



Facultat de Psicologia, Ciències  
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

**Universitat Ramon Llull**

**Família i Addiccions:  
Dinàmica familiar, vincle conjugal i parental en  
famílies amb un membre jove-adult  
drogoaddicte**

**TESI DOCTORAL**

Presentada per:

Anna Vilaregut Puigdesens

Universitat Ramon Llull

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport,  
Blanquerna

Barcelona, febrer de 2003

Al meu marit Felip,  
als meus pares Imma i Lluís,  
a la meva germana Laura,  
i als meus sogres M<sup>a</sup> Teresa i Josep,  
amb un “gràcies” de tot cor.

# AGRAÏMENTS

Aquest treball no hagués estat possible sense el suport, les idees i les orientacions de moltes persones amb les que he tingut la sort de compartir espai i temps comú. A totes elles el meu profund agraïment.

Al Dr. Carles Pérez Téstor i al Dr. Xavier Sánchez Carbonell pel seu suport i assessorament que com a professionals m'han ofert en tot moment.

Al Dr. Carles Virgili i al Dr. Lluís Prieto pels seus coneixements estadístics i per la paciència que han mostrat en les diferents fases d'aquest treball. Com també, el Dr. Francesc Rovira per la seva dedicació.

Als companys/es i amics/ges de la Unitat de Recerca i el curs de Doctorat de la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna (URL). Molt especialment, el Juan Carles Ledesma, la Susanna Pérez, la Concep Palacín, la Laura Seus, el Jordi Puig, l'Anna Gassols, l'Úrsula Oberst i l'Elena Sesorís, dels quals he compartit el procés d'elaboració d'aquesta tesi doctoral i al mateix temps, m'han ofert en tot moment el seu suport incondicional. Com també, als professors del curs de Doctorat, el Dr. Octavi Follat, la Dra. Cèlia Alvariño, el Dr. Lluís Botella, el Dr. Francesc Torralba, la Dra. Julieta Piastro, el Dr. Francesc Salvador i la Dra. Elena Guardiola.

A la professora Paqui Martínez, com a tutora de llicenciatura, em va motivar i orientar en el camí de la recerca. Sens dubte, el seu assessorament em va permetre gaudir de la beca predoctoral per a la Formació de Personal Investigador (1997-FI 00149), del Comissionat per a Universitats i Recerca, Generalitat de Catalunya.

A les col·laboradores del grup de recerca d'Addiccions, de la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna, que en el seu moment van aportar el seu gra de sorra, em refereixo a la Cristina Alós, l'Eva Higuera, la Dèlia Martínez i la Laia Bertran.

A la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport, Blanquerna, per permetre'm créixer a llarg d'aquests darrers onze anys, ja sigui com alumne, becària i professora.

A la professora Liliana Zanuso per la seva professionalitat com a terapeuta i mediadora familiar, i sobretot per la seva humanitat que va permetre que la nostra relació passés a convertir-se en una vertadera amistat.

Als companys/amics i els docents de l'Escola de Teràpia Familiar de la Santa Creu i Sant Pau, molt especialment a les amigues Fina Ruiz i Neus Sabaté, i amb els docents, Dr. Juan Luis Linares, Josep Checa, Dra. Carmen Vecino, Fèlix Castillo, Gemma Baulenas i Susanna Vega, amb els que he esdevingut terapeuta familiar sistèmic, per tant, aprendre a valorar les famílies i a conèixe'm més a mi mateixa dins d'un context relacional.

Al Centre IEFCoS, "*Instituto Europeo di formazione e consulenza sistémica*" (Roma), de manera molt especial, al Dr. Luigi Cancrini i al professor Maurizio Coletti, com també al centre "*Di studio e di applicazione della psicologia relazionale*" (Prato), concretament al Dr. Gianmarco Manfreda, al professor Lamberto Scali i a la professora Sandra Melosi, que van contribuir també en la meva formació com a psicoterapeuta sistèmic-relacional.

Als centres col·laboradors i els seus professionals, el CAS de St. Gervasi, el CAT, el CITA, Proyecto Hombre, la Unitat de drogodependències de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, i l'Institut Municipal de la Salut, pel seu temps, la seva dedicació i la seva confiança per aquest estudi.

Al Dr. Carles Ballús, al Dr. Miguel de Andrés i a la Dra. Susanna Pérez per la seva disponibilitat i interès a permetre que pogués conèixer i utilitzar dos dels tres qüestionaris que he utilitzat, concretament, el PBI i la DAS.

A les famílies i els/les joves adults participants en l'estudi per haver-me obert les portes de la seva llar. I, finalment, a la meva família i amics, per la seva paciència i comprensió al llarg del procés d'elaboració d'aquest treball.

# Índex

Introducció .....	1
-------------------	---

## PART I. FONAMENTS TEÒRICS

### 1. Aproximació teòrica del model sistèmic

1.1. El paradigma de la circularitat .....	8
1.2. Teoria General de Sistemes: Sistema i propietats .....	12
1.3. Teoria de la Comunicació Humana: Els axiomes .....	16
1.4. La Cibernètica: Homeòstasi i morfogènesi .....	19
1.5. Síntoma i pacient identificat .....	21

### 2. Conceptualització de la Família

2.1. Família, funcions i dinàmica familiar .....	25
2.2. Tipologies de famílies .....	35
2.3. Cicle vital de la família .....	46
2.4. Vincle familiar .....	52
2.4.1. Vincle conjugal .....	54
2.4.2. Vincle parental .....	60

### 3. Conceptualització de la Drogoaddicció .....

3.1. Aportacions generals .....	83
3.2. La Drogoaddicció des del model sistèmic .....	87
3.2.1. La drogoaddicció com a símptoma .....	88
3.2.2. La drogoaddicció dins els sistema familiar .....	90
3.2.3. Tipologia i Model Etiopatogènic de les drogodependències .....	95
3.3. Les famílies dels joves-adults drogodependents.....	112
3.3.1. Característiques sociodemogràfiques del nucli familiar .....	117
3.3.2. Característiques sobre la dinàmica familiar .....	125
3.3.3. Característiques relacionals entre la parella conjugal-parental .....	138
3.3.4. Característiques relacionals entre pares i fills .....	142

## PART II. APLICACIÓ EMPÍRICA

### 4. Objectius i hipòtesis

4.1.	Objectius .....	151
4.1.1.	Objectiu general .....	151
4.1.2.	Objectius específics .....	152
4.2.	Hipòtesis .....	153

### 5. Mètode

5.1.	Disseny .....	155
5.2.	Participants .....	156
5.3.	Instruments .....	165
5.3.1.	L'escala de Cohesió i Adaptabilitat Familiar ( <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, CAF</i> ) .....	165
5.3.2.	L'escala d'Ajustament Diàdic ( <i>Dyadic Adjustment Scale, DAS</i> ) .....	170
5.3.3.	L'instrument del Vincl Parental ( <i>Parental Bonding Instrument, PBI</i> ) .....	172
5.4.	Procediment .....	175
5.5.	Anàlisi de les dades .....	178

### 6. Resultats .....

179

6.1	Percepció de la dinàmica familiar i la tipologia de família .....	180
6.1.1.	Anàlisi freqüencial i correlacional dels dos grups, experimental i control, respecte els 6 factors .....	180
6.1.2.	Distribució dels 16 tipus de dinàmica familiar .....	200
6.1.3.	Comparació intragrupal i intergrupar dels 3 tipus de família .....	204
6.2	Percepció de l'ajustament diàdic del vincle conjugal .....	212
6.2.1.	Anàlisi freqüencial i correlacional de les 4 subescales de la DAS en els dos grups d'estudi .....	212
6.2.2.	Anàlisi freqüencial i correlacional vers la percepció d'ajustament diàdic en els dos grups d'estudi .....	222
6.3	Percepció del vincle parental .....	226
6.3.1.	Correlacions de les cures i protecció en els dos grups d'estudi .....	227
6.3.2.	Comparació intergrupar de les cures i protecció .....	230
6.3.3.	Distribució per quadrants i comparació intergrupar .....	232

<b>7. Discussió</b> .....	239
7.1. Dades sociodemogràfiques .....	241
7.2. Dinàmica i tipologia familiar .....	247
7.2.1. Anàlisi dels 6 factors .....	247
7.2.2. Dinàmica familiar i tipus de família.....	253
7.3. Ajustament diàdic conjugal .....	261
7.4. Vincle parental .....	288
<b>8. Conclusions</b> .....	280
<b>9. Referències bibliogràfiques</b> .....	284
<b>10. Annex</b> .....	302

## Introducció

Clásicamente se entiende que un libro refleja una línea de pensamiento, el diseño de una construcción propia del autor y lo que éste desea transmitir.

Es esta misma orientación la que posiciona al lector como un sujeto pasivo que recibe las ideas, con la cual la lectura se convierte en un acto unidireccional: un autor activo y un lector pasivo.

Sabemos, sin embargo, que todo lector captará y traducirá en construcciones propias las ideas de la obra, y es a partir de entonces - *momento sagrado*- que dichas ideas dejan de ser patrimonio exclusivo del autor para pasar a formar parte del universo del lector.

Así, el lector abandona la pasividad para convertirse en uno de los gestores del libro. Pensarlo de este modo implica que la lectura y sus reflexiones se estructuran como un proceso de co-construcción entre autor y lector. De esta manera, entra en crisis la linealidad tradicional que polariza un activo-pasivo en relación autor y lector, respectivamente.

No se invierte la polaridad. Se trata de poner en juego lo que en adelante llamaremos el posible paradigma, el paradigma de la circularidad, una suerte de lectura interactiva, donde autor y lector, conociéndose a través de la obra, construyen juntos el producto.  
(Ceberio i Watzlawick, 1998, p.13)

He volgut començar aquesta introducció citant un fragment de la primera part del llibre “La construcción del universo” (Ceberio i Watzlawick, 1998, p.13) perquè descriu clarament, des del meu punt de vista, el procés d’aprenentatge i creixement que he experimentat durant l’elaboració d’aquesta tesi doctoral. Sense dubte, un camí llarg on els dubtes, les inquietuds, la confusió, el caos han estat sensacions que alhora han compartit protagonisme amb altres, com ara la curiositat, la motivació, l’interès, les ganes d’aprendre i comprendre a través de la reflexió i el qüestionament que m’han portat a estar, a pensar i a actuar gratament diferent de l’inici d’aquesta recerca.

Els meus coneixements previs i inicials sobre família i drogoaddicció vertaderament es basaven, per una part, en la meva observació i experiència personal i, per l’altra, en la meva formació acadèmica a la Facultat de Psicologia i Ciències de l’Educació i de l’Esport, Blanquerna. Amb això em refereixo que, quan vaig començar a interessar-me en la recerca sobre aquest fenomen,



era una noia jove a qui, com a qualsevol altra, agradava anar a la discoteca a ballar i conèixer gent. És precisament en aquest entorn de nit, quan vaig tenir la possibilitat de treballar-hi dos anys, on se'm va fer més palès que el consum de substàncies o drogues era una conducta molt freqüent. Aquest fet va coincidir amb dos elements més que crec que van ser clau per motivar i donar-me aquell impuls necessari per decidir fer una tesi doctoral. Un dels elements importants va ser fer una assignatura de lliure configuració anomenada “Família i comportament humà”, dictada pel Dr. Carles Pérez-Téstor, a Blanquerna. Estic segura que va ser el moment en què vaig rebre i definir conceptes necessaris per arribar a comprendre la família des d'una vessant psicodinàmica. El segon element mencionat anteriorment va ser viure de molt a prop una experiència dura i cruel d'un noi que era drogoaddicte que en aparença provenia d'una família estructurada i benestant socioeconòmicament parlant. Aquest element em va permetre apropiarme als coneixements de les conductes addictives del Dr. Xavier Sánchez-Carbonell.

A partir d'aquí, vaig començar a llegir llibres, articles, investigacions, és a dir, tota la literatura que podia tenir a l'abast que parlés del tema de família amb un fill jove-adult drogoaddicte. En aquesta primera revisió tenia força clar quin era el marc teòric, és a dir, quin havia de ser el llenguatge de coneixement que jo utilitzaria per interpretar el que volia estudiar. Ara bé, ràpidament em vaig adonar que era possible fer altres lectures diferents dins del mateix tema, totes vàlides en funció del punt de mira que hom escollia. Aquest descobriment, juntament amb el fet que vaig tenir l'encert de fer paral·lelament un curs enfocat a la intervenció de famílies en situacions de crisi, va ser la clau per fer un salt epistemològic i decidir-me per les aportacions del model sistèmic. He escrit encert, per una banda, perquè gràcies a aquest curs, doncs, vaig poder conèixer el que seria el meu pilar com a investigadora i professional, és a dir, el model sistèmic com una manera de parlar i entendre la dinàmica i l'estructura familiar. I per altra banda, perquè em va permetre conèixer una de les persones que m'han ajudat i han confiat més en mi; em refereixo, sense cap mena de dubte, a la Dra. Liliana Zanusso.

En relació amb el punt anterior, haig de remarcar que el meu canvi de posicionament teòric evidentment va ser una decisió força complexa, ja que els meus coneixements previs sobre la dinàmica, funcions i estructura familiar provenien, com he dit anteriorment, de l'enfocament

psicodinàmic. Per tant, decidir per una nova epistemologia representava tot un repte tant a nivell personal com professional. Per aquest motiu, paral·lelament als cursos de formació del Doctorat a la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, vaig iniciar el màster de Teràpia Familiar Sistèmica a l'Escola de Teràpia Familiar Sistèmica de St. Pau, amb el Dr. Juan Luís Linares al capdavant. Haig de confessar que, malgrat que m'identifico com a terapeuta familiar sistèmica, aposto per una posició respectuosa i complementària als altres corrents psicològics, i molt especialment, al que va ser la meva primera formació, el psicodinàmic.

Així, doncs, arribats en aquest punt, voldria esmentar que, gràcies a les lectures i els aprenentatges tant del Doctorat com del Màster, vaig concretar quins aspectes de la família voldria estudiar i sota quines condicions, de manera que m'ajudés al màxim a comprendre la realitat familiar quan aquesta es troba en una situació de crisi dins d'una etapa concreta del cicle vital familiar. En el meu cas, l'etapa de l'emancipació juvenil quan el jove és drogoaddicte.

És en aquest punt quan vaig començar a plantejar-me qüestions referents a la dinàmica familiar, la funcionalitat del símptoma drogoaddicció, l'homeòstasis de la relació conjugal i familiar, el grau de morfogènesi de la família i la relació pare-mare i fill, fins arribar a plantejar-me què s'havia estudiat fins ara en relació amb el que acabo d'esmentar. Per aquest motiu i per donar una resposta a tot el plantejat anteriorment, vaig trobar molt important fer una segona recerca literària. Aquesta va significar el punt de partida del procés d'investigació pròpiament dit. Com molt bé indica Hoffmann (1987):

La familia es un sistema que trasciende los límites de la persona aislada, y sin embargo es lo bastante pequeña y claramente limitada que sirve como unidad de investigación. En la familia, como en el clima, una vez que dejamos al individuo y observamos a la familia como entidad sistemática que reside en campos cada vez más grandes, empezamos a ver claras redundancias y distintas pautas. (p.21)

En l'etiologia de l'abús i dependències a drogues, es consideren tres grans factors: la persona, l'ambient i la substància. Una persona neix amb unes capacitats i mancances de temperament i personalitat determinats al principi per herència. Durant el seu desenvolupament, majoritàriament a la infantesa i l'adolescència, aquestes característiques innates es van modificant a causa de la influència de l'entorn. Primerament, el més immediat, la família, i llavors, el que proporciona els amics i les altres institucions socials característiques de la nostra societat. A través d'aquest entorn, hom inicia un procés d'aprenentatge que finalitzarà amb la pròpia mort.

És en la infantesa i l'adolescència on es produeixen els grans aprenentatges i, a la vegada, és en aquest entorn on apareix el fenomen associat a les drogodependències, davant el qual l'individu i el seu context poden desenvolupar unes respostes diferents en funció dels seus nivells de desenvolupament i d'organització.

Des d'aquesta perspectiva, es pretén estudiar l'entorn més immediat, la família, ja que és precisament en aquest entorn on s'han de desenvolupar les funcions bàsiques d'aprenentatge per tal que tots els membres adquireixin aquelles regles, creences i conductes vàlides per a un bon funcionament tant individual com social. Seguint en aquesta línia, com diuen McGoldrick, Heiman i Carter (1995): "Siamo nati in famiglia. La famiglia ha costituito il luogo e il tramite delle nostre prime relazioni, della prima esperienza di gruppo e della nostra prima esperienza del mondo. Il nostro sviluppo, la crescita e, ci auguriamo, la morte hann luego all'interno del contesto familiare" (p.237). En aquest sentit, és remarcable fer referència a un concepte introduït per Pérez-Testor (1995) en què considera a la família com "la matriu de creixement de tots els seus membres" (p.16).

Si fer referència a les funcions de la família, estem d'acord amb Linares (1996) quan assenyala que:

La familia debe desarrollar las funciones nutritivas como las funciones sociabilizantes para que el niño llegue a disfrutar de una buena adaptación ya sea en el entorno interno como en el externo. Se entiende por funciones nutritivas aquella capacidad que tienen los padres de que el niño se sienta reconocido, valorado y querido. En cuanto a las funciones sociabilizantes, los padres controlan el contacto de sus hijos con la sociedad en un doble sentido: ayudándolos a defenderse sobre cómo tratar a los otros (funciones protectoras) y orientándolos sobre cómo tratar a los otros (funciones normativas). (p.76)

Per altra banda, coincidim amb Pérez-Testor (1995) quan remarca que “la funció principal de la família és la de crear el marc necessari per afavorir el creixement dels seus membres i contenir les ansietats que es formen en el grup familiar” (p.17).

Una vegada definida la família com la matriu de creixement de tots els seus membres, la funció de la qual és desenvolupar les funcions nutritives i socialitzadores, com la de crear un marc necessari per afavorir el creixement dels tots els membres, creiem oportú destacar, si ens centrem més concretament en la drogoaddicció, les aportacions de Stanton (1985). Segons aquest autor, els que estudien i treballen amb drogoaddictes han d'arribar a comprendre que els problemes provocats per les drogues es desenvolupen dins d'un context familiar i que la majoria dels addictes no són individus aïllats, sense vincles primaris. Tot el contrari, els problemes que sorgeixen en la vida dels drogoaddictes poden relacionar-se amb les forces i relacions interpersonals que els rodegen. En aquesta línia, estariem d'acord amb Vilaregut, Sánchez-Carbonell i Seus (2001) quan assenyalen que “ademés en España, el consumo de drogas se produce en una cultura en la que los lazos familiares son tradicionalmente más cohesionados que en la anglosajona, lo que subraya la relevancia de la familia en la génesis, mantenimiento y superación de la conducta adictiva” (p.221).

Des del marc epistemològic del model sistèmic, destaquem la importància dels patrons de relació dins de les famílies les quals hi ha un fill portador d'aquest símptoma, la

drogodependència. L'estructura familiar prototípica del jove addicte és aquella en què un dels pares té un vincle fort amb ell, mentre que l'altre és més distant o absent. Segons Stanton i Todd (1994) i Tomko i Utada (1991), la mare adopta una conducta sobreprotectora i el pare se sent més perifèric o no s'implica en el problema. Dinàmicament, és un sistema familiar aglutinat, on els vincles entre els membres estan tan units que no hi ha espai per al desenvolupament personal ni físic de l'individu.

Seguint amb les mateixes directrius, estem d'acord amb Coletti (1987) quan defineix la drogodependència com un símptoma que funciona com a mecanisme homeostàtic, regulador de les transaccions familiars. És un acte comunicatiu que s'utilitza com una mena de contracte entre dos o més membres, i que sovint es produeix quan la persona es troba en una situació impossible i intenta sortir-se'n. En altres paraules, és un missatge que s'envia als altres i és una resposta adequada en un sistema comunicacional inadequat. En aquesta línia, coincidim amb Malkus (1994) i Vecino (1991) afirmant que, en aquest tipus de problema, es deteriora no sols la salut individual de tots els membres de la família sinó també la funcionalitat d'aquesta.

Per aquest motiu, aquesta investigació té l'objectiu de descriure i analitzar la dinàmica familiar i el vincle familiar i, dins d'aquest, el vincle conjugal i el parental, en relació amb la drogodependència d'un dels seus membres, concretament el/la jove-adult, per tal de valorar la família com a element rellevant en el tractament de les drogodependències.

Per poder arribar a aquest fi, el treball s'ha estructurat en dues parts ben diferenciades però alhora complementàries entre si. La primera part fa referència als fonaments teòrics i s'ha dividit en tres grans blocs, i la segona part descriu la part empírica, subdividida en cinc blocs més. Pel que fa a la primera part, concretament en el primer bloc, es fa l'anàlisi epistemològica del model sistèmic a partir de les teories i conceptes clau que han ajudat a fomentar-la. Seguidament, en el segon bloc, i en relació amb el primer, es fa una descripció detallada de la conceptualització de família, dinàmica, funcions, tipologia cicle vital familiar, per acabar, amb el vincle familiar, desglossat en el vincle conjugal i parental. Finalment, en el tercer bloc, dins dels fonaments teòrics, s'exposa extensament la conceptualització de la drogoaddicció des d'una visió més

general fins arribar a la visió del model sistèmic, entenent-la com un símptoma dins del sistema familiar. A partir d'aquestes premisses, es desglossa la tipologia de les drogodependències de Cancrini i el model etiopatogènic relacional de Cirillo, i s'acaba amb una descripció de la revisió feta sobre l'estat de la qüestió sobre el tema a investigar al llarg d'aquests darrers 25 anys. Com es podrà comprovar, en aquest darrer bloc, es recopilen alguns resultats que han estat objecte de llargues investigacions fetes per autors majoritàriament americans, italians i espanyols, respecte a les famílies d'addictes. D'aquesta manera, creiem que es posa en evidència una visió més completa del fenomen de l'addicció dins del sistema familiar, malgrat les diferències que hi pugui haver entre Europa i els EUA.

A la segona part, i com ja hem esmentat anteriorment, es descriu l'aplicació empírica de la nostra investigació en cinc blocs. En el primer bloc, es fa referència als objectius i les hipòtesis que es pretenen demostrar. Aquest bloc es complementa amb la descripció del mètode, concretament, el tipus de disseny utilitzat, la mostra estudiada, els instruments utilitzats, el procediment que vam seguir i finalment, com vam fer l'anàlisi de les dades. Tot seguit, el tercer bloc desglossa tots els resultats que es van obtenir a través dels instruments descrits en el bloc anterior. D'aquesta manera, es pretenen explicar les característiques observables en la investigació, així com els resultats de la tesi, tot reconeixent que cada família és única i irreplicable quant a identitat grupal. Malgrat tot, també creiem que és possible trobar semblances estructurals o trets comuns entre certs tipus de famílies, com són les famílies d'aquesta investigació.

Finalment, en el quart i en el darrer bloc, el cinquè, es pot trobar la discussió i les conclusions a partir dels resultats obtinguts, com també aquelles reflexions fruit del procés d'aprenentatge intrínsec amb la tesi doctoral, que no deixen de ser subjectives i, per tant, font per a noves discussions, nous aprenentatges i noves investigacions.

# 1. Aproximació teòrica del model sistèmic

En aquest apartat, pretenem fer una síntesi de la fonamentació teòrica d'aquesta investigació a fi de transmetre com es construeix el coneixement des del model sistèmic, posant de manifest conceptes, idees i teories de les quals aquest model s'ha nodrit per arribar a ser una nova epistemologia, un nou paradigma o, més senzillament, una nova manera de veure els fenòmens i les seves interrelacions.

## 1.1. El paradigma de la circularitat

Ens situem en el paradigma sistèmic. Es tracta d'una posició epistemològica que, té unes arrels sòlides en la història de l'antropologia, amb Bateson al capdavant, de la biologia, amb Von Bertalanffy, de la teoria de la comunicació i la informació, amb Winer i Watzlawick com a pioners i, finalment, com a darreres influències, per una banda, del constructivisme, amb Maruyama com a màxim representant i, per l'altra banda, de la física, amb Prigogine. No obstant això, estem d'acord amb Ceberio i Watzlawick (1998) quan assenyalen que no es pot dir que hagi aconseguit arribar a ser un paradigma suficientment influent per poder substituir o absorbir el paradigma predominant que entén la realitat des de la linealitat, no perquè no tingui els elements conceptuals adequats, sinó perquè la comunitat científica no ha volgut acceptar totalment les noves idees que aquest proposa (p.45).

Malgrat tot, creiem que, des dels seus inicis (anys cinquanta), el paradigma sistèmic s'ha anat confrontant, a través de la Teoria General de Sistemes, la Teoria de la Comunicació Humana i la Cibernetica<sup>1</sup>, majoritàriament, a la concepció lineal i objectivable dels fenòmens i la seva casualitat, característica del paradigma positivista, i va donar una dosi de confusió que va moure el món científic en diferents camins. D'aquesta manera, per a Ceberio i Watzlawick (1998), parlariem de crisi del model analític que tendia a descompondre les parts, per afavorir un nou

---

<sup>1</sup> Als apartats següents es fa una explicació més detallada de cada una d'aquestes teories a partir dels conceptes clau.

model capaç d'observar els fenòmens, a partir de la comprensió i l'explicació del "Tot". En aquesta línia, coincidim amb Onnis (1997) quan assenyalava que:

Se hacía necesaria la superación de las concepciones reduccionistas a favor de enfoques capaces de relacionar circularmente las partes, sustituyendo los conceptos que hablan de "sumatividad" con aquellos que hablan de "totalidad<sup>2</sup>"; enfoques capaces de integrar los múltiples componentes de lo humano, o sea, biología, emociones, pensamientos, relaciones con el ambiente y con el mundo; en suma, enfoques capaces de restituir al cuerpo la globalidad de su existir. Es lo que llamamos una "visión sistémica", que a la fragmentación reduccionista de los componentes contraponen una organización, dotada de sentido, de los componentes mismos. (p.21-22)

Sens dubte, Bateson va ser un dels precursors d'aquest canvi de model. Creiem oportú parlar d'una de les seves aportacions, es tracta de la conceptualització que va fer sobre la "ment". Bateson, el 1971, definia la ment com "la esencia del hecho de estar vivos" (p.34). Ara bé, dins d'aquesta línia, el 1985, proposa una altra conceptualització més complexa: "La mente es inherente no sólo del cuerpo, sino también a las vías y a los mensajes 'fuera' del cuerpo" (p.22). Creiem, doncs, que aquesta nova conceptualització de "ment" és molt important, perquè assenyalava la correlació inseparable entre organisme i ambient i, per tant, proposa que la unitat de supervivència no és l'organisme, sinó l'organisme dins del seu entorn. Seguint amb aquesta idea, per a Bateson (1985), l'organisme no s'adapta a un ambient determinat, sinó que organisme i entorn coevolucionen (p.23).

Estaríem d'acord amb Onnis (1997) que acceptar aquesta conceptualització de ment que fa Bateson porta a afirmar que: "es posible relacionar recíprocamente cuerpo, mente, ambiente, en una especie de *continuum* circular, proponiéndolos no ya como entidad separadas, sino más bien, como diferentes aspectos de una realidad que adquiere las características de realidad compleja i complementaria" (p.23). Al mateix temps, acceptaríem una altra idea d'Onnis, que considera

---

<sup>2</sup> Concepte bàsic que caracteritza la Teoria General de Sistemes creada per Von Bertalanffy, segons el qual el sistema és el quelcom més que la suma de les seves parts (principi de no-sumativitat) (Salem, 1990, p.33).



que una metodologia sistèmica sembla definir-se com un dels recorreguts possibles per sortir de les limitacions dels models reduccionistes i trobar nous conceptes que aporten complexitat (p.26).

Tot això anterior ha permès que el mateix Onnis (1997) ens assenyalés que acceptar aquesta lògica de la complexitat significa també acceptar una possible pluralitat de punts de vista, una possible multiplicitat de models interpretatius, sense caure en el parany d'identificar el model sistèmic com un model holístic, és a dir, omnicomprensiu de cada aspecte de la realitat, ja que tornàriem a córrer el risc, segons ell, de caure paradoxalment i sense adonar-nos-en, altre cop, en el reduccionisme (p.32).

Paral·lelament al concepte de complexitat, recolzem la idea de Hoffman (1987) que defensa que hi ha un altre concepte central dins d'aquesta nova epistemologia, és la idea de la casualitat circularitat (p.17). Coincidim amb Hoffman (1987) quan afirma que, de tots els que han escrit sobre el canvi a una epistemologia circular, Bateson és el que més ha intentat explicar en què consisteix aquest canvi d'epistemologia o paradigma. El llibre "*Mind and Nature*", que va escriure el mateix Bateson (1971), n'és un exemple. En aquest llibre, Bateson diferencia entre el món dels objectes físics i el món de les formes vives. El món físic, el món de Newton, suposa un model "de bola de billar" on la casualitat és lineal i les forces actuen unidireccionalment sobre els objectes. En canvi, en el món de les formes vives no només és important la força, sinó també la informació i les relacions (p.41).

Així, doncs, d'acord amb aquestes directrius, segons Watzlawick (1994), diríem que "la casualidad de las relaciones entre organismos es circular, y que de la misma manera que toda causa produce y condiciona el efecto, también todo efecto se convierte, al mismo tiempo, en la causa y actúa como consecuencia sobre su propia causa" (p.76).

No és difícil imaginar que idees com aquestes no tinguin implicacions menys importants quan s'aplica al camp de la psicoteràpia o la recerca. Seguint amb les línies de Hoffman (1987), ja no és possible creure que el terapeuta o l'investigador "causi l'efecte" sobre el client o la família

mitjançant la seva personalitat, la seva habilitat o la seva tècnica. El terapeuta o l'investigador no és un agent i el client no és un subjecte. Els dos formen part d'un camp més extens en què terapeuta i/o investigador, família i certs elements actuen i reaccionen uns vers els altres de manera circular. Un paradigma circular forma part també d'aquesta manera d'analitzar tot sistema terapèutic (p.20).

Per tant, i tal com hem assenyalat anteriorment, pensem que en l'actualitat la qüestió ja no és evidenciar ni directament ni indirectament que les causes produeixen efectes, sinó defensar o no la complexitat dels fenòmens i la casualitat circular existent entre ells. En definitiva, parlar del model sistèmic no vol dir substituir un model per un altre, sinó proposar un nou model per a la interpretació dels problemes psicològics i que sigui un mètode que pugui obrir el camí a una nova epistemologia, l'epistemologia de la complexitat, i a un nou paradigma, el paradigma de la circularitat.

En conclusió, sense creure que el model sistèmic és la “vertadera resposta” i “l'explicació última” dels fenòmens, sinó una forma diferent de llegir o interpretar-los, optem pel model sistèmic perquè té com a base la complexitat i la circularitat en contraposició a la linealitat i l'objectivació de les relacions i les casualitats entre fenòmens, el context enfront de l'individu, i la salut per la malaltia<sup>3</sup>. Sobre aquesta cosmovisió hauria de plantejar-se el debat epistemològic.

## 1.2. Teoria General de Sistemes: sistema i propietats

Estaríem d'acord amb molts autors, com Feixes i Miró (1994); Hoffman (1987); Salem (1990); quan assenyalen que un altre concepte bàsic del model sistèmic és el concepte de sistema<sup>4</sup>, entès i definit, a partir dels anys quaranta, per la Teoria General de Sistemes<sup>5</sup> de Von Bertalanffy, com un intent de poder tenir a l'abast fenòmens que els plantejaments científics reduccionistes no podien explicar (p.256). Creiem oportú, recordar la definició que va fer Coletti (1987) sobre la Teoria General de Sistemes: “Cada sistema o grupo està compuesto por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás” (p.14). Podem comprovar que aquesta definició coincideix en gran part amb la definició que Salem (1990) va fer de sistema: “Un conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros” (p.28).

Coincidim amb Feixes i Miró (1994) sobre les conseqüències que comporta la definició de sistema. Ens referim al fet que, per poder entendre el comportament de tot sistema, cal tenir en compte no només els seus elements i propietats, sinó també les interaccions entre ells i les propietats que siguin fruit de la totalitat del sistema (p.256). Seguint amb aquesta idea, segons Hall i Fagen (1956, a Watzlawick, Beavin i Jackson, 1981, p.117), diríem que un sistema és un conjunt d'objectes així com de relacions entre els objectes i entre els atributs, els objectes són els components o parts del sistema, els atributs són les propietats dels objectes i les relacions són les forces que mantenen el sistema unit.

---

<sup>3</sup> D'aquest punt, en farem referència al llarg dels següents apartats que configuren aquest capítol.

<sup>4</sup> Sistema prové del grec, *sunísteme*, que en general, segons l'Encyclopédic Philosophique Universelle (1991), fa referència a “un rassemblement d'objets, d'éléments ou de parts d'une réalité qui sont présentés et qu'il convient de saisir dans leur articulation réciproque, et dont chacun acquiert signification de la place qu'il occupe dans ce tout” (p.2532).

<sup>5</sup> Si consultem l'Encyclopédic Phisophique Universelle (1991), observariem que defineix la TGS de Von Bertalanffy com “un système peut être défini somme un ensemble d'éléments en interaction entre eux et avec leur environnement” (p.2536).

Tal com ens indiquen Watzlawick i col·l. (1981, p.118), un altre aspecte important de la definició d'un sistema és la definició dins del seu context. Així, doncs, hem de distingir entre suprasistema, que fa referència a l'entorn del qual el sistema es desenvolupa, i els subsistemes, que són els components del sistema. Des d'aquest punt de vista, destaquem les aportacions de Hall i Fagen (1956, a Watzlawick i col·l., 1981), concretament a l'aportació en què assenyalen que "para un sistema dado, el medio es el conjunto de todos los objetos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también objetos cuyos atributos son modificaciones por la conducta del sistema" (p.118).

Arribats a aquest punt, fóra bo parlar de les tipologies i les propietats dels sistemes. Pel que fa a les tipologies, podem distingir dos tipus de sistemes, els sistemes tancats i els sistemes oberts. Tal com ens indica Watzlawick i col·l. (1981):

Los sistemas orgánicos son abiertos, entendiéndose por ello que intercambian materiales, energías o información con su medio. Un sistema es cerrado si no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, tales como información, calor, materiales físicos, etc.. y, por ende, no hay cambio de componentes, siendo ejemplo de ello una reacción química que tiene lugar en un recipiente aislado y sellado. (p.119)

Si fem referència a les propietats dels sistemes, voldrà dir que hem passat de la definició més universal dels sistemes generals a centrar l'atenció en un dels dos tipus bàsics<sup>6</sup>, el sistema obert. En aquest sentit, és remarcable destacar algunes de les propietats dels sistemes oberts, tal com s'apliquen a la interacció. Aquestes són: la totalitat, la retroalimentació i, finalment, l'equifinalitat.

---

<sup>6</sup> Cal assenyalar que l'altre tipus bàsic de sistema és el sistema tancat, és a dir, aquell sistema en què no hi ha intercanvi d'energia entre el sistema i l'entorn. Un exemple és la solució química que es pugui trobar dins d'una proveta.

La primera propietat bàsica de tot sistema obert és la totalitat, entesa com aquella propietat on cada una de les parts d'un sistema està relacionada amb les altres, de tal manera que un canvi en una d'elles provoca un canvi a tota la resta i al sistema com un tot. D'aquesta manera, un sistema es comporta no solament com un simple conglomerat d'elements independents, sinó com un tot inseparable o coherent (Watzlawick i col·l., 1981, p.120). En altres paraules, estariem també d'acord amb la definició que fa Salem (1990) en el qual relaciona aquesta propietat amb el principi de no-sumativitat. És a dir, el concepte de totalitat remet que tot sistema obert és quelcom més que la suma de les seves parts (principi de no-sumativitat). Així, doncs, el "tot" implica l'aparició de qualitats emergents que sorgeixen de la interrelació de dos o més elements del mateix sistema obert.

La segona propietat bàsica és la retroalimentació, entesa com el procés relacional d'intercanvi d'energia entre el sistema obert i el seu entorn, és a dir, de les entrades i sortides d'energia del sistema com també entre els diferents elements que el constitueixen. És més, aquests intercanvis o *feedbacks*, com ja hem assenyalat en l'apartat anterior, mai no són unilaterals o sumadors, sinó circulars. D'aquí que tota retroalimentació no es pugui entendre sense remetre al concepte de relació circular. Així, doncs, si A afecta B, B afecta A al mateix temps, i així successivament. Per tant, estem d'acord amb la conclusió de Salem (1990) i amb el model sistèmic en general, que les relacions no són lineals, sinó circulars<sup>7</sup>.

Finalment, la tercera propietat característica de tot sistema obert és l'equifinalitat. Segons Watzlawick i col·l. (1981) parlariem que, en un sistema circular i automodificador, els "resultats"-entesos com la modificació de l'estat al final d'un determinat temps- no estan tan determinats per les condicions inicials com per la naturalesa del procés o els paràmetres del sistema. En altres paraules, el principi d'equifinalitat significa que resultats idèntics poden tenir orígens diferents, perquè l'important és la naturalesa de l'organització (p.123). Seguint amb aquestes premisses, recolzem la idea que si la conducta equifinal dels sistemes oberts està basada en la seva independència respecte a les condicions inicials, llavors no solament condicions inicials poden donar lloc al mateix resultat final, sinó que resultats diferents poden haver estat

produïts per les mateixes “causes”. Així, doncs, estem d’acord amb Watzlawick (1994) quan fa referència que “en el análisis del modo en que las personas se afectan unas a otras en su interacción, consideramos que las características de las génesis o el producto son mucho menos importantes que la organización de la interacción” (p.124).

De la mateixa manera, doncs, tal com apuntàvem en l’apartat anterior, coincidim amb el que Salem (1990) afirma respecte les aportacions de la Teoria General de Sistemes, és a dir, la Teoria General de Sistemes proposa un model de pensament que es diferencia del model racionalista clàssic per la seva concepció circular i relacional dels fenòmens (p.34).

---

<sup>7</sup> Cal recordar que l’apartat 1.1 hi ha una explicació del què això implica.

### 1.3. Teoria de la Comunicació Humana: els axiomes

A l'apartat anterior apuntàvem els conceptes bàsics derivats de la Teoria General de Sistemes, ara bé, juntament amb aquests principis teòrics bàsics del model sistèmic, cal afegir aquells que es van formular dins del marc de la comunicació humana divulgada principalment gràcies a l'obra de Watzlawick, Beavin i Jackson (1967, 1981) a l'Escola de Palo Alto. En aquesta obra es van presentar cinc principis bàsics que, per aquests autors, són els axiomes metacomunicacionals de la pragmàtica de la comunicació humana. Vegem com els defineixen:

- a) És impossible no comunicar: Aquest principi estableix que tota conducta és comunicació, és a dir, té un valor potencial de missatge. Per a Watzlawick i els seus col·laboradors, no hi ha res que sigui el contrari de conducta; l'activitat o la inactivitat, les paraules o el silenci tenen sempre valor de missatge: influeixen sobre els altres, els quals, al mateix temps, no poden deixar de respondre a aquestes comunicacions i per tant, també comuniquen (p.50).
  
- b) En tota comunicació s'ha de distingir entre aspectes de contingut (nivell digital) i aspectes relacionals (nivell analògic): Els aspectes relacionals qualifiquen la informació expressada en el contingut del missatge. En general, els aspectes de contingut de la comunicació s'expressen mitjançant un codi lingüístic, abstracte i capaç de transmetre informació molt precisa, semblant als codis digitals dels ordinadors. En canvi, els aspectes relacionals obeeixen un codi molt més antic des del punt de vista filogenètic i molt més imprecís, com és el llenguatge no verbal, el dels gestos. A vegades, la definició de la relació es fa també verbalment, i dóna lloc a la metacomunicació, és a dir, a la capacitat de parlar sobre la relació, condició *sine qua non* de la comunicació eficaç i que es troba molt relacionada amb el problema de la percepció d'un mateix i de l'altre. Seguint amb aquesta idea, acceptem el que defensen Feixes i Miró (1994) quan assenyalen que tota definició d'una relació comporta al mateix temps una definició d'un mateix, perquè és com si la persona

estigués dient: “Així és com em veig amb relació a tu”, principi clau per entendre la interacció humana a través del model sistèmic.

- c) La puntuació de la seqüència dels fets: Aquesta característica bàsica de la comunicació, Watzlawick i col·l. (1981) es volen referir a la interacció –entesa com intercanvi de missatges- entre comunicants (p.56). Seguint aquesta idea, segons Watzlawick i els seus col·laboradors, un observador pot entendre una sèrie de comunicacions com una seqüència continuada d’intercanvis. No obstant això, per als qui participen en la interacció, tota seqüència d’intercanvi de missatges té un principi i un final. Amb tot, la “puntuació” seria la manera d’organitzar els fets per tal de formar una seqüència ordenada. Així, doncs, segons Watzlawick i col·l. (1981), diríem que “la falta de acuerdo con respeto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones” (p.58).
- d) Comunicació analògica i digital: Per a Watzlawick i col·l. (1981) és relativament senzill definir la comunicació analògica. En síntesi, hem de definir-la com “todo lo que sea comunicación no verbal” (p.63). En aquesta definició, hem d’incloure tant els moviments corporals, com la posició, els gestos, l’expressió facial, els tons de veu, el ritme etc.. Així, doncs, a l’altre pol d’aquesta definició, situaríem la comunicació digital, la comunicació que es transmet mitjançant les paraules, en definitiva, el llenguatge verbal. Seguint amb aquesta idea, segons Watzlawick i col·l. (1981), hem de suposar que l’aspecte relatiu al contingut es transmet de manera digital (verbal), mentre que l’aspecte relatiu a la relació és, majoritàriament, de naturalesa analògica (no verbal) (p.65).



- e) Interacció simètrica i complementària: Per poder comprendre aquests dos conceptes clau de la Teoria de la Comunicació Humana, ens hem de remetre a les aportacions de Bateson del 1935, quan va descriure un fenomen d'interacció que va observar a la tribu *iatmul*<sup>8</sup> de Nova Guinea i al seu llibre “*Naven*”<sup>9</sup>, publicat un any després. Aquest fenomen el va definir com cismogènesi –com un procés de diferenciació en les normes de la conducta individual resultants de la interacció acumulativa entre els individus-. En altres paraules, parlariem de la diferenciació entre els grups socials i el tipus de relacions que estableixen les parts entre si, que contribueix, d'aquesta manera, a una comprensió més extensa dels processos socials. Amb tot, creiem que el que més va ajudar a la comprensió d'aquests processos socials és la identificació de dos patrons relacionals en funció del tipus d'interrelació establerta entre les parts. Ens volem referir a la interacció simètrica<sup>10</sup> i a la complementària<sup>11</sup>. Seguint aquesta idea, estariem d'acord amb Watzlawick i col.l. (1981) quan afirmen que aquestes dues interaccions es poden descriure com relacions basades en la igualtat o en la diferència, respectivament (p.69). Concretament, en una relació complementària hi ha dues posicions diferents, un participant ocupa una posició superior o primària, mentre que l'altre ocupa una posició inferior o secundària. Aquesta condició no es dona en la relació simètrica, on els dos participants es troben en una mateixa posició. En síntesi, segons aquests autors, diríem que tots els intercanvis comunicacionals són simètrics o complementaris, segons si estan basats en la igualtat o en la diferència (p.70).

---

<sup>8</sup> Els *iatmuls* de Nova Guinea eren caçadors de caps que vivien en poblats de 200 a 1000 habitants sense jerarquia; per tant, no hi havia cap governant ni estructura d'estatus (Hoffman, 1987, p.46).

<sup>9</sup> El *naven* era una cerimònia que afirmava el vincle entre un fill *lana* i els germans de la seva mare, els *wans* (Hoffman, 1987, p.46).

<sup>10</sup> Simetria (del grec *syn*, igual, idèntic; *metron*, mesura) fa referència al model de relació que es basa en l'esforç per aconseguir la igualtat i la reducció mínima de les diferències entre les parts. Bateson (1936) va ser el primer que va utilitzar-la a la Teràpia Familiar, juntament amb la paraula complementarietat (Simon, Stierlin i Wynne, 1993, p. 332-333).

<sup>11</sup> Complementarietat (del llatí *complementum*, complement) es refereix a un model de relació en el qual la conducta i les aspiracions dels individus o grups es diferencien però s'ajusten mútuament en un equilibri dinàmic (Simon i col.l., 1993, p.73).

En definitiva, seguint amb Watzlawick (1994), acceptem la idea que “estas primeras aportaciones se transformarían más tarde en las precursoras de la teoría sistémica y, con ellas, las reflexiones de un cambio de paradigma” (p.32).

#### 1.4. La Cibernètica: homeòstasi i morfogènesi

Hi ha força literatura al voltant d'aquests dos conceptes, tots dos relacionats amb la teoria coneguda per Cibernètica<sup>12</sup>, més concretament, la Cibernètica de primer ordre. Tal com ens indiquen Ceberio i Watzlawick (1998), la idea central d'origen de la Cibernètica de Winer (1948) és estudiar els processos comunicacionals en els sistemes naturals i artificials, i el mateix Winer la va definir com “la ciencia de la comunicación en el hombre y la máquina” (p.46).

Aquest plantejament va portar el matemàtic Winer, als anys 30, a utilitzar un altre nou concepte bàsic per al model sistèmic, aquest és el d'homeòstasi, per designar la tendència de tot sistema obert a mantenir el seu equilibri intern a través de mecanismes reguladors complexos, anomenats *feedbacks* negatius o retroalimentació negativa<sup>13</sup>. Seguint aquesta idea, per a Ceberio i Watzlawick (1998) el terme homeòstasi no és un procés molt enriquidor per a tot sistema obert, ja que comporta un equilibri estàtic, un estat més aviat immòbil (p.50).

Sense dubte, creiem que les aportacions que va fer Maruyama, el 1960 (a Simon i col·l., 1993, p.248), van enriquir encara més, aquesta nova teoria coneguda com la Cibernètica de primer ordre. Ens referim al fet que va ser Maruyama qui va identificar una nova propietat patrimoni d'aquells sistemes més permeables al seu entorn, amb flexibilitat de regles en el seu

---

<sup>12</sup> Etimològicament, cibernètica deriva del terme grec *Kybernetike*, que significa “part del timó” o “part de governar”, segons Ceberio i Watzlawick (1998, p.46).

<sup>13</sup> Retroalimentació negativa, entesa com aquell procés que va en contra de tot canvi dins del sistema (Hoffman, 1987, p.57).

funcionament que li permeten, davant de les situacions de crisi, modificar-ne les pautes i redefinir-se a la nova situació mitjançant *feed-backs* positius o retroalimentació positiva<sup>14</sup>.

Aquesta nova propietat és la que Maruyama va definir com morfogènesi. En resum, segons Maruyama (1968, a Hoffman, 1987, p.57), parlariem d'homeòstasi quan féssim referència a la capacitat del tot sistema viu i obert de mantenir la seva estructura en un ambient que va canviant i/o evolucionant a través de retroalimentació negativa. Respecte a la morfogènesi, parlariem de la capacitat de tot sistema viu i obert de canviar per adaptar-se a noves situacions a través de la retroalimentació positiva. En definitiva, tal com afirmen Ceberio i Watzlawick (1998), homeòstasi i morfogènesi són els conceptes clau per entendre la Cibernètica de primer ordre i, com a conseqüència, l'aparició de la Cibernètica de segon ordre (p.52).

Per a Mead (1968, a Ceberio i Watzlawick, 1998), en la Cibernètica de segon ordre definitivament s'ha d'incloure l'observador dins del mateix sistema -s'integra l'observador i l'observat com a part d'un sistema total-, per tant, els sistemes ja no són observats des de fora, com fomenta la Cibernètica de primer ordre. Sense dubte, creiem que aquesta nova aportació va contribuir encara més a la comprensió del nou paradigma de la circularitat i de la complexitat. Segons Von Foerster (a Ceberio i Watzlawick, 1998), assenyalaríem que "la primera Cibernètica brindó los conceptos de regulación, equilibrio, estabilidad, cambio, mientras que la segunda introduce conceptos de mayor complejidad" (p.54).

En definitiva, fins aquí, hem intentat plasmar de manera clara i resumida una aproximació teòrica del model sistèmic. Volem, però, anar una mica més enllà, i és per aquest motiu, que hem cregut oportú parlar de com el model sistèmic conceptualitza la disfuncionalitat dins del sistema, i concretament, en el sistema familiar<sup>15</sup>. En altres paraules, hem intentat donar resposta a la pregunta interna que tot investigador o terapeuta sistèmic es fa a partir de d'una problemàtica dins del sistema família. Ens referim a: qui fa què, a qui, quan, on, com i amb

---

<sup>14</sup> Retroalimentació positiva, entesa com aquell procés que afavoreix el canvi dins del sistema (Hoffman, 1987, p.57).

<sup>15</sup> Al capítol tres es pot trobar una anàlisi en profunditat d'una disfunció o alteració concreta, la drogodependència d'un membre jove-adult dins del sistema familiar.

quina finalitat. Preguntes que, sens dubte, ens remetent a conceptes que ja hem explicat en apartats anteriors, com la relació circular, i òbviament a conceptes nous, com ara pacient identificat, símptoma i funció, que s'intentaran explicar en l'apartat següent abans de conceptualitzar la família com un sistema obert, governada per mecanismes homeostàtics i morfogenètics amb interacció dinàmica i comunicacional entre els seus membres.

### 1.5. Símptoma i pacient identificat

Al final de l'apartat anterior, apuntàvem l'interès d'aprofundir una mica més en la conceptualització teòrica del model sistèmic, en aquest cas, en la disfuncionalitat o problemàtica. Des d'aquesta perspectiva, el que pretenem en aquest apartat és conèixer, a nivell teòric, com el model sistèmic visualitza i defineix una problemàtica o disfunció dins d'un sistema obert, concretament dins del sistema familiar, com a sistema d'estudi de la nostra recerca. Per fer-ho, ens hem de remetre a conceptes que ja hem explicat en apartats anteriors, com per exemple, la relació circular, la totalitat, la simetria i la complementarietat i, sense cap mena de dubte, hem de parlar de nous conceptes, com ara pacient identificat, símptoma i funció del símptoma. Conceptes que considerem clau per entendre els apartats successius, la conceptualització de família i de drogoaddicció.

