

Percepción de los vínculos parentales y funcionamiento familiar en sujetos drogodependientes. Un recurso a explorar en el proceso de rehabilitación

Mag. Benito Rosas García

Docente de la Universidad César Vallejo, Lima- Norte.
Docente de la Universidad Nacional Federico Villareal.
brosas@cepdep.org

Revisado: 23 de agosto de 2014
Aceptado: 12 de octubre de 2014

Resumen

Los estilos de crianza como el tipo de funcionamiento familiar han sido relacionados por muchos especialistas del área de las toxicomanías con el origen de problemas emocionales. El objetivo del presente estudio se centra en la percepción del drogodependiente sobre las pautas de crianza de sus padres; así como la percepción del funcionamiento familiar entre el hijo y sus respectivos padres. Para esta investigación se formaron tres grupos: un primer grupo constituido por una muestra de 107 sujetos drogodependientes varones (edad media 32,38); a este grupo hemos suministrado un cuestionario socio-demográfico, el Parental Bonding Instrument (PBI) y el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III); el segundo grupo está formado por 109 estudiantes universitarios varones (edad media 27,16), a los que se les aplicó el PBI; y el tercero lo compone un grupo de 26 parejas de padres a los que se les aplicó el FACES III.

De los resultados destacaremos los siguientes: según el PBI, los drogodependientes perciben a sus padres y madres como más altos en sobreprotección y más bajos en cuidado, frente al grupo de estudiantes universitarios. Predomina en las familias de los drogodependientes un vínculo de “control sin afecto”. Respecto al FACES III, se evidencia cómo los drogodependientes perciben a su propia familia de origen como fuertemente “desligada” en el plano afectivo y “caótica” en su estructura familiar. Por otro lado, los resultados de la percepción de los miembros de la familia (padre, madre e hijo) evidencian que los hijos drogodependientes tienen una percepción del propio sistema familiar caracterizada por una carencia de vínculos afectivos, percepción que contrasta con la de los padres que tienen una visión más cohesionada de la familia.

Palabras claves: drogodependencia, apego, vínculo, ciclo vital, funcionamiento familiar.

Cómo citar este artículo

Rosas, B. (Octubre, 2014). Percepción de los vínculos parentales y funcionamiento familiar en sujetos drogodependientes. Un recurso a explorar en el proceso de rehabilitación. *Revista PsiqueMag*, 3(1). Recuperado de <http://http://blog.ucvlima.edu.pe:8080/index.php/psiquemag/issue/archive>

Abstract

Parenting styles and the type of family functioning have been linked by many experts in the field of drug addiction to the origin of emotional problems. The aim of this study focuses on the perception of drug addicts on patterns of aging parents; and the perception of family functioning between the child and their parents. For this study three groups were formed: a first group consisting of a sample of 107 male drug addicts subjects (mean age 32,38) This group have supplied a questionnaire socio-demographic, the Parental Bonding Instrument (PBI) and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III). A second group of 109 male college students (mean age 27,16), which we applied the GDP. A third group of 26 pairs of parents that they applied the FACES III.

The results emphasize the following: according to the GDP, drug addicts perceive their parents as higher on overprotection and low care, with the group of college students. Predominates in families of drug addicts a link of “control without affection.” Regarding the FACES III, as evidenced addicts perceive their own family of origin and strongly “detached” in the affective and “chaotic” up in their family structure. Furthermore, the results of the perception of family members (father, mother and son), evidence that drug addicts have children perceived family system characterized by a lack of affection, that contrasts with the perception of parents who have a more cohesive view of the family.

Key words: National identity, university student, origin, and religion.

