

Emoción Expresada como Medida del Clima Familiar en Adicciones: Una Revisión.

Juan Antonio Becerra García.

Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

RESUMEN

La Emoción Expresada (EE) es un constructo que evalúa la comunicación que los familiares del paciente mantienen con este, los componentes que han mostrado mayor relevancia dentro de este constructo han sido los de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional, que se han relacionado con el curso y recaída en esquizofrenia principalmente. En drogodependencia se ha puesto de manifiesto la importancia de las variables familiares en el origen y mantenimiento del consumo de sustancias, dentro de estas se encuentran un clima familiar negativo y variables de comunicación disfuncional de los miembros con el adicto, estas variables pueden ser evaluadas mediante el constructo de EE, con lo que este puede ser aplicable a las drogodependencias. Para determinar si la EE es una medida relevante en drogodependencia, el presente trabajo, en primer lugar hace una aproximación al constructo EE, haciendo referencia a sus principales componentes y a su evaluación actual comentando las pruebas tradicionales para su medida y otras desarrolladas posteriormente. Se revisan diferentes estudios que han relacionado específicamente los componentes de la EE con la drogodependencia, otros en los que se observan los componentes del constructo aunque no estudian este de manera específica y estudios sobre la percepción de este clima familiar negativo por parte del drogodependiente. Como conclusiones de la revisión indicar que hay relación entre alta EE, recaída e inicio del consumo, y que es necesario tener en cuenta la percepción del clima familiar por parte del adicto, además de desarrollar pruebas más aplicables clínicamente.

INTRODUCCIÓN: RELACIÓN Y COMUNICACIÓN FAMILIAR COMO VARIABLES DE RELEVANCIA EN ADICCIONES.

La familia ha sido siempre reconocida como una de las variables relevantes en el origen y mantenimiento del consumo de drogas. La asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de estas sustancias por parte de alguno de sus miembros ha sido objeto de numerosas investigaciones, que resaltan la necesidad de implicar a la familia en la prevención y tratamiento de las toxicomanías (1), siendo necesario el tener en cuenta el soporte familiar y los recursos sociales disponibles como factores involucrados en el fenómeno de las drogodependencias. (2)

La familia es considerada como el elemento central en la prevención del consumo de drogas, y dejando aparte otros factores (como los biológicos, genéticos, etc.), los procesos de socialización familiar son importantes al constituir la base de predisponentes como son las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y las habilidades de comunicación; y da una especial importancia a la relación entre la drogodependencia y las interacciones familiares y las dinámicas relacionales disfuncionales que se crean debido a este problema (3). Previamente, otros autores también han dado una especial importancia a la dinámica intrafamiliar y al proceso interaccional familiar en el origen y mantenimiento de esta patología (4, 5).

Diferentes estudios muestran la importancia de las variables de interacción y estructuración familiar en el inicio y mantenimiento del consumo, así Merikangas, Dierker y Fenton (6) hablan de dos tipos de factores que se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar, así la familia puede incrementar el riesgo para el abuso de drogas en los hijos tanto a través de factores específicos como a través de factores no específicos que caracterizan el funcionamiento

familiar. Dentro de los Factores Específicos estarían la exposición a las drogas, exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres) y las actitudes de los padres ante las drogas, y dentro de los factores inespecíficos se podrían destacar el conflicto familiar, el estilo educativo, la exposición a estrés, la psicopatología y la negligencia. En este estudio la importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocido, con lo que el contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (7), proponen un listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes, teniendo en cuenta diferentes estudios realizados en este ámbito, estos correlatos serían: a) una historia familiar de problemas de conducta, (incluyendo consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas), b) prácticas pobres de socialización (dificultad para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores prosociales, además de actitudes desfavorables al uso de drogas), c) una supervisión ineficaz de las actividades, compañías, etc. de los hijos, d) una disciplina ineficaz (laxa, inconsistente o excesivamente severa), expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo, e) problemas de salud mental, como la depresión, que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los hijos, hostilidad, etc., y f) aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz. En cuanto a la interacción y dinámica intrafamiliar estos autores proponen: a) las relaciones pobres entre padres e hijos: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales, b) conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales y c) la desorganización familiar y estrés, con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces.

En estudios realizados con padres drogodependientes, se obtienen datos que apoyan la importancia del clima y un ambiente familiar deteriorado, con relaciones familiares pobres, en relación al inicio del consumo de drogas por parte del hijo adolescente (8), y en padres alcohólicos en tratamiento se examinan los cambios en el funcionamiento familiar y se encuentra que estos padres presentaban relaciones disfuncionales entre ellos, falta de responsabilidad, poca calidad afectiva y un clima familiar negativo, llegando a distinguir 4 tipos de familias según la cantidad y tipo de disfunción, estas son las familias “protectoras”, familias con “disfunciones emocionales” de alguno de sus miembros, familias “en peligro” y familias “caóticas” (9).

Hay estudios españoles que muestran la importancia de las variables de interacción familiar en el inicio y mantenimiento del consumo como el de Alonso y Del Barrio (10) que investigan la influencia del contexto familiar en el consumo de tabaco y alcohol de los hijos, obtuvieron que el tener hermanos actuaba como un factor de protección respecto al consumo de tabaco y de alcohol, que la cohesión familiar se relacionó significativamente con el consumo regular de tabaco y alcohol por parte de los hijos, y el consumo de tabaco y alcohol de los padres estaban relacionados con el consumo de estas sustancias por parte de los hijos.

En el de Muñoz-Rivas y Graña (11), se analiza la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Las variables de la relación familiar que se tuvieron en cuenta fueron: la estructura y composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas. Encuentran que las dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres y con el consumo familiar, eran las que predecían un mayor

riesgo de uso de sustancias por parte del joven, las disputas frecuentes entre el joven y sus padres y entre éstos entre sí, predecía el consumo de alcohol, tabaco y fármacos o derivados.