Des de l'epistemologia sistèmica, símptoma es refereix a un missatge que ens informa tant de l'individu, que és el portador, com del funcionament del sistema; la funció del qual és la de ser un senyal d'una pertorbació d'una o diferents funcions necessàries per a la supervivència. Aquesta idea ens porta a plantejar-nos tres preguntes que al llarg d'aquest apartat intentarem donar resposta. Aquestes qüestions són les següents: Quina funció té el símptoma? Què ens vol mostrar? i, Quines conseqüències comporta a la família i al portador d'aquest símptoma?<sup>16</sup>.

D'acord amb el que indica Ausloos (1998), tot símptoma no compleix cap funció en el moment de la seva aparició. Al principi, no és res més que un comportament aleatori entre una sèrie

---

<sup>16</sup> Com veurem més endavant, el model sistèmic el defineix com el pacient identificat (PI).

d'altres comportaments que haurien pogut també convertir-se en problemàtics o que continuen essent insignificants. Ara bé, quan el comportament és assenyalat com estrany, preocupant per sobre d'altres, llavors sí que diríem que es converteix en quelcom important per al sistema familiar. La repetició del comportament serà, a partir d'aquest moment, paral·lelament amplificada o reduïda pels membres del sistema, altra vegada, en funció de la història pròpia del subjecte, del tipus d'organització, de les regles de funcionament i de les finalitats pròpies d'aquest sistema particular. Una vegada que el sistema i el subjecte prioritzen aquest comportament, contribueixen al mateix temps a fixar aquest comportament com a simptomàtic. Per Ausloos, és així com el comportament preocupant comença a complir una funció i, com a tal, comença a formar part de les modalitats organitzacionals del sistema i a participar de l'economia personal del subjecte, que es converteix així en el pacient identificat (p.155).

Una vegada que el comportament és seleccionat i amplificat, arriba un moment en què comença a convertir en un hàbit, a formar part de la vida del subjecte, a ser un mitjà pel qual se l'identifica en el seu sistema. Per tant, estem d'acord amb Ausloos en el fet que no són els mecanismes homeostàtics del sistema els que han seleccionat el símptoma i el pacient identificat, sinó el comportament aleatori del subjecte, que ha estat amplificat i seleccionat fins al punt de convertir-se en una part fonamental del comportament homeostàtic. Continuant amb aquesta idea, segons Coletti (1987), parlariem d'una situació en la qual “un sistema familiar no puede soportar tal ‘stress’ y el síntoma que surge en uno de sus miembros permite no afrontar el cambio” (p.16).

Com a exemple, podem dir que, si en centrem concretament en l'etapa de l'adolescència i de l'emancipació (jove-adult), l'aparició d'un símptoma en aquestes etapes és molt sovint un compromís paradoxal fruit d'una incompatibilitat entre les finalitats individuals de l'adolescent o jove-adult i les finalitats familiar. Així, doncs, el pacient identificat és qui aporta la informació rellevant, però és també el funcionament propi del sistema el que ha contribuït a la gènesi del problema.

Al marge de les consideracions generals fetes respecte la conceptualització del pacient identificat, creiem necessari fer una anàlisi més profund sobre la funcionalitat i les conseqüències d'aquest dins del sistema familiar.

Seguint amb aquesta línia, segons Salem (1990), prèviament a la funcionalitat del pacient identificat, hauríem de fer referència a un altre concepte com és el de rol, entès com el conjunt de comportaments i de funcions que un membre de la família assumeix davant dels altres membres del sistema. Per al mateix autor, parlariem de rols familiars clars, quan són clarament percebuts i reconeguts per part de tots els membres de la família i per observadors externs a ella, i rols familiars difusos, quan no són reconeguts, o es troben negats pels membres de la família (p.73). És més, estem d'acord quan Salem assenyala que els rols difusos arriben a ser sovint patològics, disfuncionals, quan són mantinguts de manera rígida i repetitiva. De tal manera que tot rol que es manté rígidament, sense adaptació possible a les diferents funcions o als diferents estadis del cicle vital familiar<sup>17</sup>, és a dir, un rol que ajuda a mantenir mecanismes homeostàtics sense possibilitat de fer sorgir els mecanismes morfogenètics, és molt sovint l'índex d'una disfuncionalitat relacional important del sistema.

Sens dubte, des del model sistèmic, assumir rols disfuncionals al servei dels mecanismes homeostàtics familiars pot donar lloc a conseqüències negatives per al bon creixement del sistema familiar, sobretot, pel que l'assumeix. En relació amb aquesta idea, per a Ausloos (1998); Feixes i Miró (1994); Salem (1990) i molts altres autors que segueixen el corrent sistèmic, aquell membre familiar que assumeix un rol rígid, estàtic i com, a conseqüència, presenta síntomes disfuncionals o problemes psíquics i/o emocionals, sense adonar-se passa a ser un pacient indicador de les alteracions relacionals i d'una homeòstasi patològica del sistema, és a dir, el pacient identificat (PI). Així, doncs, estem d'acord amb la premissa de Feixes i Miró (1994), en la qual el pacient identificat es considera com la persona que expressa la disfunció familiar sistèmica (p.257). En altres paraules, per a Salem (1990), el rol del pacient identificat és l'expressió individualitzada d'una crisi que el sistema familiar està vivint que obeeix un doble

---

<sup>17</sup> A l'apartat 2.2 hi ha una definició clara i extensa sobre aquest nou concepte, cicle vital familiar.

missatge: per una banda, el comportament simptomàtic és una expressió de la crisi i, per tant, desestabilitza el sistema i canalitza la seva transició cap a un nou equilibri; i, per una altra banda, el mateix comportament simptomàtic funciona com a mecanisme homeostàtic, que té la funció de conservar l'equilibri anterior del sistema (p.75-76).

En definitiva, el repte és, doncs, realitzar una recerca amb rigor, sistematització i coherència científica, evitant caure en una interpretació reduccionista i lineal, a favor d'una nova manera d'interpretar els fenòmens, que estarà en funció de l'epistemologia de la complexitat i del paradigma de la circularitat; i dins de les disfuncions, alteracions o problemàtiques d'un sistema, caldrà buscar la funcionalitat del símptoma analitzant el sistema familiar en relació amb el pacient identificat i viceversa.

## 2. Conceptualització de la família

Casarse, fundar una familia, aceptar todos los niños que nacen, hacerlos vivir en este mundo incierto e, incluso, si es posible, guiarlos un poco, es, estoy persuadido, el máximo grado de lo que un hombre puede esperar.

(Kafka, 1985, p.63)

Aquest capítol té com a objectiu definir el concepte de família, les seves característiques i funcions seguint en la mateixa línia que en el capítol anterior, on es feia una síntesi teòrica del model sistèmic. Per fer-ho, l'hem dividit en quatre grans apartats, per tal de poder definir, conèixer i estudiar amb més profunditat la família com a sistema. Així, doncs, en el primer apartat, es fa una descripció a nivell general, i des de l'enfocament sistèmic, sobre família, funcions i dinàmica familiar. Seguidament, en el segon apartat, es parla de diferents tipologies de famílies dins del mateix enfocament. En el tercer apartat, introduïm un nou element d'anàlisi en el sistema familiar, que és el temps, per fer referència al cicle vital de la família. Finalment, en el quart apartat, es fa referència al vincle familiar, i dins d'aquest, al vincle en el subsistema conjugal i en el parental.

Com es comprovarà en capítols successius, aquests quatre apartats configuraran les tres àrees d'estudi de la nostra recerca. Concretament, la dinàmica familiar, la tipologia de famílies i el vincle familiar (conjugal i parental) dins d'una etapa concreta del cicle vital, la família amb un membre jove-adult. A continuació presentem el que acabem de comentar.

### 2.1. Família, funcions i dinàmica familiar

#### 2.1.1. Aportacions generals

Abans d'endinsar-nos a definir què entenem per família des del punt de vista sistèmic, i malgrat que existeixen autors, com ara Francis (1991), que creuen que qualsevol definició que es faci sobre el concepte de família sempre serà incompleta i deixarà de costat altres formes



d'organització familiar, tant senzilles com complexes, hem cregut necessari fer una síntesi de la nostra posició vers el concepte família i funcions a nivell general per poder arribar a la definició des del model sistèmic, seguint amb les directrius exposades en el capítol anterior d'aquest treball.

Una bona manera de començar a introduir-nos en el concepte de família podria ser partir d'una descripció etimològica del terme família. Al diccionari etimològic de Coromines, la paraula família es defineix com: “El conjunt d'esclaus i criats d'una persona”. *Famulus* seria el servent, l'esclau que pertany a la casa (Coromines, 1987, p.105). Thomas (1987, a Pérez-Téstor, 1995) insistia en aquesta visió: “La família no corresponia tan sols al conjunt de pares i fills, sinó al conjunt dels qui viuen en una casa. La família estaria formada per tots aquells qui viuen en una mateixa llar, una casa amb totes les seves pertinences, amb tota la família i les propietats” (p.16).

A partir d'aquesta definició, podem parlar de la importància del grup o sistema familiar entès com, totes les persones que viuen i comparteixen un mateix espai, una mateixa casa, i que creen una dinàmica familiar determinada. En aquesta línia, estariem d'acord amb Minuchin, Wai-Yung i Simon (1998) quan assenyalen que:

Una familia es un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficientemente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones. En sus interacciones modeladas con el otro, los miembros de la familia se construyen entre sí. Esta construcción complementaria en la red familiar de intercambios es una circunstancia buena y mala a la vez. Significa que los miembros de la familia siempre están funcionando por debajo de su capacidad. Existen aspectos del yo que no se activan en los papeles y patrones familiares habituales, y eso es una pérdida. Pero la vida en común también tiene la comodidad de una cierta predecibilidad y el sentido de pertenencia. (p.47)

Per altra banda, en relació amb la definició anterior, segons Stanton (1996), diríem que:

Una familia es un grupo de personas estrechamente unidas por vínculos consanguíneos, matrimoniales y de otra índole que recorren juntas un trayecto a lo largo del tiempo. Al evolucionar enfrentan cambios tanto “desde dentro” (procesos biológicos-sociales y muerte de sus integrantes) como “desde fuera” (alteraciones económicas, geográficas o político-culturales). La magnitud o oportunidad en que se producen estos cambios son decisivas para determinar con qué facilidad la familia hará los ajustes indispensables a fin de seguir su trayecto sin un grado indebido de disociación. Si los cambios son excesivos, tal vez la familia se descamine y se quede “atascada”. Comenzará entonces, a girar en una secuencia de conductas oscilantes y en escalada, que a la larga la llevará a “volcarse” a la comunidad para buscar personas ajenas a la familia que la ayuden. Pueden suceder que solicite la ayuda de terapeutas.

La definició anterior sobre família, des de la nostra posició, aporta una nova idea que creiem que és bàsica per a la supervivència de tota família, ens referim a la capacitat d'adaptació als possibles canvis. No podem oblidar que els canvis que es van produint a la família i les noves relacions que es generen, tant entre els cònjuges com entre els pares i fills, han cridat l'atenció dels investigadors per conèixer les seves implicacions en l'aparició i/o manteniment de problemes psicològics o psicopatològics i, com a investigadors, nosaltres no n'hem estat una excepció<sup>18</sup>.

Aquesta capacitat descrita al paràgraf anterior ens remet a una definició que va fer López, Etxebarria, Fuentes i Ortiz el 1999, en què parlaven del caràcter psicològic de la família. Així, doncs, diríem que:

---

<sup>18</sup> Com veurem més endavant, i dins del mateix apartat, després de parlar de la conceptualització de família, les funcions i la dinàmica familiar, des del model sistèmic, aprofundirem una mica més en la importància de les relacions triàdiques vers la supervivència de tot sistema familiar de manera funcional o disfuncional.

La familia es una realidad no sólo demográfica y social, sino también psicológica. Por las funciones que cumple tanto para los adultos como para los niños y niñas que la componen, por las relaciones que en ellas se establecen, por las transiciones por las que atraviesa, por su papel como protectora frente a riesgos y como promotora de desarrollo. (p.281)

Aquest mateixos autors emfasitzen l'estructura de la família convencional com la representada a la figura 1, pel fet que es pot observar clarament la relació triàdica<sup>19</sup> entre els seus membres: mare, pare i fill. I, com dèiem anteriorment, la capacitat d'adaptació als canvis es trobava íntimament relacionada amb els canvis que es produïen en aquesta relació triàdica i entre la relació conjugal. En aquesta línia, estariem d'acord amb Nicolò (1990) quan assenyala que el naixement del primer fill transforma la parella en família. La família és un grup complex que evoluciona de manera constant, que comprèn membres en diferents fases de desenvolupament, units entre ells per rols i funcions interrelacionats i diversificats. La família, doncs, serà: un sistema format per relacions, un marc per a l'aprenentatge i una matriu de pensament.

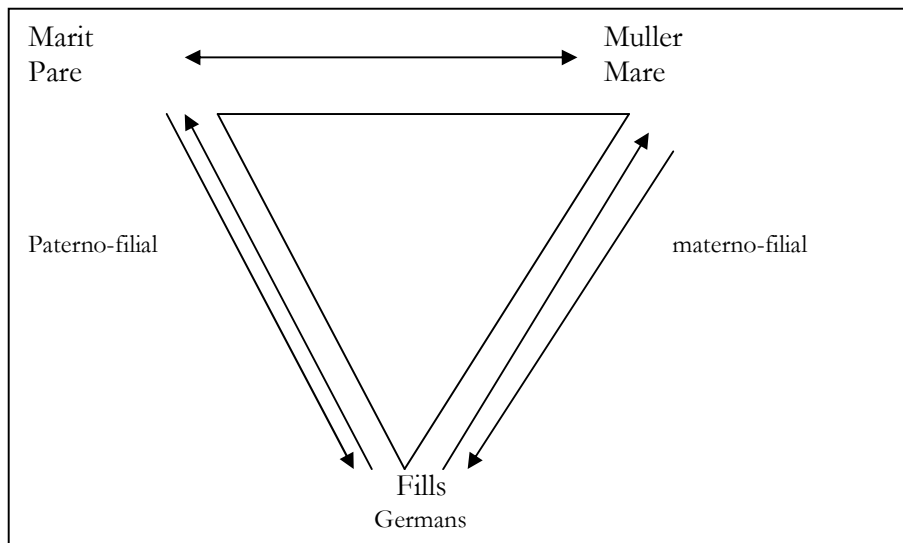


Figura 1. Estructura familiar bàsica (López i coll., 1999, p. 350).

<sup>19</sup> A l'apartat 2.4, concretament el 2.4.2, s'ha fet una descripció més profunda sobre aquest concepte perquè és un tema rellevant per al nostre estudi.

Seguint amb les idees de Nicolò (1990), Pérez-Téstor (1995) va més enllà i parla de la funció principal de la família. Així, doncs, diríem que “la funció principal de la família és la de crear el marc necessari per afavorir el creixement dels seus membres i contenir les ansietats que es formen en el grup familiar” (p.17). La família, doncs, com a “grup de treball”, potenciarà la diferenciació, la cooperació, l’educació, l’aprenentatge i el fet de donar temps i espai als membres del grup familiar.

Des del punt de vista més sociològic, per a Caplan, Vespo, Pedersen i Hay (1991) i López (1995), les funcions del sistema familiar són molt diverses i complexes. Des del punt de vista dels homes i les dones, és una manera d’organitzar la satisfacció de la necessitat d’intimitat sexual i afectiva; des del punt de vista dels fills, la família és el context social bàsic que els permet satisfer aspectes essencials de les seves necessitats biològiques, cognitives, emocionals i socials bàsiques per a l’organització de les relacions socials.

### 2.1.2. Aportacions des del model sistèmic

Seguint amb els principis bàsics descrits al capítol 1, que correspon a l’aproximació teòrica del model sistèmic, el que pretenem en aquest subapartat és relacionar aquests amb la descripció de família des del punt de vista sistèmic.

Des del punt de vista de la Teoria General de Sistemes, més concretament el principi de totalitat o no-sumativitat, aquest posa l’accent en el fet que la família és “un sistema viu i obert” on el comportament de cada un dels seus membres està relacionat amb el comportament dels altres i amb el de la família en tant que unitat. En altres paraules, el comportament familiar és quelcom més que la suma del comportament dels seus membres (p.49).

D’aquesta manera, com a sistema obert, la unitat o el sistema familiar intercanvia constantment informacions amb el seu entorn. En aquesta línia, segons Watzlawick i col.l. (1981), diríem que “El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros o del medio). Debe examinarse

la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada (equifinalidad)” (p.133); ja que, com hem dit anteriorment, la família com a sistema obert intercanvia contínuament informació amb el seu entorn, però de la mateixa manera també amb el seu medi intern.

Per altra banda, des de la Cibernètica i com a sistema viu, la família tendeix a preservar la seva estabilitat, el seu equilibri, és a dir, la seva homeòstasi<sup>20</sup>. Aquesta estabilitat necessària no és sempre la mateixa, depèn del cicle vital<sup>21</sup> on es trobi. Estaríem d’acord amb Watzlawick i col.l. (1981) quan fan referència al fet que:

Todas las familias que permanecen unidas deben caracterizarse por cierto grado de retroalimentación negativa, a fin de soportar las tensiones impuestas por el medio y por los miembros individuales. Las familias perturbadas son particularmente refractarias al cambio y a menudo demuestran un notable capacidad para mantener su *status quo* mediante una retroalimentación predominantemente negativa. (p.136)

Ara bé, tota família no pot mantenir infinidament el mateix equilibri (homeòstasi), ja que és natural que la família passi periòdicament crisis o fases de desestabilització que portin a modificar l’homeòstasi adaptant-se a les noves necessitats dels seus membres o les exigències del seu entorn. A aquesta aptitud natural del sistema familiar a evolucionar amb el temps i a adaptar-se als canvis l’anomena morfogènesi. En aquesta línia, com assenyala Watzlawick i col.l. (1981), diríem que:

Existe aprendizaje y crecimiento en la familia, y es precisamente aquí donde más erróneo resulta un modelo homeostático puro, pues dichos efectos están más cerca de la retroalimentación positiva. La diferenciación entre conducta, refuerzo y aprendizaje (tanto de la conducta adaptativa como de la sintomática) y el crecimiento y alejamiento final de los hijos indican que, si bien desde cierto punto de vista la familia está

---

<sup>20</sup> Jackson (1957) va ser el primer que va introduir el concepte d’homeòstasi familiar (a Salem, 1990; a Watzlawick i col.l., 1981).

equilibrada por la homeostasis, por otro lado existen importantes factores simultáneos de cambio y un modelo de la interacción familiar que debe necesariamente incorporar éstos y otros principios dentro de la configuración más compleja. (p.137)

Des d'aquesta perspectiva, coincidim amb Minuchin i Fishman (1983) a definir la família com:

El contexto natural para crecer y para recibir auxilio. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. (p. 25)

Seguint amb els mateixos autors citats anteriorment, acceptem el fet que consideren que cada individu pertany a diferents subsistemes, en els quals posseeix diferents nivells de poder i en els quals aprenen habilitats diferencials. Entenent subsistema com aquelles unitats de la família basades en la seva funcionalitat i limitades per límits emocionals. En aquesta línia, estem d'acord amb els autors quan assenyalen que la família s'estructura i desenvolupa les seves funcions a través dels subsistemes següents: subsistema conjugal (la parella), subsistema parental (parens), subsistema filial (els fills), subsistema d'homes (tots els homes que hi ha a la llar), subsistema de dones (totes les dones que viuen a la llar), i així tants subsistemes com possibilitats de combinació funcional entre tots els membres del sistema.

Seguint amb aquesta anàlisi relacional que van fer Minuchin i Fishman (1983) sobre la família, destaquem el valor dimensional o distància emocional que afirmen que s'estableix entre els subsistemes. En altres paraules, Minuchin i Fishman anomenen fronteres la distància entre un subsistema i un altre. Les fronteres poden referir-se tant a l'interior com a l'exterior de la família. Les interiors prenen el nom de límits, els quals són reconeguts per les diferents regles de conducta aplicables a la conducta interaccional que els membres de la família manifesten cap a

---

<sup>21</sup> A l'apartat 2.3 es parlarà amb més profunditat d'aquest concepte.

persones que no formen part de la família. D'aquí que diferenciïn tres tipus de límits: difús, rígid i clar. En funció d'aquests, podem parlar de dos tipus de famílies: les famílies aglutinades i les famílies deslligades (p.27)<sup>22</sup>.

Amb relació al concepte de distància emocional, introduït en el paràgraf anterior, segons Selvini (1982) diríem que:

La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Cualquier grupo natural con historia (familia, equipo de trabajo, comunidad, empresa, etc..) se forma a lo largo de un cierto lapso de tiempo, a través de una serie de intercambios y retroalimentaciones correctivas a través de lo que está y no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostienen por medio de reglas que le son peculiares. (p.11)

De la mateixa manera, estaríem d'acord amb Millàn (1987), amb relació a les aportacions que van fer Minuchin i Fishman, en definir la família com “un sistema organizado y jerarquizado estructuralmente, delimitado por reglas familiares y sociales, que tienen como objetivo proteger la pertenencia y la diferenciación del sistema” (p.2).

Sens dubte, també són importants les aportacions de la Teoria de la Comunicació Humana, dins d'aquesta conceptualització de família. En aquesta perspectiva, coincidim amb Salem (1990) en afirmar que la manera en què els membres de la família s'intercomuniqueu és una variable essencial en el funcionament o dinàmica del sistema familiar. La comunicació vehicula les regles que prescriuen i limiten els comportaments individuals en el nucli del sistema familiar. També marca com han de ser expressats, rebuts i interpretats els sentiments i les emocions entre els seus membres. Els llaços afectius (vincles emocionals<sup>23</sup>) representen les forces de cohesió més

---

<sup>22</sup> A l'apartat 2.2. es pot trobar una definició d'aquesta tipologia de família.

poderoses. La sensació de ser estimat o desitjat a la família és molt important per a tots els membres, i l'experiència afectiva viscuda en el nucli familiar serà determinant en el desenvolupament de les relacions extrafamiliars. La vivència compartida en la família representa, doncs, un aprenentatge en el desenvolupament de cada subjecte (p.57).

Arribats en aquest punt, es vol aprofundir una mica més en la conceptualització i explicació de la dinàmica familiar, pel fet que és un concepte que formarà part d'una de les variables a mesurar i valorar en l'estudi.

En aquesta línia, segons Olson, Sprenkle i Russel (1979), parlariem de dinàmica familiar com aquell constructe format per tres dimensions independents i, alhora, complementàries com són: cohesió, adaptabilitat i comunicació familiar. Totes tres juntes configuren el que es coneix per *The Circumplex Model*. Com diu Olson (1989), "The Circumplex Model of Marital and Family Systems was developed in an attempt to bridge the gap that typically exists between research, theory and practice" (p.7). A més, assenyala que, "another way to consider the Circumplex Model is a map of sixteen types family relationships, in other words a Family Map. This map is used to describe a person's Family of Origin" (p.13)<sup>24</sup>.

Olson (1989) defineix la dimensió cohesió familiar com:

The emotional bonding that family members have toward on another. Within the Circumplex Model, some of the specific concepts or variables that can be used to diagnose and measure the family cohesion dimensions are: emotional bonding, boundaries, coalitions, time, space, friends, decisions-making, and interests and recreations. (p.9)

---

<sup>23</sup> Per la seva importància per al nostre estudi, hem cregut necessari tractar-lo amb més profunditat elaborant un apartat específicament dedicat a aquest, el vincle familiar (2.4).

<sup>24</sup> A l'apartat 2.2 es pot trobar una descripció més detallada del Model Circumplex d'Olson i col·l. (1979), en el qual es basen les definicions de cohesió, adaptabilitat i comunicació familiar.



Quant a la dimensió adaptabilitat familiar, l'entén com:

Ability of a marital or family systems to change its power structure, role relationships, and relationships rules in response to situational and development stress. Within the Circumplex Model the specific concepts that can be used to diagnose and measure the family adaptability dimensions are: family power (assertiveness, control, discipline), negotiation styles, role relationships and relationships rules. (p.12)

Finalment, va descriure la comunicació familiar com:

It is the third dimension in the Circumplex Model, and is considered a facilitating dimension. Communication is considered critical for facilitating couples and families to move on the other dimensions. Positive communication skills (empathy, reflective listening, supportive comments), enable couples and families to share with each other their changing needs and preferences as they relate to cohesion and adaptability. Negative communication skills (double message, double binds, criticism) minimize the ability of a couple and family members to share their feelings and, thereby, restrict their movement on these dimensions. (p.13)

Tanmateix, més enllà d'altres possibles, vàlides i existents conceptualitzacions sobre dinàmica familiar, la descripció i l'explicació detallada que des del Model Circumplex es fa sobre la dinàmica familiar ha facilitat, per una banda, que aquest es pugui aproximar conceptualment al model sistèmic i, per altra banda, que es pugui utilitzar a la pràctica, a partir d'una avaluació des del triangle relacional: pare, mare i fill/a. Això ens ha permès decidir amb convicció que quan es parli de dinàmica familiar es farà referència a la definició d'Olson i col·l. (1979). Respecte a la forma d'avaluar-la en el nostre estudi, s'utilitzarà una de les escales que va donar fruit a aquest model teòric, l'escala FACES (*Family Adaptability Cohesion Scale*), que validada a la població espanyola s'anomena CAF (Cohesió i Adaptabilitat Familiar, Polaino-Lorente i Martínez, 1996)<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Al capítol 5 es pot trobar una descripció d'aquest instrument.

## 2.2. Tipologies de famílies

Todas las familias felices son más o menos diferentes.  
Todas las familias desgraciadas son más o menos parecidas.  
(Salem, 1990, p.64)

En l'apartat anterior, apuntàvem que l'evolució d'una família passa per fases d'equilibri alternades amb fases de desequilibri. La capacitat de canviar o d'evolucionar d'una família depèn molt d'un factor essencial: el seu grau d'obertura a les informacions externes o internes. Aquest factor permet diferenciar diversos tipus de famílies, de les més “tancades” fins a les més “obertes”. Seguint amb aquesta premissa, per a Wertheim (1975, a Salem, 1990):

Una familia es morfostática cuando tiende a mantener de una manera rígida su equilibrio y su estructura, porque tiene todas las dificultades del mundo para adaptarse a situaciones nuevas. Por el contrario, una familia es morfogenética cuando da muy fácilmente *feedbacks* positivos a las informaciones nuevas que provienen del exterior o del interior. Una familia como ésta carece de estabilidad. La “adaptación óptima” de una familia se reconoce por el hecho de que cada uno de los miembros tiene la posibilidad, según las situaciones, de participar de manera tranquila y equilibrada en las decisiones de la familia. (p.52-53)

Coincidiríem amb Salem (1990) que, malgrat que existeix un polimorfisme a l'hora de conceptualitzar la família afavorit pels diferents enfocaments teòrics existents, com ara l'antropologia, sociologia, etnologia, psicologia, és possible trobar dos criteris comuns, l'aliança i la filiació; és a dir, afinitat-unió conjugal i descendència, respectivament. D'aquesta manera, es pot diferenciar la família nuclear de la família extensa. La família nuclear es caracteritza per una única unió entre adults i per un únic nivell de descendència, i la família extensa o família d'origen es caracteritza per l'existència de diferents generacions.

Per altra banda, estariem d'acord amb Ausloos (1998) quan puntualitza que no forma part del paradigma sistèmic parlar de tipologies, sobretot si estan centrades en l'individu. Ara bé, si es fa referència al funcionament del sistema i no dels individus, sí que té sentit. Així, doncs, a igual que l'autor, creiem que una tipologia sistèmica ha de ser interaccional i ha d'incloure els subsistemes presents (p.65). Seguint amb Ausloos, pensem que és prou interessant la classificació que fa de les famílies per aturar-s'hi un moment, i descriure-les. Aquesta està formada per dos tipus de famílies: a) les famílies amb transaccions caòtiques que, sovint, produeixen membres amb comportaments antisocials, com ara els delinqüents, i b) les famílies amb transaccions rígides, que molt sovint produeixen membres psicòtics.

- a) Famílies de transacció caòtica: L'homeòstasi d'aquest tipus de famílies es caracteritza més per una cadena de canvis molt ràpids que el no-canvi. Per tant, la informació circula, però no pot ser enregistrada, emmagatzemada, memoritzada. Com diu el mateix autor: "Estos cambios sucesivos son no obstante poco útiles porque no son duraderos, se ponen continuamente entera de juicio y contribuyen mucho más a mantener el caos que a permitir el crecimiento" (p. 64).
- b) Famílies de transacció rígida: L'homeòstasi d'aquest tipus de famílies es caracteritza pel no-canvi. Aquesta situació comporta una relació no ben definida entre els membres, un sistema tancat, unes regles rígides i una gran dificultat de percebre el temps com a evolutiu; tots aquests factors impedeixen que hi hagi una bona circulació de la informació i el canvi. L'autor emfasitza que: "el tiempo se para porque las informaciones ya no circulan y las informaciones pertinentes no circulan porque el tiempo se ha parado. Pasado y presente se confunden, y el futuro no se puede afrontar, dado que el tiempo está parado" (p. 59).

Així, doncs, en aquests dos tipus de famílies, per raons totalment oposades, la tendència a la desorganització, al desordre, a la degradació (entropia<sup>26</sup>) no para de créixer i les informacions no poden ser utilitzades, sigui perquè circulen massa ràpid, o bé perquè ja no circulen per ser enregistrades i memoritzades (p.60).

Creiem important fer esment a una altra classificació, per les seves repercussions tant socials com psicològiques, és la que va elaborar Walsh (1982), assenyalant que hi havia quatre criteris de selecció per diferenciar una família “normal” d’una “anormal”.

- a) El primer criteri es relaciona amb la simptomatologia, cosa que implica una definició negativa de la normalitat familiar (absència de símptomes patològics en tots els membres). Es parla en aquest cas de funcionament familiar asimptomàtic.
- b) El segon criteri es basa en la utopia, que implica considerar la normalitat com un funcionament “ideal” de la família. Es tracta de reconèixer i definir les característiques positives i ideals de la família, i es parla llavors del funcionament familiar òptim.
- c) El tercer criteri es propi de la perspectiva habitual de les ciències sociològiques i comportamentals: la mitjana estadística, basada en el perfil d’una distribució segons les corbes de Gauss (on la part mitjana reflecteix la normalitat, i les extremes, les desviacions). Aquest criteri no implica forçosament que la família sigui asimptomàtica, i aleshores es parla del funcionament mitjà de la família.
- d) Finalment, el quart criteri considera la normalitat com un procés que s’inscriu en un context transaccional i evolutiu. La família normal és llavors conceptualitzada segons una òptima circular, a partir de processos universals, específics de tots els sistemes vius. Al mateix temps, es té en compte la dimensió evolutiva, és a dir, el creixement de la família com a sistema relacional que intercanvia informacions entre els seus

---

<sup>26</sup> Segons Salem (1990), al sistema familiar, l’entropia designa el grau de desordre i la disposició de les dades. En altres paraules, el pas d’un estat d’ordre previsible a un estat d’ordre aleatori (p.162).

membres i amb l'entorn social. Es parla, llavors, d'un procés transaccional de la família (p.22).

Tal com ens indica Walsh (1982), cal assenyalar que el quart criteri, descrit al paràgraf anterior, és el més utilitzat entre els terapeutes familiars, i com a conseqüència, parlariem de família funcional més que de família "normal". Al mateix temps, la paraula funcional remet al seu contrari, disfuncional, utilitzada molt més que "anormal". Així, doncs, parlariem de famílies disfuncionals, en lloc de família "anormal".

Amb relació al punt anterior, Buendía (1999) entén per família funcional "aquella en la que los ciclos oscilantes de transformación y estabilidad se alternan respondiendo a las necesidades tanto de la familia en cuanto a unidad, como las de los miembros familiares individuales. La familia multigeneracional requiere además, reconocer y aceptar las diferencias generacionales" (p.272). En canvi, per família disfuncional entén "aquella familia que ante las demandas y necesidades en los momentos de su desarrollo vital pueden no ser enfrentadas adecuadamente. Se altera, por ende, el equilibrio entre estabilidad y cambio, produciendo rigideces y desajustes adaptativos que pueden prologar por años, con gran sufrimiento para algunos miembros de la familia" (p.273).

La seqüència continua de canvis constituirà la "història vital familiar", que per a cada família tindrà una versió única i idiosincràtica. La família funcional és la que ha pogut arribar a un equilibri adequat entre el canvi i la consolidació dels èxits. En aquest procés, segons Buendía (1999), la família ha d'atendre tres consideracions bàsiques:

- La definició dels seus límits externs i interns: Qui pertany i qui no pertany a la família?, Quines són les fronteres entre la família nuclear i l'extensa?, Com s'altera l'estructura de relacions a mesura que transcorre el temps, com es marca la línia d'ascència-descedència?
- La família selecciona i desenvolupa algunes problemàtiques específiques que es transformen en idees o situacions mítiques que emmascaren la qualitat de les

relacions interpersonals en la família, per exemple, la importància de la família d'origen per sobre de la família de procreació, o viceversa.

- La família desenvolupa un cos de valors i punts de vista compartits amb relació al món en el qual viuen i de la classe de família que són (identitat familiar). Gran part de les crisis familiars són degudes al trencament dels sistemes de valors compartits (p. 273)

Seguint Walsh (1982), citarem vuit paràmetres per tal de poder diferenciar clarament la família funcional de la família disfuncional. Aquests es poden trobar esquemàticament a la taula 1.

Taula 1

*Vuit paràmetres diferenciadors entre famílies funcionals i disfuncionals* (Walsh, 1982, p.23-24)

1. Individuació	Aglutinament
2. Mutualitat	Aïllament
3. Flexibilitat	Rigidesa
4. Estabilitat	Desorganització
5. Percepcions clares	Percepcions distorsionades o confuses
6. Rols clars	Rols confusos o conflictius
7. Reciprocitat de rols	Rols conflictius o confusos
8. Límits generacionals	Límits generacionals difusos o trencats

Un altre tipus de classificació de les famílies, extensament utilitzada pels terapeutes familiars i investigadors, és la classificació que va fer Minuchin (1967,1974,1983). Va classificar les famílies segons les fronteres internes i externes de la família. Anomena famílies aglutinades (*enmeshed*) aquelles famílies en què les fronteres i els límits són massa permeables i no es diferencien clarament dins del nucli familiar, en què l'estructura familiar provoca que els membres es comportin com si estiguessin estretament encaixonats els uns amb els altres, cosa que dona un grau d'autonomia individual molt dèbil o nul. Tot el contrari de les famílies deslligades (*disengaged*), en què les fronteres i els límits es troben molt marcats, rígids, quasi impermeables. D'acord amb aquesta perspectiva, coincidiríem amb Linares (1996) quan assenyala que, en els extrems de cada una de les condicions, es trobaria la disfuncionalitat, que s'ha relacionat respectivament amb la psicosi i la psicopatologia, deixant un gran espai per a les diverses

tipologies de famílies (p.72). A la taula 2, es poden observar esquemàticament les característiques principals de la tipologia a què acabem de fer referència.

Taula 2

*Característiques de les famílies aglutinades i desvinculades* (Minuchin, 1974,1983, p.63).

Famílies aglutinades	Famílies deslligades o desvinculades
Posseeixen un sentit de pertinença exagerat	Posseeixen un sentit d'independència exagerat
Pèrdua de l'autonomia personal, poca distància emocional entre els membres	Mancaça de sentiments de fidelitat i pertinença, gran distància emocional entre els membres
Poca diferenciació entre els subsistemes, amb poca autonomia dels problemes	No demanen ajuda quan la necessiten
L'inhibició freqüent del desenvolupament cognitiu afectiu en els nens	Toleren un ventall de variacions entre els seus membres
Tots pateixen quan un membre està afectat	Tendeixen a no respondre quan cal fer-ho
L'estrés repercuteix intensament en la totalitat de la família	L'estrés que afecta un dels membres no és enregistrat per l'altre
Límits difusos entre subsistemes i límits rígids respecte a l'exterior	Límits rígids entre els subsistemes i límits difusos respecte a l'exterior

Tot això anterior va permetre que Green i Werner (1996) fessin una anàlisi, que hem cregut que és suficientment interessant com fer-hi un cop d'ull, respecte a l'ús del concepte aglutinat (*enmeshment*) en el camp de la teràpia i la investigació familiar. En aquest estudi, els autors afirmen que Minuchin, Rosman i Baker (1978) van definir el terme aglutinat de dues maneres diferents, i això va influir en la interpretació confusa d'aquest concepte. Segons ells, el primer significat, "*enmeshment is a lack of self other differentiation*" (Minuchin i col·l., 1978, p.56), té com a concepte oposat individualisme enlloc de desvinculat. En canvi, els autors creuen que el concepte lògic oposat al segon significat, "*enmeshment is a style of high closeness and caregiving*"

(Minuchin i col·l., 1978, p.57), sí que és el de desvinculat, entès com a distància emocional i pobre en criança. Per tant, arran d'aquesta anàlisi, es proposa que quan es parli d'aglutinament es tingui en compte aquesta diferenciació per tal de poder obtenir més informació a l'hora de proposar intervencions terapèutiques útils i riques.

Una altra classificació, que creiem suficientment important per tenir-la present, és la classificació fruit del metamodel que s'ha definit com a paradigma evolucionista (Fivaz i col·l., 1979, a Salem, 1990, p.90). Aquesta té com a criteri de selecció la capacitat del sistema familiar per evolucionar sense perdre la seva estabilitat en el moment de les crisis, malgrat els canvis d'adaptació que implica. Així, doncs, parlariem de "família sana" referint-nos a aquella família que evoluciona de tal manera que les seves fluctuacions no aconsegueixen arribar als límits del trencament de l'estructura bàsica del sistema. Tot al contrari, de les famílies en crisi, que són aquelles que aconsegueixen arribar al límit de trencar l'estructura de la família. Si es desestructura, pot donar lloc a dos moviments: o bé evolucionar en una nova estructura o bé no evolucionar. Aquesta segona via dóna lloc a una família de transacció psicòtica (tipus de família que correpondria a les famílies de transacció caòtica d'Ausloos descrita anteriorment).

Arribats en aquest punt, fóra bo recordar les aportacions teòriques d'Olson respecte del Model Circumplex que ja s'ha esmentat en l'apartat anterior d'aquest treball, concretament el punt 2.1.2. Tot i així, l'objectiu de parlar sobre aquest model no és altre que explicar les aportacions quant a les tipologies de famílies que se'n deriven.

Així doncs, segons Olson (1989), parlariem de tres tipus de famílies segons el Model Circumplex, més concretament, segons el grau de cohesió i adaptabilitat que presentin. Diferenciariem entre famílies equilibrades, moderades i extremes. Per famílies equilibrades entendriem aquelles famílies que tenen un grau de cohesió separat o connectat i un grau d'adaptabilitat flexible o estructurat. Si observem la figura 2 i 3, això es tradueix en quatre tipus de funcionament o dinàmica familiar diferent, concretament són: a) flexiblement separada, b) flexiblement connectada, c) estructuralment separada i, d) estructuralment connectada (p.15).



Per a Olson (1989), les famílies extremes serien aquelles famílies que tenen un grau de cohesió desvinculat o aglutinat i un grau d'adaptabilitat caòtic o rígid. Així, doncs, com hem comentat anteriorment, si ens fixem en la figura 2 i 3, aquesta categorització de família extrema dóna lloc a quatre tipus de funcionament o dinàmica familiar diferent entre si. Així, doncs, ens podem trobar famílies extremes amb quatre tipus de dinàmica familiar diferent. Aquestes són: a) rígidament desvinculada, b) rígidament aglutinada, c) caòticament desvinculada o bé d) caòticament aglutinada (p.15).

Finalment, les famílies moderades, les hauríem de definir com aquelles famílies que es troben entre les famílies equilibrades i les extremes, i donen lloc a vuit tipus diferents segons la dinàmica familiar que les caracteritza. És a dir, com es pot comprovar en la figura 2 i 3, són famílies moderades aquelles que presenten una dinàmica familiar caòticament separada, caòticament connectada, flexiblement aglutinada, estructuralment aglutinada, rígidament connectada, rígidament separada, estructuralment desvinculada o bé flexiblement desvinculada (p.16).

Arribats en aquest punt, creiem oportú assenyalar breument que, en aquestes classificacions descrites al llarg d'aquest apartat, s'ha de tenir en compte el fet que, quan una família passa per una crisi, pot ser temporalment disfuncional, sense que es necessiti una intervenció terapèutica, encara que un membre es converteixi temporalment en simptomàtic. Tot dependrà de l'evolució de la pròpia família, és el que Salem (1990) anomena "la incidència temporal de las disfunciones" (p.91). En aquesta línia, estariem d'acord amb Ausloos (1998) quan assenyala que:

Una familia no puede plantearse más que problemas que ella misma es capaz de resolver. Hablar de familia competente es entonces una manera de devolver a la familia su competencia en lugar de considerar sus defectos. Así, pues, las familias poseen las competencias necesarias para realizar los cambios que necesitan a condición de que se les permitan encontrar sus propias soluciones, lo que yo llamo autosoluciones. (p.33)

Finalment, d'acord amb el que apuntàvem anteriorment, creiem oportú destacar el que Linares (1996) va afirmar respecte de la patologia o disfuncionalitat. Així, doncs, compartim amb ell el fet que:

La organización de una familia en torno a la patología de uno o varios de sus miembros suele ser una síntesis disarmónica de las correspondientes identidades. O se imponen unas sobre otras, configurando estructuras rígidas que asfixian a los desfavorecidos o envilecen culposamente a los supuestos beneficiarios, o se combianan caóticamente sin preservar la estabilidad necesaria para que cada miembro controle razonablemente su posibilidad necesaria para que cada miembro controle razonablemente su posición. Rigidez y caos son los dos extremos de un *continuum* de organizaciones disfuncionales que admite múltiples variantes y combinaciones. (p.55)

Concloem, doncs, recordant que el nostre posicionament vers les tipologies de famílies parteix majoritàriament de les aportacions fetes per Walsh, concretament famílies funcionals i disfuncionals; les de Minuchin, amb famílies aglutinades i desvinculades, i, finalment, les d'Olson, a partir del Model Circumplex, és a dir, famílies equilibrades, moderades i extremes. Com més endavant veurem, en el capítol 3, són aproximacions teòriques que ajuden a la comprensió i a la descripció de les característiques essencials de les famílies amb un fill jove-adult drogoaddicte.

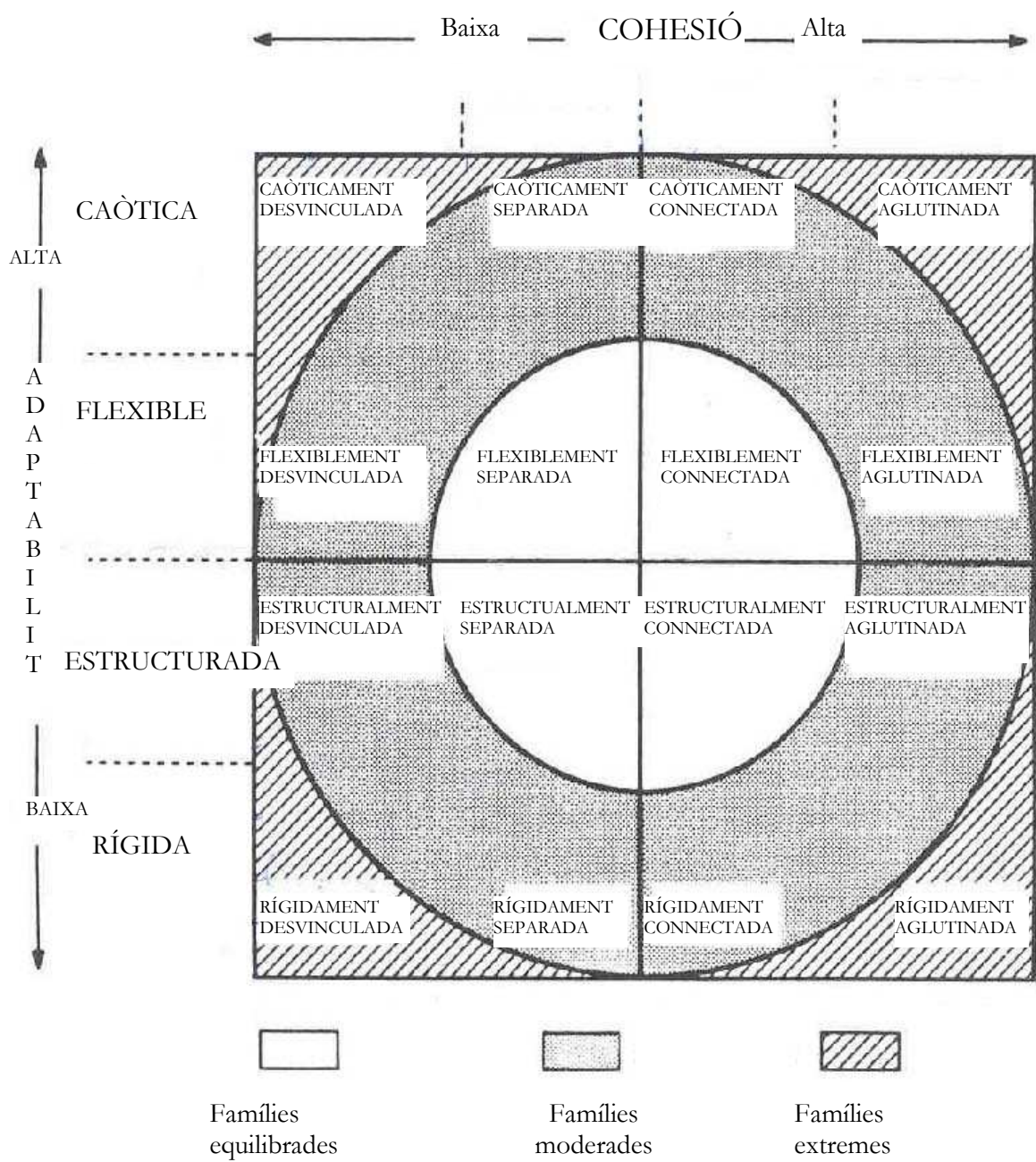


Figura 2. Model Circumplex: setze tipus de dinàmiques o sistemes familiars (Olson, 1989, p.56)

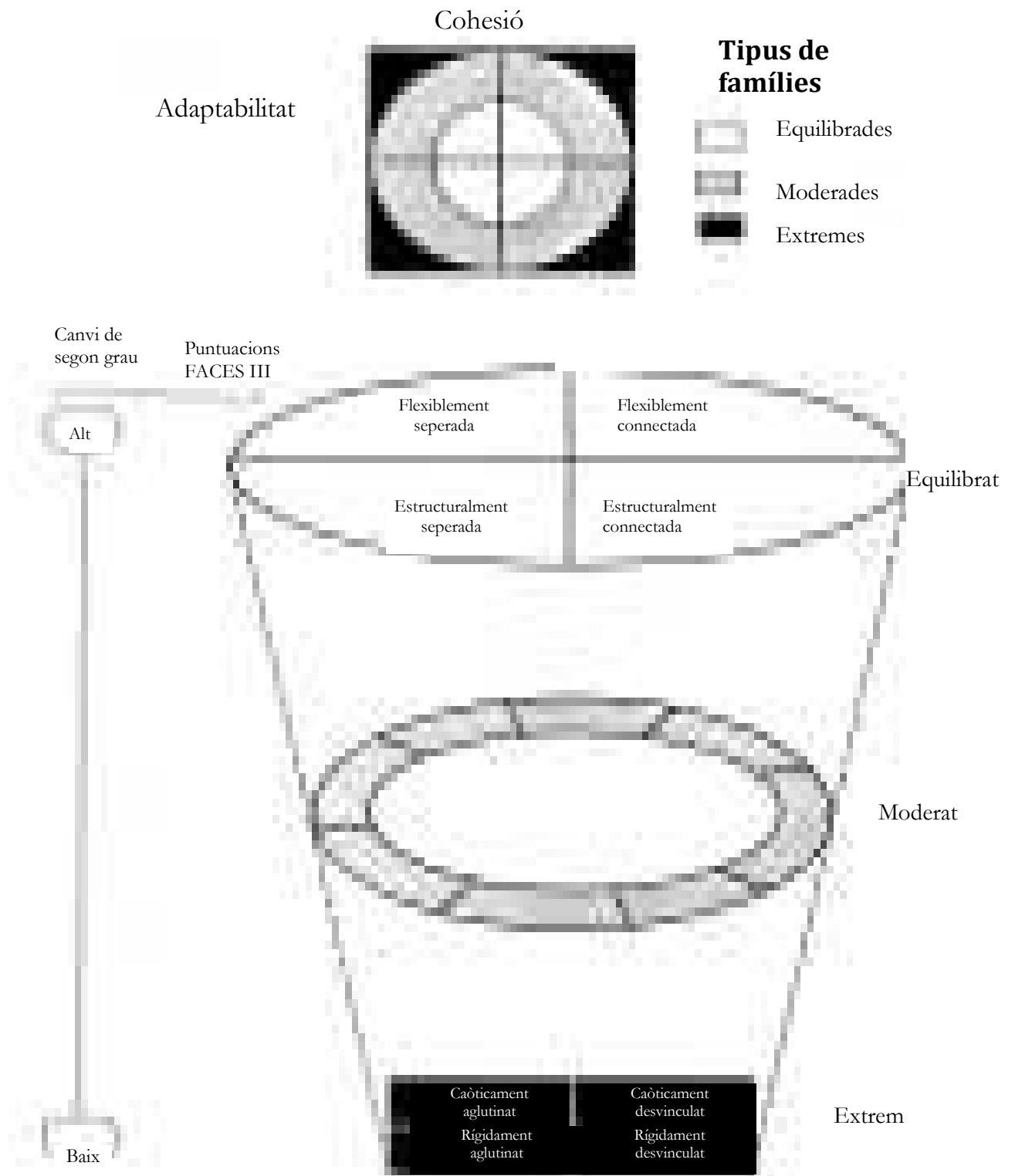


Figura 3. Model Circumplex 3-D (Olson, 1989, p.59).

### 2.3. Cicle vital de la família

Tal com ens indica Felicov (1991), a partir del moment que introduïm l'element temps en un sistema (per tant, espai), estem parlant de procés. La família és un sistema que s'adapta a les diferents exigències dels diferents estadis de desenvolupament pels quals ha de passar (exigències que canvien també amb la variació dels requisits socials que se li planteja al llarg del temps), amb la finalitat d'assegurar la continuïtat i el creixement psicosocial dels membres que la componen. El procés és sempre igual per a totes les famílies i s'anomena cicle vital (p. 23).