Percezione dei legami genitoriali e funzionamento familiare in soggetti tossicodipendenti. Una risorsa da esplorare nel proceso di riabilitazione

Los estilos de crianza como el tipo de funcionamiento familiar han sido relacionados por muchos especialistas del área de las toxicomanías con el origen de problemas emocionales. El objetivo del presente estudio se centra en la percepción del drogodependiente sobre las pautas de crianza de sus padres; así como la percepción del funcionamiento familiar entre el hijo y sus respectivos padres. Para esta investigación se formaron tres grupos: un primer grupo constituido por una muestra de 107 sujetos drogodependientes varones (edad media 32,38); a este grupo hemos suministrado un cuestionario socio-demográfico, el Parental Bonding Instrument (PBI) y el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III); el segundo grupo está formado por 109 estudiantes universitarios varones (edad media 27,16), a los que se les aplicó el PBI; y el tercero lo compone un grupo de 26 parejas de padres a los que se les aplicó el FACES III.

De los resultados destacaremos los siguientes: según el PBI, los drogodependientes perciben a sus padres y madres como más altos en sobreprotección y más bajos en cuidado, frente al grupo de estudiantes universitarios. Predomina en las familias de los drogodependientes un vínculo de “control sin afecto”. Respecto al FACES III, se evidencia cómo los drogodependientes perciben a su propia familia de origen como fuertemente “desligada” en el plano afectivo y “caótica” en su estructura familiar. Por otro lado, los resultados de la percepción de los miembros de la familia (padre, madre e hijo) evidencian que los hijos drogodependientes tienen una percepción del propio sistema familiar caracterizada por una carencia de vínculos afectivos, percepción que contrasta con la de los padres que tienen una visión más cohesionada de la familia.

Parole chiave: abuso di droga, dipendenza, relazione, ciclo di vita, funzionamento familiare.

Introducción

Las causas del fenómeno de la dependencia de sustancias son múltiples: los factores de tipo psicológico, biológico, social y cultural inciden en la evolución de la patología. La gravedad de la 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 dan 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 (1988), 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 tanto para la psicología como para la psiquiatría por la posible influencia en el desarrollo cognitivo-emocional, y porque también, si esta no es apropiada, puede constituir un factor de riesgo de trastorno psiquiátrico en la vida adulta (Bowlby, 1969 & 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 cómo 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 inmodificabilidad, 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 donde 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 donde a menudo el sistema familiar es de tipo disfuncional.

Recordando la complejidad de nuestro objeto de estudio, este trabajo pretende ser una aportación para todas aquellas investigaciones que se han

ocupado o se están ocupando del tema de la drogodependencia.

El estudio se planteó los siguientes 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.

Metodología

El diseño es descriptivo y de corte transversal. Para realizar esta investigación se formaron tres grupos: n primer grupo constituido por 107 sujetos drogodependientes (edad media 32.38), internados en dos comunidades terapéuticas, y que cumplen con los criterios para la dependencia de sustancias (DSM-IV-TR, 2002). A este grupo hemos suministrado los siguientes instrumentos:

1.- Cuestionario Sociodemográfico y Toxicológico, 2.- el Parental Bonding Instrument (al PBI hemos agregado las escalas de desvaloración y favoritismo de Gilbert) y 3.- el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III).

Un segundo grupo de control, que en realidad es de confrontación, constituido por 109 estudiantes universitarios (edad media 27.16) a quienes hemos suministrado el PBI más las escalas de Gilbert.

Por último, un tercer grupo constituido por 26 parejas de padres de los susodichos pacientes que se mostraron disponibles a compilar el FACES III.

Instrumentos

Parental Bonding Instrument (PBI)

El PBI es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker, Tupling & Brown, (1979, pp. 3-7) 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 referida 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., Ayerbe A., Pumar B., et al., 1996, pp. 213-214).

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 de 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 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 cómo las puntuaciones en estas escalas fueron correlacionadas con medidas de depresión y otras patologías mentales (Capelli & San Martini, 2004, p. 37).

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 en 1988 (Olson et al., 1998). 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-report que evalúa el grado del funcionamiento familiar analizando las dimensiones de cohesión y adaptabilidad presentes en las familias y que puede ser suministrada durante el entero ciclo de vida. El instrumento está constituido por una escala tipo Likert, formada por 20 ítems. El FACES III es presentado ya sea en la versión real (familia percibida) como en la versión ideal (familia ideal). Para el presente estudio utilizaremos la versión real o actual.

