entre 25 y 28 puntos y *Caótica* entre los 29 y 50 puntos. De esta combinación resultan 16 tipos de familia al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifican a las familias en: *Balanceadas*, *De Rango Medio* o *Moderadamente Disfuncionales* y *Extremas* o *Severamente Disfuncionales* según el Modelo Circunflejo de Olson, resultado que permite tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir con las familias.

Sucesivamente hemos procedido a un análisis preliminar de las respuestas dadas por el entero grupo de sujetos drogodependientes; en una segunda fase han sido analizados separadamente los datos relativos a los 26 sujetos cuyos padres se hicieron disponibles a participar en la investigación.

Tomando en consideración la percepción real o actual de la familia respecto a las dimensiones de cohesión y de adaptabilidad (Tabla 10), es posible notar que los sujetos drogodependientes han tenido puntuaciones medias de cohesión más baja con respecto a los valores normativos mientras que para la dimensión de la adaptabilidad la puntuación resulta ser ligeramente más alta. En la tabla 10, hemos confrontado los datos relativos del grupo de sujetos drogodependientes con los valores normativos indicados por Galimbardi y Farina (1990) a través de la prueba de la t de Student. De este análisis estadístico emerge que hay diferencias significativas entre las puntuaciones de nuestros sujetos y la muestra normativa indicada en la investigación realizada por Olson, que hace referencia a la faja de edad "adultos en todas las fases.

Tabla 10 Puntajes medios e DS.

| | Dimensiones | Media | DS | Media (Olson) | DS (Olson) | P* |
|----------------------------------|----------------------------|-------|------|---------------|------------|-------|
| Sujetos Drogodependientes | Cohesion Real | 30.58 | 8.45 | 39.8 | 5.4 | <.001 |
| | Cohesion Ideal | 39.28 | 5.34 | | | |
| | Adaptabilidad Real | 26.38 | 7.17 | 24.1 | 4.7 | <.001 |
| | Adaptabilidad Ideal | 34.79 | 5.96 | | | |

*asociado con el valor de T en la prueba de comparacion entre la media de los sujetos drogodependientes y la media provista por Galimbarti e Farina.

En la tabla 11, respecto a la percepción real (en contraposición a la percepción ideal de la familia) notamos que un alto porcentaje de sujetos percibe a la propia familia como desligadas (75.8%), del cual el 23.2% desligada-caótica, el 15.8% desligada-flexible, el 16.8% desligada-estructurada y el 20% desligada rígida; el 9.5% de sujetos percibe la propia familia como separada-caótica, el 8.4% conectada-caótica, el 5.3% conectada-flexible y por último un mínimo porcentaje de sujetos (1%) la percibe conectada-estructurada.

Es interesante notar que las categorías de adaptabilidad familiar presentan una uniforme distribución de los sujetos a diferencia de las categorías de cohesión familiar en la cual los sujetos se distribuyen de modo heterogéneo.

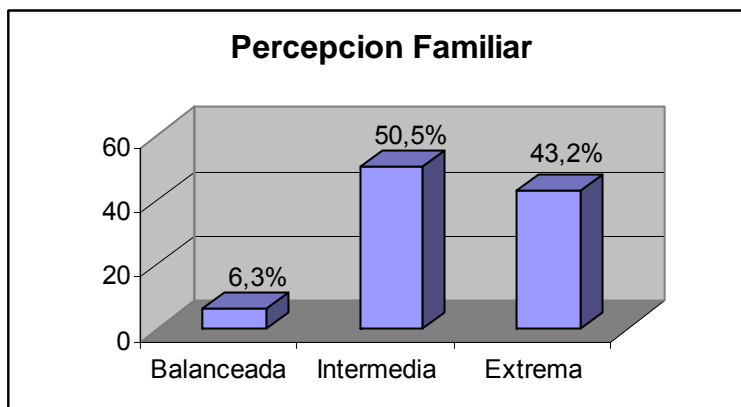
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de los 16 tipos de familia: Cohesión y Adaptabilidad Real

| Adaptabilidad Familiar | | Cohesion Familiar | | | | Total |
|-------------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------------|--------------|
| | | Desligado | Separado | Conectado | Agglutinado | |
| Caotico | frecuence | 22 | 9 | 8 | | 39 |
| | % | 23.2% | 9.5% | 8.4% | 0% | 41.1% |
| Flexible | frecuence | 15 | | 5 | | 20 |
| | % | 15.8% | 0% | 5.3% | 0% | 21.1% |
| Estructurado | frecuence | 16 | | 1 | | 17 |
| | % | 16.8% | 0% | 1.1% | 0% | 17.8% |
| Rigido | frecuence | 19 | | | | 19 |
| | % | 20.0% | 0% | 0% | 0% | 20.0% |
| Total | | 72 | 9 | 14 | 0% | 95 |
| | | 75.8% | 9.5% | 14.7% | 0% | 100% |