El concepte "d'evolució familiar" es basa en el fet que les cultures prescriuen invariablement conductes diferents per als individus en diferents etapes del cicle vital. La família, com a constructora de la identitat dels seus membres, ha d'organitzar-se ella mateixa per adequar-se a les prescripcions socioculturals de la conducta dels seus membres. A mesura que aquestes prescripcions varien com a resposta al creixement i als nous esdeveniments, la família ha d'alterar la seva estructura amb la finalitat d'adequar-se millor a les noves necessitats i expectatives. Seguint amb aquesta idea, segons Minuchin, Wai-Yung i Simon (1998), destacaríem que:

A medida que las familias evolucionan, se mueven a través de periodos críticos en los cuales las demandas de las nuevas circunstancias requieren de un cambio en la manera de pensar, sentir o relacionarse de los miembros de la familia. El nacimiento de un hijo, el envejecimiento, el cuidado de los hijos, el cambio o pérdida de trabajo, son ejemplos, de transiciones de que contienen elementos de peligro y oportunidad. En estas confluencias es donde las familias crecen (se convierten en más complejas) o se estancan (se empobrecen). Los síntomas de un miembro familiar pueden reflejar el estrés resultante. (p.88)

Al marge d'aquestes consideracions generals, creiem oportú assenyalar que el concepte de cicle evolutiu ha estat objecte de molts estudis, que intenten fixar les etapes decisives en el creixement d'una família. Un problema metodològic en l'estudi del cicle vital familiar és que no s'ha arribat a un acord sobre la quantitat d'etapes que s'han de reconèixer (Fleck, 1980; Haley, 1980; MacGoldrick i Carter, 1982). Des d'aquest punt de vista, segons Felicov (1991), podem distingir tres criteris per poder dividir el cicle vital: "1) los cambios en el tamaño de la familia; 2) los cambios en la composición por edades; y 3) los cambios en la posición laboral de la persona o las personas que sostienen a la familia" (p.33). No obstant això, per a la mateixa Felicov i, segons ella, per a molts sociòlegs, en la família el canvi és continu dins de les etapes, siguin quines siguin, però discontinu durant les transicions (p.34).

Tenint en compte les aportacions de Minuchin (1974) i Minuchin i Fishman (1983), es poden copsar moltes conceptualitzacions clau que apliquen explícitament o implícitament el concepte de cicle vital. La família es veu com un sistema sociocultural obert i en transformació, i com una unitat social que s'ha d'enfrontar a un ventall de tasques evolutives; com diuen els mateixos autors: " la familia no es una entidad estática, está en proceso de cambio continuo dentro y fuera" (p.34). D'aquí que considerem que tota família experimenta un canvi natural en el temps i progressa segons etapes evolutives previsibles com són: la formació de la parella, la família amb fills petits, la família amb fills en edat escolar o adolescents, i la família amb fills adults. Aquestes etapes estan caracteritzades per canvis en la composició de la família, la reorganització dels subsistemes antics i el sorgiment de nous, canvis de distribució de rols i per les modificacions de les fronteres externes i internes de la família.

Haley (1973, a Felicov, 1991) va ser un dels primers a introduir el concepte de cicle vital entre els terapeutes familiars quan va centrar el seu treball en els processos evolutius en l'intent de donar fonamentació teòrica al treball estratègic de Milton Erickson. El model de cicle vital familiar que va proposar es basa en sis etapes: 1) festeig- matrimoni, 2) naixement del primer fill, 3) naixement dels altres fills, 4) adolescència dels fills i el seu procés d'emancipació, 5) niu buit i 6) vellesa. Els moments més difícils per a les famílies són aquells en què hi ha canvis d'un estadi equilibrat, ja que s'han de renegociar les regles i exigeixen l'abandonament de costums,

esquemes, canvis en els rols com a pares-parella i com a fills. Segons aquest autor, els moments de major risc són: el matrimoni o el canvi en l'estatus de la persona, el naixement d'un fill, el període en què el fill inicia una vida autònoma, l'emancipació del fill i la jubilació. Al mateix temps, va proposar la hipòtesi que les símptomes individuals indicaven un "bloqueig" de la família en punts de transició que exigien uns canvis que aquesta era incapaç de realitzar. Seguint amb aquesta idea, estem d'acord amb Haley quan defineix la patologia com una interrupció d'un procés evolutiu normal, essent el símptoma un indicador que la família té dificultats a superar una etapa del seu cicle vital (p.51). A la taula 3 es pot observar esquemàticament el que acabem d'explicar.

Arribats en aquest punt, creiem que és el moment oportú per recordar i aprofundir una mica més sobre el que acabem de comentar, per la importància que genera per a la nostra investigació, fent referència a un nou concepte que McGoldrick, Heiman i Carter (1995) van ressaltar en un apartat del seu document titulat "*I Mutamenti nel ciclo di vita della famiglia*". En aquest, assenyalen que a diferència de la representació tradicional sociològica del cicle vital de la família, que s'inicia en la formació del matrimoni i s'acaba en la mort d'un dels cònjuges, identifiquen una nova etapa del cicle vital familiar ubicada just al principi, ells l'anomenen "*giovane adulto*" (jove-adult<sup>27</sup>) (p.253). Des d'aquest punt de vista, segons els mateixos autors, aquest nou estadi el caracteritzaríem per:

Il compito primario in questo periodo è, per il giovane adulto, quello di venire a patti con la famiglia di origine, che influenza scelte importanti come la decisione di sposarsi o no, chi sposare, come, dove e quanto e che determina come il giovane in questione realizzerà tutte le fase successive del ciclo di vita familiare. Per portare a termine adeguatamente questo compito, il giovane adulto dovrà separarsi dalla famiglia di origine senza rompere del tutto i rapporti e senza rifugiarsi reattivamente in una situazione emozionale sostitutiva. La fase del giovane adulto rappresenta una pietra angolare dell'interno ciclo vitale. È il momento di formulare gli obiettivi della propria vita e di

---

<sup>27</sup> Recordem que és l'etapa del cicle vital familiar que estudiem en aquesta recerca i que, com hem vist i veurem més endavant, també se l'anomena l'etapa d'emancipació.

diventare “SÉ” prima di unirsi a un'altra persona per dare vita a un nuovo sottosistema familiare. (p.254)

Per als mateixos autors, no hi ha dubte que la condició del jove-adult ha estat, fins fa uns deu anys, una fase exclusivament masculina. Les dones passaven de la família d'origen al matrimoni i a la procreació sense tenir un espai entre les dues condicions que facilités poder arribar a una independència. Per a molts homes, aquesta fase representava també un moment delicat quant al desenvolupament en l'àmbit professional, mentre que per a les dones la carrera quasi sempre deixava pas a la recerca d'un marit (p.254).

Finalment, remarquen que, durant aquesta fase, la dificultat general està relacionada amb el fet que tant els joves adults com els propis pares no reconeixen la necessitat de passar a un estil de relació menys jeràrquica perquè ara tots són persones adultes. Així, doncs, defensen que, davant aquesta dificultat, la persona o la família ho pot manifestar de diferents maneres, com assenyala McGoldrick i col·l. (1995):

È possibile che i genitori incoraggino la dipendenza del figlio adulto oppure che lo congedino bruscamente, escludendolo dalla famiglia a causa della sua diversità. Il giovane adulto, dal canto suo, può anche rimanere in una posizione di forte dipendenza, incapace di lasciare la casa oppure può ribellarsi o fuggire dai genitori e dalla famiglia, trovando rifugio in una condizione de pseudoindipenza. (p.255)



Taula 3

*Etapas del ciclo vital segons Haley (1971, a Felicov, 1991, p.52)*

Etapa del cicle vital familiar	Característiques bàsiques
Festeig-matrimoni	<p>Necessitat de sortir de la família d'origen i de negociar la manera menys dolorosa de separar-se dels pares</p> <p>Negociació entre la parella per establir les bases del seu funcionament familiar a través de regles</p> <p>Objectiu: establir un espai propi que permeti la convivència de la parella sense moltes interferències i així el desenvolupament del subsistema conjugal</p>
Naixement del primer fill	<p>Formació del sistema familiar</p> <p>Apareixen les funcions nutritives i educacionals, subsistema parental</p> <p>Objectiu: adaptar i equilibrar la nova situació entre el subsistema conjugal i el parental</p>
Naixement dels altres fills	<p>Objectiu: adequar el sistema conjugal, parental i filial entre si i dins del sistema familiar. Al mateix temps, assimilar la maduració dels fills quant a la seva independència progressiva</p>
Adolescència i emancipació dels fills	<p>La demanda i la necessitat d'independència dels fills es fa major. És necessari negociar amb ells aquesta separació</p> <p>Objectiu: negociar des del subsistema parental de les sortides dels fills</p>
Niu buit	<p>Els fills són grans i s'independitzen i/o formen la seva pròpia família.</p> <p>La F.O. queda reduïda als subsistema conjugal. Final de la funció nutritiva</p> <p>Objectiu: esforçar-se perquè el subsistema conjugal estigui estable i segur i s'adapti a la seva menor activitat</p>
Jubilació/vellesa	<p>La parella s'enfronta a la pèrdua de les seves facultats, malalties i mort.</p>

Finalment, i com a pas previ abans de passar a l'apartat següent, el vincle familiar, és important reflexionar sobre la relació entre les aportacions del cicle vital familiar amb la definició del problema presentat per la família. Haley (1985) va integrar el seu interès per les redefinicions del cicle amb la seva tècnica per resoldre problemes en una teràpia destinada als “joves boigs” (esquizofrènics, drogoaddictes o els que presentaven altres símptomes greus), en què destacava els problemes com tant altres fracassos de la família a l'hora de superar l'etapa de l'emancipació. Aquest tipus de teràpia és una tècnica estratègica-evolutiva centrada en el problema, encara que dels seus components essencials sorgeixen també molts conceptes estructurals (jerarquies, coalicions, límits).

Stanton i Todd (1994) van aplicar les idees de Haley sobre l'associació entre la presència de símptomes greus en els joves i les dificultats de separació de la família a la comprensió i tractament de la drogoaddicció en l'adolescència i en l'etapa d'emancipació<sup>28</sup>.

Així, doncs, per anar acabant, estem d'acord amb tots els autors que s'han esmentat en aquest apartat a l'hora de situar la disfunció familiar com a bloqueig en el desenvolupament familiar i, com a tal, l'objectiu de la teràpia és restaurar el flux normal del cicle vital. Per tant, per als terapeutes familiars i per als investigadors, té una importància especials determinar quan i com una transició normal del cicle es transforma en un estat de crisi desorganitzador, que pot anar acompanyat de símptomes. Aquests indiquen la dificultat que té una família per realitzar un pas evolutiu en el seu cicle vital. Com diu Felicov (1991): “el síntoma es un ‘reflejo’ de una dificultad y un entorpecimiento real del progreso evolutivo” (p.76). En aquest sentit, com ja hem esmentat en algunes ocasions dins d'aquest mateix apartat, el nostre interès és, doncs, estudiar, analitzar i descriure les dificultats que es troba la família dins d'una etapa del seu cicle vital, l'etapa del jove-adult o d'emancipació dins d'una problemàtica concreta, la drogoaddicció d'aquest.

---

<sup>28</sup> Al capítol 3 es desglossa més extensament el que acabem d'explicar.

## 2.4. Vincle familiar

Es necesario que los psicoterapeutas de hoy  
comprendan lo difícil que es ser padre,  
hasta qué punto el corazón de un padre o una madre  
puede estar desgarrado y lo asustados, decepcionados y coléricos  
que pueden estar cuando descubren que su hijo está enfermo,  
ya sea física o emocionalmente  
(Bettelheim i Rosenfeld, 1994, p. 241)

Tal com apuntàvem en apartats anteriors, la família com a entitat o unitat per si mateixa no existiria o no seria funcional si les relacions diàdiques (dues persones) i triàdiques (tres persones) dels seus membres no fossin constructives tant per al desenvolupament individual com del mateix sistema familiar. Al marge d'aquesta i d'altres consideracions generals fetes en apartats anteriors, seguint amb les aportacions de Minuchin i Fishman (1983), creiem que cal fer una anàlisi amb més profunditat de les relacions que s'esdevenen en dos dels subsistemes bàsics de tot sistema familiar, el subsistema conjugal i el subsistema parental. Subsistemes que remetent a dos tipus de vincle o relacions, el vincle conjugal (relacions diàdiques) i el vincle parental (relacions triàdiques). Amb relació a aquesta idea, estem convençuts que són dos tipus de relacions bàsiques per a prevenció, predisposició, manteniment o precipitació de tot símptoma o malestar familiar.

D'acord amb aquestes directrius, estariem d'acord amb Rovira (2000) quan assenyala que, a mesura que l'ésser humà va creixent, els vincles<sup>29</sup> afectius s'adapten al moment evolutiu, i segons les etapes del seu creixement, els vincles van agafant diferents protagonistes. Per aquesta raó, i altres que ja hem anat comentant en capítols anteriors o com veurem més endavant, al capítol 3, vam decidir que el vincle conjugal i el parental fossin dues àrees a tenir en compte a l'hora d'estudiar una etapa del cicle vital, la del jove adult o la d'emancipació.

---

<sup>29</sup> Etimològicament la paraula vincle deriva de l'arrel ideoeuropea *vel*, que significà voler i que ha donat origen teòric a diferents vocables de diverses llengües. Per exemple, el vocable grec *elpis* de *vel-pis*, amb el significat d'esperança, i *el-d-omai*, que expressa el fet de desitjar. En llatí forà *vel-le*, voler i voluntats, i fins i tot, *malevolus*, *volo*, etc. Així, doncs, des del seu origen, la paraula vincle comporta relació amb el fet de desitjar, el fet de voler, el fet d'esperar quelcom, el fet d'aspirar, etc. (García, 2000).

Per altra banda, i amb relació a l'apartat següent, també coincidim amb Rovira (2000) quan assenyala que el nen es vincularà més estretament a la persona o persones que interactuïn amb ell d'una manera més gratificant i significativa. Cal dir, doncs, que la qualitat del vincle amb el fill depèn sobretot de la qualitat del vincle entre el pare i la mare, com a parella. La situació ideal fóra que entre els pares hi hagués un vincle afectiu segur. Si entre ells hi ha un vincle insegur o evitatiu, se'n ressentiran els respectius vincles que facin amb el fill. En l'apartat 2.4.2. es pot trobar una descripció més detallada dels diferents vincles que acabem de mencionar.

Segons López, Etxebarria, Fuentes i Ortiz (1999, p.41), encara que cada societat organitzi les famílies de manera diferent, en totes elles s'estableixen vincles afectius molt forts entre els seus membres, que afecten tant les relacions verticals com les horitzontals. Vincles asimètrics entre els adults (normalment els pares) i els menors (normalment els fills), i vincles més simètrics entre els adults (normalment entre els cònjuges, subsistema conjugal) i entre els menors (normalment germans, subsistema filial). És important tenir present que cada vegada hi ha més persones que fan cicles vitals alternatius<sup>30</sup>, amb separacions, divorcis, famílies reconstruïdes, famílies monoparentals, parelles que decideixen no tenir fills, parelles homosexuals, etc.

En resum, de tot el que s'ha dit fins ara, cal destacar que el vincle afectiu sigui quina sigui l'estructura familiar, respon a una de les necessitats humanes més bàsiques: la necessitat de sentir-se segur, de sentir-se protegit per una o diverses persones de manera incondicional, disponible i eficaç.

---

<sup>30</sup> Cicles vitals familiars fruit de l'adaptació a noves estructures i estils de viure entorn a la família que han trencat el cicle vital de tota família tradicional per diferents raons, per exemple, la separació, divorci, homosexualitat, etc.

### 2.4.1. Vincle conjugal

I què ens dieu del matrimoni, mestre?  
I ell respongué:  
Heu nascut junts, i junts continuareu per sempre.  
Però deixeu que quedin espais en la vostra unió,  
i permeteu que els vents dels cels dansin sempre entre vosaltres.  
Estimeu-vos l'un a l'altre,  
però no feu un nus del vostre amor.  
Ans bé deixeu que sigui un mar que es mou  
entre les platges de les vostres ànimes.  
Ompliu cadascun la copa de l'altre,  
però no begueu de la mateixa copa.  
Doneu-vos l'un a l'altre del vostre pa,  
però no mengeu de la mateixa llesca.  
Estigueu joiosos i canteu i danseu junts,  
però permeteu que cadascun de vosaltres pugui quedar sol,  
com està sola cada una de les cordes del llaut  
encara que la mateixa música les faci vibrar.  
Doneu els vostres cors,  
però no perquè l'un retingui el de l'altre.  
Car només la mà de la Vida pot contenir els vostres cors.  
I romaneu junts, però no pas massa prop l'un de l'altre,  
ni el roure ni el xiprer no creixen l'un a l'ombra de l'altre.  
(Gibran, 1977, p.12)

Com hem assenyalat anteriorment, el vincle és un lligam que han d'anar formant les persones que hi intervenen, tant petites com grans. El nen no neix vinculat als pares. Això pot semblar estrany, però, per exemple, una mare pot tenir una gran il·lusió per un fill, però per convertir la seva il·lusió en vincle afectiu, és a dir, en amor, necessita posar en marxa determinades condicions, sense les quals no es pot donar un vincle afectiu positiu, un veritable i autèntic amor. De la mateixa manera que no és el mateix enamorar-se que estimar.

L'autèntica amistat, l'autèntic amor d'unes persones estretament vinculades es demostra en el seu creixement personal: autoestima, autonomia, motivació, ganes de superar-se, etc. Segons Rovira (2000), diríem que: "Un amor que no ajudés a avançar les persones que suposadament

s'estimen no fóra un vertader amor. L'amor, com l'amistat, és exigent i creatiu. Un vincle afectiu positiu no et ve donat, s'ha de construir i recrear. És un procés que mai acaba. Té les seves exigències”.

Segons Pérez-Testor (1994): “ una parella suficientment sana és la parella que pot elaborar les pròpies ansietats i contenir-les, que podrà ajudar-se mútuament a créixer i, al seu entorn, ajudar els fills en el seu creixement” (p.18). Per a Dicks (1967, a Pérez-Téstor, 1994), “Cada parella és limitada per una membrana. Aquesta membrana representa el límit que s'ha anat creant i que la separa de l'exterior com una pell mental, l'espai interior de la parella-família, allò que els membres de la parella, en la seva col·lusió<sup>31</sup>, han acordat inconscientment deixar a fora o incloure a dins” (p.19).

L'acord inconscient de què parlàvem en el paràgraf anterior, des del punt de vista sistèmic, concretament per Minuchin i Fishman (1983) s'anomenen “fijación de límites” (p.31). A més, emfasitzen aquesta funció assenyalant que: “El tino con que estén trazadas estas fronteras es uno de los aspectos más importantes que determinan la viabilidad de la estructura familiar” (p.31). Estem d'acord amb aquests autors quan defensen la tesi que: “Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges repercutirá en toda la familia. En situaciones patogénicas, uno de los hijos se puede convertir en chivo emisario o bien ser captado como aliado de un cónyuge contra el otro.” En aquestes circumstàncies, hauríem de parlar d'un nou concepte que, com veurem en l'apartat, 2.4.2., és el que Guerin, Fogarty, Fay i Gibert (2000) van anomenar triangles relacionals.

Seguint amb la mateixa idea, i sense sortir d'una interpretació sistèmica, coincidim amb Bornstein i Bornstein (1992) quan assenyalen que: “el divorcio no es sino la punta del ‘iceberg’ de los conflictos de pareja. Siendo el ‘paciente identificado’ la relación en sí y no meramente

---

<sup>31</sup> Per col·lusió (*co-ludere*, o joc entre dos) entendríem un acord incoscient que determina una relació complementària en la qual cadascú desenvolupa parts d'un mateix que l'atre necessita i renuncia a parts que projecta sobre el cònjuge (Pérez-Testor, 1994, p.18).

cada uno de los miembros que la componen” (p.9 i 33). De la mateixa manera, estem d’acord amb Minuchin i Fishman (1983) en advertir que:

El subsistema de los cónyuges puede ofrecer a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar, y proporcionarles un refugio frente a las tensiones de fuera. Pero si las reglas de este subsistema son tan rígidas que no permiten asimilar las experiencias que cada esposo hace en sus interacciones fuera de la familia, los “cónyuges dentro del sistema” pueden quedar atados a reglas inadecuadas de supervivencia que son el relictos de acuerdos del pasado. En esta situación, el subsistema de los cónyuges se empobrecerá más y más y perderá vitalidad, volviéndose por último inutilizable como fuente de crecimiento para sus miembros. Si estas condiciones persisten, puede ocurrir que los cónyuges encuentren necesario dismantelar el sistema. (p.31)

En aquest sentit, creiem oportú destacar les aportacions de Hawkins el 1968 (a Olson, 1991), perquè va proporcionar una definició útil per a la satisfacció conjugal. La va descriure de la manera següent:

Los sentimientos subjetivos de felicidad, satisfacción y placer que experimenta un cónyuge al considerar todos los aspectos actuales de su matrimonio. Esta variable se concibe como un continuo que va de la gran satisfacción a la gran insatisfacción. La satisfacción conyugal es, evidentemente, una variable de actitud y, por lo tanto, constituye una propiedad individual de cada cónyuge. (p.121)

D’acord amb les directrius anteriors, un altre autor que, des de la literatura, es destaca per les seves aportacions en la recerca i en la pràctica clínica vers la satisfacció i ajustament conjugal o diàdic és Spanier (1976). Segons Pérez (2000), la publicació de Spanier (1976) de l’article “*Measuring Dyadic Adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads*”, va produir un impacte en diferents departaments d’investigació, que va provocar que es publicuessin molts estudis en què es feia referència a l’escala que ell va utilitzar per mesurar

l'ajustament i la satisfacció diàdic de la parella (la DAS). A Espanya, cal destacar les fetes per Cáceres, 1992, 2000; Cruzado i Labrador, 2000; Espina, Pumar, Azkárate, Elortegui i García, 1994; Espina, Pumar, González, Santons, García i Ayerbe, 2000; Pérez, 1999, en què la utilitzen per avaluar les diferents situacions familiars en les quals la parella es troba immersa, com ara pares amb un fill esquizofrènic, drogoaddicte, etc.<sup>32</sup>

Seguint amb el mateix autor, Spanier (1976) va definir la satisfacció conjugal a través de quatre categories: a) consens diàdic, b) satisfacció diàdica, c) cohesió diàdica, i d) expressió d'afecte. Cada una d'aquestes categories les va definir de la manera següent:

- a) Consens diàdic: El grau d'acord entre els dos membres de la parella vers objectius que consideren importants per a la relació (amistats, activitats en el temps lliure, etc.)
- b) Satisfacció diàdica: El grau de felicitat i tensió que percep cada membre de la parella.
- c) Cohesió diàdica: La distància i la confirmació vers els interessos comuns i activitats compartides per la parella
- d) Expressió d'afecte: La satisfacció de cada un dels cònjuges cap a les mostres d'afecte, expressió dels sentiments i relacions sexuals.

Amb relació al que acabem de descriure, estem d'acord amb Pérez (2000) quan afirma que la satisfacció o l'ajustament diàdic es pot definir com un procés que es concretitza pel grau de. a) diferències diàdiques preocupants, b) tensions interpersonals i l'angoixa personal, c) satisfacció diàdica, d) cohesió diàdica, i e) consens en aquells temes que creuen importants per al funcionament de la díade (parella).

Seguint amb la revisió d'estudis, i amb relació a capítols anteriors, creiem que és oportú destacar les aportacions que va fer Olson el 1991, sobre la importància de la satisfacció conjugal a partir d'un estudi que va fer sobre el procés normatiu del desenvolupament familiar al llarg de les diferents etapes del cicle vital familiar. Una de les conclusions que va abstroure va ser que:

---

<sup>32</sup> Recordem que al capítol 6 es fa una explicació detallada d'aquesta escala.



Las parejas y familias que poseían lazos fuertes parecían funcionar de manera más adecuada en todo el ciclo vital. Tendían a sentirse más satisfechas con sus matrimonios y su vida familiar. Se diría que esos lazos fuertes actúan como grandes amortiguadores o resistencias frente a los sucesos estresantes de la vida. Y es posible que la posesión de esos lazos fuertes haya ayudado a esas familias y a esos matrimonios a manejar con mayor eficacia el estrés y los cambios que surgen a lo largo del ciclo vital. (p.126)

Arribats en aquest punt, fóra bo tenir present que cada cònjuge s'incorpora al matrimoni amb una història personal i psicològica única. Amb això es vol referir que, en funció de les vivències i aprenentatges de la família d'origen de cada membre de la parella, es pot parlar d'una major o menor probabilitat d'aconseguir una satisfacció conjugal plena. De la mateixa manera, la història psicològica i la situació psicològica actual de cada un d'ells facilitarà o bloquejarà l'harmonia de la parella. Segons Bornstein i Bornstein (1992), diríem que: "los conflictos graves tienden a destruir tanto a la persona como a la relación matrimonial. Las personas equilibradas emocionalmente tienden a aportar este mismo equilibrio a la relación conjugal" (p.28).

Finalment, per anar acabant aquest apartat, volem fer referència a les aportacions que Linares (1996) va fer en el seu llibre "Identidad y narrativa", concretament, sobre les dues qualitats de tota parella parental: conjugalitat i parentalitat. Aquestes són: 1) la història de cada membre de la parella i amb les seves respectives famílies d'origen influeixen en aquestes dues funcions de la parella, 2) són dues funcions o qualitats que tenen una relació complexa entre si, la conjugalitat pot deteriorar la parentalitat o viceversa, 3) al mateix temps, són independents entre si; i, finalment, 4) són variables ecosistèmiques, és a dir, es troben sotmeses a l'evolució del cicle vital tant individual com familiar, i a la influència de l'ambient en el qual es troben submergits (p.75). Sens dubte, un clar exemple que facilita la interrelació entre aquest apartat i els següent.

Concloem, doncs, tal com hem començat aquest apartat, assenyalant la importància des de la nostra posició i la revisada a la literatura, al voltant de l'especificitat i la rellevància del vincle conjugal vers la prevenció, l'aparició, el manteniment i/o precipitació de disfuncionalitats, símptomes en un dels membres del sistema familiar, que comporta el bloqueig en el

desenvolupament tant del membre del sistema com del sistema mateix, amb perill de trencament d'aquest. Per aquest motiu, com veurem més clarament en el capítol 3, hem cregut necessari avaluar el grau de satisfacció conjugal de les parelles a fi de poder mesurar aquest efecte descrit anteriorment. Per fer-ho, hem optat, especialment per les aportacions de Spanier, completades amb les d'Olson, Hawkins i Minuchin i Fishman, perquè creiem que són molt útils a l'hora de dur a terme la nostra recerca, a partir del qüestionari elaborat amb aquest fi, la DAS.

## 2.4.2. Vincle parental

Què vol dir “domesticar”? – va dir el petit príncep.  
És una cosa massa oblidada – va dir la guineu-. Vol dir “crear lligams”.  
Crear lligams? – va dir el petit príncep.  
És clar -va dir la guineu-. Per a mi, de moment només ets  
un nen igual que cent mil altres nens. I no et necessito.  
I tu tampoc no em necessites.  
Per a tu només sóc una guineu igual que cent mil altres guineus.  
Però, si em domesticques, ens necessitarem l’un a l’altre.  
Per a mi seràs únic al món. Per a tu, jo seré única al món.  
(Saint-Exupéry, 1998, p. 68)

Tal com hem posat de manifest a l’inici d’aquest capítol, recordant les aportacions de Minuchin i Fishman (1983) sobre la necessitat de fer una anàlisi amb més profunditat de les relacions que s’esdevenen en dos dels sistemes bàsics de tot sistema familiar, el subsistema conjugal i el subsistema parental, sistemes que remetent a dos tipus de vincle o relacions, el vincle conjugal (relació diàdica) i el vincle parental (relació triàdica), el que pretenem en aquest és concretament desenvolupar la importància del vincle parental en aquestes relacions. Vincle que, altre cop, estem convençuts que és un tipus de relació bàsica per a la prevenció, predisposició, manteniment o precipitació de tot símptoma o malestar familiar.

Abans però, d’endinsar-nos en aquesta anàlisi, estem d’acord amb Salem (1990) a destacar que, contràriament a una il·lusió estesa, el fet de convertir-se en independent no significa trencar els llaços amb la família. Ni l’ingrés a l’edat adulta, ni les separacions físiques, geogràfiques o econòmiques supprimeixen els llaços profunds que es troben teixits en el nucli de la família (p.59). Boszormenyi-Nagy, Bowen i altres autors han mostrat, a partir de teories i pràctiques diferents, com les relacions familiars es mantenen actives durant tota la vida, fins i tot més enllà de factors purament psicològics, i poden exercir una influència desconeguda sobre el destí de l’individu, molt més que qualsevol altra relació extrafamiliar. Com diu Salem (1990), aquesta influència és generalment favorable i útil, però pot arribar a ser destructiva i patològica -tot depèn de la manera en què els membres la tinguin en compte- (p.60).

### 2.4.2.1. Consideracions generals

Creiem que una manera enriquidora de començar a parlar sobre el vincle parental és fer referència a un dels teòrics, coincidint amb Buendía (1999, p.125) i Rovira (2000), més importants en el camp dels vincles afectius; ens referim a Bowlby amb la Teoria de l'Apego<sup>33</sup>. Bowlby (1976) definia la conducta de apego com: “Cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En el curso del desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos o apegos, al principio entre el niño y el progenitor y, más tarde, entre adultos” (p.60).

En aquesta línia, recordem que, normalment, el primer vincle afectiu, base de tots els altres, es dona amb els pares dintre de l'entorn familiar. Quan la interrelació pare-mare-fill (tríada) és adequada, el lligam afectiu entre ells queda establert al voltant dels set o vuit mesos. Una demostració que la relació pare, mare i fill en els primers mesos de vida no s'ha constituït encara en lligam, en vincle, és quan les persones que tracten el nen són intercanviables. És a dir, el nen pot passar de les mans de la mare a les d'una persona desconeguda sense que experimenti cap tensió o neguit. Això no passarà més endavant quan, de la relació mare-fill, n'haurà sorgit un fort vincle. Les persones desconegudes ara seran estranyes per al nen i aquest fàcilment ho demostrarà amb tensió, neguit o plors. És “l'angoixa dels vuit mesos”, descoberta per Spitz (1958, a Rovira, 2000), el qual assenyalava que el nen, als vuit mesos, havia aconseguit ja el vincle afectiu amb la seva mare, per tant, un progrés notori en la seva maduració global.

---

<sup>33</sup> L'apego es refereix a un vincle resistent caracteritzat per una tendència a buscar i mantenir proximitat amb una persona específica. La investigació sobre l'apego va sorgir de la teoria de Bowlby (1972, 1973, 1976, 1983) que assenyalava que les relacions primerenques (per exemple, mare i fill) són la font d'estructures cognitives bàsiques o models de treball relacionats amb el jo i la conducta cap als companys. Bowlby va descriure l'acceptació percebuda d'una figura d'apego com la confiança que una persona té que una figura d'apego és accessible i és probable que li doni resposta (Buendía, 1999, p.125).

Un altre concepte que s'ha de considerar important en aquesta reflexió sobre el vincle afectiu parental, és el de nutrició emocional. Segons Linares (1996), diríem que:

La nutrición emocional se produce cuando el individuo se siente reconocido, valorado y querido. Así de simple y así de infinitamente complejo. Simple porque se trata de vivencias básicas, suministradoras de intento de bienestar. Complejo porque la articulación entre estos tres niveles vivenciales que son el reconocimiento, la valoración y el amor ofrece múltiples combinaciones y una infinita diversidad de situaciones concretas, y porque el resultado emocionalmente nutricional depende tanto de la fuente (por ejemplo, el comportamiento de los padres o de otros familiares) como de la recepción individual o de la transmisión socialmente mediada. (p.29)

Seguint amb Linares (1996), assenyalava que la nutrició emocional, al mateix temps, és la responsable del desenvolupament de la identitat, definida com: “el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo y, con tal, es extraordinariamente resistente al cambio” (p.29). Des d'aquesta perspectiva, la identitat es pot considerar com el nucli de la ment, on l'ésser es manté constant. Al voltant d'aquesta s'estableix la narrativa, fruit també de l'experiència relacional, encara que amb més marge de fluctuació. En aquest sentit, tal com afirma Linares (1996): “Cuanto más grave es la patología, más implicada está en ella la identidad y más pobre resulta la correspondiente narrativa” (p.28).

Una vegada resumides les aportacions de la Teoria de l'Apego i el concepte de nutrició emocional, creiem que és el moment oportú de desglossar un concepte que, des del model sistèmic, s'ha relacionat amb el vincle parental i la possible disfuncionalitat. Recordem que, a l'inici d'aquest capítol i d'aquest apartat, apuntàvem la importància de les relacions triàdiques dins de tot sistema familiar. Ara volem anar una mica més lluny, i volem definir aquest concepte comparant-lo amb un altre concepte, el triangle relacional. Sens dubte, un dels conceptes clau per al nostre estudi; és a dir, l'estudi del triangle relacional entre pare, mare i fill jove-adult drogoaddicte.

D'acord amb les directrius anteriors, hem cregut que una manera adequada per començar a explicar què s'entén per triangle relacional és comparar-lo amb un altre concepte, el de tríada, és a dir, la relació entre tres persones. Per a Guerin i col·l. (2000), diríem que les tríades, a diferència dels triangles relacionals, es poden subdividir en tres díades interconnectades al mateix temps. Cada membre de la relació pot optar entre diferents comportaments i adoptar posicions personals sinceres i clares sense intentar canviar les altres dues persones. A més, cada persona pot permetre que les altres dues tinguin la seva pròpia relació sense interferir-hi. Una altra característica de les tríades és que cada un dels seus membres se sentin lliures i capaços de concentrar-se en si mateixos en lloc d'estar sempre intentant saber quina és la posició dels altres sense adoptar la pròpia; en altres paraules, en lloc de deixar-se influenciar pels altres (p.70). La taula 4 que a continuació presentem, recull aquesta comparació.

Taula 4

*Comparació entre les tríades i els triangles* (Guerin i col·l., 2000, p.71)

Tríades	Triangles
Cada díade pot interactuar d'un en un	La interacció en cada díade està vinculada al comportament de la tercera persona
Cada persona pot optar entre diferents comportaments	Cada persona està lligada a formes reactives de comportament
Cada persona pot adoptar posicions personals sense intentar canviar les altres dues	Ningú pot adoptar una posició personal sense haver de canviar els altres
Cada persona pot permetre que les altres dues tinguin la seva pròpia relació sense intervenir-hi	Cada persona intervé en la relació entre les altres dues persones
L'autoexamen és possible i és la situació freqüent	Ningú realitza un autoexamen; cada persona està constantment concentrada en les altres dues

Amb relació al concepte de triangle, cal recordar dos autors que, des del nostre punt de vista i des de la mateixa literatura, van contribuir enormement a la conceptualització, funció i conseqüències dels triangles dins de tot sistema familiar. Sens dubte, ens referim a Minuchin (1981) i a Haley (1980), amb la definició de tríades rígides i triangle pervers, respectivament.

De manera resumida, recordem que Minuchin i Fishman (1983) van elaborar la hipòtesi que era possible utilitzar els nens per amagar o desviar el conflicte parental o conjugal dins del mateix sistema familiar. Per validar-la, van analitzar les configuracions de relació que van coincidir amb els símptomes del nen i van donar com a fruit la formulació d'una tipologia que Minuchin va anomenar tríades rígides. Aquestes es van classificar en quatre tipus: la triangulació, la coalició pare-fill, l'atac a la desviació i el recolzament a la desviació. La triangulació descriu una situació en què dos pares, en conflicte obert o amagat, estan intentant cada un per la seva part, guanyar-se l'afecte i el recolzament del fill per anar en contra o no de l'altre, cosa que comporta en el fill un conflicte intens de lleialtat. Respecte a la coalició pare-fill o mare-fill, és una expressió més oberta del conflicte parental, encara que la família pot demanar ajuda de tractament per al fill problemàtic. Tal com indica Hoffman (1987), un dels pares es posarà al costat del nen per anar en contra de l'altre, i a vegades és difícil determinar qui es troba amb més dificultats, el nen o el cònjuge que se situa fora de la coalició (p.148).

Finalment, en els dos darrers tipus de tríades rígides per desviació, cal assenyalar que, quant al tipus atac a la desviació, sovint s'observa que els pares estan fent que el nen sigui el boc expiatori, és a dir, és el comportament del nen el que és dolent i els pares s'uneixen per contenir-lo, encara que un d'ells molt sovint està en desacord amb l'altre sobre com tractar-lo o els dos el tracten de manera contradictòria. En canvi, en el tipus de recolzament a la desviació, els pares solen amagar les seves diferències i se centren en el/la fill/a, que és definit com a malalt i pel qual mostren una gran preocupació, fins al punt, de sobreprotegir-lo. Segons Hoffman (1987), aquest tipus de tríada rígida és la que sovint caracteritza les famílies amb nens psicossomàtics, tot i que també es troben en altres famílies que tenen nens amb altres dificultats (p.149).

Pel que fa a les aportacions de Haley (1980) respecte al triangle pervers, creiem oportú recordar-ne les tres característiques bàsiques. De manera resumida són aquestes: a) Ha d'estar configurat per dues persones del mateix nivell en una jerarquia d'estatus i una persona d'un altre nivell. En la família, això significa dos membres de la mateixa generació i un d'una altra generació (per exemple, pare, mare i fill/a), b) ha d'existir una coalició entre dos dels tres membres que es

trobin en diferents nivells contra el membre restant del triangle (per exemple, pare-fill en contra de la mare), i c) la coalició contra la tercera persona s'ha de mantenir oculta. És a dir, el comportament que indica que existeix aquesta coalició es negarà a nivell metacomunicatiu. En resum, Haley (1980) afirma que el triangle pervers és aquell en el qual la separació entre generacions queda desdibuixada de manera oculta.

Amb relació a tot el que s'ha estat comentant dels triangles relacionals dins de tot sistema familiar, volem ressaltar les aportacions que va fer Guerin i col·l. (2000), per la seva contribució tant a la clínica com a la recerca d'aquests. Per a aquests autors, la importància clínica i de recerca dels triangles relacionals es basa en sis factors (p.50). Aquest són els següents:

- 1) Els triangles promouen el desenvolupament de símptomes en l'individu
- 2) Els triangles contribueixen a la cronicitat dels símptomes en un individu i en un conflicte de la relació
- 3) Els triangles conspiren contra la solució dels problemes tòxics o conflictius que afecten un individu o una relació
- 4) Els triangles bloquegen l'evolució funcional d'una relació en el temps
- 5) Els triangles poden crear o facilitar l'impàs terapèutic
- 6) Els triangles "atrapen" les persones, privant-les de la possibilitat d'escollir

Seguint amb Guerin i col·l. (2000), en els triangles de la família nuclear, hem de tenir molt present aquells triangles en què els fills queden atrapats enmig d'un problema conjugal. Per tant, aquells triangles que a nosaltres ens interessin per a la nostra recerca. Estem d'acord amb aquests autors quan assenyalen que en un conflicte conjugal (com hem vist descrit a l'apartat 2.4.1.) els triangles amb els fills tenen dues funcions: a) emmascarar el conflicte, i b) fer que aquest conflicte s'organitzi al voltant de la cria dels fills. Aquests triangles poden funcionar de diferents maneres i, les famílies poden desenvolupar infinites variacions del mateix tema i per tant, ser font de problemes i disfuncionalitats, fent palès el sorgiment d'algun símptoma (p.234). Des d'aquesta perspectiva, per a aquests autors, diríem que: "en las parejas que acuden a terapia a causa de un conflicto conyugal se puede advertir una pauta común: uno de los padres está en



posición muy próxima y defensiva con un hijo, y el otro, en una posición distante y crítica. La crítica puede estar dirigida al hijo, al cónyuge o a ambos” (p.234).

En definitiva, amb relació al punt anterior, creiem oportú anticipar el que més endavant veurem en el capítol 3, la drogoaddicció en el jove-adult estarà definida, pel que acabem de dir, com un símptoma que té la funció d'emascarar el conflicte conjugal de la parella, en la qual es percebi una criança basada en una sobreprotecció i unes cures dèbils o sense afecte per un dels cònjuges, mentre l'altre adopta una posició absent o desvinculada essent molt crític de la situació.

#### 2.4.2.2. Tipologies de vincles parentals

D'acord amb les consideracions generals fetes en el subaparat anterior, creiem que és el moment adequat per parlar de les diferents classificacions de vincles. De totes les possibles, n'hem escollit dues, la realitzada per Bowlby i la seva col·laboradora, Ainsworth (1978, a Lòpez, Etxebarria, Fuentes i Ortíz, 1999, p.45) i Parker (1979), perquè considerem que són dues classificacions que es poden comprendre des del model sistèmic i per la seva adequació als nostres objectius de recerca.

##### A. Classificació de Bowlby

Segons Bowlby (1976), cal diferenciar tres tipus de vincles: 1) Víncle afectiu segur, 2) Víncle afectiu insegur o ambivalent (per carències i per excés), 3) Víncle afectiu evitatiu i 4) Víncle afectiu desorganitzat. A continuació, presentem una descripció més detallada de cada un d'aquests vincles.

Pel que fa al víncle afectiu segur (tipus B), cal assenyalar que proporciona al jove-adult les característiques següents: a) Confiança en els altres i en les relacions interpersonals, fruit d'unes primeres relacions afectives gratificants amb els pares, que li donaran prou seguretat emocional

com per trobar l'equilibri entre la necessitat de convivència i la pròpia independència personal, b) Facilitat per a reconèixer, expressar i controlar els seus sentiments, així com comprendre els dels altres (intel·ligència emocional), i c) Autoestima alta, autonomia i motivació per a superar-se.

Quant al vinde afectiu insegur/ambivalent (tipus C), cal dir que és fruit de determinades carències emocionals, és a dir, de no haver rebut atencions afectives suficient. Dins d'aquest, cal diferenciar dos tipus de vincles en funció de les carències emocionals que s'hagin viscut. Aquests són: a) el vinde insegur per carències i b) el vinde insegur per excés.

Si fem referència al vinde insegur per carències, és important tenir present que proporciona les característiques següents: a) Autoestima baixa, falta de confiança en si mateix i en les seves possibilitats, sensació freqüent de fracàs i d'incompetència. Es pot passar dels sentiments d'angoixa i depressió als de superioritat; no acceptant els seus errors ni els seus límits, els altres en tenen la culpa; b) Per la seva pròpia inseguretad afectiva, desconfia i recela dels altres. En canvi, té una necessitat quasi absoluta per omplir tots els seus buits afectius; c) Presenta un grau de dependència alt i molt poca autonomia, i d) A causa de la poca valoració personal i de la seva inseguretad afectiva, té por de mostrar-se tal com és i d'expressar el que sent o pensa. Creu que, si ho fa, els altres no l'estimaran. Sovint emmascara els seus pensament i sentiments. Aquesta manca d'autenticitat, fàcilment captada, farà difícil la construcció d'un vinde afectiu positiu.

Pel que fa al vinde insegur per excés, s'ha d'entendre no només com una sobreprotecció exagerada, sinó tot tipus de domini, pressió, perfeccionisme, que no respecta prou la singularitat de l'altre. No es té en compte la distància òptima necessària per a un creixement harmònic. Aquest tipus de relació no genera seguretad, sinó contràriament, autoestima baixa, manca d'autonomia, por a prendre decisions i a afrontar responsabilitats. El creixement s'estanca. Un exemple clar de les conseqüències d'un vinde insegur per excés és la desconfirmació<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> La desconfirmació és una modalitat de comunicació que prohibeix les afirmacions pròpies de tot significat. És a dir, impedeix que un participi en la comunicació mitjançant l'ús d'afirmacions i compromisos equívocs i/o contradictoris. D'aquesta manera aquest tipus de mecanisme comunicacional té un efecte directe al desenvolupament negatiu de la identitat personal (Simon i col·l, 1993, p.111).

Si fem referència al vinde afectiu evitatiu (tipus A), cal assenyalar que es caracteritza per una manca d'expressivitat emocional, que molt sovint s'arriba a no sentir, a no tenir sentiments. Per aquest motiu, les persones que han viscut aquest tipus de vinde tenen la particularitat de ser fredes i distant en les relacions. Altres característiques d'aquest vinde són: a) La desconfiança i recel de tenir unes vertaderes relacions interpersonal, b) En qualsevol relació interpersonal, inclosa la parella, té necessitat de posar-hi distància. La seva independència està per damunt de tot, i c) En el mon laboral, prioritza la feina a qualsevol altra activitat que els companys proposin per optimitzar el clima laboral, dintre o fora de l'empresa. Fa la seva i es pot mostrar fred i distant.

Finalment, el vinde afectiu desorganitzat (tipus D) és el que forma part de famílies en què els pares moltes vegades han tingut experiències traumàtiques que no han elaborat i, a causa d'aquestes mancances, no saben contenir o donar mostres d'afecte als seus fills. D'aquí que els fills creixin en un entorn on les mostres d'afecte i criança són contradictòries i insuficients a les seves necessitats. Una estratègia que molt sovint utilitzen aquests és intentar trobar al carrer, entre els grups d'iguals, tot allò que els manca a casa. I serà aquí, al carrer on se sentiran més reconeguts i confirmats com a persones, malgrat les conseqüències que això pugui ocasionar.

## B. Classificació de Parker

Com ja hem esmentat a l'inici d'aquest subapartat, la classificació que fa Parker sobre els vincles també ens ha servit per analitzar, complementar i enriquir els nostres objectius plantejats en aquesta recerca. Parker (1979), va intentar examinar la contribució parental en el lligam o vinde pares-fill i va intentar definir-los i mesurar-los. Per a ell, aquests lligams estan principalment influenciats per: 1) les característiques del fill, 2) les característiques dels pares, i, 3) les característiques de reciprocitat dinàmiques i de l'entorn de la relació. Parker pren, com a punts de partida en aquest estudi, idees de Bowlby (1973); Ainsworth (1975, a López i col·l., 1999); i Roe i Siegelman (1963, a Ballús, 1991, p.7).

Parker (1979) proposa que, per definir les contribucions parentals del vincle cal mesurar les conductes i les actituds dels pares i determinar-ne les principals variables. Després de fer una revisió exhaustiva entre anotacions clíniques i de la literatura científica, va identificar dues variables o dimensions principals que poden influenciar en el vincle parental; aquestes van ser Cures i Protecció. La primera variable, les cures, fa referència a la inquietud, el compte, la custòdia i la guarda. Concretament, quan les cures són altes es pot parlar d'afecte, calidesa emocional, empatia i proximitat. Ara bé, quan les cures són baixes, s'ha de parlar de fredor emocional i indiferència. Quant a la segona variable, la protecció, la defineix com una variable de control psicològic sobre el fill. D'aquesta manera, assenyala que, quan la protecció és alta, es pot parlar de control i sobreprotecció pròpiament dita, intrusivitat, contacte excessiu, infantilització, evitació de conductes d'independència, evolució i creixement personal; mentre que si el nivell de protecció és baix, s'ha de parlar de permissivitat d'independència i autonomia.

A partir de la conceptualització de les dimensions cures i protecció, Parker (1979) les va relacionar donant lloc a quatre tipus diferents de vincles parentals i a la construcció d'un qüestionari, *Parental Bonding Instrument* (PBI, Parker, Tupling i Brown, 1979)<sup>35</sup>. Els quatre vincles entre pares i fill són:

1. Vincle òptim (cures altes i protecció baixa)
2. Vincle absent o dèbil (cures baixes i protecció baixa)
3. Vincle amb afecte controlat o forçat (cures baixes i protecció alta)
4. Vincle amb control sense afecte (cures baixes i protecció alta).

Aquests 4 vincles es delimiten per un eix de coordenades: a l'eix d'abscises es troben les cures i a l'eix d'ordenades, la protecció. A la figura 4 es pot observar esquemàticament el que acabem de mencionar.

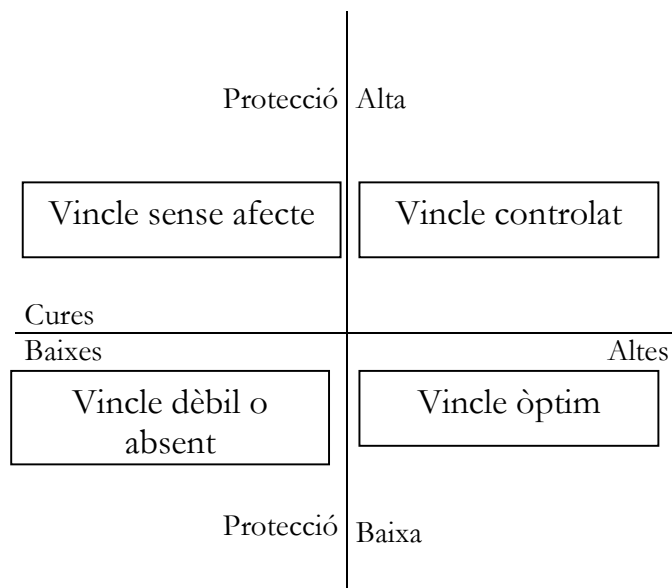


Figura 4. Tipologia de vincles parentals (Parker i col.l.,1979)

#### 2.4.2.3. Estils educatius i de criança dels pares

La família és el context més desitjable per a la criança i l'educació dels fills. Per una part, perquè la família és qui millor pot promoure el desenvolupament personal i social d'aquests; per una altra part, perquè la família és qui habitualment pot protegir millor les diferents situacions de risc que es puguin donar (excepte quan el risc és la pròpia família) (López i col.l., 1999, p.268). Com afirmen Minuchin i Fishman (1983): “Las interacciones dentro del subsistema parental incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización” (p.32). Però van més enllà i assenyalen que:

A parte de estas responsabilidades, los padres tienen el derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como cambio de domicilio, selección de la escuela y fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia. Tienen el derecho, y aun el deber, de proteger la privacidad del subsistema de

---

<sup>35</sup> Al capítol 6 es pot trobar l'explicació d'aquest instrument.

los cónyuges y de fijar el papel que los niños habrán de desempeñar en el funcionamiento de la familia. (p.32)

En el camp de la psicologia, hi ha diferents intents de definir els estils de criança i d'educació familiar. Cada època ha donat èmfasi a aquells aspectes que els models teòrics dominants han assenyalat com a rellevants, i ha donat com a resultat una varietat de conceptualitzacions. No obstant això, com van assenyalar Darling i Steinberg (1993), les característiques d'uns i altres models per definir els estils educatius familiars presenten grans similituds i diferències. De tots ells, s'ha seleccionat el realitzat per Palacios i Moreno (1994, p.61) i per Ceballos i Rodrigo (1998, p.45) perquè recullen de manera sintetitzada i clara les diferents aportacions fetes fins al moment.