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, p. 78). 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. 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 cuatro 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 circunplejo 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 está 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). De igual manera, los porcentajes de las familias separadas o divorciadas corresponden respectivamente a un

8% y un 6%. Por último, se encuentra una mínima porcentual (4%) de ambos padres fallecidos.

La edad de las madres está comprendida entre los 48 y 70 años, con una media de 56,59 años; la edad de los padres está 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, en un 5,6% de casos la madre tiene o ha tenido problemas con el uso de sustancias contra un 94,4% de casos en que no ha hecho empleo de ello versus un 19,6% de casos en que el padre tiene o ha tenido problemas de drogas o alcohol, respecto 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 N° 1

Análisis de las categorías estudiadas

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 Cuidado 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 paterno; 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 (Tabla 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 cuidado paterno caracterizado por un Alta Sobreprotección; mientras que, en comparación, observamos un porcentaje menor en el grupo de control.

Tabla 2a

Grupo	Cuidado Paterno			
	Bajo Cuidado		Alto Cuidado	
	F	%	F	%
Experimental	89	83,2	18	16,8
Control	65	59,6	44	40,4

Como se evidencia en la Tabla 2c, en el 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 Bajo Cuidado.

Tabla 2b

Grupo	Cuidado Paterno			
	Baja Sobrep.		Alta Sobrep.	
	F	%	F	%
Experimental	30	28,0	77	72,0
Control	54	49,5	55	50,0

Se observa además, para la dimensión de sobreprotección, Tabla 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 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 Paterno			
	Bajo Cuidado		Alto Cuidado	
	F	%	F	%
Experimental	70	65,4	37	34,6
Control	46	42,2	63	57,8

Tabla 2d

Grupo	Acudimiento Paterno			
	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 Patrón de cuidado 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.

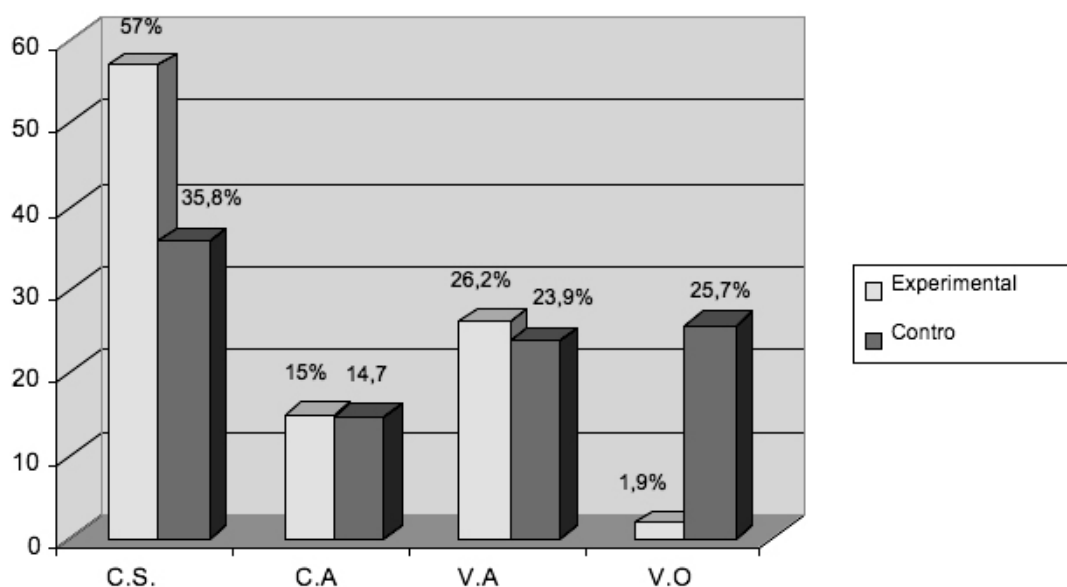
Continuando nuestra observación de los Patrones de cuidado materno (tabla 3a y figura 1) notamos como en ambos grupos encontramos una distribución de los sujetos muy homogénea respecto a las categorías de Constricción Afectiva y de Vínculo Ausente o Débil.