Los resultados de estos estudios españoles señalan la importancia de la cohesión familiar como un factor de protección en lo que se refiere al consumo de drogas, datos que están en consonancia por lo obtenido en trabajos posteriores y que también dan a la cohesión familiar un papel protector y amortiguador de otros factores de riesgo (12), así logrando una elevada cohesión entre los miembros de la familia se podrían implementar estrategias que promovieran una comunicación adecuada, lo que tiene implicaciones para la prevención del consumo de drogas.

En cuanto a la conflictividad familiar, un alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general (13) como para el consumo de sustancias (14), pero en el estudio de Muñoz-Rivas y Graña (11) el que existan conflictos frecuentes entre padres-hijo y entre los padres entre sí, predice una probabilidad mayor de que los hijos consuman drogas en las etapas iniciales de consumo (es decir, que beban, fumen o consuman fármacos) pero no parece ser así en el caso de etapas más avanzadas de consumo (cuando se consume cocaína o drogas sintéticas), con lo que habría un peso diferencial del conflicto familiar en el consumo de distintas sustancias, en contraposición a lo que señalan otros autores como Otero, Mirón y Luengo (14). Lo que parece claro es que la conflictividad familiar influye en el consumo.

En cuanto a estudios de identificación de factores de riesgo en el consumo de drogas (en especial en la adolescencia) los estudios han encontrado numerosos factores, y en relación a la interacción y comunicación familiar se han identificado como factores de riesgo: 1) los estilos educativos inadecuados: ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida y b) la falta de comunicación y clima familiar conflictivo: la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficit y carencias personales, relacionándose la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas (15, 16, 17).

En los diferentes estudios citados, podemos ver que las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas por parte de un miembro familiar son:

- a) Clima familiar negativo: desorganización familiar y estrés, negatividad y rechazo, psicopatología del familiar.
- b) Conflicto familiar excesivo: abusos verbales y físicos, críticas al enfermo, hostilidad generalizada.
- c) Falta de comunicación adecuada entre miembros de la familia: Incomunicación entre miembros familiares, falta de cohesión familiar, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre miembros de la familia.
- d) Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres): ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida.
- e) Uso de drogas y las actitudes favorables a éstas por los familiares relevantes (como por ejemplo los padres)

Como se puede apreciar los padres y otros familiares relevantes que conviven con el drogodependiente ejercen una notable influencia sobre el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva además de sobre la recuperación y el proceso de tratamiento de esta patología, así las pautas de comportamiento de distintos familiares hacia el drogodependiente pueden facilitar o dificultar el ajuste conductual, emocional y social de este.

En relación con lo comentado, en el tratamiento y prevención de la drogodependencia un factor importante es la implicación del núcleo familiar, así hay estudios que dan suma importancia a la familia en la recuperación del drogodependiente, como el de Zahn y Ball (18), que encuentran que los drogodependientes que superaban con éxito el tratamiento no vivían con sus padres, por lo que asocian la rehabilitación con no vivir con los padres, proponiendo a la familia como una variable relevante de cara a la recuperación. Otros autores consideran que para tratar eficazmente esta patología es necesario que el afectado se encuentre dentro de un contexto familiar estable (4), estudios que proponen que el alcoholismo y el abuso de otras drogas es parte de un síndrome biopsicosocial de problemas de conducta que incluyen los problemas de conducta de familiares y problemas en la interacción familiar recíproca entre miembros de la familia (19, 20), llegando algunos autores como Saatcioglu, Erim y Cakmak (21) a considerar la drogodependencia como una afección familiar que requiere tratamiento de todos los miembros, siendo la familia una parte del diagnóstico y el tratamiento de la dependencia, porque su participación ejercía un papel favorable en la prevención de recaídas, en el tiempo que el drogodependiente se mantiene sin consumir, y en la resolución de conflictos que dan lugar al abuso de sustancias,

Vista la relevancia que juega el núcleo y el clima familiar en el inicio, recaída y recuperación del drogodependiente, se debe tener en cuenta a la familia de cara al tratamiento y prevención de la drogodependencia y para esto debemos conocer la calidad de las relaciones familiares, el nivel de disfunción que presentan estas relaciones y la conflictividad en la comunicación familiar de cara a incluir estas pautas inadecuadas de la familia en el proceso de recuperación del enfermo, además la intervención en estas pautas disfuncionales va a repercutir de manera positiva en todos los integrantes de la familia, que es probable que precisen atención a sus dificultades y problemas, que en muchos casos viven y afrontan de un modo aislado, sin apoyo ni orientación.

Hay modelos de intervención que pretenden ayudar a las familias enfatizando el papel positivo que éstas pueden cumplir en la rehabilitación y prevención de recaídas del enfermo, no considerándolas como causantes o responsables de la problemática, entendiendo muchas de sus pautas de respuesta y comunicación familiar como reactivas ante síntomas o inhabilidades del paciente que llevan a los miembros de la familia a desarrollar diferentes estilos de manejo y relación con el enfermo que pueden ir desde hostilidad a la sobreprotección, correspondiéndose estos estilos de manejo con algunos de los componentes del constructo de Emoción Expresada (EE), con lo que la EE podría ser una medida relevante de cara a evaluar el clima familiar del drogodependiente y la comunicación existente entre este y sus familiares.

En este trabajo se va a presentar una breve aproximación al constructo EE y a su evaluación, una revisión sobre el constructo de EE en drogodependencias, con el objetivo de determinar si en los trabajos consultados la EE es una medida relevante y ofrecer una aproximación a los componentes más importantes del constructo en la adicción, en que etapas de la patología incide, cuales son los familiares más representativos, y otras variables de importancia a la hora de aplicar este constructo a la drogodependencia.