A la taula 5 es resumeixen els trets característics del comportament dels adults en les diferents tipologies o estils de criança i socialització. Segons els autors citats anteriorment, aquest trets són els següents:

- a) L'estil educatiu democràtic es caracteritza per presentar valors alts tant en les dimensions d'afecte i comunicació (expressió oberta d'afecte, interès per les coses del fill/a), com en les de control (hi ha normes clares, adaptades i coherents a les possibilitats del nen/a).
- b) L'estil educatiu permissiu presenta nivells alts de comunicació i afecte, com en el cas anterior, però amb nivells baixos d'exigència i, per tant, amb manca de control per fer complir les normes. Els pares tendeixen a adaptar-se al nen/a centrant els seus esforços a identificar les seves necessitats i a ajudar-los a satisfer-les.
- c) L'estil educatiu autoritari es basa en la manca de comunicació i afecte cap al fill i la poca flexibilitat davant el compliment de les normes s'associa, especialment quan els pares utilitzen el càstig físic per imposar la seva autoritat, amb nens agressius. D'aquí que els pares presenten nivells baixos d'expressió d'afecte i menys tendència a desenvolupar els interessos del fill/a i les seves necessitats a través del diàleg i la comunicació que en l'estil educatiu anterior. Estableixen normes clares en funció del

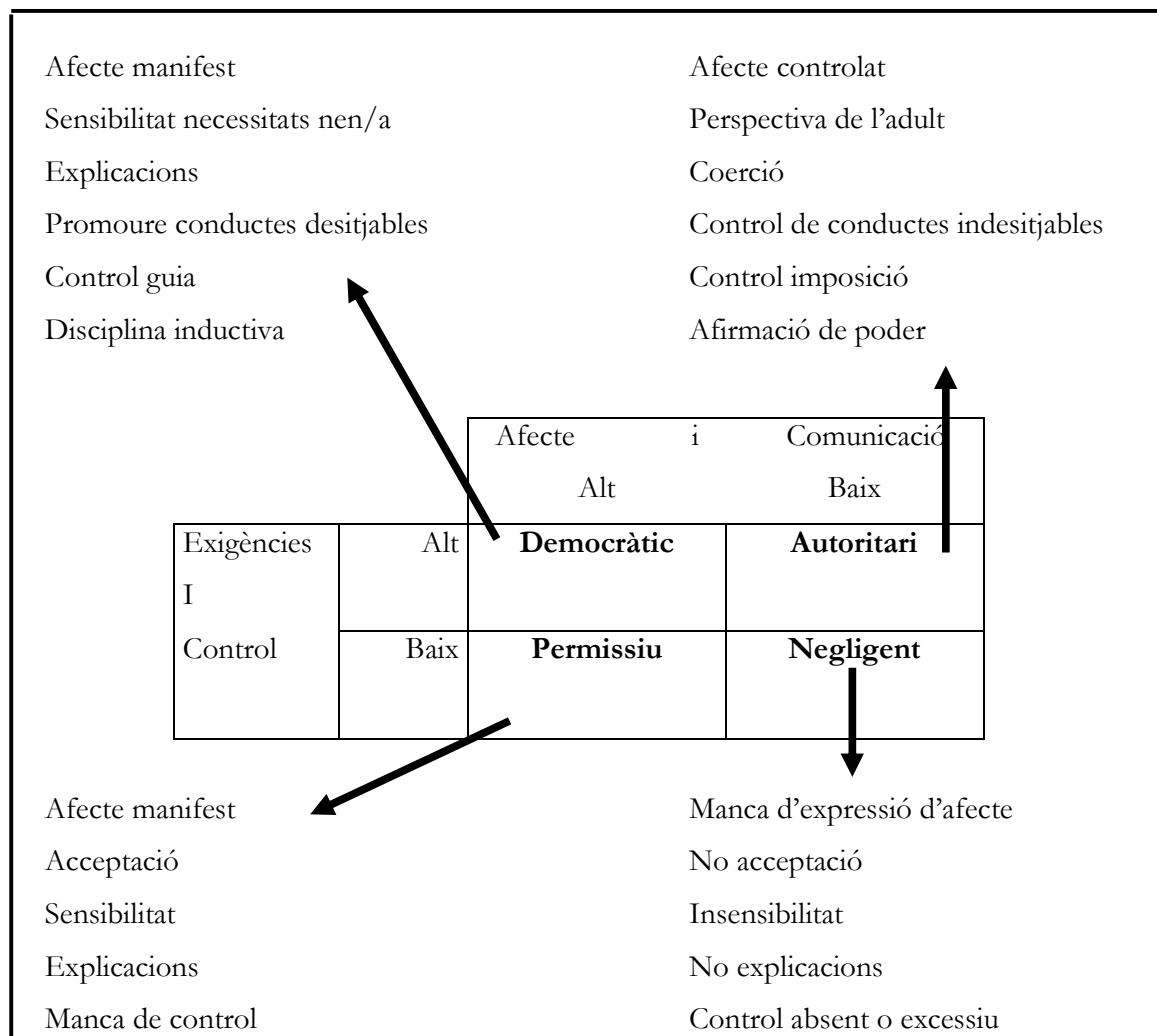
que els pares saben que li convé al seu fill/a i controlen les desviacions de les normes donant com a raó la seva autoritat i un major coneixement.

- d) L'estil educatiu negligent és aquell en què els pares mostren menys implicació en la relació educativa. L'expressió d'afecte és molt més baixa que en els pares autoritaris, mostren poca sensibilitat a les necessitats i interessos del nen/a i poden moure's entre una manca de control i unes normes excessives amb una supervisió rígida.

Quant a les conseqüències d'aquests estils parentals educatius i socialitzadors amb el desenvolupament del fill/a són els següents: a) els fills de pares democràtics són nois/es amb gran competència social, amb una autoestima i autocontrol elevada, com també amb una independència i capacitat elevada per saber esperar davant una satisfacció immediata de les seves necessitats; b) els fills de pares permissius són alegres, vitals i creatius, però mostren dificultats per controlar els seus impulsos, per posposar les gratificacions o persistir en les tasques i es mostren molt sensibles a la pressió per part dels seus companys; c) els fills de pares autoritaris mostren un nivell d'autoestima molt baix respecte dels altres grups, depenen molt del control extern fins al punt de tenir manifestacions impulsives o agressives quan aquest control no és present, cosa que provoca el rebuig dels iguals, i d) els fills de pares negligents són els que presenten un perfil més problemàtic, amb valors pobres pel que fa a identificació i autoestima, amb dificultats d'autocontrol i de relacions amb els iguals, amb una major tendència als conflictes personals i socials (Ceballo i Rodrigo, 1998; López i col·l., 1999).

Taula 5

*Tipologies de socialització familiar i trets de la conducta parental corresponents (Ceballos i Rodrigo, 1998, p.45; Palacios i Moreno, 1994, p. 61)*





Arribats en aquest punt, creiem que és un moment adequat per recordar les aportacions de Parker i col·l. (1979) respecte dels vincles parentals percebuts per part dels joves, de les quals poden derivar diferents estils educatius parentals<sup>36</sup>.

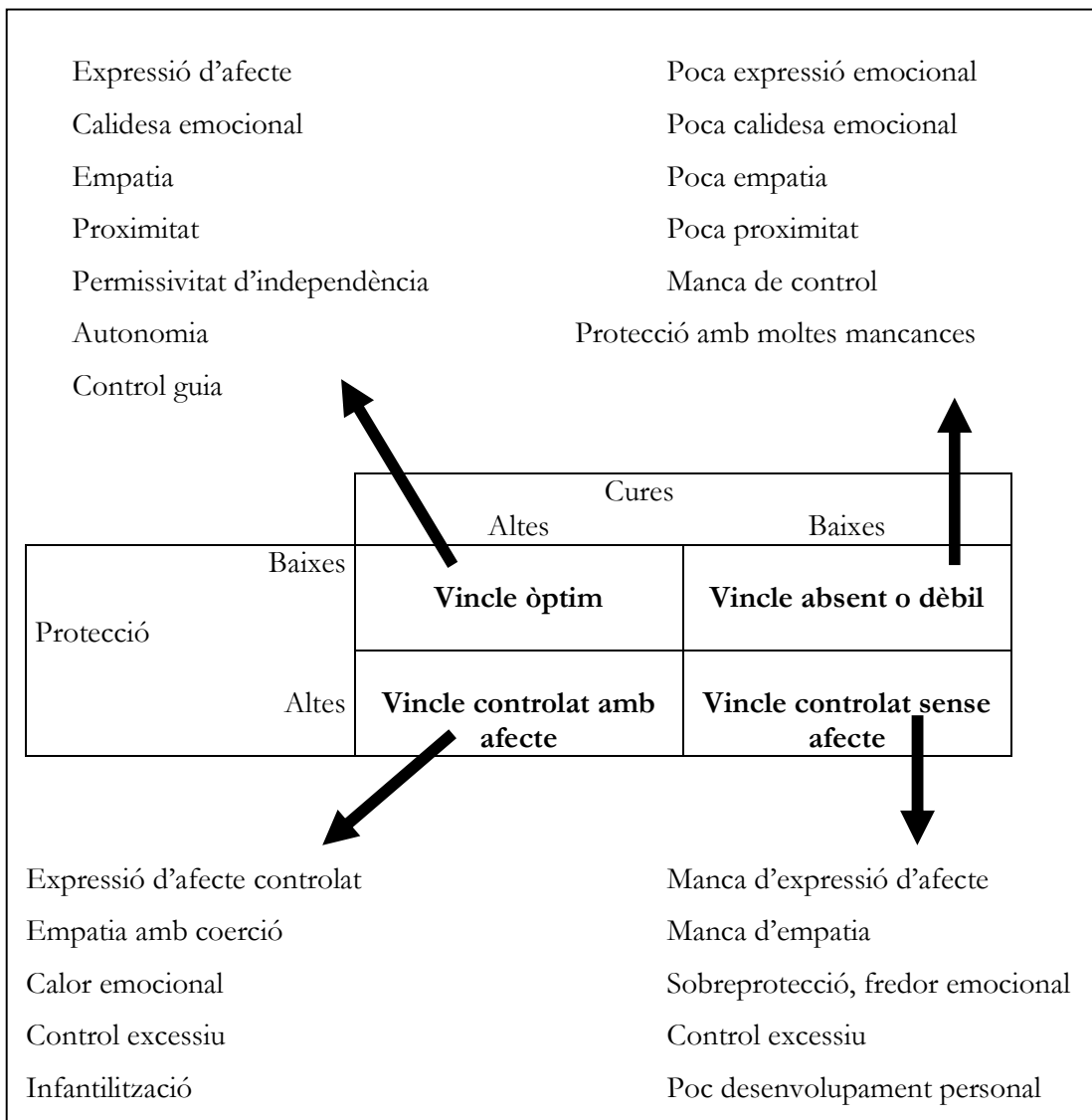
A la taula 6 es resumeixen els trets característics de les diferents tipologies o estils de criança a partir dels vincles parentals de Parker i col·l. (1979). Aquest són:

- 1) El vinde parental òptim es caracteritza per presentar valors alts en cures (expressió d'afecte, calidesa emocional, empatia, proximitat) i valors baixos quant a protecció (permissivitat d'independència, autonomia i control guia).
- 2) El vinde absent o dèbil es caracteritza per presentar nivells baixos tant de cures (poca calidesa emocional i expressió d'afecte, poca empatia i proximitat) com de protecció (manca de control, permissivitat d'independència, autonomia).
- 3) El vinde controlat amb afecte és aquell que es caracteritza per valors alts tant en cures com en protecció. Així, doncs, en aquest darrer vinde, el fill percep un estil educatiu amb expressió d'afecte controlat, empatia amb coerció i calor emocional amb gran demanda sobre el compliment de les normes, regles familiars (sobreprotecció).
- 4) El vinde controlat sense afecte està basat en la manca de cures (expressió d'afecte, empatia i calor emocional) cap al fill i la poca flexibilitat davant del compliment de les normes i valors alts de sobreprotecció (control excessiu, infantilització).

---

<sup>36</sup> A la figura 4 i al punt 2.4.1 es pot complementar el que acabem de mencionar.

Taula 6  
*Tipologies de vincles parentals i estils educatius parentals*



Sens dubte, tant la tipologia de socialització familiar i la conducta parental de Palacios i Moreno (1994) com les tipologies de vincles parentals de Parker i col·l. (1979) són complementàries entre si i, alhora, independents. És per aquest motiu que volem remarcar que el fet de comparar les dues aportacions teòriques ha estat una tasca molt rica que ens ha portat a reflexionar sobre

la importància de l'estil educatiu i sobre les pautes d'interacció entre els membres familiars en qualsevol problemàtica familiar i també conèixer, amb més detall, les aportacions de Baumrind (1985). Concretament, aquesta autora, gràcies a la seva primera classificació sobre tipologia d'estils educatius i de criança parental que va elaborar conjuntament amb Black al 1967<sup>37</sup> (a Papalia i Olds, 1998), ha estat el punt de partida d'altres classificacions com ara les citades en paràgrafs anteriors.

Podem dir, doncs, que s'han pogut comprovar les similituds entre l'estil educatiu democràtic i el vincle parental òptim, com entre l'estil educatiu autoritari i el vincle controlat. Ara bé, quan s'ha intentat fer el mateix entre l'estil educatiu negligent i permissiu i el vincle controlat sense afecte i el vincle absent o dèbil, s'ha pogut observar que no hi havia una relació tan clara i lineal, sinó més aviat circular. En altres paraules, podem trobar, per exemple, característiques de l'estil educatiu negligent que tant poden formar part del vincle absent com del vincle controlat sense afecte. O també, característiques de l'estil educatiu permissiu que els podem trobar en els altres dos vincles, controlat sense afecte i absent o dèbil<sup>38</sup>.

Abans de començar a relacionar el vincle parental amb el vincle conjugal, creiem oportú estudiar i relacionar les quatre categories que subdivideixen la subescala d'adaptabilitat de l'escala FACES III amb els diferents tipus d'estils educatius que s'han descrit en aquest apartat. És a dir, l'estil democràtic, l'autoritari, el permissiu i el negligent, per una banda, i per l'altra, adaptabilitat rígida, estructurada, flexible i caòtica (les quatre categories de la subescala d'adaptabilitat). Així, doncs, tal com Polaino-Lorente i Martínez (1995, 1998) ja van assenyalar que és molt probable que una família que utilitzi estratègies educatives d'estil autoritari, obtingui una puntuació a la subescala d'adaptabilitat rígida. De la mateixa manera, una família permissiva, des del punt de vista educatiu, obtindrà unes puntuacions que formaran part de l'adaptabilitat caòtica. Respecte a l'adaptabilitat flexible i/o estructurada, estarà més relacionada a l'estil educatiu democràtic amb petits matisos per a cada cas. I, per últim, l'estil educatiu negligent serà

---

<sup>37</sup> Van definir tres tipus diferents d'estils educatius parentals: a) el permissiu, b) l'autoritari i c) el democràtic.

<sup>38</sup> Recordem l'apartat 3.4.4, que pot complementar més el que acabem d'assenyalar.

més probable que obtingui un nivell d'adaptabilitat rígida, però amb un grau molt més extrem que els obtinguts a l'estil educatiu autoritari.

Arribats en aquest punt, tal com apuntàvem a l'inici del paràgraf anterior, fóra bo analitzar la relació entre el vincle parental i el conjugal. Aquesta relació ja l'havia assenyalat Satir el 1964 (a Olson, Sprenkle i Russell, 1979). Concretament, Satir (1964) destacava que els pares són els arquitectes de la família i la relació conjugal és la clau de totes les relacions dels altres membres familiars. Quan hi havia dificultats en la unió marital era més que probable que hi haguessin problemes en la funció parental (a Olson i col·l., 1979).

Per a Simons i Johnson (1996), la qualitat de les relacions matrimoniales és un dels factors que més freqüentment s'estudia com a factor determinant de la paternitat. La satisfacció matrimonial i la paternitat exitosa sembla que vagin juntes. Cox, Owen, Lewis i Henderson (1989) creuen que aquesta relació ha estat demostrada tant pels pares com per les mares vers els nens amb un gran ventall d'edats i en una varietat de condicions culturals. Al mateix temps que creuen que la qualitat maternal continua tenint influència, fins i tot quan es tenen en compte les característiques de personalitat dels pares i les variables que indiquen ajustament psicològic.

Simons, Whitbeck i Wu (1994) creuen que quan existeix el recolzament conjugal, definit com a recepció de calidesa, estímul i ajuda quan un cònjuge interactua amb l'altre, es pot esperar que aquest influeixi en la qualitat de les funcions parentals de moltes maneres diferents. L'ajuda real del cònjuge amb les obligacions parentals i el consell respecte a la paternitat han mostrat tenir un efecte directe sobre la qualitat de la paternitat. Com, Belsky i Voldra, (1989) també assenyalen que el recolzament del cònjuge pot influir indirectament a la paternitat a través de la influència del benestar del cònjuge. D'aquesta manera, consideren el cònjuge com el sistema de recolzament primari per a la paternitat<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> A l'apartat 2.4.1. es pot trobar més informació respecte el vincle conjugal.

En aquest sentit, és remarcable parlar que una funció d'aquest recolzament conjugal és la de ser un pilar davant l'estrès per prevenir un desbordament d'emocions negatives en la paternitat. Si el cònjuge està absent, si la relació entre els dos esposos és conflictiva, la xarxa de recolzament social pot proporcionar en certa mesura un substitut. Per exemple, una mare soltera adolescent és menys probable que utilitzi càstigs severos si té contactes que li proporcionin recolzament amb la seva xarxa de familiars i amics (Colleta, 1981, p.32). En general, tot i així, la xarxa de recolzament social no està tant relacionada amb la conducta de paternitat com significa el recolzament conjugal. El recolzament del cònjuge també sembla disminuir o moderar els efectes sobre la criança infantil si hagués estat educat per parets disfuncionals (Quinton i Rutter, 1988). López i col·l. (1999) assenyalen que les diferències en l'estil de desenvolupar vincles afectius i estils de criança amb els fills provenen de diferents factors, els més importants són les característiques de les figures d'apego que el cònjuge ha pogut tenir a la seva infància, la història familiar i les diferents variables del sistema familiar, les característiques pròpies i alguns factors transculturals (p.87).

D'acord amb aquestes directrius, segons Minuchin i Fishman (1983), defensariem el fet de valorar la importància de la satisfacció conjugal<sup>40</sup> com a font de creixement per als fills, relacionant les funcions parentals amb les conjugals. Com afirmen els autors:

El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de relaciones íntimas. En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero, abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. (p.31)

---

<sup>40</sup> Recordem que a l'apartat 2.4.1. s'ha fet esment de la importància de la satisfacció conjugal com a variable discriminatòria per avaluar la qualitat del vincle conjugal.

Tanmateix, amb relació al punt anterior, coincidim amb Linares (1996) quan assenyala que:

Las funciones parentales, tanto las nutricias como las sociabilizantes, pueden estar alteradas, estable o coyunturalmente, con independencia del estado de las funciones conyugales. Éstas, a su vez, pueden presentar un panorama más o menos armonioso, sea cual sea la situación institucional de la pareja. De la combinación de ambas series de funciones, parentales y conyugales, se siguen escenarios muy diversos, algunos de los cuales pueden implicar graves consecuencias carenciales en el núcleo emocional de los hijos. (p.66)

Sens dubte, doncs, compartim la idea de Davies i Cummings (1994) quan defensen que els conflictes matrimonials que queden sense resoldre poden tenir un efecte molt negatiu respecte a la seguretat emocional dels nens, fins i tot quan l'estímul interactiu de la mare és sensible i el vincle amb el fill equilibrat.

Concloem, doncs, aquest capítol afirmant que davant la importància cabdal que des de la revisió teòrica s'ha pogut comprovar respecte els vincles parentals, els estils educatius fruit d'aquests vincles i la satisfacció conjugal de la parella parental, respecte a qualsevol problemàtica, la nostra recerca tindrà en compte, a l'hora de mesurar i examinar els vincles parentals percebuts per part dels joves drogoaddictes i no drogoaddictes, molt especialment les aportacions de Parker i col·l. (1979) que identifiquen els quatre vincles parentals, les aportacions de Bowlby, amb la Teoria de l'Apego (1988) i les aportacions d'Olson vers l'adaptabilitat familiar. A partir d'aquí, per una banda, podem reflexionar sobre els possibles estils educatius, la conducta parental viscuda i/o percebuda per part dels joves estudiats i, per altra banda, sobre la satisfacció conjugal per part de la parella de pares, seguint molt especialment les aportacions de Spanier (1976, 1989).

Així doncs, en síntesi, ens centrarem en el triangle relacional, pare, mare i fill drogoaddicte, com a unitat en si mateixa, com també en la divisió d'aquest en dos vincles. Concretament, el vincle conjugal (satisfacció conjugal) i el vincle parental (relació fill-mare i relació fill-pare).

### 3. Conceptualització de la drogoaddicció

El que pretenem en aquest capítol és definir el concepte de drogoaddicció des del model sistèmic, seguint amb la mateixa línia que als dos capítols anteriors, on definíem la família com a sistema obert en què el comportament de cada un dels seus membres està relacionat amb el comportament dels altres i amb la família en tant que unitat, en la qual no és possible no comunicar-se, i en la qual s'entén el comportament a partir de la seva funcionalitat dins del mateix sistema més que buscar el perquè, cosa que facilita una comprensió circular de les possibles causes, més que una comprensió lineal.

Per poder dur a terme, el que acabem d'esmentar, hem dividit aquest bloc en dos apartats, a fi de poder anar de les definicions més generals, en què el centre d'estudi és l'individu com a entitat en sí mateix, fins arribar a aquelles definicions en les quals es té en compte, a més de l'individu, el seu entorn més significatiu, la família. Així, doncs, al primer apartat es fa un recull de les diferents conceptualitzacions de drogodependència seguint els criteris diagnòstics de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a través del CIE-10 i els criteris diagnòstics de l'Associació Americana de Psiquiatria (APA) a través del DSM-IV. A partir d'aquí, al segon apartat, el criteri vertebrador per entendre la drogoaddicció i l'àmbit relacional de la pròpia persona, la família, és el model sistèmic. D'aquesta manera, aquest segon apartat s'ha subdividit en tres subapartats més, per tal de fer una anàlisi amb més profunditat del que acabem d'esmentar. Així, doncs, primerament, es fa una descripció de la drogoaddicció com a símptoma i la seva funcionalitat dins del sistema familiar. Seguidament, es fa un recull de les característiques més rellevants quan es relaciona la drogodependència del jove-adult amb la família. I, finalment, al darrer subapartat, es fa una descripció dels estudis trobats que segueixen la mateixa línia que el nostre estudi, la qual cosa permet conèixer l'estat de la qüestió.

### 3.1. Aportacions generals

L'increment del consum de drogues en les darreres dècades del segle XX ha anat generant un ventall de literatura que va des de la genètica fins a la sociologia, passant per l'ecologia, l'economia, la fisiologia, la psicologia, la filosofia, la religió, el dret, etc. Pel que fa específicament a la drogoaddicció, la bibliografia disponible engloba des de teories centrades en l'individu i la seva addicció, fins arribar a teories que posen l'èmfasi en l'àmbit relacional, en les quals les diferents escoles de teràpia familiar sistèmica apareixen com a pioneres<sup>41</sup>.

Abans d'entrar en les diferents classificacions diagnòstiques sobre drogo dependència, creiem interessant començar citant Kalina (2000) pel fet que ens recorda que la paraula "addicte" remet a l'Antiga Roma: quan una persona no podia pagar el deute, entregava la seva vida com a "addicte", és a dir, com a esclau. D'aquesta manera, sortia de la seva condició de deutor entregant la seva llibertat com a forma de pagament. És, doncs, el mateix destí d'esclavitud que té qui recorre a la droga, ja que mitjançant l'automedicació de substàncies psicotròpiques, en la il·lusió de superar debilitats, en lloc d'alliberar-se o d'independitzar-se, es converteix en drogoaddicte (p.17). Creiem interessant, seguint amb el mateix autor, conèixer com aquest entén i comprèn l'addicte des de la seva individualitat i identitat, sense tenir en compte el context més immediat i, per tant, com a punt de comparació a les aportacions del model sistèmic, que més endavant definirem. D'aquesta manera, citem a continuació un fragment textual del que acabem d'assenyalar:

---

<sup>41</sup> Recordem que aquest aspecte es tindrà en compte tot seguit, a l'apartat següent.



Siempre señalamos que para entender a un adicto hay que invertir el sentido de nuestro pensamiento: en su búsqueda de placer se daña; en su búsqueda por encontrarle sentido a su vida se mata; en su afán de independencia “se vuelve esclavo”; buscando liberarse de los vínculos simbióticos humanos no resueltos con sus objetos primarios, ya sea la familia o sus equivalentes, se procura una simbiosis química. En síntesis, en su intento por ser, acepta vivir como un no-ser, y morir con la fantasía maníaco-omnipotente de vencer la finitud, es decir, la muerte y llegar a ser inmortal. El correlato de esta postulación es la incapacidad y/o fracaso en su búsqueda de una identidad propia. (p.17)

Seguint amb l'anàlisi de la drogoaddicció des d'un enfocament individual, creiem oportú destacar que el seu diagnòstic és relativament senzill en les fases avançades, però no és fàcil quan la persona afectada amaga els símptomes o quan va a una consulta no especialitzada. Per aquest motiu, tant l'OMS com l'APA defensen la importància sobre l'ús de criteris estandarditzats que ens ajudin a la detecció i al seu diagnòstic. En aquesta línia, estem d'acord amb Sánchez-Carbonell (1996) quan assenyala que els criteris diagnòstics que utilitzen tant l'OMS com l'APA per diagnosticar quan un consum de drogues es pot considerar un abús o una dependència, són els més influents tant per als clínics com per als investigadors (p.398). Tot i així, coincidim amb el mateix autor, quan puntualitza que entre les dues classificacions hi ha diferències i, per tant, és un element més de dificultat a la mencionada anteriorment tant per a la detecció com per al diagnòstic.

Segons Sánchez-Carbonell (2000), cal dir que, quant a la classificació dels trastorns, l'APA (1995), en la seva quarta edició del seu manual diagnòstic, diferencia dos tipus de trastorns relacionats amb les substàncies: els trastorns per consum de substàncies i els trastorns induïts per substàncies. Els trastorns per consum de substàncies són l'abús i la dependència i fa referència als efectes de conducta desadaptatius associats al consum més o menys regular de drogues. Els trastorns induïts per substàncies descriuen els efectes directes aguts o crònics de les drogues sobre el sistema nerviós central. En el DSM-III (1980) i en el DSM-III-R (1987), aquest grup de trastorns rebia el nom de trastorns mentals orgànics (p.602).

En canvi, segons l'OMS, a la seva desena revisió de la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10), els trastorns mentals i de comportament deguts al consum de substàncies psicotròpiques inclouen: la intoxicació aguda, el consum perjudicial, la síndrome de dependència, la síndrome d'abstinència, la síndrome d'abstinència amb delirium, el trastorn psicòtic, la síndrome amnèsica, el trastorn psicòtic residual i el trastorn psicòtic amb inici retardat induït per l'alcohol i altres substàncies psicotròpiques, altres trastorns mentals o de comportament i trastorns mentals o del comportament sense especificar. A la taula 7, que presentem a continuació, recull aquestes dues categories diagnòstiques amb les diferències respectives que acabem de comentar.

Taula 7

*Comparació de les classificacions dels trastorns relacionats amb substàncies de l'APA i de l'OMS (Sánchez-Carbonell, 2000, p.603).*

Associació Americana de Psiquiatria (APA). Quarta revisió del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV)	Organització Mundial de la Salut (OMS). Desena revisió de la Classificació Internacional de Malalties (CIE-10)
<b>Trastorns per consum de substàncies</b>	
Abús de substàncies	Consum perjudicial
Dependència	Síndrome de dependència
<b>Trastorns induïts per substàncies</b>	
Intoxicació	Intoxicació aguda
Abstinència	Síndrome d'abstinència
Delirium	Síndrome d'abstinència amb delirium
Demència persistent	
Trastorn amnèsic	Síndrome amnèsica
Trastorn psicòtic	Trastorn psicòtic
	Trastorn psicòtic residual i trastorn psicòtic d'efecte retardat induït per l'alcohol i altres substàncies psicotròpiques
Trastorn de l'estat d'ànim	
Angoixa induïda per substàncies	
Disfunció sexual	
Trastorn del son	
	Altres trastorns mentals o del comportament
	Trastorn mental o del comportament sense especificar

Concloem, doncs, recordant que, malgrat que acceptem els criteris de l'APA i els de l'OMS, el nostre posicionament teòric es basa en la conceptualització que el model sistèmic adopta pel que fa a les drogoaddiccions; ja que, com hem assenyalat en altres moments, aquest model té en

compte no només l'àrea individual sinó també la relacional; àrees que creiem que són bàsiques per entendre i intervenir davant aquest fenomen tan complex que és la drogodependència, concretament, la drogodependència dels joves-adults dins d'una estructura i dinàmica familiar determinada.

### 3.2. La drogoaddicció des del model sistèmic

A l'apartat anterior, s'ha pretès fer una anàlisi dels criteris diagnòstics de l'abús i la dependència de drogues i les dificultats que, malgrat aquesta estandarització comporta a l'hora de la detecció i el diagnòstic en l'individu. Partint d'aquestes premisses, el que pretenem en aquest apartat és descriure aquelles aportacions que considerem que han estat més rellevants a l'hora d'interpretar aquesta problemàtica tenint en compte el seu context més immediat, la família, seguint amb la mateixa línia teòrica que hem seguit fins ara, el model sistèmic. Des d'aquesta perspectiva, hem cregut oportú dividir aquest apartat en tres subapartats més, per tal de facilitar la comprensió d'aquest fenomen tan complex que és la drogodependència dels joves-adults que viuen amb les seves famílies respectives. A continuació s'analitza el que acabem de comentar.

### 3.2.1. La drogoaddicció com a símptoma

¿Por qué necesitaría un “síntoma” una familia?

Esta pregunta desconcertó a los terapeutas i investigadores antes de que se comprendiera que un síntoma es un artefacto bello, útil i bien construido, amablemente aportado por la naturaleza para ayudar a las familias a quienes aterraba (probablemente, por buenas razones) la amenaza del cambio.  
(Hoffman, 1987, p.300)

Tal com apuntàvem a l'apartat 1.5, des de l'epistemologia sistèmica, símptoma es refereix a un missatge que ens informa tant de l'individu, que és el portador, com del funcionament del sistema; la funció del qual és ser un senyal d'una perturbació d'una o diferents funcions necessàries per a la supervivència de la família.

Això porta a plantejar-se una qüestió amb relació al que volem estudiar: quina funció té el símptoma drogo dependència en la família? Coincidint amb Coletti (1987), la resposta l'hem de buscar fent referència a les aportacions de Haley, concretament al treball sobre el cicle vital familiar<sup>42</sup>. Segons Haley, hauríem de conceptualitzar el símptoma de la drogoaddicció com aquell símptoma que informa que la família té grans dificultats per canviar d'etapa en el cicle vital familiar, concretament en l'etapa de l'adolescència i l'emancipació del jove-adult; cosa que dóna lloc a una disfunció familiar més que a un problema intrapsíquic.

Des d'aquesta perspectiva, estem d'acord amb diferents autors, com ara Haley (1980) i Cancrini (1982), en el fet que la drogoaddicció sembla referir-se a les dificultats relacionades amb la recerca d'autonomia i d'independència del jove-adult respecte als seus pares i dels pares respecte al jove-adult. Per a aquests autors, l'abús i la dependència a substàncies per part del jove bloqueja tot procés complementari de diferenciació-unió; procés bàsic per a la formació d'una individualitat autònoma. De la mateixa manera, la família se sent amb pocs recursos per oferir recolzament i cures necessàries per a un bon creixement personal i social.

---

<sup>42</sup> Recordem que a l'apartat 2.3 es pot trobar una descripció extensa sobre aquest concepte

En aquest punt, creiem oportú recordar dues investigacions per l'impacte dels seus resultats, tant a nivell teòric, clínic com d'investigació, els quals van demostrar la relació que hi havia entre la drogoaddició entre joves i les seves famílies respectives. La primera que volem destacar és la realitzada per Cancrini (1973), que tenia com a hipòtesi principal l'existència d'una connexió significativa entre el consum de drogues i la dinàmica familiar de les famílies dels joves drogodependents, la qual va ser confirmada pels resultats<sup>43</sup> que va obtenir. L'altra investigació és la que van fer Kandel, Treiman, Faust i Single (1976), en què van detectar tres estadis respecte el consum de drogues per part dels adolescents i joves. El *primer*, era l'ús de drogues "legals" (alcohol i tabac) com a fenomen social; el *segon*, el de "drogues toves" (marihuana i hatxís), marcat per la presió dels iguals; i el *tercer*, l'ús compulsiu de "drogues dures", com l'estadi que apareix més relacionat la qualitat de la relació pares-fills, el qual es defineix com un problema familiar.

Estem d'acord amb Coletti (1987) quan fa referència al fet que, a partir de llavors, paral·lelament al sorgiment de les comunitats terapèutiques, es va començar a desenvolupar el tractament familiar dels drogodependents com un mitjà bastant concret per afrontar els problemes tal com els defineix el model sistèmic. D'aquesta manera, aquesta nova modalitat de tractament per als consumidors i les famílies adoptà un impuls enorme, estimulat a més a més per altres estudis clínics (p.13), com per exemple, els realitzats per Kaufman (1980 i 1985) i Stanton i Todd (1979)<sup>44</sup>.

Amb aquestes premisses, estem d'acord a veure la drogo dependència com una expressió d'un intens malestar i sofriment derivat d'unes mancances afectives que s'ha anat configurant al llarg de les diferents fases del cicle evolutiu individual i familiar. A continuació, desglossarem una mica més aquesta postura nostra que acabem de definir a través de diferents aportacions, ja siguin fruit de teòrics que van posar en pràctica els seus coneixements fent estudis clínics, com ara Cancrini, Stanton i Todd, Cirillo, Coletti<sup>45</sup>, etc., com d'altres investigadors que, encara que no fossin tan teòrics del model sistèmic, van dur a terme un gran treball de recerca i pràctica

---

<sup>43</sup> Per la rellevància d'aquests estudis, hem volgut dedicar-nos-hi més extensament en el subapartat següent.

<sup>44</sup> A l'apartat 3.3 es trobaran més detalladament els resultats d'aquestes investigacions o estudis clínics.

clínica que, segons la nostra opinió, van ajudar a conèixer amb més exactitud aquest fenomen tan complex dins del seu sistema relacional més significatiu, la família; és el subapartat que hem anomenat revisió de l'estat de la qüestió (3.2.4).

### 3.2.2. La drogodependència dins del sistema familiar

Quando uno ve por lo que han pasado estos chicos,  
encuentra que, indudablemente,  
su comportamiento tiene sentido  
(Bettelheim i Rosenfeld, 1994, p.103)

En el subapartat anterior, s'ha assenyalat la importància de veure la drogodependència en un dels seus membres, especialment l'adolescent o el jove-adult, com una símptoma que informa del malestar i sofriment que tant viu ell com a individu (pacient indentificat) com la seva família davant les dificultats de canviar l'etapa del cicle vital familiar. I com a conseqüència, dificulta el creixement del mateix jove i és molt difícil la seva autonomia i la seva emancipació. Seguint amb aquestes premisses, aquest subapart té com a objectiu parlar i relacionar la drogoaddicció d'un dels seus membres dins del sistema familiar, concretament el jove-adult, des de l'epistemologia en què es basa aquesta recerca.

Tal com ens indica Haley (1985), diríem que l'origen dels joves problemàtics en general es relaciona amb la inestabilitat de la seva família. Aquests joves formen part de l'etapa de l'adolescència tardana, que dura fins que el/la noi/a és capaç d'emancipar-se de la llar (p.65). Com s'ha esmentat en el subapartat anterior (on es feia referència a la drogodependència com a símptoma), Haley situa l'inici dels símptomes de dependència a substàncies en l'etapa del cicle vital en la qual el jove té edat per emancipar-se, és el que ell anomena joves amb trastorns d'emancipació. En la mateixa línia, i alguns anys més tard, segons Stanton i Todd (1994), diríem que el cicle addictiu es produeix molt sovint en l'adolescència i s'intensifica quan l'addicte manifesta la seva intenció de marxar de la llar. Estem d'acord amb els autors quan assenyalen

---

<sup>45</sup> Recordem que aquest punt s'estructurarà en el subapartat següent, el 3.2.2. i el 3.2.3.

que és en aquest moment quan els pares reaccionen amb pànic davant l'amenaça que suposa a la integritat triàdica, ja que són incapaçs de relacionar-se entre si com a parella de manera satisfactòria. Així, la majoria de famílies amb un membre addicte s'estabilitzen o es bloquegen en aquesta fase, cosa que provoca que aquest es mantingui molt lligat a ells d'una manera no funcional, patològica (p.37).

D'acord amb aquestes directrius anteriors, per a Coletti (1987), hauríem de destacar que la drogodependència permet al nucli familiar la no-capacitat de modificar el seu funcionament. La mare continua essent i sentint-se la més sacrificada i afectada, el pare se seguirà sentint cada vegada més perifèric i estrany, el/la fill/a addicte/a continuarà vivint de manera desafiant a la família amb una dependència afectiva, i una possible germana o germà que continuarà essent l'exemple bo, però també la seva sortida de casa serà difícil, ja que haurà d'abandonar els seus pares i el seu sofriment (p.17).

Així, doncs, fent referència al que s'ha acabat de dir, creiem oportú citar un fragment escrit per Ausloos (1998) perquè pensem que descriu clarament la situació en què es troba tot jove-adult drogodependent en relació amb la seva família. Aquest diu així:

El joven delincuente es un joven que ha salido por la ventana y que no ha podido llevarse su equipaje; es pues importante que pueda volver a su casa, coger sus maletas y salir por la puerta. Esta imagen está también indicada para el toxicómano que se ha marchado aun estando muy presente, que no ha cogido sus maletas, que parece solitario mientras que es el centro de las preocupaciones. (p.167)

El mateix autor assenyala que la drogoaddicció és una malaltia del control, d'un excés de control en el funcionament tipus aglutinat de la infància i d'una aparent absència de control en el funcionament adult solitari. Com assenyala Ausloos (1998): "En la codependencia, hay siempre una enfermedad del control, con un exceso de control en ciertos ámbitos, y una insuficiencia de control en otros" (p.168).



Per a Haley (1980), el problema no consisteix que un jove es drogui, sinó que una persona jove estigui en fase de separar-se. És, en aquest moment, quan la família es converteix en inestable, de manera que si el jove fracassa en el seu procés d'independència, la família torna a establir-se. Per a Jackson (1965, a Goti, 1994), l'addicció és com un símptoma que compleix les mateixes funcions que té el símptoma homeostàtic familiar. L'addicte, com a membre simptomàtic, és vist com un màrtir que se sacrifica pel servei de la seva família (Boszormeny-Nagy i Spark, 1973, a Goti, 1994).

Abeijón (1987) va més enllà de l'entorn familiar i considera que el drogoaddicte és percebut per la societat com el boc expiatori que recull, sobre si mateix i sobretot el que li passa, les qüestions i problemes que la societat actual es planteja i així, com a catalitzador de les grans angoixes generals, familiars i personals, es paralitza i provoca una incapacitat d'un canvi real, o bé utilitza totes les energies en la recerca de solucions marginalitzadores, i arriba a plantejar-se aquestes com a úniques i màgiques; es produeixen situacions en les quals la solució es converteix en el problema (p.23).

En la mateixa línia conceptual sistèmica, estem d'acord amb Abeijón (1987) quan considera que la drogoaddicció és, en si mateixa, i a causa del rol que ocupa en el conjunt del desenvolupament social, un encreuament de moltes realitats psicopatològiques i socials diferents que s'expressen a través del símptoma "drogoaddicció", essent aquest el punt de l'iceberg que amaga moltes altres realitats més importants. Per al pare, possiblement la qüestió principal seria la d'arribar a la situació en què la mare no sigui tan encobridora o estabilitzadora de la drogoaddicció del fill. Per a la mare, possiblement és que considera el seu marit poc compromès i càlid amb ella com amb els seus fills. Per al mateix addicte, la solució haurà de passar per la solució de les distàncies i problemes que afecten els seus pares, que potser es troben a punt de separar-se. Ells resoldran el seu problema quan els seus pares es reorganitzin (p.29).

Stanton i Todd (1978), dos dels pioners en la recerca i el tractament de les addiccions des del model sistèmic als Estats Units, van introduir el concepte de pseudoindividuació, que ajuda a explicar l'abús de drogues com un procés que permet a l'individu ser independent i aïllar-se, al

mateix temps que manté la lleialtat i la dependència amb la seva família. En altres paraules, ells afirmen que “al usar drogas, el adicto no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia. Se le nutre cuando está ‘dentro’, y se culpa a la droga cuando está ‘fuera’. Es competente dentro de un marco de incompetencias” (p.34). Un escrit de Todd (1991) fa referència a aquest estudi i assenyala que ja des de llavors l’abús de substàncies va ser considerat com:

Una ‘resolución paradójica’ de varios dilemas del desarrollo planteados al adicto y a su familia. Con las drogas, el adicto puede mantenerse cercano y distante a la vez, ser agresivo y poderoso sin responsabilizarse por sus acciones, tienen una experiencia cuasi-sexual y, aun así, permanecer fiel a su madre. En suma, puede convertirse en un adulto independiente mediante una forma de pseudoindividuación. (p.465)

Un any més tard, el 1979, Stanton i Todd van iniciar un estudi amb 118 addictes a l’heroïna, d’edat inferior als 35 anys i amb un període mínim de dos anys de consum. El 1982 van publicar el seu treball, en el qual proposaven un model d’intervenció, el model estratègic-estructural. El van definir d’aquesta manera perquè, malgrat que van introduir alguns elements nous de tractament, van tenir com a referent els principis bàsics de dues de les escoles de teràpia familiar: la teràpia familiar Estructural, on el màxim representant és Minuchin, i la teràpia familiar Estratègica, essent el màxim representant Haley.

Seguint amb la investigació que hem citat anteriorment, la realitzada per Stanton i Todd (1979), respecte als resultats, creiem important destacar-ne alguns tant per la seva contribució al fenomen en si com pels objectius del nostre estudi. Un dels resultats més importants que van abstroure del seu treball va ser comprovar que el patró prototípic de les famílies amb un jove addicte era el d’una mare sobreprotectora, permissiva i que malcriava el seu fill, i ocupava així la posició de ser el fill favorit. Moltes de les mares entrevistades en l’estudi van comentar que el seu fill addicte va ser més fàcil de criar i que en general durant la seva infantesa havia estat bo. En canvi, el pare d’aquests nois addictes era distant, dèbil o absent. Les relacions pare-fill en les famílies d’addictes eren descrites per l’addicte com molt negatives, amb una disciplina incoherent, rígida. Pel que fa les noies addictes, van observar que estaven en constant

competència amb les seves mares, que les consideraven com a sobreprotectores i autoritàries. Mentre que els seus pares solien caracteritzar-los com d'ineptes, indulgents, sexualment agressius i, molt sovint, alcohòlics. (Stanton, Todd, Heard, Kirscher, Kleiman, Mowatt, Riley, Scott i Van Deusen, 1994, p.26)

Finalment, van concloure l'estudi assenyalant que la majoria de teòrics que treballen amb les famílies tendeixen a veure el procés d'addicció en termes de causalitat lineal (A és causa de B i B és causa de C), enlloc de veure-ho com un conjunt complex de mecanismes relacionats entre ells que operen amb un sistema obert i cíclic (A és causa de B, B és causa de C i C és causa de A). Aquesta conceptualització causal indica que es tracta d'un procés interdependent, "la família, generalmente los padres o sustitutos de padres, 'necesitan' al adicto tanto o más que el adicto a los padres" (Stanton i col·l., 1994, p.36). Conclouen, des d'aquesta perspectiva, que la conducta de l'addicte compleix una funció protectora important i contribueix a conservar l'equilibri homeostàtic del sistema familiar (p.37).

Segons Goti (1994), la família desenvolupa un paper rellevant –no casual- a l'inici i durant la instal·lació del consum de drogues. Ara bé, cal recordar que els pares, els avis, els germans són qui coneixen i estimen més cada un dels membres de la seva família; la intensitat dels seus vincles supera la de qualsevol relació professional. Aquestes famílies tenen recursos molt importants, però la ignorància i/o la por davant el poder de la substància i tot el seu ambient, els porta a la infravaloració o l'emascarament d'aquest recursos. Així, doncs, com més breu sigui la intervenció professional, com més recursos de la família s'activen, com menys evident sigui la presència de "l'expert", majors seran les probabilitats d'èxit (Stanton i Landau-Stanton, 1991). Com diu Ausloos (1998), és necessari passar de parlar d'una família "culpable" a una família "responsable". Una família responsable vol dir una família que té responsabilitats i que és capaç d'afrontar-les. Això no significa que la manera en què aquesta exerceix les seves responsabilitats serà sempre la millor, però això tampoc no significa que sigui culpable de les faltes greus. De la mateixa manera, passa en les famílies competents, que pel fet de ser competents no implica que ho facin tot bé. Per a Ausloos, totes les famílies tenen competències,

però, en algunes situacions, o no les saben utilitzar actualment, o no saben que les tenen, o se'ls impedeix utilitzar-les, o bé elles mateixes s'impedeixen utilitzar-les per diferents raons (p.183).

Concloem, doncs, assenyalant que el cicle addictiu, des del punt de vista sistèmic, forma part d'un patró familiar que es relaciona amb un sistema complex homeostàtic de mecanismes de retroalimentació entrelaçats que serveixen per mantenir l'addicció a substàncies i, com a conseqüència, l'estabilitat familiar general. Aquest patró freqüentment relaciona tres persones, el pare, la mare i el/la jove, de tal manera que, quan el/la jove addicte millora, les figures parentals comencen a separar-se, i quan torna a ser problemàtic/a, els pares deixen de concentrar-se en el seu propi conflicte conjugal per atendre el seu fill/a. Per tant, és un cercle que es retroalimenta per ell mateix. Com escriuen Stanton i col·l. (1994): "Sean cuales fueran las variables que afectan el inicio de la adicción, sin embargo, en los casos con familias existentes sostenemos que la familia es un factor crucial en la determinación de la permanencia de la adicción" (p.40).

### 3.2.3 Tipologia i Model Etiopatogènic de les drogodependències

En aquest subapartat, tal com hem dit en altres moments, el que pretenem és fer una descripció detallada de dues recerques que, tant a nivell teòric, clínic com d'investigació, van aportar suficient informació com per ser un punt de referència a l'hora de parlar del tema que estem tractant. A més, són dues recerques fetes a Europa, concretament a Itàlia, fet que resulta molt atractiu per al nostre estudi, sobretot per les semblances que hi pot haver respecte a la nostra mostra. Per altra banda, com ja hem dit anteriorment, no podem oblidar que va significar un pas més en la comprensió de les drogodependències dins de la perspectiva relacional, a nivell de casualitat, comprensió del cicle addictiu, tipologia de drogodependències i de famílies.

Amb tot, creiem oportú assenyalar que entre les dues recerques que hem esmentat anteriorment, hi ha hagut una evolució temporal prou significativa com per tenir-la en compte i comentar-la en aquest precís moment. Concretament, ens referim al fet que la primera recerca es va començar a gestar el 1973, amb Cancrini al capdavant, per tant, època on les classificacions diagnòstiques individuals de les patologies o malalties eren el centre d'estudi.

D'aquí que, hàgim de parlar de la tipologia de drogodependències que fa el mateix Cancrini que, tot i seguint el model sistèmic, va fer una classificació a partir de l'individu addicte fins arribar a conèixer el seu entorn relacional, la família. No podem dir el mateix de la segona recerca, que es va començar a desenvolupar el 1993, per tant, 20 anys més tard, amb Cirillo com a investigador principal. Aquest salt en el temps va permetre que Cirillo i el seu equip poguessin arribar a elaborar un model etiopatogènic partint de l'anàlisi de les pròpies famílies dels addictes. Per tant, sens dubte, és una contribució més a la comprensió d'aquesta problemàtica tant complexa com és la drogodependència.

### 3.2.3.1. Tipologia de les drogodependències segons Cancrini

Com ja hem dit anteriorment i en altres apartats, Cancrini (1973) va ser un dels primers d'Europa a realitzar una investigació exhaustiva sobre el paper de la família i de la teràpia familiar en el tractament de les addiccions. La seva hipòtesi de la qual era que hi havia una connexió significativa entre el consum de droga i la dinàmica familiar dels drogoaddictes. Per dur-la a terme, Cancrini va entrevistar 103 drogodependents i les seves famílies, i això va donar lloc a una tipologia de les drogodependències. Com va escriure el 1987, "la tipologia de toxicomanias no es más que un intento de utilizar los conceptos de la psicología individual y de la perspectiva sistémica al mismo tiempo" (p.46). Concretament, va establir quatre tipus diferents de drogoaddiccions, cada una de les quals es relaciona amb un tipus de tractament determinat. Va poder observar en l'estudi que no tots els casos d'abús de drogues es poden treballar i solucionar des de la família; va assenyalar com a més adequades: les drogodependències neuròtiques (tipus B) i les drogodependències psicòtiques (tipus C). A la taula 8 es pot comprovar el que acabem d'assenyalar.

Entre el 1980 i el 1982, Cancrini i Massoni van iniciar un estudi sobre les situacions de drogoaddicció amb l'objectiu de poder definir més clarament la tipologia de drogodependències (definida anteriorment pel mateix Cancrini, el 1973) i avaluar el resultat de diferents tractaments. Els resultats d'aquest estudi es van publicar el 1993 a la població espanyola. Per a Goti (1994),

aquesta nova perspectiva va permetre superar definitivament la discussió sobre quin era el tractament més adequat en l'addicció a drogues.