Tabla 3a

Patrón de cuidado paterno

Grupo	Control Sin Afecto		Constricción Afectiva		Vínculo Ausente o Débil		Vínculo Óptimo	
	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

Figura 1. Patrón de cuidado materno



Observando la tabla 3b, también hallamos resultados análogos en el Patrón de cuidado materno obteniendo una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo de control ($\chi^2= 30,33$, $gdl=3$, $p <.001$). En particular, como

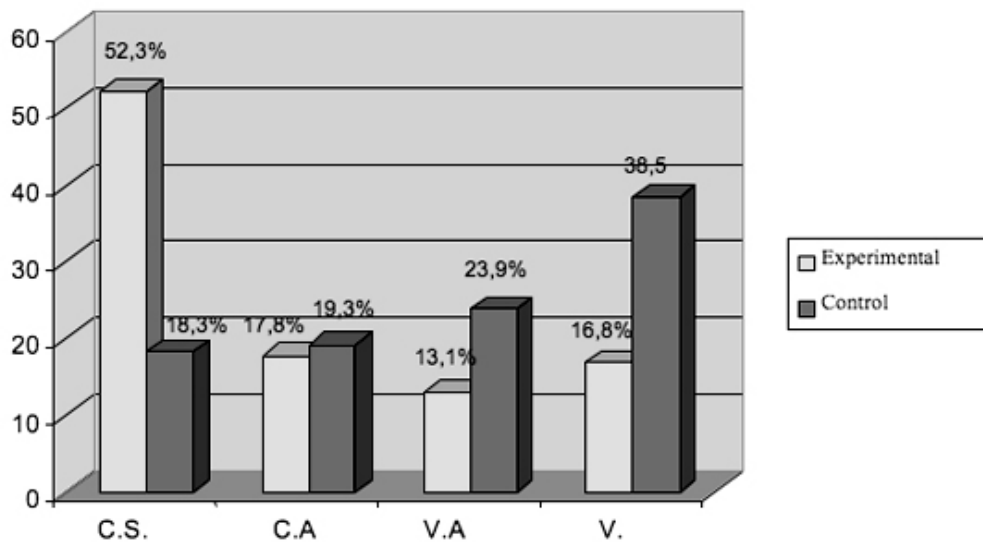
muestra la Figura 2, un alto porcentaje de sujetos del grupo experimental se ubica en la categoría Control sin Afecto mientras sólo un mínimo porcentaje de ellos se ubica en la categoría de Vínculo Óptimo.

Tabla 3b

Patrón de cuidado materno

Grupo	Control Sin Afecto		Constricción Afectiva		Vínculo Ausente o Débil		Vínculo Óptimo	
	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

Figura 2. Patrón de cuidado materno



En las tablas 4 y 5 se presentan 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 (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 último, observamos que los valores medios de las puntuaciones de Cuidado y Sobreprotección Paterna y Materna del grupo de control, se distancian poco de los valores normativos indicados por Parker.

Al continuar 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

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

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

Del análisis de la varianza observamos que (ver Tabla 6) respecto al grupo de control, el grupo experimental obtiene puntajes significativamente

más altos de Sobreprotección Paterna y Materna y más bajos de Cuidado Paterno y Materno.