Por último, hemos realizado una ulterior reagrupación de los 16 tipos tipologías, en las 3 regiones del modelo: familias balanceadas, familias intermedias y familias extremas.

Respecto a la percepción real de la familia de los sujetos drogodependientes (Gráfico 3), se puede observar que una gran mayoría de ellos se ubica en los tipos de familias intermedias y extremas, 50.5% y 43.2% respectivamente y solamente en un 6.3% de los casos se coloca en las tipologías balanceadas donde se espera un mejor funcionamiento de la familia.

Grafico 3



Distribución de los miembros de la familia en las topologías del Modelo Circunflejo

Como decíamos líneas arriba presentaremos ahora la distribución de frecuencia de los 26 sujetos drogodependientes y de sus respectivos padres respecto a las 16 topologías familiares y a las tres regiones del modelo (balanceada, intermedia y extrema).

Relativamente a las 16 tipologías del funcionamiento familiar real (Tabla 12), podemos observar que las tipologías principalmente ocupadas por el grupo de los hijos son la estructurada-desligada con un 27% y la flexible-desligada con un 19.2%. Las tipologías familiares dónde encontramos una menor distribución de los hijos son la caótico-conectada y la flexible-conectada con un 7.7% y un 3.8% respectivamente.

Por cuánto concierne el grupo de los padres notamos que las tipologías familiares más representadas son la flexible-desligada y la caótico-conectada con un 23.1% y un 19.2%. En cambio encontramos un porcentaje mínimo de padres que se sitúan en las tipologías familiares flexible-conectada y estructurada-conectada. Las tipologías familiares caótico-separadas y caótico-aglutinada resultan ser representadas principalmente por el grupo de las madres ambas con un 23.1%. Además observamos una distribución homogénea en las restantes tipologías familiares. Por ultimo, como se observa en la tabla, algunas tipologías familiares no son ocupadas por ningún grupo examinado.

Tabla 12. frecuencia y porcentaje en los 16 tipos de familia: Cohesion y Adaptabilidad real

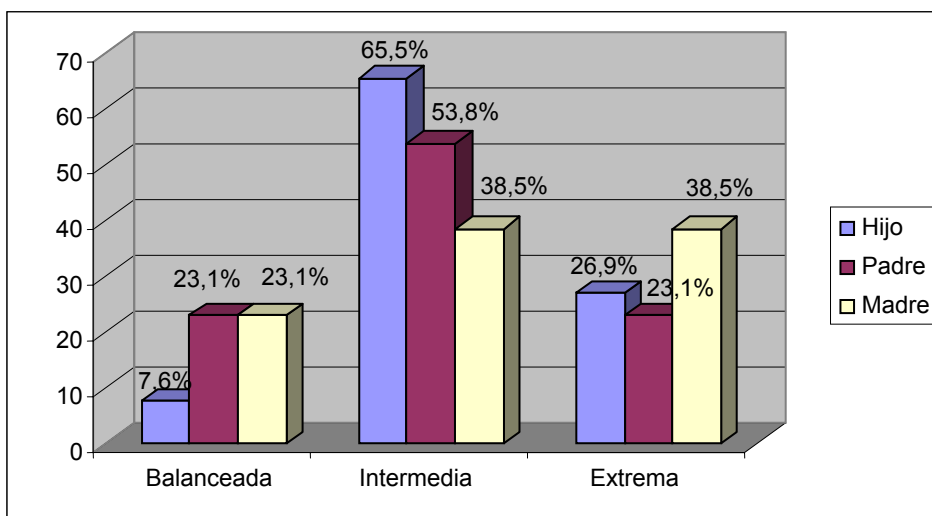
| | | COHESION FAMILIAR | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|-------------------|---|----------|---|-----------|---|------------|---|------|
| | | Desligado | | Separado | | Conectado | | Aglutinado | | |
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| D A P T A | Caotico | H | 4 | 15.4 | 3 | 11.6 | 2 | 7.7 | 2 | 7.7 |
| | | P | 3 | 11.6 | 1 | 3.8 | 5 | 19.2 | 6 | 23.1 |
| | | M | 3 | 11.5 | 6 | 23.1 | 3 | 11.6 | 6 | 23.1 |
| B I L | Flexible | H | 5 | 19.2 | | | 1 | 3.8 | | |
| | | P | 6 | 23.1 | 2 | 7.7 | 1 | 3.8 | | |
| | | M | | | 2 | 7.7 | 2 | 7.7 | | |
| D I A | Estructurado | H | 7 | 27.0 | 1 | 3.8 | | | | |
| | | P | 2 | 7.7 | 2 | 7.7 | 1 | 3.8 | | |
| | | M | 1 | 3.8 | 2 | 7.7 | | | | |
| D | Rigido | H | 3 | 11.5 | | | | | | |
| | | P | 1 | 3.8 | | | | | | |
| | | M | 1 | 3.8 | | | | | | |