Amb aquestes premisses, Cancrini i Massoni (1993) van classificar les drogodependències en 4 tipus diferents. A la taula 8 es poden trobar de manera esquematitzada les característiques bàsiques de cada una d'elles. Aquestes són:

- a) les drogodependències traumàtiques (tipus A)
- b) les drogodependències neuròtiques (tipus B)
- c) les drogodependències psicòtiques (tipus C)
- d) les drogodependències sociopàtiques (tipus D).

Taula 8

*Tipologia de les drogoaddiccions segons Cancrini i Massoni (1993, p.15)*

<b>TIPOLOGIES</b>					
<b>TIPUS</b>	<b>Rol en la família abans de la toxicomania</b>	<b>Quadre psicopatològic individual abans de la toxicomania</b>	<b>Actitud cap a les drogues</b>	<b>Droga preferent</b>	<b>Principals recursos terapèutics</b>
A Traumàtiques	Fill adolescent o jove adult	Àrea de les reaccions (neurosis traumàtiques)	Recerca compulsiva i autodestructiva d'una anestèsia	Heroïna, Barbitúrics Alcohol	Suport o teràpia individual
B Neuròtiques	Boc expiatori	Àrea de les neurosis (neurosis actuals)	Dramatització i prudència	No	Teràpia familiar i/o comunitat terapèutica
C Psicòtiques	Implicat en jocs psicòtics	Àrea dels desordres de personalitat esquizotípics amb psicosis maniaco-depressiva	“Lluna de mel”, compulsiu i molt autodestructiu	Barbitúrics	Teràpia familiar i/o comunitat terapèutica
D Sociopàtiques	Boc expiatori en famílies multiproblemàtiques	Àrea dels trastorns sociopàtics (comportament psicopàtic)	Irregular, perillós, no compulsiu	No	Comunitat terapèutica o programes de reducció de risc

Quant a les drogo dependències traumàtiques (tipus A), cal dir que es pot presentar en situacions familiars amb característiques ben diferenciades; en alguns casos, es tracta d'un/a fill/a considerat “exemplar”, però amb el costum de guardar-se per a ell els seus problemes i, davant una experiència traumàtica greu, es converteix en drogo dependent. En altres casos, es tracta de persones que fa poc que han superat la fase d'individuació o de desvinculació; per tant, el trauma posa en crisi aquest equilibri recent. En conseqüència, són adolescents que acaben de

definir fa poc la seva identitat, o de joves adults que encara no estan sentimentalment compromesos o que fa poc que són membres d'una parella. Per tant, aquestes xarxa de relacions no és suficient en el moment de la necessitat sorgida pel dolor o el dol d'un esdeveniment determinat. Com escriu Cancrini i la Rosa (1996):“es precisamente el sentido de culpa, presente a menudo en la experiencia del duelo, se vincula fácilmente en estos adolescentes o jóvenes adultos con el esfuerzo de emancipación de un núcleo familiar en una situación de estrés” (p.264).

Des del punt de vista del consum, cal destacar que el seu consum s'inicia després d'un fet, com la pèrdua d'una persona estimada, o també, en un cert nombre de casos, de la fe en una idea o en una persona o grup de persones. Ràpidament, la drogodependència arriba a ser, en aquests casos, un problema important que fa canviar l'estil de vida del/la jove que abans havia presentat bons nivells d'integració escolar, laboral i relacional. Hi ha la necessitat de “no pensar”, “oblidar” i, a més, un gran sentiment de culpa.

Finalment, Cancrini i la Rosa (1996) afirmen que l'element clau en aquest tipus de drogoaddicció, que sembla explicar la impossibilitat d'una resposta alternativa a la droga, és aquell vinculat a la dificultat de trobar un punt de referència per a la verbalització de l'experiència traumàtica viscuda dins d'una relació interpersonal percebuda com a fiable o segura. Molt sovint les famílies ignoren el problema durant un llarg període (p.264).

Pel que fa a les drogodependències neuròtiques (tipus B), cal dir que l'estructura familiar que desenvolupa aquest tipologia es caracteritza per: 1) La forta implicació d'un dels progenitors (generalment el del sexe oposat) en la vida del fill i de la seva “malaltia”, 2) El rol “perifèric” de l'altre progenitor, 3) L'evidència de l'estructura (aliança transgeneracional negada) definida com a “triangle pervers” (Haley, 1976) i la tendència del progenitor còmplice a protegir i amagar els problemes plantejats pel comportament del fill, 4) La debilitat dels límits entre els subsistemes que defineixen la “jerarquia” familiar; 5) El desenvolupament d'una polaritat que defineix el gràfic del fill/a toxicòman com a “dolent” amb relació a l'altre fill/a “bo”, un element important que s'ha de considerar sobretot amb relació a la situació que es verifica en la família



del toxicòman de tipus C (polaritat “fracàs/èxit”), i 6) Un model comunicatiu caracteritzat per la contrarietat (no paradoxal) dels missatges, per la rapidesa i per la violència de desenvolupament dels conflictes (Cancrini i la Rosa, 1996, p.265).

Els joves que s’engloben en aquesta tipologia tenen en comú que abans de tenir seriosos problemes de dependència ja tenien una certa inestabilitat en el comportament, però sobretot, una implicació extrema, amb to emotiu depressiu, en conflictes relacionats amb la família (el drama familiar).

Respecte a les drogo dependències psicòtiques o de transició (tipus C), cal dir que aquest tipus de drogoaddicció amaguen problemàtiques caracteritzades per trastorns greus de personalitat i de caràcter.

Segons Cancrini i la Rosa (1996), des del punt de vista de l’organització familiar, es tracta de famílies en les quals les dificultats per desvincular-se són importants en la mesura que tots estan implicats en “jocs” familiars iniciats ja en el moment del naixement de la parella (Selvini, 1988). S’han d’assenyalar les semblances amb la família en la qual hi ha una pacient anorèxica, fins a tal punt d’hipotitzar que es tracta d’un únic quadre familiar en el qual les dones escullen el símptoma de l’anorèxia, mentre que els nois, l’ús de drogues, a causa de la influència de factors socioculturals (p.271). Els autors assenyalen dos elements comuns en aquestes dues tipologies de famílies: 1) l’esforç de no definir les relacions degudes a l’ús de missatges paradoxals o incongruents, i 2) membres que mostren una tendència poc clara d’ignorar el significat del missatge dels altres i a utilitzar la malaltia per resoldre problemes de lideratge, movent-se en termes d’autosacrifici.

Altres característiques de les famílies “drogoaddictes de tipus psicòtic són: 1) Els dos pares (la relació dels quals és a vegades semblant a les famílies psicòtiques) estan implicats en la drogo dependència o en la vida privada del seu fill, i 2) una polaritat de diversificació dels germans, que es mouen entre l’eix fracàs/èxit; i no en l’eix bo/dolent característic de les famílies tipus B (p.271).

Finalment, les drogodependències sociopàtiques (tipus D) es caracteritzen per la manca d'integració social, de criança materna i de les influències que modelen l'organització personal del nen i el seu sistema de valors en diferents situacions de desavantatge sociocultural.

Els models comunicatius i l'organització familiar d'aquest tipus de drogoaddicte corresponen als trobats en famílies que formen part generalment de les classes més desfavorides i que es presenten com a grup desorganitzat, membres del qual: 1) si són observats en el moment de la demanda d'ajuda, es mouen en òrbites aïllades sense interdependència recíproca aparent; 2) si són observats des del punt de vista de la reconstrucció història, es caracteritza per la inconsistència o per la inadequació de les funcions parentals desenvolupades respecte al nen; 3) progenitors totalment absents i el nen confiat a institucions; àvies absents segons la clàssica descripció de Minuchin (la mare segueix essent la filla i l'àvia es converteix en mare, substituint-la substancialment, però no formalment); 5) progenitors infantils atrapats en el seu conflicte i en la seva necessitat de realitzar-se a si mateixos que "no s'adonen" del naixement i la presència del fill; 6) progenitors amb problemes seriosos d'alcoholisme, de drogoaddicció o de trastorns psíquics; 7) progenitors incapacitats o absents per raons diferents (per accident o perquè és a la presó) obligats a confiar el nen a altres i, finalment, 8) progenitors en una situació cultural en la qual la criança del nen es confia a un grup més ampli que aquell constituït per la família nuclear (Cancrini i Massoni, 1993, p. 12-23).

### 3.2.3.2. Model Etiopatogènic de les drogodependències

Arribats en aquest punt, es creu important aprofundir una mica més respecte a la relació entre la dinàmica familiar, l'estil educatiu de la família i la satisfacció conjugal de la parella amb un jove adult drogoaddicte, tenint en compte tot el que s'ha escrit fins ara. Per fer-ho, es fa necessari remarcar, amb detall i amb un punt apart, el Model Etiopatogènic de les drogodependències que va descriure Cirillo, Berrini, Cambiaso i Mazza (1993) i que el van desenvolupar conjuntament amb altres col·laboradors, com Losasso, Vena, Vinci i Xhaet, el 1999. Aquest model relacional de les drogoaddiccions recupera l'interès sobre el desenvolupament de la patologia i sobre la

transmissió intergeneracional del sofriment. El símptoma de la drogodependència és vist com l'expressió d'un sofriment i d'un malestar individual derivat d'unes mancances afectives que s'han anat determinant en les diferents fases del desenvolupament evolutiu individual i familiar en concordança amb elements sociològics i culturals que afavoreixen l'expressió d'aquest malestar. Per tant, això dóna sentit a tot el que hem estat explicant fins ara en els diferents capítols.

Abans d'aprofundir en la conceptualització del Model Etiopatogènic relacional de les drogodependències, es creu que és un bon moment per recordar un estudi realitzat prèviament al sorgiment d'aquest model, perquè ja va tenir com a element d'anàlisi la cria entre pares/mares i fills<sup>46</sup>. Es tracta de la investigació que va dur a terme Shedler i Block (1990), en el qual van definir detalladament les característiques de la cria familiar rebudes per part dels fills, definits com a consumidors habituals, els consumidors experimentals i els no consumidors. Respecte a les mares dels consumidors habituals, van observar que les relacions amb els seus fills eren hostils, poc espontànies, poc comunicatives i poc protectores, insensibles a les necessitats dels seus fills i tendien a perdre la paciència ràpidament. A més, eren mares que estaven molt preocupades perquè els seus fills arribessin a ser uns bons professionals. Quant a les mares dels no consumidors, també van observar que eren també hostils, insensibles, molt crítiques respecte als seus fills i no acceptaven cap consell o idea que provingués dels seus fills. A més, com l'altre grup de mares, només estaven preocupades pels resultats dels seus fills i, en aquest sentit, eren molt impacients.

Respecte als pares, els autors assenyalen que els pares dels fills no consumidors i dels consumidors habituals, eren poc comunicatius, insensibles a les necessitats dels seus fills, no creaven la possibilitat d'un intercanvi obert entre pare-fill, normalment utilitzaven més canals comunicatius no verbals que verbals. Per altra banda, van observar que eren pares que estaven molt preocupats pel progrés professional dels seus fills. Finalment, van definir els pares d'aquests joves com a pares autoritaris i dominants, que no se sentien còmodes amb l'espontaneïtat i la creativitat i, per tant, que tendien a voler les coses a la seva manera. Per

aquest motiu, no es trobaven bé al costat del seu fill, i viceversa. Cal esmentar que les mares i els pares del grup de joves experimentadors eren el punt de referència, ja que aquest autors creuen que és el grup que reflecteix més la realitat dels adolescents i joves del nostre país, i a més, és el grup que es troba entremig dels altres dos grups respecte del *continuum* de la freqüència en l'ús de substàncies.

Tot això anterior ha permès poder explicar amb més detall la importància de les aportacions del Model Etiopatogènic relacional de les drogodependències de Cirillo i col.l. (1993). Com ja s'ha esmentat a l'inici d'aquest capítol, van realitzar un estudi que tenien famílies amb un jove-adult drogodependent amb l'objectiu d'intentar percebre i descriure els jocs familiars que es troben relacionats amb aquest problema. En paraules textuales: "Delineare un possibile percorso processuale nello svolgiminetto dele relazioni nella famiglia del tossicodipendente, mettendone in evidenza il contributo eziopatogenetico rispetto all'evoluzione sintomaica della crescita dei figli" (Cirillo i col.l., 1993).

En aquest model, Cirillo i col.l. (1993) van descriure 3 possibles recorreguts evolutius del drogoaddicte, cada un dels quals està subdividit en 7 estadis, i del desenvolupament de les relacions dins de la família d'aquest. Les set fases són les següents:

- 1) Les famílies d'origen i la transmissió intergeneracional de les mancances (*le famiglie d'origine e la trasmissione intergenerazionale della carenza*)
- 2) La parella parental (*la coppia genitoriale*)
- 3) Les mancances de relació entre la mare i el fill durant la seva infantesa (*le carenze del rapporto madre/figlio nell'infanzia*)
- 4) La ràbia del fill a l'adolescència (*la rabbia del figlio in adolescenza*)
- 5) El fracàs en l'intent d'aproximació al pare (*il fallimento del passaggio al padre*)
- 6) La trobada amb les drogues (*l'incontro con le sostanze stupefacenti*)
- 7) Les estratègies basades en el símptoma (le strategie basate sul sintomo).

---

<sup>46</sup> Recordem que a l'apartat 2.4.2 es fa una referència extensa sobre aquest tema.

Segons Cirillo i col·l. (1999), “L’elemento ricorrente che caratterizza l’evoluzione di tali percorsi trigerazionali, in misure e modi diversi, è quello dell’esperienza carenziente vissuta non solo dal tossicodipendente, ma anche dai genitori nella propria famiglia d’origine, esperienza che viene però misconosciuta e minimizzata” (p.20).

Així, doncs, l’especificitat d’aquesta patologia no és en les mancances viscudes en si mateixes, sinó en els mecanismes de deformació de la realitat de la família que fan que aquestes mancances siguin negades, minimitzades o amagades, i es nega així el testimoni del malestar i la possibilitat de l’expressió d’aquest de manera no simptomàtica. Per entendre els mecanismes de deformació de la realitat, es necessari establir una òptica trigeracional, ja que els mateixos pares no han estat ni són conscients de les pròpies mancances, per tant, tenen grans dificultats de percebre el malestar del fill.

A continuació es presentem de manera detallada les aportacions que va fer Cirillo i col·l. (1993 i 1999) respecte dels tres recorreguts esmentats anteriorment, a fi de facilitar-ne la comprensió, de valorar la importància d’aquest model i de relacionar aquestes aportacions amb els objectius i la finalitat d’aquesta tesi. La taula 9, que a continuació presentem, recull esquemàticament tot el que acabem de dir.

Taula 9

*Model Etiopatogènic relacional de les drogodependències (Cirillo i col·l, 1999, p.112)<sup>47</sup>.*

<b>6 Estadis</b>	<b>Recorregut 1</b> Abandonament dissimulat	<b>Recorregut 2</b> Abandonament desconegut	<b>Recorregut 3</b> Abandonament actiu
1. Famílies d'origen (FO)	Mancances en els dos pares reconegudes, però minimitzades	Mancances difícil història No reconegudes	Experiències d'abandonament reconegudes, però només com a mancances ambientals
2. Parella parental	Matrimoni d'interès	Matrimoni forçat	Matrimoni inexistent
3. Relació mare/fill a la infància	Abandonament dissimulat	Abandonament desconegut	Abandonament actiu
4. Adolescència	Mare inadequada	Mare confusa	Tribus barri
5. Intent d'aproximació del fill vers el pare	Acollida aparent	Rival de parella	Absent o inadequada
6. La trobada amb les drogues	Evitar o contenir la depressió	Contenir la confusió o cobrir problemes d'identitat	Contenir la ràbia
7. Estratègies basades en el símptoma	Mare infantilitzadora	Coalició mare-fill	Expulsió Mare que delega

Respecte al **Recorregut 1**, Abandonament dissimulat, cal destacar que en el 1r.estadi, els dos pares del futur drogodependent han experimentat en la pròpia família d'origen (FO) una relació de mancança afectiva, en algun aspecte, però sense poder reconèixer aquest dany rebut. Un trajecte típic sembla ser el d'un pare del futur fill/a drogodependent, prematurament convertit

en adult, marcat per una mancança de relació amb el seu propi pare, que estava absent o era incompetent o excessivament rígid, sense que la seva mare reconegués els esforços fets per ell per substituir les seves funcions en la família (organitzatives i/o emocionals). Per una altra part, la mare del futur drogodependent apareix paralitzada en una relació conflictiva amb la seva pròpia mare, conflicte que el seu pare va activar o que no va saber resoldre-ho. Quant al 2n estadi, la parella paterna, en línies generals, el marit no compensa les necessitats insatisfetes de la seva muller amb relació a la seva mare. És precisament la persistència d'aquestes necessitats que facilitaran que aquesta se senti incapaç de criar correctament el seu fill. La parella és definida com un "matrimoni d'interès", on cada cònjuge utilitza instrumentalment l'altre per satisfer les pròpies necessitats de realització social o d'emancipació (que representarà una pseudoemancipació) respecte a la FO de cada un.

Quant al 3r. estadi, la relació mare-fill a la infància, la qualitat de la relació entre mare-fill durant la infantesa és de privatització i de mancances respecte a les necessitats afectives primàries del fill. D'aquí que la criança es pot definir com una criança fingida. És a dir, la mare realitza les funcions assistencials de manera aparent, però en realitat està en funció dels seus desitjos, que estan encaminats a mantenir una posició social determinada proporcionada pel matrimoni i en la confirmació per part dels seus propis pares. D'aquí que es pugui parlar d'abandonament dissimulat. En aquest sentit, i ja entrant en el 4t. estadi, l'adolescència, la mare no reconeix les exigències evolutives del fill, sinó que l'utilitza com un instrument per facilitar la resolució dels nusos relacionals amb la seva pròpia mare. La confrontació amb el grup d'iguals contribueix a posar en evidència al fill la no adaptació amb la seva mare. Però la presa de consciència parcial del fill, influenciada per la presència de testimonis eventuais que legitimen el comportament de la mare (escola, familiars etc.), fa que no desencadeni ràbia simptomàtica, encara que ja hagi començat a desenvolupar els seus primers comportaments d'oposició i de ràbia definits de no simptomàtics, com ara fracàs escolar, experimentació amb drogues toves, abús d'alcohol, identificació amb grups violents, etc.

---

<sup>47</sup> Traducció i adaptació abstracta de Vilaregut, Sánchez-Carbonell i Seus, 2001, p.231.

Seguint amb el que s'ha dit en el punt anterior, el 5è. estadi es caracteritza per l'intent d'aproximació del fill al pare. És a dir, el noi percep que la seva mare el bloqueja o el tracta de manera infantilitzadora i, per tant, aquest es torna cada vegada més reactiu, intenta acostar-se al pare, mogut per la necessitat d'un reconeixement legítim dels propis sentiments relatius a la no-adequació materna i dels propis drets d'individualització. Aquest moviment no té èxit perquè el pare rebutja el fill (sovint perquè sent el triangle existent entre fill-muller-sogra) o, si l'acull, ho fa de manera instrumental per llavors abandonar-lo en un segon moment, o bé ho fa utilitzant una modalitat que no s'allunya gens de l'estil matern. Aquesta absència del pare és la condició última, precipitadora, per una trobada amb les drogues, i s'inicia així el 6è estadi, la trobada amb les drogues. És pot dir que l'adolescent està "predisposat" a acceptar la trobada amb les drogues per un conjunt de sentiments com ara: soledat, malestar, ràbia, culpa, confusió, frustració, etc. Les drogues l'indueixen a modificar artificialment el propi sofriment (efectes personals de la substància) i a contenir el risc d'una depressió. Finalment, en el 7è. estadi, les estratègies basades en el símptoma, els comportaments successius al descobriment dels efectes de les drogues contribueix a cronificar la drogodependència, independentment de les intencions dels diferents membres de la família. Quant a la mare, aquesta evita la depressió i les crisis emfasitzant la criança infantilitzadora al noi/a. Respecte al pare, aquest segueix relacionant-se de manera dèbil. Els comportaments del fill representen l'única expressió de la pròpia autonomia i de la pròpia agressivitat vers ell i als altres.

Quant al **Recorregut 2**, Abandonament desconegut, cal assenyalar que, segons Cirillo i col·l. (1993 i 1999), parlàriem dels casos més difícils d'abordar i d'identificar. En el 1r. estadi, FO dels progenitors, es creu que també hi ha elements de transmissió intergeneracional de mancança i esdeveniments traumàtics, però és molt més difícil obtenir la història narrativa per part de la família. El motiu d'aquesta dificultat, rau en el desconeixement i l'ocultació de la realitat per part de tots els membres familiars. Quant al 2n. estadi, es caracteritza per un matrimoni forçat, pel fet que la parella formalitza la seva situació ja que les necessitats psicològiques bàsiques de cada un d'ells són compensades pel cònjuge i es genera una dependència mútua. Aquesta compensació serà insuficient, per tant, origen de continus intents de trobar solucions a tal frustració, però sense renegociar mai el vincle vertader per evitar riscos d'una separació viscuda



com a intolerable (estancament de la parella). Per aquesta raó, en el 3r. estadi, relació mare-fill en la infància, la mare construeix una relació amb el fill molt condicionada pels sentiments contradictoris i ambivalents que viu amb el seu marit. Amb el temps, la criança del fill està cada vegada més subordinada a la complexitat del joc conjugal, en la qual es barreja la por per part de la mare a ser abandonada i els impulsos agressius forts per la decepció de les seves expectatives. D'aquí que l'espai que ocupa el fill en la ment de la mare està gairebé ple de sentiments ambivalents i angoixants produïts per la relació conjugal. Per aquest motiu, les necessitats del fill no són reconegudes i, per tant, la seva condició d'abandonament és igualment negada (abandonament desconegut). Tot això, fa que en l'adolescència, el 4t. estadi, el fill tingui una decepció vers la seva mare, la qual cosa abans estava molt idealitzada. En el Recorregut 1, es percebia la mare com inadequada, i en aquest cas es percep confusa. La mare no tolera la independència progressiva del fill, ja que perilla l'estancament de parella

En el 5è. estadi, l'intent d'aproximació al pare no té èxit perquè aquest sent el seu fill com un rival dins de la parella, ja que l'ha percebut com una persona en la qual la seva muller ha dipositat tot el seu afecte per tal de compensar les seves mancances conjugals. Amb relació a això, en el 6è. estadi, la trobada amb les drogues, respon a l'exigència de contenir l'angoixa lligada a la confusió (expectativa cap a la substància). Les necessitats d'autoteràpia no s'expressen tant en l'eix antidepressiu com en el Recorregut 1, sinó més aviat com un intent de donar forma al propi JO, per por a la fragmentació o la dispersió. D'aquí que la drogodependència assumeix funcions de protecció respecte als greus problemes d'identitat. Finalment, en el 7è estadi, les estratègies basades amb el símptoma, es poden observar 2 modalitats d'organització estratègiques de la família en funció al símptoma: a) La drogodependència ofereix a la mare l'oportunitat de continuar instrumentalitzant el vincle amb el fill amb les dinàmiques d'estancament de la parella, i utilitza el símptoma com a element que permet mantenir encara més el marit en un nus conjugal que presenta aspectes de manca profunda i pertorbadors per a la muller. El pare actua, al mateix temps, utilitzant el símptoma com a element que li permet desviar la seva ràbia i la seva frustració de la relació conjugal a la relació amb el fill drogodependent, i assumeix, en definitiva, una actitud de protecció i defensa de la seva muller. I, b) si el fill ha estat instrumentalitzat de manera molt

enredada amb funcions compensadores o d'atac respecte al pare (coalició), la mare pot seguir privilegiant el seu propi vincle amb el fill contra el pare, cosa que provoca que aquest reaccionï augmentant la ràbia i la distància.

Per acabar, el **Recorregut 3**, Abandonament actiu, per a Cirillo i col·l. (1993 i 1999), fa referència als casos que es troben majoritàriament en el sector públic i assistencial. Les drogodependències, doncs, es troben relacionades amb comportaments antisocials. D'aquesta manera, en el 1r. estadi, FO dels pares, l'estructura familiar està disgregada, fins i tot, en la primera generació. Habitualment, els pares han experimentat en la seva família una relació d'abandonament objectiu, que es reproduirà tant entre marit i muller com entre pares i fills. És com si haguessin après de manera prematura que les necessitats emocionals no poden ser satisfetes, que és inútil desenvolupar esperances perquè només comportaran decepcions i que és millor adoptar una actitud d'autosuficiència. Quant al 2n. estadi, la parella de pares, es caracteritza per un matrimoni inexistent. És a dir, l'intercanvi emocional dins de la parella tendeix a ser zero i la relació s'estructura de manera inerta i casual, amb expectatives molt baixes, compensadores o instrumentals amb relació a les FO. Si el matrimoni dura, durant la consulta, es manifesta la conflictivitat perquè s'acusen mútuament de representar la causa de totes les desgràcies, o bé justifiquen el conflicte familiar dels problemes econòmics i de la degradació social, mentre que són negades les decepcions que han rebut de la pròpia FO. Com és característic en les famílies multiproblemàtiques.

En el 3r. estadi, la relació mare-fill en la infància, es caracteritza per una mare que, a causa de la soledat, és incapaç d'evitar que el seu fill visqui les mancances que va viure ella mateixa. El nen es troba creixent en un estat d'abandonament substancial freqüentment confiat a altres persones, avis, o institucions (abandonament actiu davant una manca d'atenció objectiva). En aquest sentit, sens dubte, l'entrada a l'adolescència, el 4r. estadi, és prematura i està sobretot centrada en la recerca de pertinença a grups que assumeixen funcions familiars substitutives.

Quant al 5è. estadi, l'intent d'aproximació al pare, és generalment absent o es manifesta inadequat (fins i tot, a vegades, el fill no l'ha conegut), per la qual cosa no pot orientar els impulsos evolutius del fill i contenir els elements agressius. Moltes vegades, el comportament violent i el consum de substàncies està lligat a la indiferència del pare amb relació a les necessitats emocionals del fill. Per aquesta condició de marginalitat social, en el 6è. estadi, la trobada amb les drogues fa que es caracteritzi el contacte amb la droga com a vehicle de guanys fàcils o d'adhesió a la cultura dominant del grup (expectatives cap a les substàncies). Al mateix temps, l'experimentació del poder sedant de la droga permet

contenir la ràbia madurada en l'abandonament afectiu i disminuir els comportaments violents dins de la llar (efectes personals de la substància). Finalment, en el 7è. estadi, les estratègies basades en el símptoma, la mare continua amb les seves actituds de no compromís i de delegació, i trasllada la responsabilitat i la culpa a la societat (expulsió). El manteniment del símptoma li permet poder seguir justificant els seus comportaments, amb la conseqüent mitificació de la comunitat terapèutica com a únic mitjà possible. El fill segueix dins d'una escalada de provocació i proporciona una posterior contribució a objectivar les dificultats familiars (no subjectives o emocionals). Per tant, les drogodependències representen les dificultats tant socials com econòmiques, però també les mancances emocionals i personals dels membres de la mateixa família. El pare tendeix a instrumentalitzar la situació de malestar econòmic com un intent d'individualitzar les explicacions de les pròpies mancances.

Tot aquest treball va permetre a Cirillo i col·l. (1993 i 1999) intentar relacionar els tres recorreguts del Model Etiopatogènic amb la tipologia de drogodependències descrites per Cancrini (1973, 1987, 1996) i Cancrini i Massoni (1993). Així, doncs, van trobar que el Recorregut 1 del Model Etiopatogènic era compatible amb la descripció de les drogodependències de tipus A (traumàtiques) i la de tipus B (neuròtiques); ja que en l'interior d'aquest recorregut es trobava amb més freqüència una forta vinculació de la família d'origen, generalment evidenciant comportaments fingits, que tendeixen a amagar les mancances reals dels rols i les funcions familiars. Respecte al Recorregut 2, era majoritàriament compatible amb les drogodependències de tipus C (psicòtiques), respecte a la forma psicòtica que es descriu de la

família, per exemple, el procés de crisi de la parella i la instrumentalització dels fills davant aquesta confrontació. Finalment, el Recorregut 3 es podia comparar amb les drogodependències de tipus D (sociopàtiques); ja que aquest comprèn la problemàtica relacionada amb els comportaments antisocials i, per tant, és objecte d'intervenció típica dels serveis socials i estranya en l'àmbit privat. A la taula 10 es pot comprovar esquemàticament el que acabem d'assenyalar.

Taula 10  
*Correspondències diagnòstiques* (Cirillo i col·l., 1999, p.114)

Tipus A	Tipus B	Tipus C	Tipus D
Drogodependències traumàtiques	Drogodependències neuròtiques	Drogodependències psicòtiques	Drogodependències sociopàtiques
Recorregut 1		Recorregut 2	Recorregut 3
Estructures personalitat neuròtiques i <i>borderline</i>		Estructura personalitat <i>borderline</i> o psicòtiques	Estructura personalitat variable
Síntomes depressius		Síntomes psicòtics	Comportament antisocial

Concloem aquest subapartat dient, doncs, que tant la tipologia de Cancrini (1973) com el Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1993 i 1999) ens ha ajudat, per una banda, a comprendre amb més detall aquest fenomen tan complex com a resposta o sortida d'un malestar dins del sistema familiar i per altra banda, a plantejar-nos l'abordatge terapèutic més adequat. Finalment per l'interés d'aquesta recerca, ens ha permès reconèixer el dolor i la responsabilització dels fets evitant la culpabilització dels pares i del propi drogodependent, ja que, segons aquest model, la clau per a la comprensió del desenvolupament del símptoma es troba en la història individual i familiar de tots ells. Per aquest motiu, aquesta investigació pretén descriure, analitzar i aprofundir aquesta problemàtica tenint com a premissa el triangle relacional existent entre pare, mare i el/a fill/a drogodependent. Entenent el triangle relacional tal com el defineixen Guerin i col·l. (2000)<sup>48</sup>.

### 3.3. Les famílies dels joves-adults drogodependents

El que pretenem en aquest apartat, és poder fer una revisió, a nivell general, sobre com s'ha estudiat i com s'ha anat definint fins ara la drogoaddicció des del punt de vista de la psicologia fins arribar a fer una anàlisi amb més profunditat des de la psicologia d'orientació sistèmica. Per dur-ho a terme, hem subdividit aquest apartat en quatre subapartats, en els quals concretem una mica més l'evolució esmentada en funció de quatre característiques o trets distintius i a l'hora complementaris, com són, les característiques sociodemogràfiques, les relacionals pares-fills, les relacionals entre el subsistema conjugal i parental i, finalment, les característiques vers la dinàmica familiar. És d'esperar que, una vegada arribem als estudis sobre famílies amb un jove-adult drogodependent, el centre d'estudi serà estudiar els aspectes de la vida familiar que permetin descobrir factors familiars que juguin un paper etiològic i/o de manteniment de la conducta addictiva i elaborar teories que ajudin a desenvolupar les intervencions terapèutiques més adequades i fer estudis on s'ampliïn els coneixements sobre el mateix problema. Creiem important esmentar que, de la quantitat d'estudis que analitzen el paper de la família, no tots fan èmfasi als mateixos elements ni als mateixos marcs conceptuals. D'aquí que es puguin trobar diferents enfocaments i diferents àrees d'estudi sobre la família.

L'estudi de les drogodependències des del punt de vista psicològic va ser abordat pels psicoanalistes des de mitjan de segle i es feia èmfasi als efectes que produïa la droga i la seva relació amb les necessitats inconscients del subjecte. El drogodependent era considerat un subjecte que intentava reproduir amb les drogues una relació primària amb la seva mare amb la que obtenia una satisfacció plena. Gairebé tots els estudis psicoanalítics sobre les drogoaddicions es referien a la personalitat del drogodependent i al significat simbòlic de la droga o del seu efecte, per exemple, Rosenfeld (1969, a Espina, Pumar i Garrido, 1995) parlava de les tendències autistes dels heroïnòmans perquè creia que buscaven un món propi allunyat de la realitat.

---

<sup>48</sup> Recordem que a l'apartat 2.4.2 es pot trobar aquesta definició.

Seguint amb aquestes directrius, un psicoanalista més proper als nostres dies, Kalina (2000), va utilitzar la història del popular Popeye el Mariner com a metàfora per entendre la drogoaddicció, és el que ell anomena “El síndrome de Popeye”, fent referència a: “Cuando ocurre el caso que de una u otra forma canaliza, a través de los mecanismos de identificación proyectiva masiva, una fantasía común. Vivimos a través de él nuestros propios sueños. En este caso, los de ‘omnipotencia envasada’” (p.24). En el mateix sentit, ell assenyalava que quan un individu es droga viu de manera parcial o total una il·lusió, com la que vivia en Popeye: “comer espinacas no representa el mensaje de que alimentarse bien ayuda a que tengamos un desarrollo saludable. Comer espinacas es volverse de forma inmediata grandioso. Es decir, transformarse mágicamente en un personaje ideal mediante el recurso psicológico de la identificación proyectiva masiva” (p.25).

A partir de la dècada dels seixanta, l'interès es va anar centrant en les relacions diàdiques mare-addicte i pare-addicte i és a partir dels anys setanta, just en el moment en què les aportacions de la Cibernètica, la Teoria General de Sistemes i la Teoria de la Comunicació Humana van agafar força dins de l'enfocament sistèmic relacional quan els estudis van emfasitzar la família com un dels factors de predisposició i/o de manteniment de la drogo dependència. Com va escriure Stanton (1986), “Clinical interest and research on the role of the family in substance abuse is relatively recent phenomenon, with few articles appearing in the literature prior to 1970. Traditionally, drug addicts have been viewed as being influenced primarily by their peers, and not their families. Studies have focused on the social and cultural aspects of drug abuse”.

En aquesta època, la majoria dels treballs que estudiaven la interacció familiar amb un membre simptomàtic estaven influïts pels treballs amb famílies amb un membre esquizofrènic; fruit d'aquests estudis va sorgir i es va desenvolupar la “teoria del doble vincle” de Bateson (1971). Cal destacar també, la influència d'altres treballs, on l'objecte d'estudi era el sentit comunicacional dels símptomes de Watzlawick, Beavin i Jackson (1967, a Gotí, 1994, el símptoma és un missatge que s'envia als altres i és una resposta adequada en un sistema comunicacional inadequat), o bé, en la funció estabilitzadora del símptoma (funció homeostàtica) de Jackson (1965), en la conceptualització de l'estructura i jerarquia familiar i “la

triada rígida” de Minuchin (1974), o bé en les dificultats d'emancipació del fill simptomàtic (el pacient identificat) i el “triangle pervers” de Haley (1976,1980).

Des d'un abordatge sistèmic, molts investigadors han estat interessats a conèixer més a fons les característiques de les famílies amb un fill drogoaddicte. Com ja hem assenyalat en apartats anteriors, cal destacar les aportacions de Cancrini (1973); Stanton i Todd (1979), que més tard van ser complementades i enriquides per altres investigadors, com ara: Cirillo i col·l. (1993 i 1999); Coletti (1987); Minuchin (1985); i d'altres més propers a nosaltres com: Abeijón (1987); De Andrés (1993); Espina, Ayerde, Pumar i García (1996); Polaino-Lorente, Ruiz i Lozano (1994); Rodríguez i Sanz (1987); Vecino (1990); Vilaregut, Pérez-Téstor, Sánchez-Carbonell i Alós (2000).

Tots ells ens parlen de famílies deteriorades no en la salut d'un dels membres de la família, sinó en la funcionalitat mateixa d'un sistema familiar que genera patologies. Tots estan d'acord a afirmar que un factor essencial és observar que l'addicte té un paper de substitució, en què el fill està intentant desesperadament cobrir el paper d'una altra persona al que el sistema familiar li ha atribuït. A més, plantegen que l'objectiu principal de la teràpia és destriangular el fill del subsistema dels seus pares, i d'aquesta manera ajudar-lo a recuperar el seu lloc en el subsistema dels fills. Com assenyala Terrón, Vecino, Redondo, Palomar i Cañas (1993): “las alianzas entre los miembros de la familia y dentro de los subsistemas familiares, son a menudo muy explícitas en las familias de adictos y pueden ser confirmadas verbalmente por los miembros” (p.211). A més, afirmen que la família del drogodependent es configura molt sovint com una família amb una mare que té una relació privilegiada amb el seu fill drogoaddicte i un pare que normalment se situa en una posició perifèrica

El que ens interessa és, per una part, assenyalar la unanimitat amb què els especialistes que tracten addictes consideren la família, el sistema familiar, com l'element clau per explicar la gènesi i/o el manteniment de la drogoaddicció. Klagsbrun i Davis el 1977, ja feien èmfasi a aquest fet, és a dir, ells proposaven que per tal que la dependència a substàncies fos entesa i tractada amb més eficàcia, calia que fos vista dins el seu context familiar. D'aquesta manera,

atribuïen el procés interaccional dins del sistema familiar com un factor important en el manteniment d'aquesta problemàtica. Finalment, van assenyalar que l'increment de la desorganització d'una família amb un membre drogoaddicte podia ser produïda per una o més d'aquestes possibles raons: a) increment d'afectació i ansietat sense resolució del conflicte; b) conflicte diàdic; c) rols poc clars dintre de la família; i, d) canvis en les pròpies percepcions.

Per l'altra part, estem d'acord amb Oñate (1990) quan assenyala que també ens ha d'interessar, prendre nota dels factors i els resultats que els diferents estudis destaquen com a rellevants, i que poden ser punts de reflexió i de partida per dur a terme la revisió de la literatura relacionada amb el tema a estudiar. Esquemàticament són els següents:

- a) La importància del grau de satisfacció conjugal dels pares d'un fill drogoaddicte
- b) La importància que té la presència i activitat del pare com a símbol de l'ordre i la norma, referència de valors precisos i consistents, davant de l'abandonament d'aquest paper per part de la mare en substitució a la sobreprotecció.
- c) La identificació del drogoaddicte com el fill sense identitat pròpia, condemnat a "ser per a la seva mare", mancat d'autoestima i que recorre a les drogues amb l'esperança d'aconseguir la seva pròpia estima per la via que li sigui més fàcil.
- d) La identificació dels primers abusos de drogues amb angoixosos crits d'atenció al pare, per part d'un fill que troba insuperable el pas per creuar el camí de l'emancipació de la llar. Crits d'atenció per tal de rebre mostres d'amor i d'afecte. Com també, crits per no perdre's lluny d'un pare absent (encara que físicament sigui a la vora).
- e) La inexistència de "consciència i pràctica de límits", en famílies dels addictes. La incapacitat dels pares de donar respostes negatives d'efectivitat real, i la incapacitat creixent del fill per suportar la frustració per acceptar l'experiència de la negació.
- f) La importància de les actituds dels pares respecte a la permisivitat de les drogues, el nivell del mateix consum de substàncies per part dels pares, la coherència entre el que diuen els pares i el que fan, el grau amb què la família tolera l'angoixa i es regeix per la immediatesa.



- g) La gravetat que domina la manipulació a la qual la família se sotmet per part de l'addicte, ja des dels primers passos. Els pares fan “els ulls grossos” i fins i tot el propi fill internalitza aquesta mateixa actitud pel seu comportament addictiu.
- h) La presència greu de la mentida, els dobles missatges, la manca de confiança en les paraules que caracteritza el model familiar tòxic addictiu (p.37).

El 1994, Denton i Kamfe van fer una anàlisi molt semblant, en què van intentar fer una revisió de tota la literatura feta fins ara sobre les relacions entre les variables familiars i els joves drogoaddictes. Les variables que van estudiar van ser: a) la composició de la família, b) la interacció familiar com a comunicació i disciplina, c) les discrepàncies en les percepcions familiars, i d) patrons familiars de consum de substàncies. Les conclusions a què van arribar van ser que tots els estudis revisats mostren que hi ha una relació entre els joves consumidors i unes característiques familiars, uns patrons de consum i un clima familiar determinat. D'aquí que creuen que tot professional especialitzat en aquest tema hauria d'examinar amb detall les relacions establertes entre la família del jove consumidor per fer una intervenció i una prevenció adequades.

Per concloure aquest preàmbul, abans de desglossar els quatre subapartats que configuren aquest apartat, volem recordar que en aquesta investigació l'enfocament que segueix, com ja s'ha comentat en apartats i capítols anteriors, és el sistèmic relacional, perquè a diferència d'altres enfocaments aquest engloba la totalitat dels elements del sistema familiar, en el nostre cas, té en compte els membres implicats en el símptoma drogodependència, concretament, pare, mare i fill. És evident que, si ens interessa estudiar les relacions triàdiques entre pare, mare (la parella) i fill, es necessita una teoria que parli o tingui en compte: com, qui, per a què de les interaccions triàdiques que cada individu pot establir dins del mateix triangle relacional. I, pel que fa a les àrees, com hem dit a l'inici d'aquest subapartat, en funció de la nostra revisió, aquestes poden ser les característiques: sociodemogràfiques, relacionals entre pare-mare-fill i relacionals entre el subsistema conjugal i parental. En altres paraules, la dinàmica familiar característica d'aquest tipus de famílies. Com es comprovarà en els quatre punts següents, es fa una descripció més detallada d'aquestes quatre àrees amb relació als estudis revisats a partir

d'una revisió exhaustiva, principalment de dues bases de dades: *Medline* i el *PsycLit*, al llarg dels darrers vint-i-cinc anys.

### 3.3.1. Característiques sociodemogràfiques del nucli familiar

Aquest subapartat fa referència a aquells treballs que s'han centrat en l'estudi de la influència de les variables sociodemogràfiques en l'aparició i/o manteniment del consum de drogues. La gran majoria ha comparat un grup de toxicòmans amb un grup control, amb l'objectiu de poder observar quines són les variables predictores de l'addicció. Les variables més estudiades han estat: 1) la composició del nucli familiar, 2) l'ordre de naixement dels fills, 3) les immigracions i 4) el nivell socioeconòmic (NSE).

1. La composició del nucli familiar ha estat estudiat per diferents autors com ara, Denton i Kampfe (1994); Friedman, Pomerance, Sanders, Santo i Utada, 1980; Hoffmann (1995); Selnow (1987); i, Soker i Swadi (1990). Malgrat les diferències entre aquests autors, tots coincideixen a afirmar que una llar monoparental, produïda per una separació, divorci o mort, és un factor de risc per a l'aparició de desajustaments psicològics i consum de drogues, a causa de la dificultat que normalment tenen aquest tipus de famílies a l'hora d'afavorir i fomentar un desenvolupament adequat dels seus fills.

Tanmateix, encara que quedi per determinar quines variables són les que realment incideixen en l'aparició de la drogodependència, sembla que el fet de ser una família monoparental, o l'existència de pèrdues traumàtiques a la família i/o viure en un clima familiar conflictiu, són els factors de major risc. Com expressa Haley (1985) i Felicov (1992), aquests factors comporten unes crisis en el cicle vital de la família que poden provocar desajustaments en els seus membres si no es resolen adequadament; un d'aquests podria ser el consum de drogues per part d'un membre o més d'una família.

Friedman i col·l. (1980) van mesurar l'estructura familiar a través d'indicadors com la mort, la separació o el divorci, com també la presència maternal versus presència paternal, i viceversa,

dimensió familiar i ordre de naixement. Per fer-ho, van entrevistar 2.750 adolescents que es trobaven a l'inici de 97 programes de tractament als EUA. Els resultats més rellevants van ser que en l'estructura familiar caracteritzada per un divorci, separació o mort d'una figura parental es consumien significativament més drogues que no en famílies que no es trobaven en aquesta situació. Per altra banda, el grup que no tenia mare tenia un consum més elevat de substàncies que els que la tenien. Finalment, van observar que els nois/es que tenien més problemes de consum de drogues eren els més petits respecte a l'ordre de naixement.

Uns anys més tard, Selnow (1985) va establir subgrups utilitzant una mostra d'adolescents tenint en compte el nombre i el sexe de les figures parentals amb les quals l'adolescent vivia i, mitjançant autoinformes, va explorar les característiques de les relacions en l'àmbit familiar, sobretot de la mare i del pare, com també del consum de drogues dels dos subgrups de la mostra. Va observar que hi havia un major consum de substàncies entre aquells adolescents que provenien de famílies on hi havia una sola figura parental a causa d'un divorci, mort o separació, a diferència del grup d'adolescents que provenien de famílies amb les dues figures parentals. Per altra banda, també van comprovar que els adolescents que comentaven que tenien relacions adequades amb els seus pares tenien un consum menor de substàncies. Aquest resultat també va sorgir en el grup que tenia una sola figura parental. Així que Selnow va arribar a la conclusió que, malgrat que els joves que provenen de famílies on hi ha les dues figures parentals tenen menor risc de consumir drogues, s'ha de tenir en compte que l'ambient familiar, com la qualitat de les relacions entre les figures parentals (pare i mare) amb el fill, contribueixen significativament a disminuir el risc de consum en aquests darrers.

Jiménez i Revuelta (1991) també van observar que l'absència de figura parental del grup d'addictes es donava en una proporció més elevada respecte al grup control. Una altra dada d'interès és la comprovació que les famílies dels drogoaddictes eren més nombroses, amb un nivell socioeconòmic i nivell educatiu més baix respecte al grup control. Finalment, arriben a la conclusió que aquests resultats recolzen que, si bé no hi ha un perfil familiar únic ni definitiu de les drogodependències, sí que hi ha característiques comunes entre les famílies d'aquests subjectes.

Seguint en la línia del paràgraf anterior, Stoker i Swadi (1990), un any abans, van fer un estudi amb l'objectiu d'avaluar, en una situació de drogoaddicció, quina és la percepció de les relacions amb la pròpia família, les experiències prèvies i les relacions entre les dues figures parentals (pare i mare). Un dels resultats més rellevant amb relació al tema que s'analitza, és que van trobar que els consumidors havien tingut més experiències traumàtiques que els no consumidors, com ara divorcis o la mort d'un familiar. Aquests resultats corroboren els estudis que va fer Stanton i Todd (1979) i la classificació de les drogodependències de Cancrini i Massoni (1993), concretament les drogodependències traumàtiques.

Hoffmann (1995) és un dels autors que manté l'opinió que els adolescents que provenen de llars on hi ha les dues figures parentals tenen menys possibilitats de consumir drogues. Tot i així, creu que tant l'ambient familiar com la qualitat de les relacions que s'estableixen entre la figura parental, pare i mare, i el fill contribueixen significativament a disminuir el risc de consumir d'aquest darrer. Així doncs, va afirmar que el caliu familiar i la dedicació parental pot fer disminuir el risc del consum dels adolescents i joves.

Kalling, Cross, Giles-Cims i Simpson (1995) van estudiar les relacions entre la percepció del l'absència de la figura parental, el suport i els conflictes durant la infància i el funcionament psicosocial dels consumidors en l'edat adulta. Van estudiar 411 pacients en tractament amb metadona. Respecte al que s'analitza en aquest subapartat, es pot assenyalar que els resultats d'aquest estudi van suggerir que la història d'absència parental no és una variable prou significativa a l'hora de valorar l'efecte en les funcions psicosocials un cop són adults. Ara bé, sí que es van observar que tenen un efecte retroactiu respecte al suport i les funcions parentals que es van dur a terme amb més retard. Per altra banda, creuen que aquells adolescents que manifesten tenir relacions properes amb els seus pares, tenen menor probabilitat d'estar consumint drogues; finalment, la participació i la integració en activitats, tenir creences religioses, es va relacionar amb un menor consum de drogues. Aquests resultats coincideixen amb alguns estudis fets a la població espanyola, com el realitzat per Ruiz-Carrasco, Lozano i Polaino-Lorente (1994).

La investigació feta per Ruiz-Carrasco i col·l. (1994) tenia com a objectiu estudiar la relació existent entre determinats aspectes personals i familiars i el consum d'alcohol i altres drogues a població adolescent espanyola. Per fer-ho, van utilitzar un grup experimental i un grup control format per aquells adolescents i joves que no consumien i els seus pares respectius. Pel que fa a aquests darrers, van observar que els pares del grup control presentaven més creences, pràctiques religioses i hi havia més pares que estaven casats que els pares del grup consumidor, on la majoria estaven separats o divorciats. Respecte als adolescents i joves, van comprovar que, en general, els adolescents i joves no consumidors se sentien més satisfets amb ells mateixos que els consumidors. En síntesi, van arribar a la conclusió que dintre una població d'adolescents i joves, són factors de protecció davant el consum excessiu d'alcohol i altres drogues, el nivell d'estudis, la pràctica religiosa i l'estabilitat familiar. Per altra banda, el grau de formació i estabilitat matrimonial i laboral dels pares influeix directament en els patrons de consum de drogues dels seus fills.

Respecte al nombre concret de membres dins d'una mateixa família, es pot dir que s'han trobat estudis els resultats dels quals difereixen entre ells. Alguns no trobaren diferències significatives entre el grup de drogoaddictes i el grup control (Schulz i Wilson, 1973, a Espina i col·l., 1995). En canvi, altres, com el realitzat per Jiménez i Revuelta (1991), van trobar que les famílies de toxicòmans eren més nombroses: una mitjana de membres familiars de 4 subjectes per una mitjana de 2.5 en el grup control.

Finalment, per acabar aquest apartat s'ha trobat interessant citar un paràgraf d'un llibre d'Espina i col·l. (1995). Aquest diu així:

Aunque varios de estos autores acaban coincidiendo en dar más importancia a la calidad de las relaciones, pesa la idea de que el hecho de ser una familia monoparental con una dinámica familiar particular o el que hayan pasado por pérdidas traumáticas y/o un clima familiar conflictivo en el caso de los divorcios, son negativas para el desarrollo de los hijos y propicia la aparición de la toxicomanía. (p.41)

2. El mateix podem dir de l'ordre en el naixement: hi ha diferències entre els resultats. Alguns estudis mantenen que el fill primogènit està més relacionat amb el consum de drogues; i altres creuen que no hi ha unes diferències prou significatives com per afirmar que l'ordre jeràrquic sigui una variable a tenir present (Malkus, 1994). Aquest estudi tenia l'objectiu de relacionar l'estructura familiar i la dinàmica familiar amb l'abús de drogues en els adolescents i joves i comparar-lo amb un grup control. Va examinar 86 subjectes, la majoria dels quals pertanyien a instituts de zones rurals. Per fer-ho, van utilitzar el FACES II (Olson, Portner i Bell, 1982), que avalua la dinàmica familiar. Pel que ens interessa en aquest punt, es va poder observar que l'abús de drogues per part dels joves està relacionada amb l'ordre de naixement (d'ascendent a descendent) i la composició de la família. Tot i que, com s'ha esmentat abans, Schulz i Wilson (1973) van trobar poques diferències respecte la composició familiar, però sí que van comprovar que els adolescents que abusen de drogues són més propensos a provenir de famílies nombroses i ser els més petits de la família.