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

		ANOVA				
		Suma de los cuadrados	GdL	Media de los cuadrados	F	P
Cuidado Paterno	Entre Grupos	2459,541	1	2459,541	36,502	.000
	Dentro de Grupos	13813,068	205	67,381		
	Total	16272,609	206			
Sobreprot. Paterna	Entre Grupos	691,473	1	691,473	12,023	.001
	Dentro de Grupos	11790,440	205	57,514		
	Total	12481,913	206			
Cuidado Materno	Entre Grupos	603,178	1	603,178	12,691	.000
	Dentro de Grupos	10028,568	211	47,529		
	Total	10631,746	212			
Sobreprot. Materna	Entre Grupos	1593,390	1	1593,390	28,087	.000
	Dentro de Grupos	11913,605	210	56,731		
	Total	13506,995	211			

Analizamos ahora los resultados referidos a las escalas de Gilbert sobre el estilo de acudimiento parental. En la Tablas 7 y la Tabla 8 se presentan 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
	Desvalor. 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 varianza dentro de los grupos.

En síntesis, el grupo experimental arroja valores de Favoritismo Materno y Paterno y valores de Desvaloración Paterno más altos que el grupo de control.

Tabla 9.

Análisis de la varianza por grupo (desvaloración y favoritismo)

ANOVA por grupo						
		Suma de los cuadrados	GdL	Media de los cuadrados	F	P
Desvalor. Pat.	Entre Grupos	362,176	1	362,176	26,82	.000
	Dentro de Grupos	2767,563	205	13,500	7	
	Total	3129,739	206			
Favorit. Pat.	Entre Grupos	452,099	1	452,099	62,07	.000
	Dentro de Grupos	1434,726	197	7,283	7	
	Total	1886,824	198			
Desvalor. Mat.	Entre Grupos	4,437	1	4,437	.539	.464
	Dentro de Grupos	1737,873	211	8,236		
	Total	1742,310	212			
Favorit. Mat.	Entre Grupos	65,605	1	65,605	11,99	.001
	Dentro de Grupos	1110,151	203	5,469	6	
	Total	1175,756	204			

Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar

La premisa sustancial para proceder en el 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 que 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 donde clasifica a las familias según su cohesión en: Desligadas, con un valor entre 10 y 34; Separada, con un valor entre 35 y 40; Conectada, con un valor entre 41 y 45; y Aglutinada, con un valor entre 46 y 50 puntos. Por

otra parte, la clasificación según su adaptabilidad está conformada por Rígida, con un valor entre 10 y 19 puntos; Estructurada, con un valor entre 20 y 24; Flexible, que oscila 25 y 28 puntos y Caótica, con alguno entre los 29 y 50 puntos. De esta combinación resultan 16 tipos de familia al juntar 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.

Para el FACES III, 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 dieron la disponibilidad de 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 Galimbarti y Farina (1990) a través de la prueba de t 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 .

	Dimensiones	Media	DS	Media (Olson)	DS (Olson)	P*
Sujetos Drogodependientes	Cohesión Real	30,58	8,45	39,8	5,4	<.001
	Cohesión 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 comparación entre la media de los sujetos drogodependientes y la media provista por Galimbarti y 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 familia como Desligadas (75,8%),

del cual el 23,2% es Desligada-Caótica, el 15,8% es Desligada-Flexible, el 16,8% es Desligada-Estructurada y el 20% es Desligada-Rígida; el 9,5% de sujetos percibe a la familia como

Separada-Caótica, el 8,4% como Conectada-Caótica, el 5,3% como 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 distribución uniforme de los sujetos a diferencia de las categorías de cohesión familiar, donde los sujetos se distribuyen de modo heterogéneo.

Tabla 11.

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

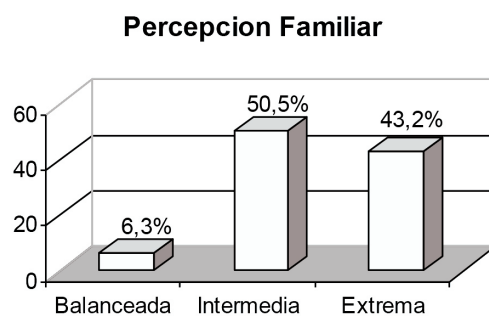
Cohesión Familiar						
	Adaptabilidad Familiar	Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada	Total
Caótico	frecuencias	22	9	8	0%	39
	%	23.2%	9.5%	8.4%		41.1%
Flexible	frecuencias	15	0%	5	0%	20
	%	15.8%		5.3%		21.1%
Estruct.	frecuencias	16	0%	1	0%	17
	%	16.8%		1.0%		17.8%
Rígido	frecuencias	19	0%	0%	0%	19
	%	20.0%				20.0%
		72	9	14	0%	95
		75.8%	9.5%	14.7%		100%

Por último, hemos realizado una ulterior reagrupación de las 16 tipologías, en las 3 regiones del modelo: Balanceadas, Intermedias y Extremas.