H=Hijo; P= padre; M=madre

Sucesivamente se ha procedido para la familia real a una ulterior reagrupación de las 16 tipologías en las 3 regiones del modelo: *familias balanceadas*, *familias intermedias* y *familias extremas*.

En la familia actual podemos observar, del gráfico 4, una mayor cantidad de sujetos que se posicionan en las regiones intermedias dónde se van a colocar el 65.5% de los hijos, el 53.8% de los padres, el 38.5% de las madres. Además es importante señalar que en las regiones balanceadas se ubican la menor cantidad de sujetos, sobre todo las de los hijos (7.6%). Del análisis del Chi cuadrado emerge que no hay diferencias significativas entre los grupos de los hijos, de los padres y de las madres ($\chi^2= 5.22$, gdl= 4, $p=.265$).

Grafico 4. Familia Actual



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos con el PBI han evidenciado que los sujetos drogodependientes, respecto al grupo de control, perciben a ambos padres como bajos en cuidado y altos en sobreprotección; el cuadro que se define con base a tales resultados es aquél caracterizado por *Control sin Afecto*. Estos resultados son coherentes con aquéllos hallados por otros estudios, como por ejemplo el de Torresani, Favaretto y Zimmerman (2000), en el cual han sido evaluadas las representaciones parentales en los pacientes drogodependientes con respecto a sus padres emergiendo un tipo de vinculación parental de Control sin Afecto. En otra investigación, de Joyce et al. (1994), se evalúa la correlación entre alcoholismo y tipo de vínculo parental recibido, todavía emerge la relación entre abuso o dependencia de alcohol y el tipo de vínculo caracterizado por control privado de afecto. Estos datos confirman el poder patógeno del pattern de *control sin afecto parental* y del nexo existente entre este tipo de vínculo parental y la aparición de la drogodependencia.

Por lo que concierne a las dimensiones de Desvaloración y Favoritismo, emerge que los padres de los sujetos drogodependientes vienen percibidos como más desvalorizante en relación al hijo drogodependiente y más favorecedor en relación a los hermanos con respecto al grupo de control; se verifica además una diferencia significativa, entre los dos grupos, en la escala del favoritismo materno. El elemento más interesante que emerge de estos últimos resultados, es que no se ha encontrado ninguna diferencia significativa entre los dos grupos respecto a la escala de desvaloración materna. Este resultado podría ser interpretado afirmando cuanto sustentado por autores como Ardití, Godwin y Scanzoni (1991) según los cuales, la influencia del padre del mismo sexo parece ser más fuerte que la influencia del padre del sexo opuesto. También otros autores, entre los cuales Block (1984) y Philipson (1985), afirman que la madre respecto a las mujeres y el padre respecto a los varones, suelen ser más severos y más críticos de lo que no lo sean con los hijos del sexo opuesto.