Concloem, doncs, aquest punt assenyalant que en general, les aportacions d'aquests estudis coincideixen en el fet que l'abús de drogues per part dels adolescents i joves està molt influenciat per variables estructurals familiars. Ara bé, també arriben a la conclusió que la variable, ordre en naixement, és poc predictora del consum. Per tant, serà més important per a la predicció i descripció conèixer el funcionament i la dinàmica familiar. Com afirma Malkus (1994), en un sistema familiar caracteritzat per una cohesió, adaptabilitat, confiança, unió, temps passat junts, satisfacció conjugal i sense problemes de consum de substàncies per part dels pares, és molt probable esperar que els seus fills joves siguin menys susceptibles a tenir problemes amb les drogues. Per contra, l'adolescent o jove que percep la seva família poc flexible, poc unida i amb manca de confiança i harmonia, és més propens a relacionar-se amb les drogues<sup>49</sup>.

3. Les immigracions és un factor de risc assenyalat per Alarcón (1984) en joves escolars amb consum de drogues. Aquest treball va assenyalar que el grup que tenia més risc de

consumir drogues era aquell que tenia els pares en una situació laboral d'atur i, respecte a les mares, la majoria eren mestresses de casa o feien neteja a llars. També va observar que les immigracions tenen un efecte desestructurant a nivell personal i del grup familiar, i molt més quan suposa un canvi des de la cultura rural a urbana o d'una cultura a una altra. Quant a la problemàtica escolar, hi ha una diferència significativa entre els dos grups. Repeteixen curs amb més freqüència i els nois més que les noies, sobretot com més s'acosten a la pubertat.

Ayerbe, Espina, Pumar, García i Santos (1997) també van observar, en un estudi que tenia com a objectiu determinar si hi havia diferències entre les famílies amb un fill drogoaddicte i les famílies sense aquesta problemàtica, que en el grup experimental hi havia un percentatge molt més elevat d'immigrants i major mobilitat de residència, a diferència del grup control. D'aquí que van afirmar que el desarrelament cultural i la possible marginació són factors a tenir en compte en aquest tipus de famílies. Finalment, van assenyalar que el menor grau de control i organització en famílies que tenen una de les figures parentals immigrant es deu probablement a les diferències culturals que els fa no estar d'acord amb les normes de la societat on viuen i, per tant, que siguin poc eficaços en la planificació i imposició de límits i normes.

4. Pel que fa a el nivell socioeconòmic, hi ha pocs estudis on la mostra estudiada sigui de nivell alt o mitjà respecte els patrons de consum de droga. Segons Sterk (1997), no s'ha estudiat empíricament el perquè, però professionals del tema especulen que és degut al fet que és una població difícil quant a l'expressió i l'acceptació de la situació en la qual viuen, perquè en el mateix grup social els marginen o els desvaloritzen, pel simple fet de tenir un fill drogo dependent. Per altra banda, també es creu que hi ha altres factors, com els que exposa Sterk (1997) en un estudi realitzat amb una mostra de dones joves amb un nivell socioeconòmic mitjà-alt. En aquest, fa referència a les drogues que són utilitzades principalment per la classe social mitjana o alta, i són vistes com "drogues bones que són utilitzades de manera correcta", per exemple, fumar marihuana i esnifar cocaïna. En canvi, les drogues i vies d'administració més importants entre els consumidors de classe baixa s'associa freqüentment a la idea de desestructuració de famílies i comunitats; en conseqüència, aquests hàbits de droga

---

<sup>49</sup> Recordem que al capítol 3.2.1 i 3.2.2 es pot trobar més informació respecte d'aquest tema.

s'etiqueten de “dolents”, per exemple, injectar-se i fumar cocaïna i heroïna. A més, el consum de drogues es qualifica de bo perquè juga un paper menys central en les vides dels consumidors de classe social mitjana-alta que el que juga en les vides dels consumidors pobres. Com afirma Anderson (1990), mentre els bons consumidors són membres que contribueixen a la societat, els consumidors dolents són principalment aliens de la societat.

Uns sis anys abans, al 1991, Streeter i Franklin, van fer un estudi que tenia com a objectiu explorar les diferències psicològiques i familiars entre un grup de joves que abandonen els estudis i que són de classe social mitjana i un grup de joves de classe social baixa que també abandonen els estudis. Per dur-lo a terme, van entrevistar un total de 119 subjectes entre els dos grups a través del FACES III (vegeu apartat 5.2.1.), mitjançant un qüestionari que mesurava el grau d'aprovació i desaprovació amb un mateix i un test que valorava els patrons de comportament dels joves amb problemes; aquests dos instruments darrers no estan validats a la població espanyola. Els resultats van demostrar que hi ha diferències significatives entre els dos grups, pel que fa al comportament, variables familiar i acadèmiques. Les conclusions més interessants que van arribar a formular feien referència a la naturalesa dels problemes que tenen els joves de classe social mitjana. Van observar que ni el nivell socioeconòmic ni l'acadèmic es podien definir com a problemàtiques essencials, sinó més aviat els problemes seriosos de comportament i familiars. A més, aquest grup perceben un menor grau de cohesió familiar respecte al grup control, els joves de classe social baixa. Per aquesta raó, els autors afirmen que les famílies de classe social mitjana es poden descriure com a desconnectades, poc unides, on els membres de la família perceben poc vincle emocional o suport entre tots els familiars, a diferència del grup de classe social baixa. En resum, els joves de classe social mitjana que han deixat els estudis, tendeixen a tenir més dificultats a casa, tenen més predisposició a estar relacionats amb l'ús de drogues, tenen més dificultats educatives i pateixen més alts nivells de depressió o intents de suïcidis. Quant al grup de classe social baixa, tenen més problemes d'ajustament social, experimenten més confusió en el tema de la sexualitat i tenen més dificultats a l'hora de relacionar-se amb el sexe oposat.



Seguint amb l'anàlisi sobre la importància de la variable socioeconòmica, creiem interessant la investigació que van dur a terme Míguez i Magrí (1993) en el qual van estudiar l'abús d'alcohol i l'ús d'altres drogues en un grup de joves de classe social alta durant l'etapa d'estiu a l'àrea estiuenca de "Punta del Este" (Uruguai). Es van realitzar 53 informes d'observació que van incloure 137 joves d'edats entre 18 a 25 anys. Els resultats van indicar dos patrons socioculturals definits al voltant de l'ús de la marihuana i la cocaïna. La marihuana es consumia quasi sempre acompanyada de begudes alcohòliques amb diferents combinacions. Respecte a la cocaïna, es va observar que el consum d'aquesta substància amb la beguda alcohòlica es trobava a gairebé totes les observacions. Els dos patrons es desenvolupen en un ambient social tolerant cap al consum, i davant la forta associació amb formes d'interacció entre joves. Cal, però, remarcar que es van trobar que, si bé el consum de marihuana es desenvolupava en llocs públics, com les discoteques, el consum de cocaïna es feia amb més freqüència en llocs exclusius, privats, com ara les àrees dels VIPs, que inclouen llocs de reunions restringits per al personal de seguretat privada.

A nivell més general, Torres i Domínguez (1997) van fer un estudi que tenia com a objectiu fer una valoració de les correlacions entre taxes de drogues il·legals i variables sociodemogràfiques com l'edat, el sexe, l'hàbitat, la classe social i l'estatus ocupacional de 2.282 adolescents gallecs, un 49% homes i un 51% dones, d'edats compreses entre els 12 i els 17 anys. El 51% de la mostra vivia en una zona urbana i el 49% restant vivia en una zona rural. Van trobar que el grup d'homes d'edat compresa entre 16 a 17 anys consumia més alcohol i es trobava a l'atur. Per altra banda, van observar que la prevalència de bevedors de risc es triplica en el medi rural respecte de l'urbà, i és més elevada en la classe social menys afavorida.

Seguint el que s'ha dit anteriorment respecte a la diferència entre sexes, Ruiz-Carrasco i col·l. (1994) van fer un estudi en què analitzaven les variables personals, familiars i els patrons d'alcohol i altres drogues en 100 adolescents espanyols. Van observar que no hi havia diferències significatives entre els dos sexes. Per altra banda, com ja hem assenyalat en un punt anterior, van destacar que el grau de formació, l'estabilitat matrimonial i laboral dels pares influenciava directament amb els patrons de consum d'alcohol i altres drogues per part dels fills.

Segons un estudi realitzat per Maltzman i Schweiger (1991) sobre les característiques familiars i individuals dels adolescents amb un nivell socioeconòmic mitjà hospitalitzats per problemes amb l'alcohol i el consum d'altres drogues, van concloure que aquests joves experimenten un interès familiar significativament menor, una participació intel·lectual, cultural i social també menor, però més control que el grup que no són addictes.

Finalment i seguint amb aquesta directriu, Grichting i Barber (1989) van fer un estudi en què volien conèixer i descriure les tres variables que creien que influenciaven més el consum de drogues entre els joves, concretament, a 539 subjectes. Aquestes eren les variables sociodemogràfiques, les intrapersonals (característiques personals) i les interpersonals (influències dels iguals i dels pares). Van concloure que totes tres variables de qualitat de vida familiar afectaven directament el consum de drogues i alcohol. Ara bé, es va observar que les variables sociodemogràfiques eren les menys importants, seguides de variables intrapersonals. Per tant, les variables interpersonals eren les variables més predictores de la conducta addictiva dels joves.

Concloem, doncs, assenyalant que la influència de les variables sociodemogràfiques a l'inici i/o manteniment de les drogodependències de joves-adults sembla que no és la més rellevant, per contra de les variables relacionades amb el funcionament i la dinàmica familiar, com també, les relacions entre els sistemes parentals i conjugals. Així, doncs, tot el que s'ha explicat al capítol 2 pren encara més força i validesa amb fermesa els objectius i hipòtesis que es van plantejar per al nostre estudi i els instruments escollits.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Recordem que es poden trobar els objectius i hipòtesis al capítol 4 i 5 d'aquest estudi.

### 3.3.2. Característiques sobre la dinàmica familiar

La finalitat d'aquest subapartat és recollir de manera resumida tots els articles que hem revisat respecte l'estudi de la dinàmica familiar amb un dels seus membres drogodependent, concretament un/a fill/a jove-adult. I, alhora, descriure'n els resultats més rellevants que creiem que poden ser útils per a la nostra recerca, tenint present l'eix vertebrador teòric comú del nostre estudi, és a dir, seguint les aportacions del model sistèmic.

La majoria d'articles revisats tenen com a objectiu estudiar el tipus d'adaptabilitat i cohesió familiar característica de les famílies amb un fill drogodependent i la relació existent entre aquestes dues dimensions amb el consum de drogues. Gairebé en tots ells utilitzen diferents instruments de mesura, com ara la FACES III (*Family Adaptability Cohesion Scale*) d'Olson i col·l. (1985), per mesurar la dinàmica familiar (Friedman, Morrissey i Utada, 1987; Johnson i Pandina, 1991; Helene i Fleicher, 1993; Malkus, 1994; Natakusumah, Irwanto, Piercy, Lewis, Sprenkle i Trepper, 1992; Piercy, Volk, Trepper, Sprenkle i Lewis, 1991; Vecino, 1990; Vilaregut i col·l., 2000), la FES (*Family Environment Scale*) de Moos i Moos (1981), que mesura el clima familiar (Araque, López-Torrecillas, De los Riscos i Godoy, 2001; Kosten, Novak i Kleber, 1984, a Espina i col·l., 1995; Ayerbe i col·l., 1997; Maltzman i Schweiger, 1991), o bé aquests dos instruments en un mateix estudi (Friedman, Terras i Kreisher, 1995; Friedman, Tomko i Utada, 1991). Cal dir que malgrat les diferències que hi ha entre ells, la majoria han arribat a la conclusió que l'abús de drogues està molt relacionat amb la cohesió, l'adaptabilitat, la força i la unió familiar.

També cal fer referència a aquelles investigacions que no utilitzen cap instrument de mesura, sinó que el seu objectiu principal és fer una anàlisi descriptiva per aportar reflexions, més aviat teòriques que empíriques, del funcionament i la seva dinàmica familiar (Carvalho, Pinsky, De Souza-Silva i Carlini-Cotrim, 1995; Kaufman, 1980; Kaufman, 1985; Kupetz, Larosa, Klagsbrun i Davis, 1977; Gantman, 1978, a Espina i col·l., 1995; Grichting i Barber, 1989; Noone i Redding, 1976; Quinn, Kuehl i Joanning, 1988; Rodríguez i Sanz, 1987; Stoker i Swadi, 1990).

Per a Noone i Redding (1976), la família del drogoaddicte s'ajusta a la descripció de "família aglutinada", tal com la va definir Minuchin el 1974. Tot i així, uns deu anys més tard, Friedman i col.l. (1987) van demostrar que aquesta definició variava si es tenia present l'opinió dels mateixos membres de la família. En l'estudi que van dur a terme, les famílies es van valorar com a famílies "deslligades" i rígides, per contra de les percepcions dels psicoterapeutes i els teòrics, que les van valorar com a "d'aglutinades".

Coleman i Davis (1978) parlaven de l'existència de límits difusos en aquestes famílies. Creien que aquestes disfuncions podrien estar en l'origen de molts trastorns, entre els quals es trobaria la drogoaddicció i, quan aquesta apareixia, afegia més problemes d'intimitat en la família. A més, són uns dels pocs autors que creien, en aquella època, que la relació que s'establia entre família i drogo dependència era circular. És a dir, algunes característiques familiars podien jugar un paper etiològic en la drogoaddicció i, per una altra banda, aquesta podia provocar alteracions en el funcionament familiar. Un any més tard, Kupetz i col. (1977) ho van tornar a assenyalar, afirmant que el fet de conceptualitzar el rol de la interacció familiar com a causa o manteniment de la drogoaddicció era un tema recent i innovador per a les investigacions que s'estaven duent a terme en aquell moment.

En aquesta línia, analitzant els patrons d'interacció familiar, Gantman (1978, a Espina i col.l., 1995) va dur a terme un estudi per determinar si els patrons d'interacció familiar diferien significativament entre tres grups de famílies: un grup control sense fills amb problemes de comportament, famílies amb un adolescent pertorbat emocionalment i famílies amb un fill drogoaddicte. La comparació dels dos grups de famílies pertorbades no va donar diferències significatives respecte a les variables demogràfiques o interaccionals, malgrat la presència del problema que presentaven l'adolescent i la seva conducta. El grup sense un adolescent amb problemes de conducta diferien significativament dels altres dos en l'habilitat per prendre decisions. A més, les famílies "normals" presentaven una comunicació més clara, major llibertat d'expressió, més cooperació i major sensibilitat entre els membres. Algunes variables no discriminaven el grup "normal" dels grups de famílies pertorbades. La conclusió a la qual arriba l'autor és que quan es considera el drogoaddicte en termes de dinàmica familiar, se'l considera

un esdeveniment familiar. Els símptomes emocionals dels drogoaddictes i pertorbats emocionals només es manifesten a nivell familiar. L'adolescent per si sol no és el problema, per tant, es pot dir que la família és el mitjà en el qual s'expressa la patologia o disfunció de l'adolescent.

Un altre estudi que creiem important a l'hora de descriure els patrons familiars d'aquestes famílies, és el que va realitzar Kaufman (1980). Va elaborar una llista de mites i realitats relacionades amb els patrons familiars. En aquesta llista, destaca els mites següents: a) les famílies on el pacient identificat (PI) té problemes de drogues són diferents a les famílies que tenen un PI amb problemes d'alcohol; b) les relacions familiars són el factor clau per al manteniment o la causa de molts, sinó tots, dels problemes d'abús de substàncies; c) la intensiva coalició transgeneracional entre mare i fill és única entre el problema d'abús de substàncies i és el factor patogènic més important en aquestes famílies; d) la majoria dels pares (homes) són desvinculats (*"disengaged"*), autoritaris i/o alcohòlics, i finalment e) les estructures familiars observades en un moment determinat es poden generalitzar en un altre període dins del cicle vital familiar. Referent a la llista de realitats destaca les següents: a) la gran importància que tenen les relacions familiars en aquest fenomen tan complex; i b) els factors familiars són més importants que els factors socioeconòmics o ètnics i generalitzables tant en el grup de dones com d'homes. Cal destacar també les aportacions que va fer en el mateix estudi, en les quals va assenyalar que la comunicació en aquestes famílies molt sovint tendeix a ser excessivament intel·lectual o racional, amb absència d'expressió de sentiments íntims.

Cinc anys més tard, el 1985, Kaufman va fer una revisió de tots aquells estudis que tenien com objectiu estudiar les famílies amb un fill consumidor. Les conclusions a què va arribar van ser que moltes de les investigacions tenien com a objectiu descriure el sistema familiar associat amb el consum de substàncies, sense que poguessin arribar a saber amb seguretat si la patologia familiar era prèvia o era conseqüència d'aquesta. Tampoc va arribar a la certesa de quines són les disfuncionalitats específiques ni va saber quin tipus de disfunció familiar era la més específica associada a l'abús de diferents substàncies. I, finalment, cap dels estudis revisats va poder afirmar de manera definitiva quin tipus de tractament era el millor per a aquest tipus de

problema. Kaufman, en el seu treball, acaba dient que totes aquestes aportacions, malgrat que no aporten un coneixement definitiu del tema, sí que són resultats suficientment importants com per a tenir en compte en les pròximes investigacions i per a les futures avaluacions sobre l'eficàcia dels tractaments.

Grichting i Barber (1989), en un estudi sobre la qualitat de vida familiar sobre el consum posterior d'alcohol i altres drogues, ressalten la importància de considerar els aspectes afectius, com unes relacions familiars positives i un vincle afectiu profund entre pares i fills, com un factor predictiu a una menor probabilitat que els joves consumeixin drogues. Així, doncs, tant l'ambient familiar global com les relacions entre els seus membres semblen indicadors de referència per predir aquest consum. D'aquesta manera, afirmen que la probabilitat que un adolescent manifesti aquests comportaments disminueix a mesura que augmenta la seva participació en les decisions familiars; contràriament, augmenta en la mesura que també ho fa el grau de discrepàncies familiars.

Tal com hem assenyalat anteriorment, quan es feia referència a un estudi fet per Kaufman (1980) en què destaca que el nivell de comunicació en aquestes famílies es caracteritzava per una absència d'expressió de sentiments íntims que quedaven substituïts per una racionalització d'aquests, Rodríguez i Sanz (1987) van assenyalar que en la comunicació intrafamiliar en les famílies amb un membre drogodependent, generalment solia ser la mare la portaveu d'aquesta informació. A més, aquesta informació era compartida sobretot pel pare, que semblava coincidir en tot amb l'opinió de la seva parella, per exemple, la informació sobre dades puntuals i opinions molt generals. I com el que va trobar Kaufman (1980), la comunicació de sentiments, idees, etc. semblaven absents i no la trobaven a faltar. Les verbalitzacions dels pares recordaven actituds pròpies de les famílies psicossomàtiques, en les quals “no passa res”, “tota la informació la tenen tots” o “no hi ha problemes: tot és de tots, i no hi ha secrets”. Dibuixen per un costat, una idealització de la comunicació intrafamiliar, que probablement no existeix (una vertadera comunicació mai pot ser absoluta). I, per una altra part, una manca de límits generacional. Les decisions eren generalment preses per la mare, que llançava el missatge paral·lel de desqualificació de la figura paterna. Els conflictes no eren abordats verbalment. Quant a la

relació entre missatges analògics i digitals<sup>51</sup> es constataven incongruències entre tots dos, i en alguns casos arriben a ser antagònics. Amb aquest tipus de doble missatge, el nen aprèn que el que és verbal no té validesa, sinó que el que és comunicat analògicament és el que importa, i conserva un aspecte racionalitzat i superficial.

Les reflexions anteriors també les trobem a l'article que va publicar Quinn i col·l. (1988), en què feien referència a les intervencions psicoterapèutiques sistèmiques amb famílies amb un jove drogo dependent. Van comprovar que la unitat parental és difícil d'indentificar, no és evident en famílies amb un fill drogoaddicte. En altres paraules, hi ha un desequilibri d'estil interaccional respecte a algunes funcions del subsistema parental, com per exemple, sobreimplicació/sobreprotecció versus poca implicació/desvinculació (*overinvolved-underinvolved*), una de les figures parentals manté una coalició amb el fill per anar en contra de l'altra figura parental, o percepcions diferents, com ara admetre la incompetència o la manca de seriositat respecte a la comprensió de la importància del problema. La conclusió final de l'article afirma que, el fet de reestructurar significativament els patrons familiars disfuncionals, els permetrà desfer-se de la utilitat del símptoma amb poc temps, en aquests cas, de la dependència a substàncies.

Respecte a les diferències de percepcions entre els membres d'una mateixa família, Stoker i Swadi (1990) van intentar conèixer, a través d'una entrevista tancada, quina era la percepció de les relacions amb la pròpia família, les experiències prèvies de la família i les relacions amb els pares i mares de 278 adolescents i joves que van ser dividits entre no consumidors i consumidors de drogues. Els resultats finals van permetre comprovar que els grups de consumidors havien tingut més experiències traumàtiques que els no consumidors, per exemple, un divorci o una mort d'un familiar. Per altra banda, era més probable que els adolescents que

---

<sup>51</sup> Segons Watzlawick i col·l. (1981) la comunicació digital és "todo lo que se comunica con la palabra" i la comunicació analògica: "es todo lo que sea comunicación no verbal" (p.63). Per altra banda, assenyalen que "el aspecto relativo al contenido se transmite de forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica" (p.65).

consumien droga, a diferència dels no consumidors, percebessin les seves famílies com a distants, menys participatives, més autoritàries i amb comunicació més pobre.

Nou anys més tard, Swadi (1999) va fer un estudi per identificar els factors de risc dels adolescents i joves que consumeixen drogues habitualment. Un dels factors analitzats va ser la dinàmica i la relació familiar. Va observar com l'estil educatiu, l'estructura familiar com ara pares separats, discòrdia parental, famílies corruptes, pares no directius, comunicació familiar negativa, disciplina parental inconsistent, manca de proximitat familiar, pares definits com distants i desvinculats (*disengaged*) i mares massa implicades i aglutinades (*enmeshed*), van ser els factors familiars identificats com a factors de risc per a l'adolescent i el jove drogodependent.

Com s'ha dit a l'inici d'aquest subapartat, en alguns estudis s'han utilitzat qüestionaris per avaluar el clima familiar: Kosten i col·l. (1984, a Espina i col·l., 1995) van aplicar la *Family Environment Scale* (FES) (Moos i Moos, 1981), molt utilitzat en diferents patologies. La FES avalua el clima familiar mitjançant tres dimensions: la Relacional, la de Creixement Personal i la d'Estabilitat, amb les seves respectives subescales, nou en total. A la dimensió Relacional, hi trobem les subescales de Cohesió, Expressivitat, Conflicte. A la dimensió de Creixement Personal, hi trobem les subescales d'Independència/Autonomia, d'Orientació a l'Èxit, d'Orientació Intel·lectual-Cultural, Orientació Religiosa/Moral. Finalment, a la dimensió d'Estabilitat, hi trobem les dues darreres subescales, la d'Organització i la de Control. Els resultats destaquen que els addictes puntuen més baix que la mostra normativa en les subescales de Conflicte, Orientació Intel·lectual-Cultural, Social-Recreativa i més alt, en les subescales d'Actuació i Organització. Mentre que les seves mares puntuaven més baix en Conflicte i Control. Els autors conclouen que els addictes descrivien el clima familiar com més adequat que les seves mares, i les relacions amb les seves mares i mullers com a satisfactòries. Les mares descrivien els seus fills com "lluny de l'ideal", igual que va trobar Stanton (1979), i els addictes es mostraven molt sensibles a les expectatives de mares i mullers. D'aquest estudi, crida l'atenció el fet que les mares percebien control baix i límits afectius, mentre que l'addicte percebia tot el contrari, la qual cosa es pot associar que la mare té unes expectatives més altes en aquesta àrea. Els autors relacionen el baix nivell de conflicte percebut amb el fet que la família



se centra en el problema de la droga i deixa a una banda altres problemes familiars, amb el desig d'oferir una imatge socialment acceptable i en què la sobreimplicació de mare vers el seu fill fa més difícil l'acceptació del conflicte.

Maltzman i Schweiger (1991) també van utilitzar la FES per avaluar les interaccions i el clima familiar d'un grup d'adolescents de classe social mitjana que es trobaven en tractament a causa del seu consum d'alcohol i d'altres drogues (n=200 pacients) i van comparar-lo amb un grup control (n=120 adolescents). Individualment, els adolescents del grup experimental se situaven en un nivell més baix pel que fa a socialització i autoestima i, per altra banda, més símptomes d'hiperactivitat i puntuacions més elevades pel que fa a conductes de recerca de sensacions que els adolescents del grup control. A nivell familiar, el grup experimental van puntuar un nivell de cohesió més baix, i un nivell més elevat de control, regles respecte del grup control. Com també, menys Orientació Intel·lectual/Cultural, menys participació en activitats socials i de temps lliure, menys Expressivitat Emocional, menys Organització en els seu ambient familiar i una percepció més elevada de desacord i d'ira vers els adolescents del grup control. La conclusió a què van arribar aquests autors va ser que els resultats van demostrar que, malgrat que el consum i l'abús de drogues està determinat per múltiples factors, és evident també afirmar que el bon funcionament de la família és un factor molt important per a la reducció, intervenció i prevenció d'aquest consum en els adolescents i joves.

Un altre article que va fer servir la FES va ser l'estudi de Ayerbe i col·l. (1997), l'objectiu del qual era estudiar les característiques sociodemogràfiques familiars i la seva influència en la percepció del clima familiar en famílies amb un fill drogodependent (n=60) i poder-ho comparar amb un grup control (n=36). Van observar que les famílies del grup experimental tenien un grau menor a donar-se recolzament, estímuls per actuar lliurement i expressar directament els sentiments, interessos intel·lectuals, culturals, socials i més control. Per altra banda, també van comprovar que les famílies amb un fill addicte puntuaven un nivell molt més baix de cohesió. Així, doncs, baixa cohesió, control elevat (rigidesa) i poca expressivitat s'associa al tipus de família desvinculada. Resultats que es contradueixen amb les aportacions de Noone i Redding (1976); Stanton i Todd (1979); Stanton (1985), els quals deien que les famílies amb un

fill drogodependent eren famílies aglutinades. Al mateix temps, coincideixen amb els estudis de Kalina (1985); Friedman i col·l. (1987); Needle, Lavee, Su, Brown i Doherty (1988) a afirmar que la majoria de famílies drogoaddictes són desvinculades i rígides. Les conclusions finals van ser que les relacions amb famílies amb un fill drogoaddicte són més pobres i tenen menys opcions per desenvolupar-se afectivament i intel·lectualment que el grup control. Per tant, aquest tipus de funcionament es pot associar al fet que el desenvolupament de la drogoaddicció pot ser una opció o sortida per omplir el buit afectiu existent en aquestes famílies. Com també, el fet de tenir menys relacions socials i dificultats en el desenvolupament cultural i intel·lectual es pot associar a la tendència a buscar satisfaccions més immediates com les que ofereix la droga i la marginació social associada a la drogoaddicció.

Friedman i col·l. (1987) van utilitzar la FACES II amb l'objectiu principal de comparar la percepció que tenen els terapeutes familiars que treballen amb famílies amb un adolescent-jove drogodependent i la percepció que té cada membre d'aquestes mateixes famílies respecte a la dinàmica familiar. El segon objectiu d'aquesta recerca era classificar aquestes famílies segons el Model Circumplex i comparar-ho amb les classificacions que la literatura ha anat aportant sobre famílies que han tingut adolescents i joves amb un altre tipus de problema que no sigui la drogodependència. Per dur a terme aquests objectius, van passar l'escala a 96 adolescents i als seus pares respectius. La majoria d'aquestes famílies es percebien, quant a la dimensió de Cohesió desvinculades (*disengaged*) en lloc d'aglutinades (*enmeshed*) i, quant a la dimensió d'Adaptabilitat, es percebien rígides en lloc de caòtiques. Segons els autors, aquests resultats van ser inesperats ja que eren substancialment diferents als estudis que havien revisat sobre famílies amb altres tipus de problemes. Respecte a la percepció dels professionals, van observar que aquests tendien a percebre a aquestes famílies més aglutinades que desvinculades. Friedman i els seus col·laboradors creuen que aquestes diferències poden estar associades als desigs de cada grup o a les característiques pròpies de l'escala. De totes maneres, creuen que resulta interessant tenir en compte que els terapeutes avaluen d'acord amb les teories que tenen com a referència, mentre que les famílies es percebien d'una altra manera.

Protinsky i Shilts (1990), utilitzant la FACES III a 237 estudiants per conèixer les seves percepcions quant al nivell de cohesió familiar, també van observar que els adolescents-joves que no consumien se sentien més aglutinats respecte a les seves famílies que no els que consumien esporàdicament o habitualment. Resultats altra vegada contradictoris amb les aportacions teòriques.

Al mateix any que l'estudi anterior, Vecino (1990) va presentar la seva tesi doctoral. Aquesta tenia com objectiu estudiar la dinàmica familiar d'un grup de famílies que vivien amb un fill heroïnòman (n=46) d'edat compresa entre els 18 i els 30 anys, que havia anat a un centre d'atenció i seguiment de les drogodependències de la Generalitat de Catalunya (CAS de Garbívent) i comparar-la amb un grup control (n=43). Va utilitzar la FACES III per avaluar i comparar la dinàmica familiar dels dos grups estudiats. Les conclusions que va arribar a formular van ser que tant els pares com les mares i fills del grup experimental experimenten un nivell cultural baix que incidiria en menors recursos a l'hora de resoldre els problemes de dependència. També va observar que, malgrat que no es pot afirmar que hi ha un patró únic familiar que caracteritzi les famílies d'heroïnòmans, sí que es pot parlar que la majoria de les famílies del grup experimental es perceben desvinculades, deslligades, essent principalment les mares, i sobretot els fills, qui defensen aquesta postura, rígida i caòtica a nivell d'adaptabilitat (els dos extrems). Per altra banda, va comprovar que, a nivell relacional, les relacions entre els cònjuges eren distants, igual que entre mare i fill, per contra de la relació entre pare i fill que se situava més propera o amb una aliança més forta. Una altra dada d'interès que es va poder recollir és que cap dels individus/membres se sentia satisfet amb la família que tenia actualment. Finalment, Vecino (1990) va arribar a la conclusió que el subsistema conjugal es percebia entre ells com una relació aglutinada caòtica, és a dir, amb alts nivells de cohesió i d'adaptabilitat que facilitava l'angoixa i el malestar.

Piercy i col·l. (1991), com Vecino (1990), també van examinar la importància de l'estructura familiar i els factors dinàmics quant al tipus, freqüència i multiconsum respecte als adolescents i joves. També van voler comprovar si els factors familiars són diferents entre els grups, grup experimental i grup control, com també intragrupal, entre el grup de consumidors. Van arribar

a la conclusió que els factors estructurals no es poden considerar factors predictors de la drogodependència en joves, tot al contrari dels factors dinàmics, que es va comprovar que són els factors, a nivell familiar, que influeixen més a nivell de patrons de consum de drogues. A més, també es va observar que són els factors que es distingeixen més entre els adolescents i els joves consumidors (intragrupal). Aquests resultats coincideixen amb l'estudi que va fer Friedman i col.l., quatre anys més tard, el 1995.

Natakusumah i col.l. (1992) també van utilitzar la FACES III per poder comparar el nivell de cohesió i adaptabilitat familiar de famílies d'adolescents i joves drogoaddictes d'Indonèsia (n=61) i dels EUA (n=151), amb la finalitat de comprovar si la variable cultural era una variable predictora i diferenciadora d'aquesta problemàtica. Les conclusions a les quals van arribar van ser que les diferències de percepció entre els dos grups no és deguda només a les diferències culturals, sinó que l'entorn familiar característic de cada grup sembla ser que es troba més relacionat amb l'etiologia i el manteniment de la drogodependència. Per altra banda, els pares del grup d'Indonèsia se senten més culpables pel problema que l'altre grup d'estudi. Finalment, van comprovar que l'adaptabilitat no és una variable que es pugui confirmar com a predictora de l'abús de drogues en cap dels dos grups. En canvi, sí que es confirma pel que fa a la cohesió. Creuen que aquests resultats recolzen la relació hi ha entre les relacions familiars pròximes i el model d'abús de drogues entre adolescents i joves.

Aquestes dades també coincideixen amb l'estudi que van fer Carvalho i col.l. (1995), però en aquest no es va utilitzar la FACES III. Van elaborar una anàlisi multivariable respecte a les relacions familiars i el nivell de consum de 16.378 estudiants brasilers. Aquesta anàlisi es va centrar en les relacions entre les situacions objectives i subjectives familiars i el consum. Les situacions subjectives van ser mesurades a partir de les percepcions dels adolescents i joves respecte al clima familiar. Les situacions objectives es referien a la situació conjugal dels pares. Els resultats van indicar la violència familiar com a factor més freqüent associat a l'ús de drogues. També van observar que el clima familiar constitueix un factor més important que la relació conjugal dels pares en el consum de drogues dels joves.

Malkus (1994) també va utilitzar la FACES III, però, com Vecino (1990) i Piercy i col·l. (1991), va examinar la relació entre els factors estructurals i dinàmics familiars entre adolescents abusadors de drogues i un grup control, amb l'objectiu de poder comprovar quins d'aquests dos factors són més predictors de la conducta addictiva dels joves. Van arribar a la conclusió que malgrat que, tant els factors estructurals com els dinàmics són importants en el manteniment i la precipitació de la conducta addictiva a drogues, sembla ser que el factor dinàmic sigui el que apareix com el més evident i el desencadenant d'aquest símptoma.

Tenint en compte les aportacions de les investigacions citades anteriorment, Vilaregut i col·l. (2000) van dur a terme un estudi objectiu en el qual examinaven els factors estructurals i dinàmics familiars de 40 addictes (30 homes i 10 dones) que es trobaven en el seu primer mes de tractament, amb una mitjana d'edat de 24.4 anys. Una vegada més, l'instrument utilitzat per a aquest estudi va ser la FACES III d'Olson i col·l. (1985) que, validat a la població espanyola, és la CAF (Cohesió i Adaptabilitat Familiar) per Polaino-Lorente i Martínez (1995). Els resultats més destacats van ser que la dinàmica més puntuada pels addictes amb un 40%, va ser l'estructuralment desvinculada, seguida per un 36% dels pares i un 19% de les mares estudiades. Respecte a la percepció del tipus de família, el 55% dels addictes van percebre-la moderada, per contra del 37.5% dels pares i del 35% de les mares, que la van percebre equilibrada. Així, doncs, una de les conclusions a què van arribar els autors, és que la majoria d'addictes perceben les seves famílies com més desvinculades i rígides respecte als altres membres de la família.

Com s'ha fet referència a l'inici d'aquest apartat, s'ha trobat algun article que ha utilitzat la FACES III i la FES per estudiar les característiques tant del funcionament i dinàmica familiar com del clima familiar amb joves drogodependents i traçar alguna línia possible d'intervenció. En aquest sentit, és remarcable la recerca que va fer Friedman i col·l. (1991) amb l'objectiu d'extreure conclusions sobre les característiques familiars (sobretot de les mares) que poden ser les més adequades per tal de realitzar una teràpia familiar a adolescents amb problemes d'abús de drogues. Van estudiar 85 famílies amb els trets descrits i utilitzant les dues escales anomenades anteriorment. La primera conclusió a què van arribar els autors van ser que tant l'ambient, la cohesió i l'adaptabilitat familiar, les relacions en la família i la comunicació familiar

són variables importants a recollir per tal de valorar el tipus i les conseqüències del tractament escollit i utilitzat. Per altra banda, s'ha comprovat que el factor de Cohesió que mesura la FES i la FACES III sembla confús en un primer moment, ja que, sobretot en les puntuacions del nois, mostra un grau més alt a la FACES III que a la FES. Segons els autors, aquesta visible contradicció no és fàcil d'explicar perquè a que no són diferències significatives. Creuen que és possible que aquestes diferències s'expliquin per les percepcions diferents entre les mares i els fills en quant al tractament rebut. Sembla que les mares no estiguin tant d'acord amb el tractament rebut, a diferència dels seus fills. Malgrat aquestes puntualitzacions, els autors creuen que són dues escales útils i compatibles pels objectius que pretenien. Finalment, van comprovar, que quant a la dinàmica familiar, els joves no perceben el mateix que a les seves mares ni el que deien a la teoria. És a dir, ells la perceben més vinculada, pròxima respecte les seves mares, que la perceben més desvinculada. Els terapeutes familiars les perceben com a aglutinades. Aquests resultats coincideixen amb altres estudis fets amb la FACES III (Friedman i col·l., 1987; Mikulincer i Florian, 1991; Protinsky i Shilts, 1990; Vecino, 1990).

Quatre anys més tard, el 1995, i en la mateixa línia que havia començat el 1987 i que havia seguit en el 1991, Friedman i altres col·laboradors, com Terras i Kreisher, van estudiar les característiques familiars (sobretot de les mares) i les dels mateixos pacients com a predictors dels resultats del programa de tractament per a adolescents i joves abusadors de drogues (n=176). Per fer-ho van utilitzar una vegada més, la FACES III i la FES. Van arribar a la conclusió que les percepcions de la família respecte al tractament que rep el seu fill influeixen en els resultats d'aquest. Com també la percepció que tenen els pacients respecte de la dinàmica i el funcionament familiar, o de la seva relació vers els seus pares, sobretot vers la mare. Creuen que aquests resultats demostren el poder dels factors familiars com a indicadors de pronòstic.

Finalment, McFarlane i col·l. (1995) i Hoffman i Su (1998) van utilitzar la FACES III conjuntament amb el PBI per mesurar la relació del jove vers la seva mare i pare i la dinàmica familiar. Les conclusions a què arriben els dos estudis, per una banda, és que els dos instruments són compatibles per mesurar i avaluar la relació existent entre la dinàmica familiar amb un fill drogoaddicte i el subsistema parental. Per altra banda, les dades suggereixen que hi ha una

interrelació entre els factors familiars, com ara el vincle parental i la dinàmica familiar, amb el consum de drogues per part dels joves-adults.

En síntesi, en aquest subapartat s'ha pogut comprovar que en la gran majoria d'estudis que han utilitzat un instrument estandarditzat per avaluar el funcionament i la dinàmica familiar, aquest ha estat la FACES III (*Family Adaptability and Cohesion Scale*) d'Olson i col·l. (1989).

### 3.3.3. Característiques relacionals entre la parella conjugal-parental

S'ha pogut comprovar la mancança d'articles que facin referència a la relació conjugal dels pares d'un jove-adult drogoaddicte. Una interpretació útil és la que fan Pumar, Espina i Ayerbe (1997), en la qual cosa afirmen que fa relativament poc ha començat a interessar-se haver-hi un interès a nivell empíric a fer estudis amb un enfocament sistèmic relacional, on les relacions que s'estableixen entre els membres del sistema familiar és el més important. També s'especula que no ha estat fins ara que els pares s'han sensibilitzat més amb el tema i s'han mostrat més participatius, gràcies a la divulgació que han dut a terme els mitjans de comunicació en els darrers anys respecte a la drogodependència.

De tots els articles trobats, en general tots destaquen que la drogoaddicció del fill permet als pares desplaçar el conflicte conjugal del centre d'atenció. D'aquesta manera, la drogoaddicció compleix una funció d'equilibrar el sistema, i neutralitza d'aquesta manera l'espai buit emocional existent entre els dos cònjuges. Quan el fill intenta independitzar-se o realitzar conductes més autònomes, els conflictes no resolts dels pares tornen a sorgir, i es crea més tensió i aflora la idea de separació. Llavors, és quan l'addicte es torna a comportar de manera més dramàtica o autodestructiva, i desvia, altre cop, l'atenció dels seus pares cap a la drogodependència. A mesura que la crisi conjugal va perdent força i intensitat per un tipus de relació conjugal més sana, l'addicte està més predisposat a abandonar la seva actitud provocadora i comença a trobar el seu camí d'autonomia i independència (Cirera i Molins, 1993, p. 96; Pumar i col·l., 1997; Stanton i Todd, 1985; Vecino, 1990). Per aquest motiu, com afirmen Terrón i col·l. (1993): "las relaciones de pareja (subsistema conyugal), son muy deficientes o empobrecidas, a veces

inexistentes. Esta relación está basada principalmente en la crianza de los hijos, que es un vínculo de unión, sobre todo si los hijos presentan dificultades” (p.212).

D’acord amb aquestes directrius, Reilly (1984) també va afirmar que la drogoaddicció del fill sembla jugar un paper clau en la regulació de la homeòstasi conjugal, incrementant o reduint la distància de la relació. Igual que un termòstat, la drogodependència del fill pot refredar una relació conjugal que està bloquejada o que ofega la parella, de la mateixa manera que pot servir per unir a cònjuges que han estat vivint separats durant temps i es tornen a unir pel problema del fill.

Tal com ens indica Rodríguez i Sanz (1987), estem d’acord quan firmen que els problemes més importants en els drogoaddictes normalment coincideixen amb situacions relacionades amb el creixement o l’intent d’independitzar-se dels fills, provocats, amb freqüència, per la por de tornar a la situació conjugal. La relació de parella en aquestes famílies es perdria a causa d’una exclusiva relació materna. El pare quedaria fora tant del subsistema parental com del conjugal, i es perfilarien en la família dos nuclis diferenciats: per una part, el pare (a vegades amb algun fill) i, per altra, la mare amb els fills. Tota aquesta situació de manca de jerarquies i d’ambigüitat creada pel trencament dona a la mare poder, però, al mateix temps, ella intentarà compensar la seva soledat amb l’aglutinament dels fills o desplaçant a algun d’aquests les funcions no ateses pel pare (p.97)<sup>52</sup>.

Segons Fisiloglu i Lorenzetti (1994), la relació conjugal dels pares del drogoaddicte es caracteritza per una distància emocional i manca d’interacció, excepte quan el fill es troba en un període de consum de droga (actual o sospitat pels pares), la qual serveix per incrementar la interacció entre tots dos. Cada progenitor culpa l’altre de la drogoaddicció del fill, i es recorden constantment que han fracassat com a pares. En l’intent de convèncer el fill que abandoni les drogues, és freqüent entre els pares observar el desacord sobre els passos que aquest hauria de seguir per deixar la droga. Aquesta classe d’interacció crea encara una major tensió dins de la

---

<sup>52</sup> Aquest punt es pot trobar més desglossat a l’apartat 3.2.



díade parental i en la família. Per a aquests autors, el fill, mitjançant la seva conducta addictiva, afavoreix que almenys hi hagi alguna relació entre uns pares divorciats emocionalment.

Pumar i col·l. (1997) van voler comprovar en un estudi si les relacions de parella dels pares amb un fill drogoaddicte es diferenciaven dels pares sense patologia. Per fer-ho, van utilitzar un instrument de mesura, la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) de Spanier i Thompson (1982)<sup>53</sup>. Van pendre com a hipòtesi que els pares dels drogoaddictes percebrien una relació de parella més insatisfactòria, amb un grau menor d'ajustament i de qualitat, a diferència dels pares del grup control. Van passar la DAS a 60 famílies amb un fill drogoaddicte, com a grup experimental, i a 36 famílies sense un fill drogoaddicte, com a grup control. Els resultats van indicar que els pares del grup experimental percebien un pitjor ajustament diàdic, sobretot a la subescala d'expressió d'afecte per part dels homes vers les seves dones, a diferència del grup control. A partir d'aquesta anàlisi, arriben a la conclusió que el nivell d'ajustament diàdic percebut pels pares i mares dels fills drogoaddictes juga un paper important, ja sigui com a factor de manteniment o de predisposició d'aquesta conducta, i/o efecte de la càrrega familiar que suposa el fet de tenir un fill drogoaddicte.

Seguint en la mateixa línia que al paràgraf anterior, Aquilino (1986) ja va trobar que la dimensió d'expressió d'afecte i la cohesió de la parella es relacionava amb el recolzament que percebien els fills; d'aquesta manera, si l'expressió d'afecte i la cohesió són bones, els fills perceben més recolzament parental, per tant, un element bàsic per al seu desenvolupament. Aquest autor conclou en la necessitat d'incidir terapèuticament en el desequilibri conjugal atesa la seva importància en la drogodependència del fill jove-adult.

D'acord amb aquestes premisses, cal destacar, una altra vegada, l'estudi que van dur a terme Fisiloglu i Lorenzetti (1994) l'objectiu del qual era precisament això, investigar les relacions que s'estableixen entre la cohesió familiar i l'ajustament conjugal. Per dur-lo a terme, van utilitzar dos instruments de mesura, la FACES III, per mesurar la cohesió familiar i la DAS, per mesurar l'ajustament conjugal. Aquests instruments els van passar a 70 parelles llicenciades a la

universitat estatal de Nova York, amb una mitjana d'edat de 34.6 anys. Els resultats més remarcables van ser que un alt nivell d'ajustament conjugal es podia associar a un nivell alt de cohesió familiar. Per tant, van concloure que hi havia una relació lineal o una relació directament proporcional entre la cohesió familiar i la percepció d'ajustament conjugal entre les famílies estudiades.

Arribats en aquest punt, s'ha cregut interessant fer esment d'un article d'Espina, Pumar, Bel Cortés, Azkárate, Elortegui i García (1994), perquè van correlacionar l'ajustament conjugal, el recolzament social, l'angoixa i la depressió a tres grups diferents: parelles amb fills sense cap tipus de patologia psíquica (n=13), parelles amb fills diagnosticats amb esquizofrènia (n=10) i parelles amb fills drogoaddictes (n=10). Per mesurar l'ajustament conjugal van utilitzar la DAS. Els resultats més rellevants van ser que els dos grups experimentals van presentar més angoixa i depressió que el grup control. Per altra banda, els pares del grup esquizofrènic tenien un menor nivell d'ajustament diàdic que els altres dos grups. Respecte als pares dels drogoaddictes, van observar que tenien menor grau de recolzament social respecte els altres dos grups. D'aquests resultats, absteuen la conclusió que a nivell terapèutic creuen que el recolzament, l'angoixa i la depressió dels pares dels drogoaddictes són àrees d'intervenció més importants que el desajustament diàdic dels pares dels drogoaddictes.

Aquestes dades es contradiuen, en part, amb els resultats que més tard van trobar Cirera i Molins (1990, p.75), Fisiloglu i Lorenzetti (1994) i Pumar i col·l. (1997). Aquests van trobar que les famílies dels addictes eren més expressives i transparents en el plantejament dels conflictes que les famílies amb un membre esquizofrènic o psicossomàtic. Per altra banda, en comparar famílies amb un membre jove-adult drogoaddicte amb un grup control van observar que les famílies del grup experimental tenien unes relacions familiar més pobres i amb menys opcions per al desenvolupament afectiu que les famílies del grup control (Ayerbe i col·l., 1997).

Per concloure, cal assenyalar la importància de tenir en compte els pares dins del tractament, ja que poden ser un element important d'ajuda per al fill a l'hora de sortir de la situació tan

---

<sup>53</sup> A l'apartat 5.2.3 es pot trobar una descripció detallada d'aquesta escala.

complexa de la qual forma part, sobretot si l'ajustament diàdic dels seus pares millora. És molt possible que així puguin ser un front fort i comú per lluitar i donar el suport adequat que necessita el seu fill. Es creu que el mal ajustament diàdic dels pares pot afavorir coalicions transgeneracionals en les quals el fill no pot trobar el recolzament adequat i pot tenir la funció estabilitzadora d'un problema conjugal o parental, no personal. Per tant, sense contribuir a l'afirmació que tots els problemes de parella són l'origen de les drogodependència de molts dels joves, es pot afirmar que aquest pot ser un factor de manteniment i/o de precipitació que pot dificultar encara més la recuperació del fill, a diferència dels pares que gaudeixen d'una bona relació de parella. L'important és ser conscient d'aquesta possibilitat.

### 3.3.4. Característiques relacionals entre pares i fills

El que prenem en aquest subapartat és analitzar aquells estudis que tenen com a objectiu estudiar la relació entre els joves drogoaddictes i els seus pares i mares respectius, per tal de reflexionar sobre la seva importància com a factor de predisposició, de manteniment, o bé de precipitació de la conducta addictiva. És per aquest motiu que ens centrarem sobretot en aquells estudis que ens han ajudat a comprendre una mica més la importància del triangle relacional que s'estructura quan hi ha un fill drogoaddicte dins d'una llar familiar, tal com apuntàvem ja al llarg del capítol 2 de la investigació present.

Per una banda, hi ha nombrosos estudis sobre les relacions entre drogoaddictes i els seus pares que coincideixen a afirmar que els fills consumidors és més probable que percebin els pares (homes) com més ineficaços, perifèrics i/o dèbils que la mare, que la perceben normalment com a sobreprotectora, permissiva i invasora de l'espai individual del seu fill (Brook, Scovell i Brook, 1980; De Andrés, 1993; Espina i col·l., 1996; Kaufman i Kaufman, 1979; Glynn, 1982; Madanes, Dukes i Harbin, 1980; Friedman, Utada i Morrissey, 1987; Rodríguez i Sanz, 1987; Schweitzer i Lawton, 1989; Stoker i Swadi, 1990).