Respecto a la percepción real de la familia de los sujetos drogodependientes (Figura 3), se puede

observar que una gran mayoría de ellos se ubica en los tipos Intermedia y Extrema, con 50,5% y 43,2%, respectivamente; solamente en un 6,3% de los casos se coloca en la tipología Balanceadas, donde se espera un mejor funcionamiento de la familia.

Figura 3. Percepción Familiar real de los sujetos drogodependientes



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

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.

Con relación 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%. Por su parte, las tipologías familiares donde encontramos una menor distribución de los hijos son la Caótico-Conectada y la

Flexible-Conectada con un 7,7% y un 3,8%, respectivamente.

En 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 Flexible-Conectada y Estructurada-Conectada. Las tipologías Caótico-Separada y Caótico-Aglutinada resultan ser representadas principalmente por el grupo de las madres con un 23.1% para ambas. Además, observamos una distribución homogénea en las restantes tipologías familiares. Por último, 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: Cohesión y Adaptabilidad real

Cohesión Familiar									
A		Desligado		Separado		Conectado		Aglutinado	
D		F	%	F	%	F	%	F	%
A	Caótico	H	4	15,4	3	11,6	2	1	7,7
P		P	3	11,6	1	3,8	5	7,7	23,1
T		M	3	11,5	6	23,1	3	19,2	6
A	Flexible	H	5	19,2			1	11,6	
B		P	6	23,1	2	7,7	1	3,8	
I		M			2	7,7	2	3,8	
L	Estructurado	H	7	27,0	1	3,8		7,7	
I		P	2	7,7	2	7,7	1	3,8	
D		M	1	3,8	2	7,7			
A	Rígido	H	3	11,5					
D		P	1	3,8					
		M	1	3,8					

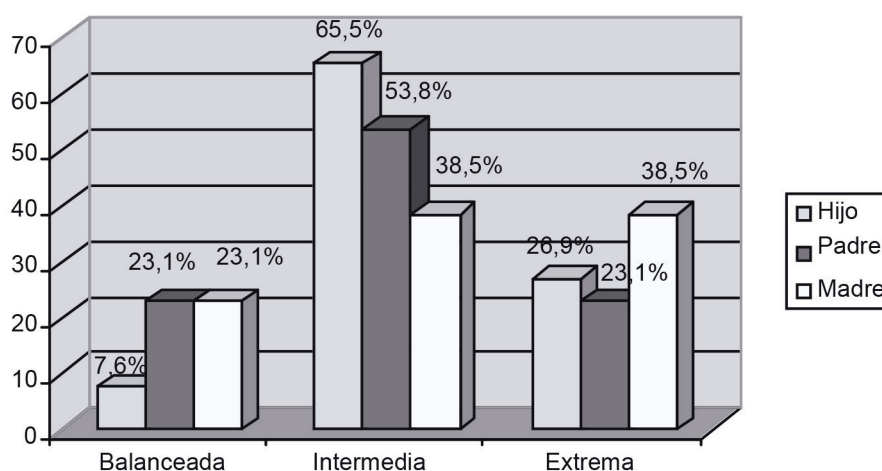
H=Hijo; P= padre; M=madre

Sucesivamente se ha procedido para la familia real a una ulterior reagrupación de las 16 tipologías en las 3 regiones del modelo: Balanceadas, Intermedias y Extremas.

En la familia actual podemos observar en la Figura 4 una mayor cantidad de sujetos que se posicionan en las regiones intermedias donde 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 ($\chi^2= 5.22$, $gdl= 4$, $p=.265$).