EMOCIÓN EXPRESADA: DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN.

Puesto que los factores de comunicación familiar influyen en la drogodependencia, parece pues adecuado el evaluar el clima y relaciones de los miembros familiares con la persona consumidora, bien de cara a posibles estudios que midan dichas variables o de cara a diseñar posibles programas de tratamiento, ya que debe ser una medida a tener en cuenta vista su

relevancia. Así, una medida de un clima familiar desfavorable en drogodependencias nos la puede proporcionar la EE.

El constructo EE ha surgido de modo pragmático para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos, hace referencia a la comunicación de los familiares del enfermo con éste, cuando la EE es alta se considera como un estresor crónico para el enfermo. El constructo surge en el campo de la esquizofrenia y numerosos estudios relacionan una alta EE con la recaída en esta patología (22, 23, 24, 25), además se ha usado como predictor de recaídas en otros tipos de patologías (26, 27, 28).

El constructo consta de cinco componentes, estos son los siguientes: 1) Criticismo (CC): Son comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, 2) Hostilidad (H): Implica una evaluación negativa generalizada o un rechazo manifiesto del paciente como persona, 3) Sobreimplicación Emocional (SIE): refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar; intentos, por parte del familiar, de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente, desesperanza, autosacrificio, sobreprotección y manifestación emocional intensa, 4) Calor: Manifestaciones de empatía, comprensión, afecto, e interés hacia el paciente y 5) Comentarios Positivos: expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta (29, 30). El Índice o Nivel de EE de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes de CC, H y SIE, que han mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída, sobre todo en esquizofrenia (29).

La metodología empleada para obtener información sobre el nivel de EE es a través de una entrevista, esta es la CFI (Camberwell Family Interview) o Entrevista Familiar de Camberwell, en el formato de Vaughn y Leff (30), la CFI se puede describir como una entrevista semiestructurada de aproximadamente hora y media de duración, que evalúa aspectos relacionados con la enfermedad y con los problemas que surgen en la convivencia con el paciente. La entrevista es grabada y posteriormente analizada por expertos entrenados, debiendo tener la corrección posterior fiabilidad interjueces. Los criterios de alta EE son que el sujeto entrevistado muestre seis o más comentarios críticos, al menos un punto en hostilidad o presencia de alguno de los componentes de la SIE, declarándose a la familia de alta EE si un solo familiar muestra alta EE. En la evaluación del constructo la CFI es considerada como el instrumento básico, pero en la aplicación clínica en cualquier tipo de patología presenta problemas, principalmente debidos al excesivo tiempo que requiere para realizarla y la formación entrevistadores (31, 32, 33).

Se han utilizado medidas más cortas para evaluar la EE, la principal es la Muestra del Habla de Cinco Minutos (FMSS o MH5M), en esta prueba al familiar se le incita a hablar durante cinco minutos sobre los pensamientos y sentimientos que el enfermo suscita en él, así como de la relación que ambos mantienen, esta prueba es una alternativa a la CFI, pero sigue mostrando los problemas de tiempo de la CFI. Estas dos pruebas son las que se han usado principalmente para evaluar la EE en esquizofrenia y en otras patologías en las que se ha visto que la EE influía en el curso, así en relación al campo de las drogodependencias, diferentes investigaciones han estudiado la EE en familias de personas adictas y familias con personas en riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias (como los niños y adolescentes) usando estas dos pruebas, la CFI y la MH, dichos estudios se comentan posteriormente en el siguiente apartado.

Además de estas pruebas, se han desarrollado otras para evaluar EE, que han surgido para solventar los problemas de las dos pruebas anteriores, además de para intentar aumentar la aplicabilidad clínica de la medida de la EE, algunas de estas son la escala FAS (Family Attitude Scale) (34), el cuestionario FQ, Family Questionnaire (35). La LEE, Level of Expressed Emotion (31, 36) y el Cuestionario de Evaluación de EE (37). Estos cuestionarios, no incluyen, no aíslan o clasifican adecuadamente en ellos a alguno de los elementos o componentes

relevantes del constructo EE (CC, H, SIE) de cara a establecer el nivel de EE que presenta la familia, teniendo en cuenta los artículos revisados en este trabajo, ninguna de ellas se ha usado con población drogodependiente en la medida de la EE.

ESTUDIOS SOBRE LOS COMPONENTES DE LA EE Y PERCEPCIÓN DEL CLIMA FAMILIAR EN ADICCIONES.

En la revisión realizada, se han encontrado pocos estudios que relacionan específicamente el constructo de EE y la drogodependencia, encontrando mayor número de investigaciones sobre otros factores familiares (consumo de drogas por parte de los familiares, historia de problemas de conducta, dificultad para enseñar habilidades, etc.) que inciden en la drogodependencia y que también son de importancia.

En este apartado de resultados de investigaciones vamos a hacer referencia a tres grupos de trabajos:

1. Investigaciones que relacionan específicamente los componentes de la EE con la drogodependencia.
2. Otros estudios, que aunque no relacionan específicamente el constructo con la drogodependencia, en ellos se puede observar una influencia de los componentes de la EE.
3. Estudios que indican la importancia de tener en cuenta la percepción que de este clima familiar negativo, hostil, crítico o sobreprotector tiene la persona consumidora.

1) Investigaciones que relacionan específicamente EE y Drogodependencias:

En estos trabajos se resalta la importancia de la EE en la recaída, el abandono del tratamiento y la incidencia de esta patología.