Éste podría explicar porque los sujetos drogodependientes de nuestra muestra, siendo exclusivamente de sexo masculino, parecen percibir principalmente la crítica y el desvalorización paterna en vez de de la materna. Nuestros resultados están además en línea con los estudios conducidos por Gilbert et al. (1996), que han evidenciado como padres desvalorizantes y mas favorecidos en relación a los hermanos podían transmitir en el otro hijo un sentido de no aceptación y una vivencia de inadecuación predisponiéndolo a una mayor vulnerabilidad a la psicopatología.

Los resultados obtenidos, parecen confirmar la importancia del acudimiento parental sobre el desarrollo psicológico en el curso de la infancia y la primera adolescencia. Parker en 1984 también demostró la influencia negativa que un comportamiento parental excesivamente analectivo y sobreprotectivo (controlador), pueden tener sobre el desarrollo de la autonomía del hijo y sobre su autoestima. Este tipo de vinculación parental, además de limitar la necesidad de exploración del niño y hacerlo incapaz de alejarse de su figura de acudimiento, a menudo es acompañado por comportamientos que tienden a desvalorar al hijo y a hacerlo sentir incapaz, débil, poco atractivo y con un fuerte sentido de inferioridad. En este sentido sin querer individuar una rígida conexión de causa-efecto entre un estilo parental analectivo y la drogodependencia de los hijos, es posible afirmar que un *bajo cuidado y una alta sobreprotección*, unidas a una *desvalorización* y a una actitud de *favoritismo* hacia los hermanos de parte de los padres, son elementos importantes de considerar en la predisposición a la drogodependencia.

Ahora pasaremos a la discusión de los resultados obtenidos con el FACES III del entero grupo de sujetos drogodependientes. Las puntuaciones de este grupo muestral han sido confrontadas, a través de la prueba t de Student, con una muestra normativa indicada por el estudio dirigido de Olson, de cual ha emergido que existen diferencias significativas entre los dos grupos. Sobre la base de estas diferencias, iniciamos nuestra discusión respecto al análisis descriptivo del entero grupo de sujetos drogodependientes.

La lectura de la representación familiar actual, muestra como la casi totalidad de sujetos perciban a sus familias como fuertemente desligadas en el plano afectivo y caóticas en su estructura, indicando así una percepción problemática del propio sistema familiar.

En líneas generales, la imagen de la familia que los sujetos drogodependientes se llevan en Comunidad, es la de una familia problemática, caracterizada por una carencia de vínculos emotivos interpersonales y sujeta a reglas inconsistentes y roles indefinidos, confirmando cuanto sabemos de la literatura sobre las familias de los drogodependientes.

Después de este breve análisis preliminar de las respuestas provistas por el entero grupo de sujetos, pasaremos ahora a discutir los datos relativos a una sola parte del entero grupo de sujetos drogodependientes y sus respectivos padres.

De la distribución de los miembros de la familia en las tres regiones del modelo de Olson, hemos constatado que la mayoría de los hijos se coloca en la *región intermedia*. Aunque con una distribución menor respecto a los hijos, sean los padres que las madres se colocan en la *región intermedia*, es decir aquella región que es considerada de "pasaje" y que señala que un cambio se esta produciendo. Recordamos que los sistemas intermedios son considerados por Olson condiciones de transición, que se presentan sobre todo en el paso de una fase a la otra del ciclo de vida de la familia. Estos resultados son coherentes con la investigación dirigida por Consegna M. (1996) según la cual los sujetos drogodependientes que realizan un proceso terapéutico en comunidad, se colocan más frecuentemente en la región intermedia señalando así que está en acto un proceso de cambio.

Además es interesante notar, como nos esperábamos, que sólo un mínimo porcentaje de sujetos drogodependientes se colocan en la *región balanceada* a diferencia de sus respectivos padres que se colocan en la misma región pero con una frecuencia mayor. De la comparación, a través

de la prueba de la t de Student, no han emergido diferencias significativas respecto a la percepción de la familia actual. A pesar de esta no significatividad, quizás debida a una escasa potencia de numerosidad de la muestra, los resultados están en línea con las hipótesis de nuestra investigación.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados confirman la asociación existente entre el acudimiento parental caracterizado por *control sin afecto* y drogodependencia. De la percepción de los sujetos drogodependientes emerge que sus padres han cuidado poco de ellos y han desarrollado un control bastante crítico y rígido.