Respecte l'estudi realitzat per Espina i col·l. (1996), cal assenyalar una altra dada interessant. Avaluant la personalitat d'aquests pares, van trobar que un 26.5% dels pares i un 63.8% de les

mares van tenir una puntuació baixa respecte a nivells de sinceritat, és a dir, que van intentar semblar millors del que creuen que són en respondre el qüestionari de personalitat. Davant aquests resultats, aquests autors creuen que és possible que aquests pares i mares percebin les connotacions negatives que implica ser “pares de fills drogoaddictes” dins la nostra societat. Per tant, si és certa aquesta suposició, explicaria el grau de necessitat de justificar-se, en les qüestionaris, que són persones “normals” i no “anormals o males persones”. Finalment, una altra dada que es creu interessant és el fet que, en aquest estudi, es va comprovar que els pares i mares dels drogoaddictes estudiats van presentar perfils de personalitat “normals”. Tot i així, van observar que un 23.5% de pares i un 23.4% de mares eren introvertits. Aquestes dades coincideixen amb l'estudi que van fer Stoker i Swadi sis anys abans, al 1990, en què ja havien assenyalat també la dificultat de comunicació entre els diferents membres de les famílies dels drogodependents.

Per altra banda, trobem altres estudis amb l'objectiu de descriure i avaluar la qualitat de la relació paterno-filial com a factor predictor important en l'abús de drogues, de tal manera que, els adolescents-joves que tenen relacions distants amb els seus pares i les seves mares tenen major risc de consumir drogues (Denoff, 1988; Kandel, Treiman, Faust i Single, 1976; Kandel, 1982; Kandel i Logan, 1984; Kaufman, 1980; Stanton i Todd, 1979).

Finalment, de la revisió realitzada, hi ha un grup d'estudis on l'objectiu d'anàlisi és estudiar la percepció que tenen els fills respecte a les actituds dels seus pares quant a la protecció i criaça i, a partir d'aquí, conèixer el vincle parental, mitjançant un instrument de mesura, el *Parental Bonding Instrument* (PBI) de Parker i col·l. (1979). I dins d'aquests, hi ha alguns que el comparen amb un grup control (De Andrés, 1993; Emmelkamp i Heeres, 1988; Espina i col·l., 1996; Livianos, Rojo, Rodrigo i Cuquerella, 1998; Schweitzer i Lawton, 1989). Tots ells assenyalen que la manca de caliu emocional i el rebuig del pare són les dimensions més associades a la drogodependència.

Una vegada situada la revisió feta respecte a aquest subapartat, a continuació es farà una explicació molt més detallada de cada una de les investigacions citades, tenint en compte els tres blocs esmentats anteriorment.

Per a Kandel i col·l. (1976), les relacions distants entre pares i fills prediuen el consum de drogues il·legals. Seguint amb el mateix autor, però sis anys més tard, Kandel (1982) i Kandel i Logan (1984) van assenyalar, altre cop, que un factor predictor important a l'inici del consum de substàncies és percebre la manca de proximitat i interacció per part dels pares vers els fills. Ara bé, també van assenyalar dos factors més: el comportament de pares consumidors i les actituds parentals davant les drogues. Noone i Redding (1976) i Alexander i Dibb (1977) també parlaven de l'efecte homeostàtic de la drogodependència en la família. Segons aquests autors, els pares estarien aïllats socialment i adoptarien conductes d'excessiva permissivitat o excessiva frustració, i donarien als fills patrons de conducta inconscients. Els pares tindrien posades totes les esperances en el fill, que seria qui facilitaria la interacció familiar. D'aquesta manera, l'aparició de la drogoaddicció trencaria les expectatives posades en ell, però la seva emancipació es veuria compromesa, al mateix temps que seguiria essent l'eix de la família, ara a través dels problemes que genera. En resum, el fill compliria una funció estabilitzadora del sistema familiar.

Kaufman i Kaufman, el 1979 van caracteritzar les famílies amb un fill addicte com famílies que els pares es relacionaven amb el seu fill de manera desvinculada (*disengaged*) i les mares de manera aglutinada (*enmeshed*). Un any més tard, Kaufman (1980) va tornar a descriure els pares, però, en aquest cas, sense diferències entre sexes. És a dir, tant pares com mares dels addictes podien ser molt desvinculats, o bé molt implicats en el problema. Mentre que altres autors, com ara Brook i col·l., (1980), emfasitzen més la manca d'afecte i d'intimitat, i qualifiquin les relacions de negatives, en les quals és freqüent la negació dels problemes. Seguint amb Brook i els seus col·laboradors, parlariem que el rol passiu del pare projecta major distància i menys afecte al fill al mateix temps que un rol més actiu de la mare, fins al punt de parlar de sobreimplicació, no necessàriament projecta un major afecte. Altres autors, com Glynn (1982), parlen que tant la manca d'implicació emocional del pare com la sobreimplicació de la mare comporten una manca d'acceptació i amor cap al fill. En altres paraules, el fill ha de sentir-se

atrapat entre els extrems de sobreimplicació i manca d'implicació dels progenitors, però en cap cas percep l'acceptació i l'amor parental que necessita. Seguint en aquesta línia, altres autors, com Norem-Hebissen (1984) i Stoker i Swadi (1990) van trobar que els consumidors de drogues percebien en els seus pares més hostilitat, rebuig i negligències, que aquells subjectes que no consumien drogues.

En l'estudi realitzat per Rodríguez i Sanz (1987), on l'objectiu principal era fer un estudi descriptiu de la dinàmica i la interacció familiar del drogodependent, van assenyalar que les característiques del pare, a la majoria de les famílies estudiades, s'havien de situar en una posició perifèrica i dèbil i, en molts pocs casos, es podia observar un pare omnipotent, com a model distant i idealitzat imposat als fills. Aquesta generalització de la posició perifèrica, distant, és descrita per les característiques següents:

- Un gran percentatge dels pares, homes, en l'estudi, no tenien feina, amb una incapacitat laboral per malaltia o accident, o morts.
- Tant per als pares, homes, que treballen, com per als que estaven a l'atur, no hi havia una valoració mínima familiar de la seva feina.
- En un gran nombre de famílies, la mare treballava per complementar l'aportació econòmica del pare. Això representava, en aquest context, ser mal vista, socialment parlant, perquè emfasitzant encara més la sensació de debilitat i fracàs del marit-pare.
- Hi havia una dificultat en la seva història de separació de la família d'origen, essent ja transgeneracional.
- En la relació amb els fills, se situava en una posició lateral; és com si mai haguessin entrat a formar part d'aquest aspecte, excepte amb relació al manteniment econòmic de la família.

També s'observava que hi havia una certa complicitat de la mare amb el fill drogodependent, i que aquest darrer gaudia, d'una pseudoindependència. És a dir, relacionant-se amb la droga, amb la qual transfereix la mateixa omnipotència de la mare, relacionant-se quant a la dependència i la submissió de manera semblant.

Així doncs, Rodríguez i Sanz (1987), assenyalen que la mare apareix a la família com a omnipotent, com a la persona que ho soluciona tot i que mai es desqualifica. Juntament amb aquesta omnipotència, en alguns casos apareix com a víctima, fent-se també càrrec de tots els conflictes familiars, inclosa la drogodependència. El seu rebuig, en aquests casos, el desenvolupa a través de malalties psicosomàtiques. A més, la mare presenta amb el fill drogodependent una relació especialment estreta i de dependència recíproca. Molt semblant al que li passa al pare, aquesta també ha tingut dificultats de separació respecte a la seva família d'origen<sup>54</sup>.

Denoff (1988) va estudiar la influència de la interacció i les expectatives dels pares cap al fill drogodependent, entrevistant 78 adolescents que rebien tractament en un centre de rehabilitació a Florida. Va trobar un patró interaccional caracteritzat per expectatives altes i l'ús de la retirada d'afecte, com una manera de mostrar la desaprovació per intentar controlar la seva conducta; això fa que el fill percebi el seu pare com a rebutjador, fred i distant, i a la mare, com una intrusa. Denoff conclou que els pares transmeten l'acceptació vers els seus fills a través dels èxits que aquests han aconseguits i no com a individus.

Emmelkamp i Heeres (1988) van comparar les pràctiques d'estil educatiu parentals entre 43 policonsumidors, la majoria addictes a l'heroïna, i 111 subjectes de grup control, mitjançant l'instrument EMBU (Perris, Jacobson, Lindstrom, Knorrig i Perris, 1980), que avalua les actituds parentals i les pràctiques d'estil educatiu i criança. Les dimensions comparades van ser: rebuig, caliu emocional i sobreprotecció. Respecte a la hipòtesi de la investigació validada en els resultats, va ser que els subjectes policonsumidors diferien significativament respecte al grup control en el rebuig paternal, manca de caliu emocional i sobreprotecció maternal. El resultat

---

<sup>54</sup> Recordem que al subapartat 3.3.3.1, quan es fa referència al Model Etiopatogènic, es pot trobar més informació respecte a la importància de la FO.

van confirmar les impressions clíniques que la manca de caliu emocional i rebuig del pare són les dimensions més associades a la drogoaddicció. Un resultat inesperat va ser l'escassa diferència en l'escala de sobreprotecció entre el pare i la mare en el grup d'addictes i el grup control.

Altres estudis també són de gran importància a l'hora de parlar de la importància de l'estil educatiu parental (De Andrés, 1993; Espina i col·l., 1996; Livianos i col·l., 1998; McFarlane, Bellissimo i Norman, 1995; Myers, 1999; Schweitzer i Lawton, 1989). Aquests utilitzen el *Parental Bonding Instrument* (PBI) de Parker i col·l. (1979)<sup>55</sup>.

Arribats en aquest punt, abans de continuar fent l'anàlisi d'articles, volem fer un parèntesi citant un article de Myers (1999), perquè va fer un estudi en el qual comparava els dos instruments que mesuren el subsistema parental que s'han citat anteriorment, concretament l'EMBU i el PBI. Meyers conclou els resultats indicant que el PBI i l'EMBU són instruments de mesura comparables, encara que el que mesuren és significativament diferent.

Seguint amb els estudis que van utilitzar el PBI, i ara concretament en el camp de les drogodependències, Schweitzer i Lawton (1989) van utilitzar el PBI en una mostra experimental de 63 addictes opiacis i un grup control de 50 estudiants amb una edat semblant. De la mostra de drogodependents, la mitjana d'edat era de 26.4 anys, en el rang d'edat entre 17 i 34 anys. La mitjana d'edat en què van començar a consumir va ser els 18 anys. D'aquests grup experimental, el 44% va explicar el seu problema d'abús de drogues als seus pares. Quant al grup control, estava format per 50 alumnes de 3r. de Psicologia amb una mitjana d'edat de 28.5 anys. D'aquest grup control, només el 6% va explicar als seus pares tenia problemes amb les drogues, com ara l'alcohol. Aquests dos investigadors van estudiar la percepció que tenien de les actituds dels seus pares cap a ells fins als 16 anys, per intentar validar la hipòtesi en què s'afirma que els drogoaddictes caracteritzen els seus pares i mares en termes de fredor, indiferència, control, tracte infantilitzador, intromissió i manca d'autonomia; en altres paraules, amb un vincle de

---

<sup>55</sup> Per a més informació recomanem repassar l'apartat 2.4.1 i 5.2.2.



control sense afecte. Els resultats destaquen que en el grup de drogodependents predominava el vincle de control sense afecte, mentre que en el grup control, el vincle òptim.

En la mateixa línia, Espina i col·l. (1996) van estudiar les pautes de cria parental en famílies de drogodependent com a grup experimental i les van comparar amb un grup control. Concretament 60 subjectes drogodependents i 36 subjectes no drogodependents. De tots els resultats abstractes de l'estudi, cal destacar que els drogoaddictes perceben els seus pares i mares més alts en protecció i més baixos en cures respecte al grup control. Per altra banda, van observar que el vincle que predomina en les famílies dels addictes és el vincle sense afecte davant el vincle òptim de les famílies del grup control. Espina i col·l., van concloure assenyalant que aquests resultats suggereixen que aquestes conductes per part dels pares poden estar associades també a un risc general de patir un trastorn psicològic o psiquiàtric en el camp de les drogodependències i, per tant, a nivell terapèutic seria convenien incloure intervencions familiars per aconseguir un tipus de vincle més adequat.

D'acord amb aquestes directrius, Madanes i col·l. (1980) ja havien assenyalat que els estudis de famílies amb drogoaddictes indicaven que el drogodependent es troba relacionat en una coalició amb una de les figures parentals per anar en contra de l'altre figura parental, i formen un triangle gens constructiu que no ajuda a la seva maduració i al desenvolupament com a jove. Es fa evident així el vincle fort, encara que no sigui sa i/o adequat, que hi ha entre les famílies de drogodependents.

De Andrés (1993), com s'ha esmentat anteriorment, també va utilitzar el PBI en una mostra de 64 addictes a l'heroïna de nacionalitat francesa, suïssos, italians, espanyols, portuguesos i grecs, sense utilitzar grup control. Els resultats trobats són molt semblants als estudis que van utilitzar el PBI com a instrument per avaluar les pautes de cria i el vincle parental percebut per part dels addictes. Així, doncs, va trobar que les mares eren percebudes significativament més sobreprotectores i afectives que els pares. Per altra banda, va observar que els heroïnòmans que provenien de famílies amb antecedents de ruptura abans dels 16 anys havien tingut el primer contacte amb l'heroïna en una edat menys avançada que els heroïnòmans sense aquest

antecedent. I amb relació a aquesta idea, va comprovar que la percepció dels heroïnòmans dels seus pares i mares variava en funció dels antecedents familiars i del sexe. Quant al sexe, va assenyalar que els heroïnòmans del sexe masculí percebien durant la seva infància una relació més afectiva amb la seva mare, mentre que les dones heroïnòmanes percebien una gran protecció per part dels seus pares. Va semblar que aquests dos aspectes eren més manifestos dintre del grup amb antecedents de ruptura familiar. De Andrés va concloure afirmant que els antecedents familiars i la sobreprotecció parental són els factors més presents en la història personal dels heroïnòmans.

Per tant, sembla confirmar que aquest tipus d'actituds parentals estan íntimament relacionades amb la patologia del fill. Un altre aspecte a tenir en compte és si la percepció que tenen els fills de la manera com es comportaven els seus pares amb ell durant la seva infància, no està distorsionada per l'actitud que mostren cap a ell en l'actualitat. El treball de Reeds i Wilborn (1983) en què usen una variant del PBI mostra un vincle semblant quan els addictes descriuen els seus pares de negligents, rebutjadors, intrusos, controladors i sobreprotectors. Aquests autors van trobar els següents predictors de la drogoaddicció:

- Manca de confiança en el rol parental del pare de l'addicte, perquè indica sentiments de tenir més problemes que altres pares i que la paternitat requereix sofriment i sacrifici.
- L'actitud dels pares basada en la suposició que la conducta està relacionada amb causes naturals i que els canvis en la conducta del fill són impossibles.
- La percepció que té el drogaaddicte del pare com a rebutjador i la manca de disciplina materna.
- Manca d'acord entre el pare i l'adolescent sobre l'ús per part del pare del control psicològic indirecte de la conducta del fill, cosa que crea una angoixa persistent en aquest i la conducta de rebuig de la mare.

En resum, es pot afirmar que les conductes dels pares percebudes pels fills drogodependents difereixen de les percebudes pels subjectes control. Ara bé, com alguns autors han assenyalat (Johnson i Pandina, 1991; Kalling i col·l., 1995; McFarlane i col·l., 1995), és important arribar a comprovar si aquesta percepció, encara que es refereixi al passat, està influïda per les relacions actuals que estan marcades pels conflictes familiars que provoca la conducta additiva, o bé si aquestes relacions existien abans d'aparèixer la drogadoaddicció, i llavors pot tenir un valor de causalitat en aquesta (factor de risc). Per fer-ho, molts dels autors citats han utilitzat instruments de mesura per poder arribar a aquest fi. És a dir, instruments que avaluen el clima familiar, o bé, el funcionament i la dinàmica familiar, com ara la FES de Moos i Moos (1981) i la FACES III d'Olson, Portner i Lavee (1985), respectivament.

Johnson i Pandina (1991) van dur a terme un estudi longitudinal en què valoraven variables relacionades amb l'ambient familiar, com la conducta i les actituds parentals, els estils parentals, l'harmonia familiar i la cohesió. Per fer-ho, van utilitzar la FACES III. Els resultats van mostrar que l'actitud de tolerància sobre el consum d'alcohol del fill i la manca de caliu emocional en les relacions pares-fills són els dos aspectes que més influeixen en el consum de drogues del fill.

Seguint amb les premisses de l'estudi citat en el paràgraf anterior, Kalling i col·l. (1995) van estudiar 411 drogadoaddictes amb la base que les percepcions primerenques de les relacions pare/mare i fill s'associen amb el funcionament psicosocial i el consum de drogues en l'etapa adulta. Concretament es van centrar en la possible relació entre la percepció sobre l'absència parental, el suport parental i els conflictes entre els pares durant la infantesa d'aquest a través del funcionament psicosocial dels drogadoaddictes adults. Van concloure que les percepcions dels drogodependents quant a la qualitat de les seves relacions amb els pares durant la infantesa jugava un rol significatiu en el funcionament psicosocial en l'etapa adulta d'aquests. Per tant, créixer en una família disfuncional, on el suport parental no és adequat, significa un risc en l'individu pel que fa al seu futur psicosocial.

Per altra banda, McFarlane i col·l. (1995) van examinar la relació entre l'estructura familiar, el funcionament familiar, l'estil parental i el funcionament social de l'adolescent. Per poder-ho fer van utilitzar diferents instrument, com ara el FACES III i el PBI. Van assenyalar que l'estil de relació empàtica correlaciona una família amb un bon funcionament i que aquest és independent del tipus d'estructura familiar. Quan els pares són afectuosos i empàtics amb els seus fills permeten al nen millorar la seva autoestima i faciliten la protecció en contra de la depressió quan sigui adult. D'aquesta manera, la contribució dels dos pares perquè la família funcioni és imprescindible per a la felicitat del fill. Finalment, van afirmar que les famílies amb padrastres o madrastres poden arribar a un bon funcionament igual que les famílies biològiques.

Finalment, parlar de les influències parentals sobre l'ús de drogues per part dels fills adolescents o joves-adults és un tema també important a tenir en compte per comprendre aquest fenomen tan complex. Concretament, Recio (1995) va fer un estudi sobre el paper de la família, els companys i l'escola en l'abús de drogues en adolescent. En aquesta investigació, es va detectar que l'ús de drogues per part dels pares, la seva actitud cap a les drogues i els diferents aspectes de la relació paterno-filial prediu la iniciació de l'adolescent en les diferents drogues, en les diferents etapes de la seqüència d'ús i amb diferent intensitat. Les conclusions del treball realitzat van ser que tant les actituds com la conducta dels pares relatives a les drogues es correlacionen amb l'ús de l'adolescent i del jove-adult. Per altra banda, s'han de tenir en compte els factors de risc que amenacen que es deteriori la mateixa relació conjugal. Com també, la transmissió de valors convencionals per part de la família i altres institucions, com les religioses, així com la transmissió de valors relatius al rendiment escolar, són rellevants per la seva correlació negativa amb l'ús de drogues. Finalment, reconèixer la importància dels pares significa que és molt important la formació en la funció parental o educativa i que el seu objectiu ha de ser comprensiu i no s'ha de limitar exclusivament a treballar el tema de les drogues.

Hoffmann i Su (1998) van fer un estudi comparatiu entre tres grups de famílies. Un grup estava format per pares consumidors de substàncies psicoactives; un altre estava format per pares amb problemes de desordre afectiu, i finalment, el darrer grup de pares no tenia cap tipus dels

problemes esmentats anteriorment. L'objectiu d'aquesta comparació era poder observar la influència de les característiques dels comportaments dels pares respecte als seus fills adolescents. La conclusió que ells assenyalen com la més important va ser que el grup de pares que consumien substàncies psicoactives eren els que tenien més risc que els seus fills entressin dins del cercle d'ús de drogues, amics consumidors i relacions familiars pobres.

Per anar acabant aquest punt, cal dir que la qualitat de la relació de l'adolescent o jove-adult amb els seus pares i les seves mares sembla el factor protector més eficaç contra el consum de drogues (Recio, 1995). A aquesta conclusió també va arribar-hi Gastón-Mazieres tres anys més tard, el 1998. A l'article que va publicar, es qüestionava sobre les pautes relacionals que presenten les famílies amb un membre amb dependència a l'alcohol o altres drogues. Finalment, després de fer l'estudi, va arribar a la conclusió que les pautes regulars més freqüents que s'observen en les famílies que tenen un jove drogoaddicte són: a) els pares no exerceixen la seva autoritat i es mostren incondicionals amb els fills, que normalment ocupen una posició central i tenen gran poder; b) els pares idealitzen el fill problemàtic; c) normalment un dels cònjuges està en coalició amb el fill per anar en contra de l'altre cònjuge, i d) al principi del tractament, la majoria de pares es mostren impotents i tendeixen a delegar al centre la responsabilitat de la definició i aplicació de les normes familiars. Molts d'ells tracten de culpabilitzar-se a si mateixos o a l'escola, amics, etc. i continuen així protegint el fill, i per la qual cosa aquest continuarà sense assumir les seves responsabilitats.

Així, doncs, per concloure tot el capítol, cal dir que, gràcies a aquesta revisió, vam decidir que els instruments més adequats a allò que volíem estudiar, tal com s'ha anat explicat al llarg d'aquest capítol i de l'anterior, eren la FACES III, la DAS i el PBI. En altres paraules, eren instruments molt útils per poder mesurar i relacionar el sistema familiar, concretament la dinàmica familiar, i dins d'aquest, el subsistema conjugal i parental amb la drogodependència dels joves-adults.

## 4.- Objectius i Hipòtesis

### 4.1. Objectius

“Nuestros pacientes tienen síntomas, y tienen también familias.  
El camino que lleva del síntoma a la familia se recorre en los dos sentidos”  
(Salem, 1990, p.1)

#### 4.1.1. Objectiu general

L'objectiu general del nostre treball ha estat analitzar, des del model sistèmic, la percepció d'un grup de joves-adults drogoaddictes respecte de la dinàmica familiar i el vincle parental. Com també, i dins del mateix sistema familiar, les percepcions dels pares d'aquests joves-adults respecte de la dinàmica familiar i l'ajustament diàdic del vincle conjugal. I amb tot, comparar-ho amb un grup control.

Tal com hem posat de manifest en apartats anteriors, l'anàlisi de la dinàmica familiar, el vincle conjugal i el vincle parental s'ha realitzat habitualment mitjançant qüestionaris que ajuden a comprendre amb més precisió el sistema familiar i la funcionalitat del símptoma en el pacient identificat. En aquest sentit, en aquest treball s'ha optat per recollir les percepcions dels joves-adults drogoaddictes mitjançant dos instruments: l'escala de Cohesió i Adaptabilitat Familiar (CAF) i el qüestionari Vincle Parental (PBI). Per altra banda, els instruments que s'han escollit per examinar les percepcions dels pares d'aquests joves-adults drogoaddictes han estat: la CAF i l'escala d'Ajustament Diàdic (DAS)<sup>56</sup>.

La nostra intenció és descriure, reflexionar i valorar les percepcions dels drogoaddictes i de les seves mares i pares respectius just a l'inici del tractament del noi/a drogoaddicte, i alhora poder recollir informació que ajudi a comprendre la funcionalitat del símptoma característic d'aquestes famílies i comparar-la amb la d'altres famílies que no tenen un membre jove-adult drogoaddicte. Es creu, així, que es podran obtenir pautes per a l'elaboració de noves intervencions en el camp

---

<sup>56</sup> A l'apartat 5.3 es trobarà la descripció detallada de cada un d'ells.

de les drogodependències que puguin complementar i/o enriquir el treball terapèutic fet fins ara pels professionals, com també, conèixer quins punts s'han de tenir en compte a l'hora de planificar un possible programa de prevenció i/o intervenció

#### 4.1.2. Objectius específics

Aquest treball es concreta en quatre objectius específics:

1. Conèixer la percepció que tenen els drogoaddictes respecte a la dinàmica familiar i el vincle parental vers els seus pares i mares, i comparar-la amb la d'un grup de joves no consumidors.
2. Examinar la percepció que tenen els pares i les mares dels joves drogoaddictes respecte a la dinàmica familiar i l'ajustament diàdic vers la relació o vincle conjugal i comparar-la amb la d'un grup control.
3. Relacionar la percepció de la dinàmica familiar, vincle conjugal i parental dels pares amb la funcionalitat del símptoma (homeòstasi i morfogènesi), el rol del pacient identificat, la circularitat relacional de la família amb un/a noi/a drogodependent.
4. Establir semblances i diferències entre la literatura revisada i els resultats obtinguts per tal de reflexionar sobre possibles línies de prevenció i/o d'intervenció.

## 4.2. Hipòtesis

En nuestro campo, el problema no está en saber *la* respuesta correcta.  
Respuestas hay una docena.  
Las bibliotecas están repletas de libros con respuestas.  
En nuestro campo, el problema está en hacer las preguntas correctas.  
Eso es mucho más difícil.  
(Bettelheim i Rosenfeld, 1994, p. 97)

La hipòtesi general que es deriva dels objectius descrits en l'apartat anterior és la següent:

Hi ha diferències significatives entre el grup experimental de joves-adults i el grup control quant a la percepció de la dinàmica familiar, el tipus de família i el vincle parental. En canvi, no hi ha diferències significatives respecte a l'ajustament diàdic, la dinàmica familiar i el tipus de família entre el grup experimental i control de pares i mares estudiats.

Concretament, aquesta hipòtesi general es pot desglossar en cinc subhipòtesis. Aquestes són les següents:

1. Dels setze tipus de dinàmica familiar que mesura el Model Circumplex d'Olson, els d'addictes perceben una dinàmica familiar rígida o estructuralment desvinculada, contràriament al grup control, que percep una dinàmica familiar flexiblement o estructuralment separada o connectada.
2. Els pares i les mares del grup experimental perceben les famílies amb una dinàmica familiar estructuralment o flexiblement desvinculades o aglutinades, a diferència del grup control, que percep una dinàmica familiar estructuralment o flexiblement separada o connectada.
3. Hi ha diferències significatives entre el grup experimental i el grup control quant al model de família percebut. La família extrema i la família moderada és la més puntuada pel grup experimental i la família equilibrada pel grup control.



4. No hi ha diferències significatives entre els pares i les mares del grup experimental i els pares i les mares del grup control quant a l'ajustament diàdic conjugal percebut.
5. Dels quatre tipus de vincle parental que mesura el PBI, la majoria dels joves-adults drogodependents perceben un vincle parental de control sense afecte, contràriament a la majoria dels joves del grup control, que perceben un vincle parental òptim vers la mare i el pare, tant en la versió ortodoxa com l'actual.

## 5.- Mètode

### 5.1. Disseny

El disseny que es va escollir per a l'elaboració d'aquest estudi va ser el disseny quasi-experimental amb un grup control. Aquest darrer, es va escollir seguint el mètode d'aparellament de controls per cas 1:1 (*matching of controls to cases*) segons cinc variables de criteri: edat (de 20 a 24 anys i de 25 a 29 anys), sexe (noi o noia), nivell d'instrucció (analfabet, certificat o graduat escolar, BUP o FP, COU, i diplomatura o llicenciatura), estat civil dels pares (casats, divorciats o separats i vidus o vídues) i nivell socioeconòmic (molt alt o alt, mitjà, baix o molt baix).

La raó per la qual es va optat per aquest disseny i mètode de selecció de la mostra, no va ser cap altra que poder controlar les cinc variables de criteri esmentades anteriorment, en lloc de confiar que es distribuïrien a l'atzar dins dels dos grups d'estudi. Partint de la idea d'Arnau (1990), que és compartida per Fernández, González i Lasa (1998); Van-Dalen i Meyer (1979): "Cuanto mayores semejanzas existan entre los miembros de cada pareja y mayor sea la cantidad de las variables de apareamiento, más se reducirá el término de error estándar de la reacción" (p.410), esperàvem reduir al màxim possible l'error estàndard i augmentar la validesa i la precisió en la comparació dels casos amb els controls.

## 5.2. Participants

Per poder dur a terme els objectius plantejats i comprovar la validesa de les hipòtesis d'aquest treball, vam haver de dividir el grup experimental en dos grups mostrals, el grup dels joves-adults drogodependents i els seus pares, seguint uns criteris d'inclusió elaborats prèviament, que tot seguit es podran comprovar.

Pel que fa al grup de joves-adults drogoaddictes, els criteris d'inclusió que vam plantejar en aquest estudi van ser els següents:

- a) ser espanyol/a, de 20 a 29 anys
- b) estar en tractament (màxim d'un mes) a causa de la seva dependència a una o més d'una droga
- c) viure abans del seu ingrés o durant el tractament amb la família d'origen
- d) no haver estat diagnosticat prèviament de cap altra patologia diagnòstica segons el DSM-IV o el CIE-10
- e) no tenir cap germà diagnosticat de dependència a drogues

Aquest grup va estar finalment integrat per 36 drogoaddictes, 27 nois i 9 noies, amb una mitjana d'edat de 24 anys, que es trobaven en el primer mes de tractament durant el període comprès del gener del 1997 fins al gener del 1999 en cinc centres diferents. El 8.3% (n=3) del total d'addictes provenien de la unitat de drogodependències de l'hospital St. Pau-Sta. Creu de Barcelona, el 11% (n=4) rebien tractament en el CAS de Sarrià-St.Gervasi (Barcelona), el 14% (n=5) estaven ingressats a la comunitat terapèutica CITA (Dos Rius), el 30.6% (n=11) anaven al centre Projecte Home (Montgat) i, finalment, el 36% (n=13) provenien de la comunitat terapèutica CAT (Corbera baixa).

Quant al nivell d'instrucció, el 33.3% (n=12) del total de joves tenien el graduat escolar, el 28% (n=10) tenien estudis primaris o el certificat escolar, el 14% (n=5) havien obtingut el BUP i, amb la mateixa proporció, és a dir, el 14%, havien obtingut el COU i, finalment, el 8% (n=3) i el 3% (n=1) havien aconseguit la formació professional i una diplomatura, respectivament. En aquesta línia, la situació professional just en el moment de l'admissió del jove en tractament era la següent: el 30.6% (n=11) estaven treballant amb contracte a temps complet, un 22% (n=8) amb un treball eventual, un 11% (n=4) amb un contracte d'aprenentatge i finalment, amb la mateixa proporció, l'11% no havien treballat mai i a més, no tenien la intenció de buscar feina en aquells moments.

Altres dades descriptives que vam creure interessants amb relació a aquests, van ser les següents:

a) Quant a les dades sociodemogràfiques, cal esmentar que un 41.7% (n=15) dels joves havia nascut a Barcelona; el 25% (n=9), a la província de Barcelona; el 5.6% (n=2), a la resta de Catalunya, i el 28% (n=10) restant, fora de Catalunya; b) Quant a antecedents legals, cal remarcar que el 67% (n=24) dels joves drogoaddictes no tenia cap antecedent legal, contràriament al 33% (n=12) que sí que en tenien, i dins d'aquests, només 4 joves havien estat a la presó; c) Gairebé la meitat dels joves, concretament el 47.2% (n=17), va reconèixer que tenia antecedents familiars de drogoaddicció. A la taula 11 es poden observar esquemàticament les dades que acabem de comentar.

Taula 11  
*Dades sociodemogràfiques dels joves del grup experimental*

Grup experimental		N	%	Mitjana
Sexe	Noi	27	75	
	Noia	9	25	
Edat	19-24	20	55.6	24 anys
	25-29	16	44.4	
Lloc de naixement	Barcelona	15	41.7	
	Prov. Barcelona	9	25	
	Resta de Catalunya	2	5.6	
	Fora de Catalunya	10	28	
Nivell d'instrucció	Certificat escolar	5	14	
	Graduat escolar	10	28	
	BUP	5	14	
	COU	5	14	
	Formació professional	3	8	
	Diplomatura	1	3	
Centres de tractament	Hospital St. Pau	3	8.3	
	CAS de Sarrià	4	11	
	CITA	5	14	
	Projecte Home	11	30.6	
	CAT	13	36	
Antecedents legals	Sí	12	33	
	No	24	67	
Antecedents familiars de drogoaddicció	Sí	17	47.2	
	No	19	52.8	

Respecte a les dades relacionades pròpiament amb la drogodependència, volem assenyalar que la droga principal de tractament era la cocaïna, seguida el cànnabis, l'heroïna, i molt de prop, l'alcohol, amb un 50%, un 47.2%, un 39% i un 36% respectivament.

Pel que fa al consum, podem dir que vam comprovar que la meitat dels joves drogoaddictes (n=18) consumien més de tres cops al dia cocaïna, amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum de 18 anys. La via més freqüent de consum en el moment de fer-los l'entrevista era l'esnifada, amb un 30.6% (n=11), seguida per un 27.8% (n=10) en què era fumada i esnifada, i finalment, l'esnifada i la injectada o bé, la fumada, l'injectada i l'esnifada amb un 11.1% (n=4) dels joves, respectivament. Amb relació a aquest punt, cal dir que vam comprovar que gairebé la meitat dels joves drogoaddictes, el 47.2% (n=17), fumaven més de tres cops al dia cànnabis, amb una mitjana d'edat d'inici dels 15 anys.

Seguidament, la tercera droga, que també consumien més de tres cops el dia, era l'heroïna, amb un total del 39% de joves (n=14) que tenien com a mitjana d'edat d'inici els 19 anys. Respecte a les vies més freqüents per al seu consum, volem remarcar que un 11% (n=4) feien servir tres vies diferents: injectada, fumada i esnifada, seguida per un 8.3% (n=3) dels joves en els quals era la fumada o l'esnifada, o bé, la fumada i injectada.

La quarta droga, que consumien més de tres cops al dia, era l'alcohol, amb un total del 36% dels joves (n= 13), amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum de 15 anys. Finalment, les amfetamines i els sedants eren les drogues que 7 joves (20%) d'aquest grup experimental consumien més de tres cops el dia, amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum de 17 i 19 anys, respectivament.

Quant al consum de tabac, volem assenyalar que tots els joves del grup experimental tenien addicció al tabac, amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum de 14 anys. A la taula 12 pot trobar-se de manera més esquemàtica tot el que acabem de comentar.

Per acabar l'anàlisi del consum d'aquests joves, volem comentar que el 69.4% (n=25) d'aquests joves portava més de 4 anys consumint, seguit del 14% (n=5), que feia 4 anys. Finalment, l'11% (n=4) feia dos anys que consumia sense tenir cap tipus de control.

Taula 12

*Dades sobre el perfil consumidor dels joves del grup experimental.*

	n	Mitjana d'edat d'inici	%	Via de consum	%
Cocaïna	18	18	50	Esnifada	30.6
				Fumada-esnifada	27.8
				Esnifada-injectada	11.1
				Fuma-Esni-Injectada	11.1
Cànnabis	17	15	47.2	Fumada	100
Heroïna	14	19	39	Fuma-Esni-Injectada	11
				Fumada	8.3
				Esnifada	8.3
				Fumada-injectada	8.3
Alcohol	13	15	36	Oral	100
Amfetamines	7	17	20	Oral	100
Sedants	7	17	20	Oral	100
Tabac	36	14	100	Fumada	100

Pel que fa el nombre de tractaments iniciats per a la desintoxicació abans de fer-los l'entrevista, volem assenyalar que un 41.7% (n=15) havia iniciat un tractament anteriorment, per al 19.4% (n=7) dels subjectes era el segon o el tercer tractament, i un 14% (n=5) dels joves havia iniciat

més de quatre tractaments anteriorment. Amb relació a això, un 39% (n=14) dels joves va confessar que havia tingut més de quatre recaigudes, seguit d'un 19.4% (n=7) dels subjectes que va afirmar que havia tingut dues recaigudes i, finalment, l'11% (n=4) dels joves va contestar que havia tingut una o bé tres recaigudes.

Pel que fa a l'estat de salut, volem destacar que un 44.4% (n=16) dels subjectes tenia una patologia orgànica. Dins d'aquest, el 25% (n=9) tenia hepatitis, un 5.6% (n=2) tenia els anticossos de la SIDA i, finalment, només una persona tenia tuberculosi (TBC).

Quant al grup de pares i mares dels joves drogoaddictes, creiem que és important assenyalar, prèviament a l'anàlisi descriptiva d'aquest, que es van estudiar independentment de la seva col·laboració en el tractament, ja que no teníem com a objectiu valorar l'eficàcia o no del treball terapèutic a través de la seva participació.

Respecte als criteris d'inclusió que vam plantejar en aquest treball per a aquest grup experimental van ser els següents:

- a) la mare i el pare havien de ser espanyols
- b) un o els dos pares (pare i mare) havien de viure a la mateixa llar que l'addicte
- c) cap dels dos pares (pare i mare) havia d'haver estat tractat per drogo dependència

Aquest grup experimental de pares i mares va estar format per 26 parelles casades (81.3%), 3 parelles separades o divorciades (9.4%), 2 mares vídues (6.3%) i, finalment, 1 pare vidu (3.1%). Quant al lloc de naixement dels pares, destaquem que el 51.6% (n=16) va néixer fora de Catalunya; el 22.6% (n=7), a la província de Barcelona; un 16.1% (n=5), a la pròpia ciutat de Barcelona, i un 9.7% (n=3), a la resta de Catalunya. Pel que fa a les mares, el 48.4% (n=7) va néixer fora de Catalunya; el 19.4% (n=6), a la resta de Catalunya; la mateixa proporció per a les dones que van néixer a la ciutat mateixa de Barcelona i, finalment, el 12.9% (n=4), a la província de Barcelona.



Quant al nivell d'estudis tant dels pares com de les mares, volem assenyalar que en el grup de pares un 3.6% (n=1) i el 28.6% (n=8) tenia estudis universitaris o havia arribat al COU, respectivament. A diferència del grup de mares, en què no va haver-hi cap mare/dona que hagués obtingut un títol universitari, i les que van arribar a obtenir el COU havien estat un 16.7% (n=5), xifra també inferior a la del grup dels pares/homes. Pel que fa al BUP, cal destacar que el tenia el 20% (n=6) i el 17.9% (n=5) de mares i pares, respectivament. Quant al graduat escolar, podem assenyalar que el 46.7% (n=14) de les mares el va obtenir, en comparació del 35.7% (n=10) dels pares. Finalment, un 14.3% (n=4) dels pares no havia acabat els estudis primaris, però no n'hi havia cap que fos analfabet, però no podíem dir el mateix del grup de mares, en què el 6.7% (n=2) es van confessar ser analfabetes comparades al 10% (n=3) que havia arribat a saber escriure i llegir (estudis primaris incomplets).

Per acabar aquesta descripció del grup experimental dels pares i mares, volem remarcar que un 52.1% (n=16) se situava en un nivell socioeconòmic (NSE) molt alt o alt, seguit d'un 35.5% (n=11), situat en un nivell mitjà, i finalment, un 12.9% (n=4), en un nivell baix o molt baix. A la taula 13 es poden trobar de manera resumida totes les dades que acabem de comentar referents als pares i les mares del grup experimental.

Taula 13

*Dades sociodemogràfiques dels pares i mares del grup experimental*

		Pares		Mares	
		n	%	n	%
Estat civil	Casats	26	81.3	26	81.3
	Separats o divorciats	3	9.4	3	9.4
	Vídues o vídues	1	3	2	6.3
Lloc de naixement	Barcelona	5	16.1	6	19.4
	Prov. Barcelona	7	22.6	4	12.9
	Resta de Catalunya	3	9.7	6	19.4
	Fora de Catalunya	16	51.6	7	48.4
Nivell d'estudis	Analfabetisme	0	0	2	6.7
	Certificat escolar	4	14.3	3	10
	Graduat escolar	10	35.7	14	46.7
	BUP	5	17.9	6	20
	COU	8	28.6	5	16.7
	Estudis universitaris	1	3.6	0	0
Nivell socioeconòmic	Molt alt o alt	16	52.1	16	52.1
	Mig	11	35.5	11	35.5
	Baix o molt baix	4	12.9	4	12.9
TOTAL		31	100	31	100

Amb referència al grup control, també hi va haver dos grups mostrals, joves sense haver estat diagnosticats de drogodependència i els seus pares. Es van seleccionar a partir de la informació de la població general amb un rang d'edat de 20 a 29 anys, obtinguda pel Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona de l'any 1998 amb la col·laboració del Pla Municipal d'Acció a la drogodependència i utilitzant, com ja hem esmentat en l'apartat anterior, el mètode de selecció, “*matching of controls to cases*” (aparellament de controls per cas 1:1) Per tant, aquest

grup control va seguir els mateixos criteris d'inclusió que el grup experimental, amb l'única diferència que els joves no havien estat diagnosticats ni es trobaven en tractament a causa d'una dependència a drogues, excepte el tabac, en el moment de fer-los l'entrevista.

Malgrat que el fet de seguir el mètode d'aparellament (“*matching*”) impliqui no haver d'analitzar les cinc variables descriptives escollides com a criteri de selecció per al grup control, ja que han de ser les mateixes, és important fer referència a algunes dades descriptives dels joves del grup control.

Una d'aquestes variables que volem destacar és la referent al consum de substàncies malgrat que no haguessin estat diagnosticats de drogoaddictes. El 55.6% (n=20) dels joves d'aquest grup tenia addició al tabac, amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum de 16 anys, en comparació del 30.6% (n=11), que no fumava. Respecte a les drogues estudiades pel grup experimental, cal dir que l'alcohol era la droga més consumida pel grup control, el 47.2% (n=17), amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum també dels 16 anys i una freqüència setmanal; en comparació del 27.8% (n=10), que van afirmar que mai bevia. Dins de la freqüència setmanal, cal destacar que dos d'ells fumaven cànnabis i un d'ells speed. Finalment, amb una freqüència mensual, el 19.4% (n=7) fumava cànnabis, contràriament del 75% (n=27), que afirmaven no haver-lo mai fumats; el 14% (n=5) bevia alcohol; el 2.8% (n=1) esnifava cocaïna, i un altre 2.8% consumia amfetamines. Amb relació a tot això, assenyalem que el 14% (n=5) del total d'aquests joves van reconèixer que tenien antecedents familiars per drogoaddicció.

Per acabar aquest apartat, hem cregut interessant remarcar una altra variable, ja que és un altre punt de preocupació també en la nostra societat, es tracta de l'estat de salut. Els joves del grup control no tenien cap patologia orgànica greu ni crònica. Quant a patologies psiquiàtriques, dos joves van confessar que havien rebut o estaven en tractament psiquiàtric: un, per trastorns depressius, i l'altre, no va voler-ho especificar.

### 5.3. Instruments

Per poder fer una anàlisi descriptiva del grup control i del grup experimental vam dissenyar un qüestionari específicament per a aquest estudi en el qual recollíem informació sociodemogràfica, toxicològica, laboral, judicial i familiar, tant dels joves com dels pares, lògicament adaptats als dos grups mostrals, l'experimental i el control. A l'annex 1 i 2 es poden observar els ítems que van configurar aquest qüestionari tant per als nois/es com per als pares i per a les mares.

Com ja hem esmentat en altres apartats, per mesurar la dinàmica familiar, l'ajustament diàdic de la parella i el vincle parental percebut, vam optar per utilitzar l'escala de Cohesió i Adaptabilitat Familiar (CAF), l'escala d'Ajustament Diàdic (DAS) i, finalment, l'instrument que mesura el Vincle Parental (PBI). A continuació presentem de manera molt més detallada aquest material, que ens va ser molt útil i eficaç per poder dur a terme els objectius plantejats en aquesta investigació.

#### 5.3.1. L'escala de Cohesió i Adaptabilitat Familiar (CAF)

Les raons per les quals vam escollir aquest instrument són diverses. Per una banda, perquè vam comprovar que avalua la dinàmica familiar basada en un model teòric, el Model Circumplex, clar i molt útil per al que preteníem investigar. Per altra banda, per la solidesa de què gaudeix tant a Europa com als Estats Units. I, finalment, perquè està validada a la població espanyola, gràcies a la validació que va fer Polaino-Lorente i Martínez (1995)<sup>57</sup>.

Trobem convenient fer un recordatori d'una part ja tractada al capítol 2 de la recerca present, concretament, la conceptualització de la dinàmica familiar, amb l'objectiu de poder descriure més clarament l'escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES III) d'Olson, Sprenkle i Russel (1979) que, validada a la població espanyola per Polaino-Lorente i Martínez (1995), s'anomena Cohesió i Adaptabilitat Familiar (CAF).

---

<sup>57</sup> Recordem que al punt 2.1 i 2.2. es pot trobar una explicació més detallada d'aquest model.

Els estudis iniciats per Olson a finals dels anys setanta intentaven mostrar els aspectes més rellevants del funcionament i la dinàmica familiar. El resultat d'aquests estudis va ser l'abstracció de 15 conceptes que s'utilitzaven, fins a aquell moment, per descriure i mesurar la dinàmica familiar, i va arribar a concloure que es podien reduir fins a tres, concretament: Cohesió, Adaptabilitat i Comunicació familiar (Olson, 1979). La cohesió familiar era definida com el vincle emocional que els membres d'una família tenen entre si. Respecte a l'adaptabilitat familiar s'entenia com l'habilitat d'un sistema familiar de canviar la seva estructura de poder, de relació de rols i de regles de relació per donar resposta a elements angoixants de desenvolupament i d'esdeveniments. En altres paraules, la capacitat de la família per enfrontar-se als problemes quotidians, buscar solucions adequades i ajustar-se a la nova situació creada. Finalment, per la comunicació familiar es definia com la tercera dimensió que facilita el moviment de les altres dues dimensions (Olson i col·l., 1979)<sup>58</sup>.

Olson i col·l. (1979) van relacionar aquestes tres dimensions formant el que es coneix per "*The Circumplex Model 3-D*". Aquest Model 3-D és el resultat d'una extensa anàlisi teòrica, amb l'objectiu de conèixer els diferents instruments que fins a aquells moments s'havien utilitzat per mesurar la dinàmica familiar.

A partir d'aquí, van elaborar un gràfic amb dos eixos de coordenades en els quals s'identifiquen setze tipus de sistemes familiars, i així se'n facilita el càlcul. Concretament, a l'eix d'abscisses se situa la Cohesió distribuïda en quatre categories (desvinculada, separada, connectada i aglutinada), i a l'eix d'ordenades se situa l'Adaptabilitat distribuïda en quatre categories més (caòtica, flexible, estructurada i rígida). D'aquesta manera, es forma una taula de 4 x 4, que configura els setze sistemes o dinàmiques familiars possibles que es poden agrupar formant tres grups més generals que conceptualitzen a tres tipus de famílies, l'equilibrada, l'extrema i la moderada (Olson, 1989)<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> A l'apartat 2.1 es pot trobar una anàlisi més detallada.

El model de família equilibrada està format per quatre de les setze tipologies de dinàmica familiar que se situen a la part central del Model Circumplex. Aquestes són les següents:

- a) Separada flexible
- b) Unida flexible
- c) Separada estructurada
- d) Unida estructurada

El model de família moderada és aquella modalitat de família que es percep extrema en una dimensió i equilibrada en l'altra. Així doncs, està formada per vuit de les setze tipologies de dinàmica familiar que configuren el Model Circumplex. Aquestes són les següents:

- a) Caòtica separada
- b) Caòtica connectada
- c) Flexible desvinculada
- d) Flexible aglutinada
- e) Estructurada desvinculada
- f) Estructurada aglutinada
- g) Rígida desvinculada
- h) Rígida aglutinada

El model de família extrema és quan les famílies es perceben segons la cohesió i l'adaptabilitat en valors extrems, disfuncionals per al bon funcionament familiar. Dels setze tipus de dinàmiques familiars possibles, les que defineixen la família extrema són les següents:

- a) Desvinculada-caòtica
- b) Aglutinada-caòtica
- c) Desvinculada-rígida
- d) Aglutinada-rígida

---

<sup>59</sup> A l'apartat 2.2 es pot veure gràficament aquest eix de coordenades que configura el Model Circumplex.

Una hipòtesi central derivada del model és que les parelles i famílies equilibrades funcionaran més adequadament que les parelles i famílies extremes. És a dir, les famílies o parelles extremes tendiran a tenir més dificultats de funcionament al llarg del cicle vital familiar.

Tot això anterior ha permès que a Olson, Russell i Sprenkle (1983) arribessin a la hipòtesi que, en una família que es troba en el cicle vital familiar amb fills adolescents o joves adults, la dinàmica familiar estarà configurada per una cohesió habitualment separada i una adaptabilitat flexible o estructurada. Ara bé, si aquesta mateixa família viu un període d'angoixa, com pot ser la drogodependència d'un dels fills, es pot afirmar que el nivell de cohesió pot ser aglutinat o separat, i respecte a l'adaptabilitat, rígida o caòtica

Una altra hipòtesi del model és que les famílies equilibrades tenen més habilitats de comunicació funcional que les famílies extremes –la comunicació pot ser mesurada tant del nivell conjugal com del familiar- alhora que tindran un ventall de comportaments més ric i ample amb més capacitat de canviar el seu funcionament, si els esdeveniments ho requereixen.

El Model Circumplex es va anar elaborant al voltant d'una prova psicomètrica que és l'escala FACES. Aquesta escala ha sofert, al llarg del temps, diferents modificacions, fruit de reflexions que s'han anat fent a mesura que es posava en pràctica. La primera versió de la FACES es va desenvolupar el 1978 i a partir de les tesis doctorals de Portner (1981) i Bell (1982), es va validar el protocol original que estava format per 111 ítems (Millán, 1987, p.94). Olson, Portner i Lavee (1985) van elaborar la tercera versió de la FACES III. Segons aquests autors, només així és possible fer un primer diagnòstic del funcionament familiar i a partir d'aquí, dissenyar línies d'intervenció possibles.

La FACES III o la CAF és una prova molt útil per avaluar la percepció que cada membre familiar major de dotze anys té respecte la dinàmica familiar, el tipus de família i la satisfacció familiar, a partir de les dues dimensions més importants del Model Circumplex: cohesió i adaptabilitat familiar. Està formada per 20 ítems de resposta tipus Likert: 10 per la subescala de Cohesió, i 10, per la subescala d'Adaptabilitat. Aquestes respostes o ítems s'agrupen en sis

factors: el factor 1 (sobre els fills) està format pels ítems 2, 4, 10 i 12; el factor 2 (sobre la unió familiar com a sentiment) està format pels ítems 7, 11 i 19; el factor 3 (sobre el compromís familiar) està format pels ítems 1, 3, 5, 6 i 17; el factor 4 (sobre la creativitat) està configurat pels ítems 9, 15 i 16; el factor 5 (sobre la responsabilitat), pels ítems 18 i 20; finalment, el factor 6 (sobre l'adaptació als problemes) està format pels ítems 8, 13 i 14.