Hay estudios que dejan patente la influencia de los factores familiares en la recaída y en el abandono terapéutico en toxicómanos. Para conocer la aplicabilidad del concepto de EE como predictor de la recaída y el abandono de tratamiento en toxicomanías, García (38, 39), realizó un estudio con cerca de 50 toxicómanos (heroinómanos) y sus familias que solicitaron el ingreso en una comunidad terapéutica, obtiene que la EE es un buen predictor de las recaídas y comenta que en los hogares hostiles, donde se realizan comentarios críticos, las recaídas son más frecuentes que en los de baja EE. Si se reduce la tasa de EE (críticas, censuras...) en los padres las recaídas del drogodependiente disminuyen. Por tanto, los padres deben valorar y fortalecer los aspectos positivos del hijo para una mejor adecuación del hijo toxicómano al tratamiento y para prevenir la recaída. Los padres con alta EE (críticas negativas hacia el hijo...) provocan en mayor medida las recaídas del toxicómano, siendo más difícil implicar al padre que a la madre en las terapias, así los objetivos a seguir con ambos progenitores en los tratamientos deben ser diferentes. El autor potencia la coordinación entre familiares que permita una actuación coherente y coordinada respecto al paciente, ya que a menudo el padre adopta un rol periférico mientras que la madre se sobreimplica en el proceso de ayuda.

Se deja así patente la influencia de estos factores familiares en la recaída y en el abandono terapéutico de los toxicómanos, y en este estudio se concluye, entre otras afirmaciones, lo siguiente: que el funcionamiento familiar ordenado se relaciona con más largos periodos de tiempo libre de drogas; la reacción de los padres a los esfuerzos de autonomía, y la expresión abierta a pensamientos y sentimientos además de la empatía se relacionan con una mayor abstinencia. Los sujetos que "caen" también presentan peor clima familiar, una menor red de apoyo social y mayor número de acontecimientos vitales estresantes incontrolables (muertes, divorcios de padres, etc.). El 16% de las recaídas están relacionadas con los conflictos interpersonales, relacionados con el empleo, con la familia, con la pareja, etc. El 20% de las

recaídas se relacionan con la presión social. Es de gran importancia de la familia en la retención del paciente drogodependiente en el tratamiento, mayor compromiso de familia (los padres y/o la pareja) en el tratamiento se asocia con un mejor pronóstico. Sin embargo, no existen estudios que analicen en profundidad y con instrumentos adecuados los aspectos de la interacción familiar y la forma en que ésta incide en la evolución del hijo toxicómano (40, 38, 39).

Otros estudios obtienen que la alta EE en padres se asociaba, entre otras conductas, con la conducta antisocial que se mostraba actualmente y con la que se mostraría en el futuro, con el uso de drogas y con mayores arrestos delictivos de los hijos, además los hermanos con alta EE (sobre todo cuando esta se expresaba en criticismo) predijeron estos mismos resultados en los hermanos más jóvenes a los 2 años de seguimiento, acentuando como ya se ha comentado, la importancia de los procesos intrafamiliares (en padres y hermanos) en la etiología de problemas de conducta, entre ellos el uso de drogas (41).

Utilizando el constructo EE para medir el riesgo de los efectos medioambientales o del entorno familiar del niño, se han realizado estudios longitudinales con gemelos monocigóticos, como el estudio de Caspi, Moffitt, Morgan, Rutter, Taylor, Arseneault, et al. (42), en el que se encontró que el gemelo que recibía más negatividad maternal (como criticismo, hostilidad) y menor calor tenía más problemas de conducta antisocial, entre estas conductas se encontró el consumo de drogas, con lo que los autores concluyen que los resultados que obtienen sugieren que la mayor negatividad maternal, medida mediante el constructo EE, puede jugar un papel causal en el desarrollo de problemas de conducta antisocial y de drogadicción.

También se ha evaluado el papel de la EE como un predictor de deterioro funcional del niño, en madres con historia de depresión o en madres no deprimidas. Los resultados del estudio indicaron que el componente de EE Criticismo y el grado de depresión maternal tenían unas asociaciones predictivas independientes con los síntomas conductuales exteriorizados de los jóvenes, entre ellos el consumo de sustancias y el deterioro funcional, sirviendo también el componente de criticismo en una alta EE como una variable mediadora, entre la depresión maternal y el deterioro funcional en el niño (43).

En un estudio que pretende identificar cuales eran las variables que predicen la participación en un programa de prevención juvenil de abuso de drogas, se encontró que estas variables fueron (44): el número de hijos, el nivel educativo de los padres, el uso de drogas por los hijos, el conflicto familiar, el estilo de crianza paternal, y las variables que más relacionadas estaban con el constructo de EE fueron el conflicto familiar, las relaciones entre padres-hijos y la comunicación entre los miembros de la familia, mostrando este estudio que se hace necesario identificar estas variables para aumentar la participación en estos programas, para así poder influir sobre el riesgo de consumir sustancias, en consonancia con lo propuesto por otros autores para la recaída en sujetos toxicómanos (38, 39).

En otro de estos trabajos, se evaluó la relación entre el nivel de EE maternal y la incidencia de trastornos afectivos, el abuso de sustancias y de trastornos de conducta en niños, encontrándose que niveles más altos de EE maternal se asociaba con el aumento del riesgo del niño de sufrir cualquiera de estas tres entidades, específicamente aumentaba el riesgo de que el niño fuera diagnosticado de trastorno depresivo y de abuso de sustancias (45).

En pacientes alcohólicos también se ha estudiado la influencia de la EE en el curso de la patología, O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart y Cutter (46), encuentran los pacientes alcohólicos con esposos de alta EE, tenían más probabilidad de recaer, mostraban un menor tiempo para recaer y bebieron en un porcentaje mayor de días en los 12 meses después de empezar una terapia de pareja. En este trabajo la EE se asociaba con la recaída independientemente de la

educación de los pacientes y de la severidad de los problemas que estos presentaban con el alcohol. En cuanto a la disminución de recaídas, en los pacientes con esposos de alta EE, un mayor uso de Antabús y un mayor número de sesiones de terapia pareja se asociaron con reducciones en la recaída.