Figura 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 aquel caracterizado por Control sin Afecto. Estos resultados son coherentes con aquellos hallados por otros estudios, como por ejemplo el de Torresani, Favaretto y Zimmerman (2000), en que 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) donde 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 patrón 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 son

percibidos como más desvalorizantes 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 desvalorización materna. Este resultado podría ser interpretado afirmando que lo 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.

Este podría explicar porque los sujetos drogodependientes de nuestra muestra, exclusivamente de sexo masculino, parece 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 cómo padres desvalorizantes y más 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 (1984)

también demostró la influencia negativa que un comportamiento parental excesivamente anafectivo y sobreprotectivo (controlador) puede 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 identificar una rígida conexión de causa-efecto entre un estilo parental anafectivo 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 está produciendo. Recordamos que los sistemas intermedios son considerados por Olson condicionas 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, p. 159-164), 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 solo 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 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 cuidado 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 cuanto 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, que refuerza a su vez el poder patógeno del cuadro de control sin afecto de los padres.

En este sentido, un adecuado funcionamiento familiar, donde los padres están, en primer

lugar, presentes y, en segundo lugar, percibidos en modo realista por los hijos puede impedir que 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 desligada (baja cohesión) y caótica (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 cómo los sujetos drogodependientes tienen una percepción del 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 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 sí el ingrediente necesario de cualquier intervención sensata.

Referencias

- Arditti, J. A., Goodwin, D. D., & Scanzoni, J. (1991). Perceptions of parenting behavior and young women's gender role traits and preferences. *Sex Roles*, 25(3), 195-211.
- Bernardi, E., y Jones, M., y Tennant, C. (1989). Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts. *British Journal of Psychiatry*, 154, 677-682.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Cambiaso, G., y Berrini, R. (1992). *Terapia della famiglia in crisi. La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Franco Angeli.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. La Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L. (1973). *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*. Milano: Mondadori.
- Cappelli, L., y 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, p.31-57.
- Checucci, A., y Checucci M., y Scotti, L., y 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*, 1, 44-52.
- Cirillo, S., y Berrini, R., y Cambiaso, G., y Mazza, R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.

- Consegnati, M.R., (1996). Disimpegno morale e struttura familiare in soggetti tossicodipendenti. *Rassegna di Psicologia XIII*, 1, pp. 149-166.
- Espina A., Ayerbe A., Pumar B., et al., (1996). La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*, 8 (2), 203-217.
- Favaretto, E., Torresani, S., Zimmerman, C., (2001). Further results on the reliability of the parental bonding instrument (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 57, N°1, pp.119-129.
- Galimbari, C., Farina, M. (1990). *FACES III uno strumento per la ricerca e l'osservazione clinica della famiglia*. Milano: Vita e Pensiero.
- Gilbert, P., y Allan, S., y Goss K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3 (1), 23-34.
- Joyce, P., y Sellman, D., y Wells, E. (1994). Parental Bonding in men with alcohol disorders: a relationships with conduct disorder. *Psychiatry*, 28 (3), 405-411.
- Malagoli Togliatti, M., y Lubrano Lavadera, A. (2002). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino.
- Minuchin, S. (1974). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio
- Minuchin, S., y Fishman, H. (1982). *Guida alle tecniche della terapia della famiglia*. Roma: Editrice Astrolabio.
- Olson, D.H. (1988). Capturing family change: Multi-system level assessment. En L. C. Wynne (Ed.), *The state of the art in family therapy research: Controversies and recommendations* (pp.75-80). Nueva York: Family Process Press.
- Olson, D.H.L., Russel, C.L., Sprenkle, D.H., (1983). Circumflex model of marital and family system. *Journal of Family Therapy*, 2, 144-167.
- Parker, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 19, 75-81.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- Parker, G., y Tupling, H., y Brown, L. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Torresani, S., y Favaretto, E., y Zimmermann, C. (2000). Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 123-129.