Por cuánto concierne las dimensiones de *desvaloración* y *favoritismo* de Gilbert se ha encontrado que hay una asociación entre estas dimensiones y la drogodependencia, asociación que parece tener la misma importancia de las variables de Parker. El agregar estas dos dimensiones al PBI nos hace presuponer una mejoría del poder predictivo de este instrumento con respecto a la drogodependencia reforzando a su vez el poder patógeno del cuadro de *control sin afecto* de los padres

En efecto un adecuado funcionamiento familiar, en el cual los padres están en primer lugar presentes y en segundo lugar percibidos en modo realístico por los hijos, pueda impedir que también un eventual encuentro con la droga se transforme en dependencia.

La investigación efectuada sobre el funcionamiento familiar muestra como los drogodependientes perciben a su propia familia de origen como *desligadas* (baja cohesión) y *caóticas* (baja adaptabilidad), indicando así una representación problemática del propio sistema familiar. Los resultados de la percepción de los miembros de la familia (padre, madre e hijo) han evidenciado como los sujetos drogodependientes tengan una percepción del propio sistema familiar caracterizado por débiles vínculos afectivos así como dificultad al cambio, percepción que contrasta con la de los padres que tienen una percepción de la familia menos rígida y más cohesionada.

Por cuanto lo afirmado, creemos que es importante, con el propósito de planear una intervención clínica eficaz, la implicación de la familia en el proceso de tratamiento comunitario del hijo drogodependiente, haciéndola copartícipe y coprotagonista del proceso, con el conocimiento que el trabajo con la familia no es una de las terapias posibles para afrontar una problemática difícil como la drogodependencia pero si el ingrediente necesario de cualquier intervención sensata.

BIBLIOGRAFIA

Bernardi, E., Jones, M., Tennant, C., (1989). **Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts**. British Journal of Psychiatry, 154, pp. 677-682.

Bowlby, J., (1988). **Una base sicura**. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1989.

Cambiaso, G., Berrini, R., (1992). **Terapia della famiglia in crisi. La famiglia del tossicodipendente**. Franco Angeli, Milano.

Cancrini, L., (1982). **Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani**. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Cancrini, L., (a cura di), (1973). **Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia**. Mondadori, Milano.

Cappelli, L., San Martini, P., (2004). **Stile di accudimento genitoriale misurato dal Parental Bonding Instrument e depressione in un campione non clinico**. Rassegna di Psicologia Vol. XXI- N° 3.

Checcucci, A., Checcuci M., Scotti, L., Velicogna, F., (2000). **Immagine della famiglia di origine nel tossicodipendente. Un punto di partenza per il processo di riabilitazione.** Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, N. 1, pp. 44-52.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., (1996). **La famiglia del tossicodipendente.** Raffaello Cortina, Milano.

Espina A., et al., **La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos,** Adicciones, 1996, 8, 2, pp. 203-217.

Galimbarti, C., Farina, M., (1990). **FACES III uno strumento per la ricerca e l'osservazione clinica della famiglia.** Vita e Pensiero, Milano.

Gilbert, P., Allan, S., Goss K., (1996). **Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology.** Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol. 3,1, pp. 23-34.

Joyce, P., Sellman, D., Wells, E., (1994). **Parental Bonding in men with alcohol disorders: a relationships with conduct disorder.** Psychiatry, vol. 28, N°3, pp. 405-411.

Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A., (2002), **Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia.** Il Mulino, Bologna.

Minuchin, S., (1974). **Famiglie e terapia della famiglia.** Trad. it. Astrolabio, Roma, 1976.

Minuchin, S., Fishman, H., (1982). **Guida alle tecniche della terapia della famiglia.** Editrice Astrolabio, Roma

Olson, D.H.L., Russel, C.L., Sprenkle, D.H., (1983). **Circumflex model of marital and family system.** Journal of Family Therapy, 2, pp.144-167

Parker, G., (1984). **The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder.** Social Psychiatry, 19, 75-81.

Parker G., **Parental characteristics in relation to depressive disorders,** British Journal of Psychiatry, 1979, 134, pp. 138-147.

Parker, G., Tupling, H., Brown, L.B., (1979). **A Parental Bonding Instrument.** British Journal of Medical Psychology, 52, pp. 1-10.

Torresani, S., Favaretto, E., Zimmermann, C., (2000) **Parental representations in drug-dependent patients and their parents.** Comprehensive Psychiatry, Vol.41, N°2, pp. 123-129