En relación a pacientes alcohólicos, otra investigación ha evaluado la relación entre los diferentes componentes del constructo EE y las recaídas en estos pacientes, Fichter, Glynn, Weyerer, Liberman y Frick (47) estudian la relación entre los diferentes componentes de la EE y las recaídas a los 6 y 18 meses, en este estudio se encuentra que los comentarios críticos hechos por los familiares al paciente (medidos mediante la CFI) tenía un impacto significativo en la abstinencia y contribuían a predecir el curso del alcoholismo, encontrándose una relación entre la posterior recaída y el rechazo del paciente por el familiar. Un número bajo de CC y un alto nivel en Calor era asociado con más bajo riesgo de recaída; sin embargo, contrariamente a las expectativas de los autores, la SIE significativa de los familiares era asociada con más abstinencia.

2) Estudios en los que se puede observar influencia de los componentes de la EE aunque no se estudian específicamente:

Otros trabajos no relacionan directamente el constructo de EE con la drogadicción, pero si se observa en ellos que los componentes de la EE son importantes en cuanto a la relación de los familiares con el curso y prevención de la drogodependencia, principalmente estos trabajos hablan de las críticas, la hostilidad y la sobreimplicación por parte de los familiares (principales componentes de la EE), lo que esta en consonancia con los componentes de este constructo que han mostrado un mejor valor predictivo. Algunos de estos trabajos son los que se comentan a continuación.

Maravall (48), defiende que para mantener hábitos positivos dentro de la familia que influyan en la prevención de la drogodependencia hay que, ser claros y precisos ante un posible conflicto, tanto al expresar preocupación y enfado, explicar como esperan que se comporten, tratar solo un tema cada vez y no mezclar cosas, hay que evitar otros hábitos negativos en la comunicación familiar como son generalizar, criticar a la persona en vez de la conducta, culpar, amenazar, reprochar (hostilidad), interrumpir a la otra persona, etc., lo que muestra la importancia de dos componentes directamente relacionados con la EE en la prevención de la drogadicción, en este caso las críticas y la hostilidad.

En relación al consumo de drogas por parte de los hijos y el clima familiar, diferentes estudios (49, 14) confirman la relación entre el uso de drogas en los hijos y un ambiente familiar conflictivo y hostil, y de forma genérica, se sostiene que la crianza de niños de familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de conducta en general (13).

En cuanto al clima familiar y comunicación familiar, Misitu (50), manifiesta que no es el tipo de familia lo que se relaciona con el consumo, sino las variables de calidad del funcionamiento y el clima familiar asociadas, por ello, remarca que la capacidad para la comunicación y la discusión de los conflictos en la familia cumple funciones protectoras frente al consumo de drogas, mientras que la ausencia de comunicación paterno-filial o pautas negativas de comunicación inadecuadas como dobles mensajes y críticas, así como un clima familiar conflictivo, se consideran factores de riesgo para la conducta de consumo de sustancias. Relacionado con lo obtenido por este autor (50), dos estudios muestran resultados similares en cuanto a la importancia del clima familiar:

a) El primero, un estudio europeo anterior (realizado en diferentes ciudades, con adolescentes de 14 – 15 años) obtuvo que el vivir con ambos padres era una variable de menos

importancia en el uso de sustancias en comparación con los aspectos cualitativos de la vida familiar (buen clima familiar, bajos niveles de conflicto familiar y en especial la unión que se establecía con la madre), la unión con la madre era un inhibidor importante del uso de sustancias independientemente de la diferencias regionales y de la disponibilidad de la droga, solo debilitado por problemas más generales de conducta. Estos resultados subrayan el papel de familias, pero sobre todo el de madres, en regular las conductas relacionadas con el consumo de sustancias en personas jóvenes (51).

b) El segundo estudio encuentra que la violencia y el conflicto familiar se asociaban con la conducta de uso de alcohol y otras drogas, siendo el clima familiar una variable de mayor influencia que el estado conyugal de los padres en el desarrollo de la conducta de uso de drogas en el hijo, así cuando el clima familiar era favorable y no había violencia ni conflicto familiar y los padres estaban viviendo juntos los jóvenes tenían significativamente una menor probabilidad del uso de alcohol y otras drogas, pero cuando estas condiciones eran desfavorables, el mismo hecho era asociado a una probabilidad mayor de consumo (52).

Otros trabajos corroboran la importancia de los factores familiares relacionados con el clima familiar y pautas de comunicación como factores de riesgo-protección (entre estos se pueden ver componentes de la EE), y destacan como factores de riesgo en relación al clima familiar son la sobreprotección, el clima familiar negativo, la inseguridad, incomunicación; y como factores de protección en relación a esto destacan: los modelos de comportamiento adecuados: como la seguridad y comunicación con los padres, el bienestar y la calidad de la vida familiar (53). En un trabajo para analizar la situación del consumo de drogas de síntesis en población juvenil y para identificar las variables relacionadas con el uso de estas sustancias en estudiantes de educación secundaria, se encontró que las variables relacionadas con el consumo son, entre otras, un pobre rendimiento académico, actitudes tolerantes hacia las drogas, vivir solo con uno de los padres, tener mala relación con la familia, hostilidad familiar y consumo de drogas de los amigos y la familia (54).

Mientras que otros trabajos muestran la relación entre un clima familiar hostil y el consumo de drogas, un estudio que lo muestra es el realizado en 218 jóvenes de entre 10 y 18 años (116 de ellos eran usuarios habituales y 102 de estos sujetos eran dependientes de drogas ilícitas, según criterios del DSM IV), los datos que se obtuvieron apoyan la noción del uso de drogas como una forma inadaptativa de afrontamiento, y corroboran igualmente la relación del consumo con el estrés, la depresión y factores familiares como el conflicto, la existencia de pautas rígidas de interacción y la falta de vínculos de apoyo y afectivos (55).

En relación a los estudios anteriores, algunos autores comentan que la mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión y por la sobreimplicación maternal en las actividades con los hijos parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas (56), y otros defienden que las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta y se inicie en el consumo de sustancias (57).

En resumen, los estudios anteriores muestran de nuevo la importancia de los componentes principales de la EE, aunque no se midan específicamente, los componentes relacionados con el clima familiar negativo (hostil, crítico y sobreprotector) son considerados factores de riesgo para el consumo de sustancias, pudiendo incidir tanto en el curso como en el inicio de la drogodependencia.

3) Estudios sobre la Percepción del Clima Familiar Negativo:

Además de medir la EE que presenta el familiar del consumidor, sería de importancia tener en cuenta la percepción que de este clima familiar negativo, hostil, crítico o sobreprotector tiene la persona consumidora, lo que mostraría que la persona percibe este clima disfuncional como negativo, como una relación o evento estresante que incidiría en la patología, así estos familiares de alta EE se percibirían por el drogodependiente como más rechazantes, hostiles, posesivos, etc.

Teniendo en cuenta esto, un drogodependiente puede tener una relación familiar orientada hacia dos extremos: la sobreimplicación de la madre y la baja implicación del padre, pero ninguno de los dos casos necesariamente conlleva afecto y aceptación paterna, por lo tanto, parece que la implicación familiar no conlleva necesariamente afecto, siendo entonces la percepción del drogodependiente de la ausencia de aceptación y amor por parte de los padres, más que los extremos de implicación, el factor que contribuye al inicio y al mantenimiento del abuso de drogas (58).

En otro estudio, en personas con diagnóstico por trastorno adictivo a sustancias (no alcohólicas) que inician tratamiento, se explora el funcionamiento familiar y su relación con los problemas derivados o asociados a esta situación y se observa como una peor situación médica y psiquiátrica se asocia positivamente con un mayor estrés familiar y el uso de drogas se asocia con un mayor estrés familiar y con una más baja satisfacción familiar y con una peor comunicación y recursos familiares, por tanto, se constata la relación entre la severidad de la adicción y el funcionamiento familiar, tanto desde la apreciación del clínico como desde la del propio paciente. Aunque hay diferencias en la valoración que realizan del consumo de sustancias y de la situación psiquiátrica y socio-familiar, en esta valoración el clínico atribuye una mayor severidad al consumo de sustancias, mientras que el paciente expresa una mayor severidad en relación al clínico en la valoración de la situación psiquiátrica y socio-familiar (59).

Así en relación a la percepción del drogodependiente sobre sus padres diferentes estudios han encontrado que la percepción y relación que estos tienen de sus familiares es negativa. Algunos estudios que muestran lo comentado anteriormente serían:

- a) En el trabajo de Rees y Wilborn (60), se encontró que los sujetos con trastornos adictivos perciben a sus padres como más rechazantes, irritables, negligentes, intrusivos, posesivos, sobreprotectores, manipuladores de sentimientos y sin una dirección y criterio precisos en las reglas.
- b) Stoker y Swadi (61), encuentran que los consumidores de alcohol y drogas describen la relación entre sus padres como distante y aislada, con frecuentes discusiones y conflictos, con dificultades de comunicación entre ambos padres, que tienden a ser desconfiados, verbalmente punitivos y críticos respecto al hijo. Además, las madres son percibidas por sus hijos drogodependientes como más punitivas, con relaciones frecuentes, pero más negativas.
- c) En su estudio, Johnson y Pandina (62), encuentran que los sujetos consumidores de alcohol y/o drogas describían las relaciones parentales como aversivas frente a los no consumidores que las describían como afectivas.

Se ha mostrado que padres con características relacionadas con los componentes de la EE se consideraban más ineficaces para manejar las conductas problema del familiar drogodependiente, así los padres sobreprotectores se consideran más ineficaces para manejar las conductas adictivas de sus hijos, mostrando además que la familia del drogodependiente presenta déficit en la comunicación, característica encontrada en otros muchos estudios comentados anteriormente (2).

Según lo encontrado en estos estudios, la percepción que el paciente tiene sobre su consumo, y su situación socio-familiar se muestra como una variable a tener en cuenta en el estudio de las relaciones familiares y drogodependencia en familias que cuentan con un miembro consumidor, ya que se ha visto que es de suma importancia la satisfacción y el nivel de estrés que informa el paciente, estando esto relacionado con la severidad de la adicción y el funcionamiento familiar (59).

CONCLUSIONES.

En la revisión realizada se ha encontrado evidencia que implica a la familia como un factor de primer orden en las drogodependencias, factores relacionados con la estructuración y sobre todo factores relacionados con el funcionamiento, la comunicación, interacción y clima familiar se han relacionado con el inicio y mantenimiento del consumo. Las variables del ámbito familiar que más frecuentemente se han relacionado con el consumo de drogas por parte de un miembro de la familia han sido entre otras un clima familiar negativo (estrés, negatividad y rechazo, entre otros), un conflicto familiar excesivo (críticas y hostilidad generalizada.), estilos educativos inadecuados, exceso de protección y falta de comunicación adecuada, entre otros, de los muchos factores familiares identificados, los relacionados con la comunicación e interacción familiar son unos de los más referidos, siendo la EE una medida que puede informar sobre la comunicación y el clima emocional que manifiestan los familiares con el enfermo.

Así diferentes estudios han mostrado la relación entre un alto nivel de EE y la recaída en drogodependientes en tratamiento por adicción a heroína, otros han mostrado una alta EE manifestada por los padres es un factor de gran influencia en el inicio del consumo de drogas en jóvenes. En pacientes alcohólicos, una alta EE por parte del familiar, hacía que estos pacientes mostraran una mayor probabilidad de recaer en un menor periodo de tiempo y que consumieran más bebida, teniendo el constructo gran importancia en la predicción del curso del consumo. Otros trabajos, aunque no estudian específicamente la EE, si estudian factores relacionados con sus principales componentes, así se habla de que factores como la hostilidad, las críticas, etc. en definitiva factores relacionado con el funcionamiento y la comunicación familiar que tienen un mayor impacto en el inicio y recaída en el consumo que los factores estructurales familiares, pudiendo funcionar estos como factores de riesgo y protección.

Los diferentes estudios muestran que unos componentes de la EE se relacionan más con el inicio y recaída, así los componentes con mayor valor predictivo son el CC y la H, en cuanto a la SIE, se encuentran resultados contradictorios. En lo referente a las personas que conforman el núcleo familiar, los más relevantes en la manifestación de características de alta EE han sido principalmente los padres y esposos, encontrándose también que una alta EE por parte de hermanos mayores influye en el uso de drogas por parte de hermanos mas pequeños (41). En los padres la manifestación de la EE es diferencial, teniendo las madres una mayor importancia en la manifestación de la alta EE y encontrándose mayores relaciones entre alta EE de estas y mayor probabilidad de consumo y recaída que cuando la alta EE era manifestada por el padre.

Con lo comentado y teniendo en cuenta los resultados de los diferentes estudios citados, la EE parece una variable de importancia en relación a las drogodependencias, por lo que se puede tener en cuenta para diseñar programas de tratamiento, rehabilitación y prevención que tengan en cuenta el constructo y las relaciones familiares, aunque para tenerla en cuenta hay que evaluarla, y las pruebas empleadas para su evaluación limitan la evaluación de la EE en el ámbito clínico, donde sería deseable medirla de cara a la intervención, siendo también conveniente el evaluar la percepción del paciente en cuanto a su situación de consumo y de su situación socio-familiar, lo

que mostraría si se percibe o no la naturaleza estresante de las relaciones familiares donde hay una alta EE.

En resumen y como conclusiones finales, teniendo en cuenta la revisión realizada, podemos decir que:

- Hay relación entre un alto nivel de EE, el inicio del consumo y la recaída en drogodependientes.
- Los componentes de la EE más importantes en el inicio y recaída son el Criticismo y la Hostilidad.
- Los familiares más relevantes en la manifestación de una alta EE que afecte al curso de la patología son los padres y los esposos o esposas del consumidor.
- Para que se pueda medir la EE en contextos clínicos en el campo de las adicciones es necesario construir escalas breves que superen los inconvenientes de las pruebas hasta ahora utilizadas.
- En la evaluación de la EE se debería tener en cuenta la percepción sobre el clima familiar por parte del consumidor.

REFERENCIAS.

1. Kumpfer KL, Alvarado R, Whiteside HO. Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Subst Use Misuse* 2003; 38 (11-13): 1759-87.
2. López-Torrecillas F, Bulas M, León-Arroyo R, Ramírez I. Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones* 2005; 17(3): 241-9.
3. Lloret D. Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y Drogas* 2001; 1(1).
4. Davis DL, Klagsbrun M. Substance Abuse and Family Interaction. *Fam Process* 1977; 16(2): 149-64.
5. Ripple CH, Luther SS. Familial factors in illicit drug abuse: an interdisciplinary perspective. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22(2): 147-72.
6. Merikangas KR, Dierker L, Fenton B. Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En: Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer KL, editors. *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville: Department of Health and Human Services; 1998.
7. Kumpfer KL, Olds DL, Alexander JF, Zucker RA, Gary LE. Family etiology of youth problems. En: Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer KL, editors. *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville: Department of Health and Human Services; 1998.
8. Hoffmann JP, Su SS. Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: a non-recursive model. *Addiction* 1998; 93(9): 1351-64.
9. Storm B, Haugland M. Recurrent disruptions of rituals and routines in families with paternal alcohol abuse. *Fam Relat* 2005; 54(2): 225-41.
10. Alonso C, Del Barrio V. Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. XXI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol; 1994. Bilbao.
11. Muñoz-Rivas M, Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 2001; 13(1): 87-94.
12. Sanz CA, [Montañés J](#), [Martínez M](#). Variables familiares escolares y grupales y consumo de drogas en población escolar. *Rev Esp Drogodependencias* 2004; 3-4:188-209.
13. Bragado C, Bersabé R, Carrasco F. Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema* 1999; 11: 939-56.
14. Otero JM, Mirón L, Luengo A. Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *Int J Addiction* 1989; 24: 1065-82.

15. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112: 64-105.
16. Macià D. Las drogas: conocer y educar para prevenir. 6ª rev. ed. Madrid: Pirámide; 2000.
17. Espada J, Méndez X, Griffin K, Botvin G. Adolescencia: Consumo de Alcohol y Otras Drogas. *Pap Psicol* 2003; 84.
18. Zahn M, Ball J. Factors related to the cure of opiate addiction among Puerto Rican addicts. *J Addict* 1972; 7.
19. Maltzman I, Schweiger A. Individual and family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse. *Addiction* 1991; 86(11): 1435-47.
20. Dodge KA, Pettit GS. A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Dev Psychol* 2003; 39(2): 349-71.
21. Saatcioglu O, Erim R, Cakmak D. Review Article: Role of family in alcohol and substance abuse. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60(2): 125-32.
22. Wuerker A, Long J, Haas G, Bellack A. Interpersonal control, expressed emotion, and change in symptoms in families of persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 2002; 58: 281-92.
23. King S, Richard N, Rochon V, Steiger H, Nelis S. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2003; 117: 211-22.
24. Linszen D, Dingemans P, Nugter M, Van der Does A, Scholte W, Lenior M. Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophr Bull* 1997; 23: 119-30.
25. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. ***Psychol Med* 1994; 24(3): 707-18.**
26. Hinrichsen G, Pollack S. Expressed emotion and the course of late-life depression. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(2): 336-40.
27. Hooley J, Teasdale J. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J Abnorm Psychol* 1989; 98(3): 229-35.
28. Chambless D, Steketee G. Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(5): 658-65.
29. Muela JA, Godoy JF. Reactividad de la Medida de la Emoción Expresada durante un Ingreso, *Iberpsicología* 2003; 8: 1-4.
30. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976; 15: 157-65.
31. Cole JD, Kazarian SS. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *J Clin Psychol* [1988](#); 44(3): 392-97.
32. Muela JA, Godoy JF. El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Rev Electrón Motiv Emoc* 1997; 4: 7.
33. Hooley J, Parker H. Measuring Expressed Emotion: An Evaluation of the Shortcuts. *J Fam Psychol* 2006; 20(3): 386-96.
34. Kavanagh D, O'Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C et al.. The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res* 1997; 70: 185-95.
35. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Res* 2002; 109(3): 265-79.
36. Gerlsma C, Van der Lubbe P, Van Nieuwenhuizen C. Factor Analysis of the level of expressed emotion scale. A questionnaire Intended to measure "perceived expressed emotion". *Br J Psychiatry* 1992; 160: 385-89.

37. Docherty NM, Server MR. Development and preliminary validation of a questionnaire assessment of expressed emotion. *Psychol Rep* 1990; 67(1): 279-87.
38. García E. Intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y abandono de tratamiento en hijos toxicómanos. Experiencias europeas de atención drogodependientes con hijos. Bilbao: AGIPAD; 1999.
39. García, E. Intervenciones grupales con padres para disminuir las tasas de recaída y abandono de tratamiento en hijos toxicómanos basadas en el modelo de emoción expresada. En: AGIPAD, editor. Experiencias Europeas de Atención a drogodependientes con hijos. Bilbao: AGIPAD; 1999. p. 43-61.
40. Berasategi A. Aprender a ser padres versus padres por qué y para qué. En: AGIPAD, editor. Experiencias Europeas de Atención a drogodependientes con hijos. Bilbao: AGIPAD; 1999. p. 63-80.
41. Bullock BM, Bank L, Burraston B. Adult sibling expressed emotion and fellow sibling deviance: A new piece of the family process puzzle. *J Fam Psychol* 2002; 16(3): 307-17.
42. Caspi A, Moffitt T, Morgan J, Rutter M, Taylor A, Arseneault L, et al. Maternal Expressed Emotion Predicts Children's Antisocial Behavior Problems: Using Monozygotic-Twin Differences to Identify Environmental Effects on Behavioral Development. *Dev Psychol* 2004; 40(2): 149-61.
43. Nelson DR, Hammen C, Brennan PA, Ullman JB. The impact of maternal depression on adolescent adjustment: The role of expressed emotion. *J Consul Clin Psychol* 2003; 71(5): 935-44.
44. [Al-Halabi-Díaz S](#), [Secades-Villa R](#), [Pérez JM](#), [Fernández-Hermida JR](#), [García-Rodríguez O](#), [Crespo JL](#). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. [Drug Alcohol Rev](#) 2006; 25(4): 327-31.
45. Schwartz CE, Dorer DJ, Beardslee WR, Lavori PW, Keller MB. Maternal expressed emotion and parental affective disorder: risk for childhood depressive disorder, substance abuse, or conduct disorder. *J Psychiatr Res* 1990; 24(3): 231-50.
46. O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. *J Consul Clin Psychol* 1998; 66(5): 744-52.
47. Fichter MM, Glynn SM, Weyerer S, Liberman RP, Frick U. Family Climate and Expressed Emotion in the Course of Alcoholism. *Fam Process* 1997; 36(2): 203-21.
48. Maravall J. El papel de la familia en la prevención de las drogodependencias. Madrid: CEAPA; 2006.
49. Herman MA, McHale SM. Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *J Appl Dev Psychol* 1993; 14: 121-36.
50. Misitu G. La Vida Familiar y el Consumo de Drogas. IV Congreso Anual FAD: Sociedad, Familia y Drogas. Drogas: El Comodín de los Problemas Sociales; 2006 Valencia: FAD; 2006.
51. McArdle P, Wieggersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, et al. European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction* 2002; 97(3): 329-36.
52. [Carvalho V](#), [Pinsky I](#), De Souza e Silva R, [Carlini-Cotrim B](#). Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school students. [Addiction](#) 1995; 90(1):65-72.
53. Bellosta R, Múgica E. Asesoría Psicológica: Mal fin de Semana. Alcohol y otras Drogas. Zaragoza: Asesoría Psicológica del Ayuntamiento (CIPAJ) y Universidad de Zaragoza; 2003.
54. Fernández JR, Álvarez E, Jiménez JM, Fernández J, Secades R, Cañada A, et al. Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del Principado de Asturias (España). *Adicciones* 2003; 15(1): 31-38.

55. [Díaz D, Pérez V](#), Fernando A, Wagner F, Arellanez JL. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental* 2004; 27(3): 54-64.
56. Pons J, Berjano E, García F. Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones* 1996; 8(2): 177-91.
57. Selnow GW. Parent-child relationships and single and two parent families: Implications for substance usage. *J Drug Educ* 1987; 17: 315-26.
58. Booth BM, Russell DW, Soucek S, Laughlin PR. Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992; 18: 87-101.
59. Iraurgi I, Sanz M, Martínez-Pampliega A. Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones* 2004; 16(3): 185-95.
60. Rees CD, Wilborn BL. Correlates of drug abuse in adolescents: a comparison of families of drug abusers with families of non drug abusers. *J Youth Adolesc* 1983; 12: 55-63.
61. Stoker A, Swadi H. Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug Alcohol Depend* 1990; 25: 293-7.
62. Johnson V, Pandina RJ. Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and doping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17: 71-88.