D'aquesta manera, es tenen sis puntuacions que corresponen als sis factors. Se sumen les puntuacions dels factors 2 i 3 per obtenir la puntuació de cohesió familiar i les puntuacions dels factors 4, 5 i 6 per conèixer la puntuació d'adaptabilitat familiar. Aquestes dues puntuacions s'han de situar en el mapa del Model Circumplex per tal de conèixer quina dinàmica familiar i quin tipus de família ha percebut el membre familiar estudiat. A l'annex-3 hi ha un exemple d'aquesta escala.

És un instrument amb consistència interna de .77 en Cohesió i 0.62 en Adaptabilitat, essent el total de 0.68. El test-retest va donar  $r=.83$  per a Cohesió i  $r=.80$  per a Adaptabilitat. La correlació entre la capacitat d'establir relacions socials i la cohesió és del .39. La correlació entre la capacitat d'establir relacions socials i l'adaptabilitat és 0. La correlació entre els membres de la família és de .41 en Cohesió i .25 en Adaptabilitat.

Durant els últims anys s'ha realitzat una sèrie de validacions predictives sobre el FACES III que, segons Olson (1985), demostra el poder discriminatiu d'aquest instrument a l'hora de diferenciar entre famílies equilibrades i no equilibrades, malgrat la forta evidència empírica que les famílies equilibrades són més funcionals i posseeixen unes habilitats de comunicació més positives que les famílies extremes<sup>60</sup>.

---

<sup>60</sup> Al capítol 3 es pot trobar una explicació més extensa sobre el poder discriminatiu i la utilització d'aquest instrument en diferents estudis on la família ocupa un lloc central d'estudi.



### 5.3.2. L'escala d'Ajustament Diàdic (*Dyadic Adjustment Scale, DAS*)

Vam escollir aquest instrument perquè té com a objectiu mesurar les percepcions de cada un dels membres de la parella sobre la seva relació o vincle, entesa com a unitat on s'avalua l'ajustament diàdic. A més, perquè vam comprovar que és un instrument molt utilitzat per mesurar el grau de satisfacció diàdica de la relació de parella. No menys important és, assenyalar que un altre factor que ens va ajudar a la seva elecció definitiva és el fet que està validat a la població catalana per Pérez (1999).

En aquesta línia, i seguint l'autora citada anteriorment, l'escala d'Ajustament Diàdic (DAS) mesura el benestar de les relacions de parella i permet discriminar entre parelles amb conflictes i parelles harmonioses<sup>61</sup>. Avalua de forma general la relació de parella i permet avaluar quatre dimensions diferents de la relació o vincle: Consens, Cohesió, Satisfacció i Expressió d'Affected. Per altra banda, està convençuda que és una eina completament desenvolupada per a l'avaluació clínica i per aquest motiu, és un dels instruments d'avaluació de la qualitat marital més utilitzats a tot el món. Finalment, la mateixa autora emfasitza el fet que la DAS és una escala que permet veure, al clínic o terapeuta, fins a quin punt les puntuacions de la parella convergeixen i es diferencien entre els sistemes conjugals, i d'aquesta manera, una valoració global de diagnòstic i una possible intervenció. Sens dubte, aquests elements de reflexió també han contribuït que prenguéssim la determinació d'utilitzar aquest instrument per als objectius que preteníem.

Tal com hem fet en la descripció dels altres instruments utilitzats en la investigació present, creiem oportú fer referència, breument i com a recordatori, al que ja hem explicat a l'apartat 2.4.1., vincle conjugal, a fi de poder facilitar la comprensió d'aquest instrument.

Partint dels mateixos autors d'aquest qüestionari, Spanier i Cole (1976) van definir per ajustament diàdic tot procés de moviment que s'esdevé al llarg d'un *continuum*, el qual podia ser avaluat, en termes de bo o dolent, en un moment determinat de la relació conjugal. A més, a

---

<sup>61</sup> Segons Càceres (1992) són aquelles parelles que defineixen la seva pròpia relació de mútuament satisfactòria.

part de considerar-lo com un procés, més tard, Spanier (1996) va aclarir que aquest concepte es pot conceptualitzar en diferents nivells de concreció. Aquests nivells són: a) diferències diàdiques inadequades, b) tensions interpersonals i ansietat personal, c) satisfacció diàdica, d) cohesió diàdica i e) consens en matèries d'importància en el funcionament diàdic. Per poder avaluar tots aquest nivells, Spanier els va distribuir en 4 àrees d'avaluació; la de Consens diàdic, la de Satisfacció diàdica, la d'Expressió d'Affectede i la de Cohesió diàdica.

En aquesta línia, Spanier i Cole (1976) definien per Consens diàdic el grau d'acord que percep cada membre de la parella amb relació a la presa de decisió i altres aspectes de la vida familiar i conjugal, com ara els diners, religió, amics, tasques domèstiques, etc. Pel que fa a l'àrea de la Cohesió diàdica, la van definir com el grau i la freqüència en què la parella s'implica en activitats conjuntes com la demostració d'interessos comuns. Quant a l'àrea de la Satisfacció diàdica, l'entenien com el grau de felicitat de cada cònjuge i la quantitat de tensió percebuda en la relació de parella. I, finalment, l'àrea d'Expressió d'Affectede, els mateixos autors la definien fent referència al grau en què la parella està o se sent satisfeta amb les mostres d'afecte i l'expressió dels sentiments dins d'aquesta.

A partir d'aquesta anàlisi, van elaborar una escala per poder avaluar les quatre àrees d'avaluació descrites a l'apartat anterior. Aquest instrument és el que coneixem per la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS, Spanier i Cole, 1976). És una escala que permet estudiar de manera quantitativa les variables següents:

- a) Quantitat d'ajustament que percep cada cònjuge
- b) Grau de consens, satisfacció, expressió d'afecte i cohesió diàdica
- c) Qualitat d'ajustament, entès com la diferència en valors absoluts entre la quantitat d'ajustament en cada subescala i l'ajustament total percebut per cada membre de la parella.

La DAS és una escala formada per 32 ítems tipus Likert (0 a 5) per a cada un dels cònjuges per separat. El valor 0 és la puntuació més negativa (per exemple, sempre en desacord) i el valor 5 és la puntuació més positiva (per exemple, sempre d'acord). La puntuació màxima total o global que es pot obtenir és de 151 punts. Quant a les subescales, són les següents: a l'àrea de Consens diàdic, els ítems que la configuren són 13, amb una puntuació màxima de 65 punts i una mínima de 0 punts; pel que fa a l'àrea de Cohesió diàdica, són 5 ítems, amb una puntuació màxima de 24 punts i una mínima de 0 punts; a l'àrea de Satisfacció diàdica, són 10 ítems, amb una puntuació màxima de 50 punts i una mínima de 0 punts, i, finalment, a l'àrea d'Expressió d'Affectede li corresponen 4 ítems, amb una puntuació màxima de 12 punts i una mínima de 0 punts. Cal dir que té una consistència interna de 0,96 i una validesa molt significativa respecte al criteri extern (Bornstein i Bornstein, 1992, p.75). A l'annex-4 es pot trobar un exemple d'aquest instrument.

### 5.3.2. L'instrument del Víncle Parental (*Parental Bonding Instrument*, PBI)

Tal com apuntàvem en els dos darrers apartats, hem cregut necessari, abans d'iniciar la descripció detallada d'aquest instrument, expressar els motius de la seva elecció, com també, fer un breu recordatori de la fonamentació teòrica en què es basa, a fi de poder-ne facilitar la comprensió<sup>62</sup>.

Una de les raons per les quals vam escollir aquest instrument va ser la conceptualització de vincle parental que feien els seus autors, Parker i col·l. (1979). En aquesta, assenyalaven que els lligams o vincles entre pares-fills/es i mares-fills/es estan principalment influenciats per les característiques del fill, les dels pares i la reciprocitat dinàmica de l'entorn de la relació, el sistema familiar. En definitiva, la relació o el lligam com a element d'unió entre les característiques individuals de cada membre i l'entorn familiar en el qual estan submergits. Per altra banda, vam poder comprovar que ha estat i és un instrument molt utilitzat per mesurar el

---

<sup>62</sup> A l'apartat 2.4.2 es pot trobar més extensament aquesta fonamentació teòrica.

vinde parental percebut pels fills<sup>63</sup>. I, finalment, vam optar per aquest instrument, pel fet que ha estat adaptat a la població barcelonina per Ballús (1991).

Pel que fa a la fonamentació teòrica, volem recordar que Parker i col·l. (1979) van elaborar aquest instrument amb l'objectiu de poder examinar la contribució parental en els vincles pare-fill/a i mare-fill/a, en qualsevol sistema familiar, estigués en crisi o no. Per fer-ho, van revisar diferents estudis amb l'objectiu de poder arribar a descriure i conèixer els constructes més significatius que ajudessin a definir i a mesurar el vinde parental. Van arribar a la conclusió que els conceptes Protecció i Cures eren els més adequats.

Així, doncs, Parker i col·l. (1979) van elaborar el *Parental Bonding Instrument* (PBI) per poder mesurar aquestes dues dimensions, protecció i cures. Per elaborar-lo, van agafar ítems generats d'anotacions clíniques i de la literatura que fessin referència a aquestes dimensions. A partir d'aquí, van elaborar dues subescales, una per mesurar el nivell de Protecció, i l'altra, per mesurar el grau de Cures. La combinació d'aquestes dues dimensions distribuïdes cada una d'elles en dues categories, altes o baixes, dona lloc als quatre tipus de vincles parentals. Aquest són els següents<sup>64</sup>:

- a) Vinde òptim (cures altes i protecció baixa)
- b) Vinde absent o dèbil (cures baixes i protecció baixa)
- c) Vinde controlat o forçat (cures altes i protecció alta)
- d) Vinde sense afecte (cures baixes i protecció alta)

El PBI és un instrument format per 25 ítems, dels quals 13 formen la subescala de Protecció i 12, la de Cures, amb puntuacions de 0 a 3; molt d'acord, d'acord moderat, desacord moderat i molt en desacord. Cada subescala està duplicada per tal de diferenciar la percepció de vinde vers el pare i la mare. A l'annex-5 es pot veure aquest qüestionari.

---

<sup>63</sup> A l'apartat 3.4.2 es pot trobar la revisió feta d'aquest instrument

<sup>64</sup> A l'apartat 2.4.2 es pot veure gràficament, a través d'un eix de coordenades, aquesta tipologia.

La subescala de protecció (PRO) té una puntuació màxima de 39 punts. Una puntuació alta indica: control, sobreprotecció, intrusivitat, contacte excessiu, infantilització i evitació de conductes d'independència, evolució i creixement personal. Una puntuació baixa, pot interpretar-se com: permissivitat i poca independència i autonomia.

La subescala de Cures (CUR) té una puntuació màxima de 36 punts. Quan es dóna una puntuació alta indica afecte, calidesa emocional, empatia i proximitat. En canvi, una puntuació baixa indica fredor emocional, indiferència i rebuig.

El PBI està format per dues versions diferents, l'ortodoxa i l'actual. La primera versió pot servir per conèixer quina percepció té el fill respecte a les seves relacions, cures, protecció i vincle tant de la seva mare com del seu pare abans dels 16 anys. La versió actual, com indica la mateixa paraula, s'administra a l'adaptat a les pautes parentals recents. A l'annex-5 es poden trobar aquestes dues versions.

A partir dels resultats de les escales, es pot situar cadascun dels joves en un dels quatre vincles prenent com a referència diferents punts de tall per a cada subescala. Segons l'adaptació que va fer Ballús (1991) a la població barcelonina, no hi ha diferències respecte al sexe de qui respon, però sí en funció de a qui van dirigides les puntuacions, el vincle amb el pare o el vincle amb la mare. Així, doncs, per a la PRO en el vincle de la mare, el punt de tall és 14.7 i en el vincle del pare és 11.9. Per a CUR és 26.8 en la mare i 22.9 en el pare.

Pel que fa a la fiabilitat i a la validesa, diferents estudis mostren uns resultats molt acceptables tant per a l'escala de CUR com per a l'escala de PRO, tot i que la fiabilitat test-retest mostra millors resultats per a la subescala de CUR que per a la de PRO. Aquest qüestionari és, doncs, una mesura vàlida tant de les característiques parentals percebudes abans dels 16 anys com de les actuals (Ballús, 1991).

En les últimes dècades hi ha hagut un interès creixent pels factors de criaça i això ha motivat el desenvolupament d'instruments. Parker (1984) va marcar l'accent des d'un principi en la importància d'una criaça caracteritzada per l'existència d'un control elevat sense afecte en la gènesi dels trastorns mentals. Aquest qüestionari s'ha utilitzat en la caracterització de la criaça en la depressió, la depressió postnatal, els quadres bipolars, l'esquizofrènia, els trets obsessius de personalitat, els quadres fòbics, les característiques generals de la personalitat, els intents de suïcidi, els trastorns de la personalitat, la delinqüència i els trastorns de la conducta alimentària.

Livianos, Rojo, Rodrigo i Cuquerella (1998) van estudiar si el PBI adaptat al castellà manté una independència amb les emocions. Mitjançant un estudi test-retest, van trobar una estabilitat significativa en els resultats de les escales de criaça com el PBI, davant les variacions de l'estat emocional. L'ànim depressiu o ansiós dels pacients no esbiaixa les respostes que es donen davant d'aquest qüestionari, els resultats dels quals no perden fiabilitat pel fet de ser aplicat en un moment en què hi ha simptomatologia emocional present.

#### 5.4. Procediment

Pel que fa al grup experimental, es va establir contacte amb cada un dels centres col·laboradors per tal de poder realitzar la recollida de dades tenint en compte els criteris d'inclusió de la mostra<sup>65</sup>. Cada vegada que hi havia un/a noi/a que entrava nou/va en un d'aquests centres i que complia amb els criteris d'inclusió, es concertava dia i hora per passar els instruments individualment. La sessió estava formada per tres parts. La primera part consistia a informar el jove sobre els motius de l'entrevista i, mitjançant un contracte de consentiment, se li sol·licitava permís per utilitzar la informació, i també se li n'assegurava la confidencialitat total. A l'annex-6 es poden trobar els diferents models de consentiment utilitzats, ja sigui per al noi/a com per als pares i per a les mares.

A la segona part, una vegada firmat el paper de consentiment, s'iniciava el procés de recollida de dades pròpiament dit. Primer de tot, se li passava un qüestionari elaborat específicament per a aquest estudi amb l'objectiu de recollir dades sociodemogràfiques, toxicològiques, legals, familiars i finalment, sobre el seu estat de salut. A l'annex-1 es pot trobar aquest qüestionari.

Seguidament, se li administrava la CAF, perquè de manera individual, contestés les 20 preguntes de tipus Likert (de l'1 al 5). A l'annex-3 es pot trobar un model de la CAF. Tot seguit, se li passava el PBI, en versió ortodoxa (percepció del vincle tant de la mare com del pare abans dels 16 anys) i en versió actual (percepció del vincle tant de la mare com del pare des dels 16 anys fins a l'actualitat). A l'annex-5 es pot trobar un model de cada una de les versions del PBI, l'ortodoxa i l'actual.

La tercera part de la sessió consistia a demanar permís al noi/a per tal de poder concertar dia i hora per poder entrevistar els seus pares, a fi de poder conèixer i recollir més informació respecte de la situació familiar i conjugal.

Arribats en aquest punt, s'iniciava la segona fase de la recollida de dades, la dels pares. Una vegada establert el contacte amb els pares, al o a la llar, ja que hi havia la possibilitat que l'entrevistador anés personalment a la llar en cas que presentessin dificultats per poder anar al centre, se'ls explicava el motiu de la trobada i, seguidament, se'ls donava un paper de consentiment en què es garantia la confidencialitat de les dades. A l'annex-6 hi ha un exemple d'aquest, que és el que vam utilitzar.

Posteriorment, se'ls passava el qüestionari que recollia les dades sociodemogràfiques i el nivell socioeconòmic familiar. En cas de divorci o viduïtat, només es recollien les dades corresponents al progenitor que vivia a la mateixa llar que el jove addicte. El nivell socioeconòmic familiar es va mesurar a través del *Score of Graffar*, basat en l'índex de *Hollingshead* (1965, a Friedman i Ali, 1997; 1958, 1975, a Vecino, 1990). Aquest instrument es basa en l'estudi conjunt de cinc característiques socials: la professió dels pares, el seu nivell d'instrucció, la font del rendiment

---

<sup>65</sup> A l'apartat 5.2 es poden trobar els criteris d'inclusió de la mostra que vam utilitzar.

econòmic, el tipus de barri i de llar. La suma dels punts obtinguts es compara amb una taula que té cinc nivells socioeconòmics, essent l'I el més alt i el V, el més baix. Per tal d'assegurar-ne els resultats, dins del mateix qüestionari, es demanava la renda anual familiar seguint el model d'enquesta que l'Ajuntament de Barcelona utilitza per classificar la població de la ciutat dins del padró municipal. A l'annex-2, es pot trobar un exemple d'aquest qüestionari sociodemogràfic.

Tot seguit, a cada un dels progenitors la CAF per conèixer la percepció de cada un sobre la dinàmica familiar i el model de família que creien que vivien. I, finalment, se'ls administrava la DAS a cada un d'ells per tal de mesurar l'ajustament diàdic (el subsistema conjugal). A l'annex-4, hi ha un model de la DAS, tant per a l'home com per a la dona.

Pel que fa al grup control, com ja s'ha comentat en altres moments, es va seguir el mètode de selecció de la mostra escollit per a aquesta investigació, l'aparellament de controls per cas 1:1 (*matching of controls to cases 1:1*) segons cinc variables nominals i/o ordinals: edat (de 20 a 24 anys i de 25 a 29 anys), sexe, nivell d'instrucció, estat civil dels pares i el nivell socioeconòmic (NSE) de la família. D'aquesta manera, s'obtenien dos grups mostrals controls homogenis als dos grups mostrals experimentals, segons els criteris d'inclusió a la mostra, amb l'única diferència que el grup de joves control no estava diagnosticat amb drogodependència. Així, doncs, una vegada configurats els dos grups mostrals experimentals, es va iniciar el procés de selecció, cas per cas, buscant dins de la província de Barcelona el seu cas control. Es va activar tots els recursos humans, informàtics i materials per tal de poder aconseguir el grup control. Es van obtenir informació, a través del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona de l'any 1998, amb la col·laboració del Pla Municipal d'Acció a la drogodependència, sobre la població general, concretament, els/les nois/es que vivien a la ciutat de Barcelona amb un rang d'edat de 20 a 29 anys i que vivien amb els seus pares. També es van utilitzar els contactes personals del màster Teràpia Familiar de la Universitat Autònoma de Barcelona i l'Hospital St. Pau i Sta. Creu de Barcelona, com a alumnes i col·laboradors de recerca de la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació, Blanquerna, per tal de recollir els subjectes control per aparellar-los amb els casos experimentals que vivien a Barcelona i a la província de Barcelona.



## 5.5. Anàlisi de les dades

Vam optar per utilitzar el paquet informàtic *Social Package for Social Sciences* (SPSS) per fer l'anàlisi descriptiva, correlacional, i freqüencial a través de proves no paramètriques, com la prova de Wilcoxon, de Friedman, la U de Mann-Whitney i la Xi-quadrat.

Concretament, per fer l'anàlisi descriptiva es va fer servir el càlcul de freqüències tant per al grup experimental com per al grup control quant a les dades sociodemogràfiques, toxicològiques, de nivell socioeconòmic, d'estat de la salut i antecedents familiar.

Pel que fa al càlcul pròpiament dit, l'anàlisi correlacional i la no paramètrica, creiem oportú diferenciar-la en tres fases diferents, a fi de poder facilitar-ne la comprensió. La primera fa referència al càlcul de l'escala CAF. Per fer-lo, vam correlacionar els sis factors, els setze sistemes familiars i el tres tipus de famílies, tant intragrupals com intergrupals. D'aquesta manera es va utilitzar la prova de Wilcoxon per tal de comparar dues mostres relacionades (per exemple, fill-mare del grup experimental respecte a les puntuacions del tipus de família percebuda). Per una altra banda, es va utilitzar la prova Friedman, per tal de poder comparar k-mostres relacionades (per exemple, fill-mare-pare respecte del factor 1). I, finalment, per tal de poder comparar el grup experimental i el control, vam haver de fer una prova U de Mann-Whitney per comparar dues mostres independents (per exemple, mare del grup control-mare del grup experimental quant als sistemes familiars percebuts) i la prova H de Kruskal-Wallis per tal de poder comparar k-mostres no relacionades (per exemple, fill-mare-pare del grup experimental i fill-mare-pare del grup experimental quant al tipus de família).

Sens dubte, el càlcul estadístic descrit anteriorment és el mateix que s'ha seguit per fer l'anàlisi dels resultats, tant per al PBI com per a la DAS, perquè totes les variables mesurades són nominals o ordinals, per tant, només són possibles els càlculs no paramètrics.

## 6. Resultats

Tú me diste toda la información.  
Tú también lo sabías,  
pero hablabas con tanta rapidez  
que no te escuchaste a ti mismo  
(Bettelheim i Rosenfeld, 1994, p.26)

Una vegada explicat el mètode, el pas següent és descriure els resultats que vam obtenir a partir dels tres qüestionaris que vam utilitzar. Per tal de poder fer una descripció clara i coherent amb tot el que hem estat explicant fins ara, hem dividit aquest capítol en tres apartats.

El primer apartat correspon a tota l'anàlisi que vam fer de l'escala CAF vers els dos grups estudiats, experimental i control, juntament amb la comparació entre ells, intentant donar resposta a dos dels nostres objectius. És a dir, conèixer la percepció de dinàmica familiar tant del jove drogoaddicte com dels seus pares i mares respectius, com també, veure si hi ha diferències entre aquest grup i un grup control.

Al segon apartat hi trobarem tots els resultats obtinguts a partir de l'anàlisi feta de l'escala DAS en què com ja hem dit al capítol anterior, el nucli d'estudi és la relació o vincle conjugal. És a dir, farem referència a aquelles dades que van aportar informació respecte a l'ajustament diàdic de la relació o vincle conjugal dels pares i mares dels joves addictes com també de les parelles parentals dels joves no addictes i la comparació entre aquests dos grups.

Finalment, al tercer apartat, parlarem de les dades que vam recollir sobre la percepció dels joves drogoaddictes i dels no drogoaddictes, respecte el vincle parental percebut abans dels 16 anys i després dels 16 anys, a través del PBI i la comparació entre aquests dos grups mostrals.

## 6.1. Percepció de la dinàmica familiar i la tipologia de família

En aquest apartat, tal com hem dit anteriorment, parlarem dels resultats obtinguts en les diferents àrees d'estudi que es poden fer a la CAF<sup>66</sup>. Així doncs, hem començat per analitzar els sis factors, seguit des 16 tipus de dinàmica familiar i, per acabar, l'anàlisi dels tres tipus de família. A continuació, trobarem cada una d'aquestes tres fases que han configurat tot el càlcul de la CAF dividides en tres grans subapartats: anàlisi freqüencial i correlacional dels dos grups, experimental i control respecte els 6 factors, distribució dels 16 tipus de dinàmiques familiars del Model Circumplex, i, finalment, comparació intragrupal i intergrupar dels tres tipus de família a partir del Model Circumplex.

### 6.1.1 Anàlisi freqüencial i correlacional dels dos grups, experimental i control, respecte els 6 factors

Tal com apuntàvem fa un moment, el que pretenem en aquest subapartat és descriure els resultats que vam obtenir tant del grup experimental com del grup control vers els 6 factors que configuren les dues subescales de la CAF, la Cohesió i l'Adaptabilitat familiar. Per fer-ho, hem dividit aquest subapartat en tres punts. Al primer, hi trobem tots els càlculs referents al grup experimental. Al segon punt, el mateix que vam fer per al grup experimental, però en aquest cas adaptat al grup control. I, finalment, el tercer punt inclou els resultats referents a la comparació entre aquests dos grups. A continuació, es descriu amb més detall tot el que s'ha acabat de d'esmentar.

---

<sup>66</sup> Recordem que al capítol 5 s'hi pot trobar una explicació detallada d'aquesta escala.

### 6.1.1.1. Grup experimental

El que pretenem en aquest punt és parlar de l'anàlisi descriptiva feta pel grup experimental respecte a les puntuacions dels 6 factors que, com veurem més endavant, configuren les puntuacions de la dinàmica familiar i, posteriorment, els tipus de família. Per fer-ho, hem optat per utilitzar una taula per a cada factor, perquè creiem que d'aquesta manera el lector pot visualitzar a simple vista tot el que ens proposem assenyalar.

D'acord amb aquestes directrius, a la taula 14, que fa referència al factor 1, és a dir, les puntuacions "sobre els fills", podem observar que tant els fills com el grup de mares i pares van estar d'acord amb el fet de percebre una relació amb els fills clara i permeable, amb un 33.3% tant per als joves com per a les mares, i un 30.6% per al grup de pares. És més, els tres subgrups, amb un 33.3% de fills, un 30.6% de mares i un 22.2% de pares, també van estar d'acord amb el fet de percebre una clara separació pares/mares amb el seu propi fill.

Taula 14  
*Freqüències del factor 1 dels tres subgrups experimentals*

FACTOR 1 Sobre els fills	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Límits immòbils Relació impermeable	9	25	1	2.8	2	5.6
Límits clars Relació permeable	12	33.3	12	33.3	11	30.6
Clara separació pares/mares i fill Relació permeable	12	33.3	11	30.6	8	22.2
Manca de límits Relació difusa	3	8.3	6	16.7	2	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>83.3</b>	<b>23</b>	<b>63.9</b>

Pel que fa al factor 2, és a dir, a la separació emocional, podem comprovar, a la taula 15, que un 52.8% dels fills van percebre una relació emocional extrema amb una fidelitat familiar absent. Aquesta percepció no va ser la mateixa per a les mares i per als pares; aquests van percebre una relació emocional pròxima amb una fidelitat familiar elevada amb un 55.6% i un 36.1%, respectivament. No obstant això, creiem important assenyalar que un 33.3% dels joves també van percebre aquest tipus de relació emocional. Ara bé, com que més endavant veurem la prova de Wilcoxon i Friedman, sabrem si aquesta diferència de puntuacions va ser significativa o no.

Taula 15  
*Freqüències del factor 2 dels tres subgrups experimentals*

FACTOR 2 Separació emocional	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Extrema Fidelitat familiar Absent	19	52.8	7	19.4	5	13.9
Limitada Fidelitat familiar Ocasional	5	13.9	3	8.3	5	13.9
Pròxima Fidelitat familiar Elevada	12	33.3	20	55.6	13	36.1
TOTAL	36	100	30	83.3	23	63.9

Respecte al factor 3, a diferència del factor 2, podem afirmar que tant el grup de fills com de mares i pares van estar d'acord a percebre el compromís familiar baix caracteritzat amb una sensibilitat afectiva poc freqüent. Concretament, les puntuacions obtingudes, tal com es poden comprovar a la taula 16, van ser un 72.2% per part dels joves, un 33.3% per part del grup de mares i un 27.8% pel grup de pares. Ara bé, si ens fixem en la resta de puntuacions, podem observar que el valor que es va puntuar en segon lloc va ser diferent entre el grup de fills i pares en comparació al grup de mares. Així, doncs, hem de dir que el 22.2% dels fills i el 19.4% dels pares van percebre un compromís acceptable en què preferien la distància emocional. Resultats

que difereixen del grup de mares, en què el 25% van percebre un compromís emfasitzat en el qual preferien les interaccions afectives.

Taula 16  
*Freqüències del factor 3 dels tres subgrups experimentals*

FACTOR 3	FILL		MARE		PARE	
Compromís familiar	n	%	n	%	n	%
Baix	26	72.2	12	33.3	10	27.8
Sensibilitat afectiva poc freqüent						
Acceptable Es prefereix la distància emocional	8	22.2	4	11.1	7	19.4
Emfasitzat Es prefereixen les interaccions afectives	1	2.8	9	25	5	13.9
Molt alt Fusió i sobredependència	1	2.8	5	13.9	1	2.8
TOTAL	36	100	30	83.3	23	63.9

Pel que fa al factor 4, creativitat familiar, cal dir que el 52.9% dels joves consumidors van percebre que a la família les negociacions eren limitades, rígides i estrictes. Aquest resultat, també va coincidir en el grup de mares amb un 22.2%, tot i que no va ser la puntuació més elevada; ja que la majoria de mares, com el grup de pares, amb un 33.3% i un 25% respectivament, creien que a la família hi havia negociacions flexibles, tal com es pot veure a la taula 17.

Taula 17  
*Freqüències del factor 4 dels tres subgrups experimentals*

FACTOR 4	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Creativitat familiar						
Negociacions limitades, rígides i estrictes	19	52.8	8	22.2	6	16.7
Negociacions estructurades, fermes	14	38.9	7	19.4	7	19.4
Negociacions flexibles	3	8.3	12	33.3	9	25
Negociacions impulsives, inacabables	0	0	3	8.3	1	2.8
TOTAL	36	100	30	83.3	23	63.9

Tal com podem observar a la taula 18, el factor 5, la responsabilitat familiar, hem d'assenyalar que el 58.3% dels joves i el 38.9% de les mares creien que la responsabilitat familiar era limitada i imposada pels pares i/o mares. Tot i aquest acord, els pares no ho van percebre de la mateixa manera, ja que el 25% d'aquests van creure que a la família predominava la responsabilitat familiar caracteritzada per uns rols estables que podien ser compartits. Aquesta darrera percepció també la comparteixen els fills i les mares, amb un 25% i un 30.6%, respectivament.

Taula 18

*Freqüències del factor 5 dels tres subgrups experimentals*

FACTOR 5 Responsabilitat familiar	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Rols limitats i imposats pels pares	21	58.3	14	38.9	6	16.7
Rols estables que poden ser compartits	4	11.1	3	8.3	9	25
Rols compartits i elaborats conjuntament	9	25	11	30.6	5	13.9
Manca de rols clars i canvis freqüents	2	5.6	2	5.6	3	8.3
TOTAL	36	100	30	83.3	23	63.9

Pel que fa al darrer factor, el factor 6, hem d'assenyalar que en aquest cas la percepció que van tenir els fills respecte a l'adaptació de problemes va coincidir amb la percepció dels pares. Concretament, el 50% dels joves i el 30.6% pels pares van percebre una adaptació de problemes amb un lideratge igualitari i una disciplina democràtica. Quant a les mares, el 38.9% va percebre una adaptació als problemes amb un lideratge autoritari i amb cert grau d'igualtat. A la taula 19 es pot comprovar el que acabem d'assenyalar.



Taula 19

*Freqüències del factor 6 dels tres subgrups experimentals*

FACTOR 6 Adaptació als problemes	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Lideratge autoritari pares Disciplina rígida	5	13.9	2	5.6	2	5.6
Lideratge autoritari amb cert grau d'igualtat	9	25	14	38.9	7	19.4
Lideratge igualitari Disciplina democràtica	18	50	11	30.6	11	30.6
Lideratge limitat i/o equivocat Disciplina parental rebuçada	4	11.1	3	8.3	3	8.3
TOTAL	36	100	30	83.3	23	63.9

Arribats en aquest punt, fóra bo comentar els resultats que es van obtenir fruit de la prova Wilcoxon, per tal de poder comparar els resultat obtinguts dels fills respecte els 6 factors i els resultats obtinguts del grup de les mares i del grup dels pares en aquests mateixos factors, com també entre els sis factors del grup de mares i el grup de pares. De la taula 20, volem assenyalar que la comparació entre els factors puntuats pels fills i per les mares va donar estadísticament significativa, amb una  $p = < .05$  els factors FA1FILL-FA1MA (factor 1 del fill – factor 1 de la mare), FA2FILL-FA2MA (factor 2 del fill – factor 2 de la mare), FA3FILL-FA3MA (factor 3 del fill – factor 3 de la mare) i FA4FILL-FA4MA (factor 4 del fill i factor 4 de la mare).

Seguint amb la mateix taula, podem observar que quan vam voler comparar, a través de la prova de Wilcoxon, els 6 factors del grup de fills amb el 6 factors del grup de pares, van donar una puntuació estadísticament significativa, amb una  $p = < .05$  els factors FA2FILL-FA2PA (factor 2

del fill - factor 2 pare), FA3FILL-FA3PA (factor 3 del fill – factor 3 del pare) i FA4FILL i FA4PA (factor 4 del fill- factor 4 del pare).

Finalment, a la mateixa taula podem comprovar que quan es van comparar els 6 factors del grup de pares amb els 6 factors del grup de mares, a través de la prova de Wilcoxon, no va donar cap puntuació que fos estadísticament significativa.

Taula 20

*Resultats de la prova de Wilcoxon entre els factors del grup de fills, de mares i de pares*

Factors	Prova de WILCOXON
FA1FILL-FA1MA	-2.748*
FA2FILL-FA2MA	-2.745*
FA3FILL-FA3MA	-3.449*
FA4FILL-FA4MA	-3.099*
FA5FILL-FA4MA	-.894
FA6FILL-FA6MA	-.447
FA1FILL-FA1PA	-1.384
FA2FILL-FA2PA	-2.889*
FA3FILL-FA3PA	-1.968*
FA4FILL-FA4PA	-2.631*
FA5FILL-FA4PA	-1.786
FA6FILL-FA6PA	-1.294
FA1PA-FA1MA	-1.387
FA2PA-FA2MA	-.302
FA3PA-FA3MA	-1.781
FA4PA-FA4MA	-.832
FA5PA-FA4MA	-.578
FA6PA-FA6MA	-.796

Nota. \*  $p = < .05$ .

Si enlloc de parlar de la prova de Wilcoxon, parlem de la prova de Friedman, per comparar els tres grups mostrals que configuren el grup experimental, podem dir que, quan es va fer aquest càlcul dels 6 factors, es va poder comprovar que hi ha diferències estadísticament significatives en 4 dels 6 factors possibles. Concretament, els factors 1, 2, 3 i 4. A la taula 21 es pot observar el que acabem de dir.

Taula 21

*Resultats de la prova de Friedman pel grup experimental*

6 FACTORS	Prova de Friedman
Factor 1 fill, mare i pare	7.038*
Factor 2 fill, mare i pare	12.605*
Factor 3 fill, mare i pare	13.607*
Factor 4 fill, mare i pare	8.172*
Factor 5 fill, mare i pare	2.475
Factor 6 fill, mare i pare	2.586

Nota.\*  $p = < .05$ .

### 6.1.1.2. Grup control

En aquest apartat, el que pretenem és fer una anàlisi descriptiva i correlacional del grup control respecte a les puntuacions obtingudes dels 6 factors. Igual que hem fet en l'apartat anterior, hem optat per utilitzar una taula per a cada factor com a suport a la descripció dels resultats obtinguts més rellevants.

D'acord amb aquestes directrius, a la taula 22, en què es fa referència al factor 1, és a dir, a les puntuacions “sobre els fills”, podem observar que tant els fills, amb un 38.9%, com els pares, amb un 25%, van estar d'acord en el fet de percebre una relació amb els fills clara i permeable. És més, els dos subgrups, juntament amb el grup de mares, amb un 38.9%, també van estar d'acord en el fet de percebre una clara separació pares/mares amb el fill per un 36.1% en el grup de fills i un 25% en el grup de pares.

Taula 22  
*Freqüències del factor 1 dels tres subgrups control*

FACTOR 1 Sobre els fills	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Límits immòbils Relació impermeable	6	16.7	1	2.8	4	11.1
Límits clars Relació permeable	14	38.9	8	22.2	9	25
Clara separació pares/mares i fill Relació permeable	13	36.1	14	38.9	9	25
Manca de límits Relació difusa	3	8.3	7	19.4	3	8.3
TOTAL	36	100	30	83.3	25	69.4

Pel que fa al factor 2, és a dir, la separació emocional, podem comprovar, a la taula 23, que els tres subgrups, el 50% dels fills, els 27.8% dels pares i el 30.6% de les mares, van percebre una relació emocional caracteritzada per ser extrema amb una fidelitat familiar absent. Aquest acord també es va poder comprovar en el 33.3% dels joves, el 30.6% de les mares i el 22.2% dels pares, en percebre una separació emocional limitada amb una fidelitat familiar ocasional.

Taula 23  
*Freqüències del factor 2 dels tres subgrups control*

FACTOR 2	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Separació emocional						
Extrema	18	50	11	30.6	10	27.8
Fidelitat familiar Absent						
Limitada	12	33.3	11	30.6	8	22.2
Fidelitat familiar Ocasional						
Pròxima	6	16.7	8	22.2	7	19.4
Fidelitat familiar Elevada						
TOTAL	36	100	30	83.3	25	69.4

Respecte al factor 3, a diferència del factor 2, no podem afirmar que trobéssim un acord general entre els tres grups vers aquest factor, el compromís familiar, tal com es pot observar a la taula 24. El 33.3% dels fills i el 27.8% dels pares van percebre un compromís familiar emfatitzat preferint les interaccions afectives. Per contra, el 22.2% de les mares va percebre un compromís familiar molt elevat, caracteritzat per fusió i sobredependència. Ara bé, si ens fixem en la resta de puntuacions, podem observar que el valor puntuat en segon lloc va ser als tres subgrups. Així, doncs, el 30.6% dels fills, el 19.4% dels pares i el 22.2% de les mares van percebre un compromís acceptable en què preferien la distància emocional.

Taula 24  
*Freqüències del factor 3 dels tres subgrups control*

FACTOR 3	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Compromís familiar						
Baix						
Sensibilitat afectiva poc freqüent	5	13.9	1	2.8	2	5.6
Acceptable	11	30.6	8	22.2	7	19.4
Es prefereix la distància emocional						
Emfatitzat	12	33.3	9	25	10	27.8
Es prefereixen les interaccions afectives						
Molt alt	8	22.2	12	33.3	6	16.7
Fusió i sobredependència						
TOTAL	36	100	30	83.3	25	69.4

Pel que fa al factor 4, creativitat familiar, cal dir que, igual que en el factor 2, els resultats obtinguts van coincidir en els tres subgrups, tal com es pot veure a la taula 25. Així doncs, hem d'assenyalar que el 50% dels joves, el 33.3 de les mares i el 36.1% dels pares van creure en una família en què les negociacions eren estructurades i fermes. Fins i tot van coincidir en unes negociacions flexibles amb un 22.2%, 27.8% i un 25% respectivament. No obstant això, creiem important assenyalar que en el grup de joves també un 22.2% va percebre que les negociacions a la família eren limitades, rígides i estrictes, a diferència del 8.3% dels pares i del 11.1% de les mares.

Taula 25  
*Freqüències del factor 4 dels tres subgrups control*

FACTOR 4	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Creativitat familiar						
Negociacions limitades, rígides i estrictes	8	22.2	4	11.1	3	8.3
Negociacions estructurades, fermes	18	50	12	33.3	13	36.1
Negociacions flexibles	8	22.2	10	27.8	9	25
Negociacions impulsives, inacabables	2	5.6	4	11.1	0	0
TOTAL	36	100	30	83.3	25	69.4

Tal com podem observar a la taula 26, el factor 5, la responsabilitat familiar, altre cop els tres subgrups van coincidir en els resultats, recordem que també va passar en el factor 2 i 4. Així, doncs, hem de parlar que el 38.9% dels joves no consumidors, el 27.8% de mares i el 30.6% dels pares van percebre que a la família hi havia rols compartits i que estaven elaborats conjuntament. Una altra dada important a assenyalar és que el 22.2% de fills, mares i pares van percebre rols limitats i imposats pels mateixos pares.

Taula 26  
*Freqüències del factor 5 dels tres subgrups control*

FACTOR 5 Responsabilitat familiar	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Rols limitats i imposats pels pares	8	22.2	8	22.2	8	22.2
Rols estables que poden ser compartits	9	25	5	13.9	3	8.3
Rols compartits i elaborats conjuntament	14	38.9	10	27.8	11	30.6
Manca de rols clars i canvis freqüents	5	13.9	7	19.4	3	8.3
TOTAL	36	100	30	83.3	25	69.4

Finalment, en el darrer factor, el factor 6, i seguint la mateixa línia que el factor 2, 4 i 5, la percepció que van tenir els fills respecte a l'adaptació de problemes va coincidir amb la percepció dels pares i les mares. Concretament, el 50% dels joves, el 38.9% dels pares i el 36.1% de mares van percebre una adaptació de problemes amb un lideratge igualitari i una disciplina democràtica. A la taula 27 es pot comprovar el que acabem d'assenyalar.



Taula 27  
*Freqüències del factor 6 dels tres subgrups control*

FACTOR 6 Adaptació als problemes	FILL		MARE		PARE	
	n	%	n	%	n	%
Lideratge autoritari pares Disciplina rígida	1	2.8	2	5.6	1	2.8
Lideratge autoritari amb cert grau d'igualtat	10	27.8	9	25	6	16.7
Lideratge igualitari Disciplina democràtica	18	50	13	36.1	14	38.9
Lideratge limitat i/o equivocat Disciplina parental rebujada	7	19.4	6	16.7	4	11.1
TOTAL	36	100	30	83.3	25	69.4

Arribats en aquest punt, fóra bo comentar els resultats que es van obtenir a través de la prova de Wilcoxon. Així, doncs, tal com vam fer amb el grup experimental, vam elaborar una taula descriptiva dels resultats obtinguts amb la prova de Wilcoxon, la taula 28, per tal de fer-nos ressò dels resultats. Com es pot comprovar a la taula, només un sol resultat va ser estadísticament significatiu, el qual correspon a la comparació entre els 6 factors del fill i els 6 factors de la mare, concretament el factor 1 (sobre els fills) amb una  $p = .013$ .

Taula 28

*Resultats de la prova de Wilcoxon entre els 6 factors del grup control*

Factors	Prova de WILCOXON
FA1FILL-FA1MA	-2.482*
FA2FILL-FA2MA	-1.062
FA3FILL-FA3MA	-1.473
FA4FILL-FA4MA	-1.370
FA5FILL-FA4MA	-.179
FA6FILL-FA6MA	-.716
FA1FILL-FA1PA	-.272
FA2FILL-FA2PA	-1.232
FA3FILL-FA3PA	-.461
FA4FILL-FA4PA	-.816
FA5FILL-FA4PA	-.587
FA6FILL-FA6PA	-.025
FA1PA-FA1MA	-1.807
FA2PA-FA2MA	-.312
FA3PA-FA3MA	-1.232
FA4PA-FA4MA	-.632
FA5PA-FA4MA	-.513
FA6PA-FA6MA	-.821

Nota. \*  $p < .05$ .

Seguint en la mateixa línia, a l'hora de comparar els tres grups mostrals que configuren el grup control a través de la prova de Friedman, es va comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives en cap dels 6 factors. A la taula 29 es pot observar el que acabem d'assenyalar.

Taula 29

*Resultats de la prova de Friedman pel grup control*

6 FACTORS	Prova de Friedman
Factor 1 fill, mare i pare	4.742
Factor 2 fill, mare i pare	2.000
Factor 3 fill, mare i pare	1.829
Factor 4 fill, mare i pare	1.387
Factor 5 fill, mare i pare	.269
Factor 6 fill, mare i pare	.873

Nota.\*  $p < .05$ 

### 6.1.1.3. Comparació entre el grup experimental i control

Per poder comparar les freqüències obtingudes de cada un dels factors per a cada grup mostral, fills, mares i pares del grup experimental i del grup control, vam utilitzar la prova de U de Mann-Whitney. Els resultats obtinguts d'aquesta prova, comparant els joves drogoaddictes i els no drogoaddictes respecte els 6 factors, foren que en el factor 3, 4 i 5 (compromís familiar, creativitat familiar i responsabilitat familiar, respectivament) hi havia diferències estadísticament significatives, amb una  $p = .000$ ,  $.003$  i  $.006$ , respectivament. Per altra banda, quan vam comparar les mares del grup experimental amb les mares del grup control, vam observar que el factor 2 i 3 (separació emocional i compromís familiar) eren estadísticament significatius, amb una  $p = .012$  i  $.005$ , respectivament. Finalment, quan vam comparar els pares del grup de joves drogoaddictes amb els dels no drogoaddictes, només un factor, el 3 (compromís familiar), va resultar estadísticament significatiu, amb una  $p = .002$ . Els resultats restants, fruit de la comparació del grup de fills, mares i pares dels dos grups estudiats, que no van ser estadísticament significatius, es poden trobar a la taula 30.

Taula 30

*Resultats de la prova de U Mann-Whitney entre fills, mares i pares respecte els 6 factors*

	FA1FILL	FA2FILL	FA3FILL	FA4FILL	FA5FILL	FA6FILL
MannWhitney	604.500	609.000	203.000	404.000	417.000	546.500
p	.606	.631	.000*	.003*	.006*	.216
	FA1MA	FA2MA	FA3MA	FA4MA	FA5MA	FA6MA
MannWhitney	395.500	292.000	267.500	422.000	338.500	366.500
p	.391	.012*	.005*	.664	.083	.187
	FA1PA	FA2PA	FA3PA	FA4PA	FA5PA	FA6PA
MannWhitney	284.500	200.500	140.500	285.000	262.500	252.000
p	.947	.055	.002*	.956	.591	.423

Nota.\* p =&lt; .05

En resum, respecte a l'anàlisi feta dels 6 factors volem destacar els punts següents:

#### 1. Grup experimental

- Factor 1 (sobre els fills): Els fills com els pares i mares van percebre una relació amb els fills clara i permeable, amb un 33.3%, un 30.6% i un 33.3%, respectivament.
- Factor 2 (separació emocional): Un 52.8% dels fills van percebre una relació emocional extrema amb una fidelitat familiar absent. En canvi, el 36.1% dels pares i el 55.6% de les mares van percebre una relació emocional pròxima amb una fidelitat familiar elevada.
- Factor 3 (compromís familiar): El 72.2% dels fills, el 27.8% dels pares i el 33.3% de les mares van percebre un compromís familiar baix amb una sensibilitat afectiva poc freqüent.
- Factor 4 (creativitat familiar): Un 52.8% dels fills van percebre una família amb unes negociacions limitades, rígides i estrictes. En canvi, el 25% dels pares i el 33.3% de les mares van percebre-la com una família amb negociacions flexibles.
- Factor 5 (responsabilitat familiar): Els fills i les mares van estar d'acord a percebre una responsabilitat familiar limitada i imposada pels mateixos pares i mares, en concret, el 58.3% i el 38.9%, respectivament. En canvi, el 25%

dels pares van percebre-la amb uns rols estables i creien que es podien compartir.

- Factor 6 (adaptació de problemes): El 50% dels fills van coincidir amb el 30.6% dels pares a puntuar una adaptació de problemes amb un lideratge igualitari i una disciplina democràtica. En canvi, el 38.9% de les mares van puntuar una adaptació amb un lideratge autoritari i amb cert grau d'igualtat.
- La comparació fills-mares va donar estadísticament significativa entre els factors següents: FA1FILL-FA1MA, FA2FILL-FA2MA, FA3FILL-FA3MA i FA4FILL-FA4MA
- La comparació fills i pares va donar estadísticament significativa entre els factors següents: FA2FILL-FA2PA, FA3FILL-FA3PA i FA4FILL-FA4PA.
- La comparació pares i mares no va donar cap puntuació que fos estadísticament significativa
- La comparació intragrupal entre els tres grups, a través de la prova de Friedman, es va comprovar que tenia diferències significatives en 4 dels 6 factors possibles. Concretament, els factors 1, 2, 3 i 4. Resultats molt diferents als que es van obtenir pel grup control, ja que no es va trobar cap resultat estadísticament significatiu en cap dels 6 factors.

## 2. Grup control

- Factor 1 (sobre els fills): Els fills com els pares van percebre una relació amb els fills clara i permeable amb un 38.93% i un 25%, respectivament. En canvi, el 38.9% de les mares van percebre una relació amb els fills més clara i més permeable.
- Factor 2 (separació emocional): Els fills, els pares i les mares van percebre una relació emocional extrema amb una fidelitat absent, concretament el 50%, el 27.8% i el 30.6%, respectivament.
- Factor 3 (compromís familiar): El 33.3% dels joves i el 27.8% dels pares van percebre un compromís familiar emfatitzat preferint les interaccions

afectives. En canvi, el 33.3% de les mares van percebre'l com molt elevat amb fusió i sobredependència.

- Factor 4 (creativitat familiar): Els tres subgrups van coincidir a puntuar una família amb unes negociacions estructurades, fermes i flexibles, en concret el 50% dels joves, el 33.3% de les mares i el 36.1% dels pares.
- Factor 5 (responsabilitat familiar): Altre cop, els tres subgrups van coincidir a percebre que a la responsabilitat familiar predominaven els rols compartits i que estaven elaborats conjuntament, concretament, el 38.9% dels joves, el 27.8% de les mares i el 30.6% dels pares.
- Factor 6 (adaptació de problemes): El 50% dels fills i el 38.9% dels pares i el 36.1% de les mares van percebre una adaptació de problemes amb un lideratge igualitari i una disciplina democràtica.
- La comparació fills-mares, o fills-pares, o bé pares i mares, a través de la prova de Wilcoxon, es va poder comprovar l'existència d'una correlació estadísticament significativa, concretament, el FA1FILL-FA1MA.
- A la comparació intragrupal entre els tres grups, a través de la prova de Friedman, no es va trobar cap resultat estadísticament significatiu en cap dels 6 factors possibles, a diferència del grup experimental en què es van trobar diferències estadísticament significatives en 4 dels 6 factors possibles.

3. Comparació intergrupual: es va poder observar que entre els joves-adults del grup experimental i els del grup control hi havia diferències en la percepció en el factor 3, 4, i 5. Entre els dos grups de mares, les diferències es trobaven en el factor 2 i 3. En canvi, entre els dos grups de pares, només en un sol factor, el factor 3, es van percebre diferències estadísticament significatives.

### 6.1.2. Distribució dels 16 tipus de dinàmica familiar

En el subapartat anterior, hem analitzat els 6 factors que donen informació respecte a diferents àrees de la família, com són: la percepció sobre els fills, la separació emocional, la creativitat familiar, la responsabilitat i el compromís familiar, com també l'adaptació als problemes dins d'una problemàtica determinada, la drogoaddicció d'un/a jove-adult dins de la família i, més concretament, dins el triangle relacional i emocional: fill/a, mare i pare.

Des d'aquesta perspectiva, el que pretenem en aquest subapartat és estudiar els resultats obtinguts respecte a les 16 possibles dinàmiques familiars a partir del Model Circumplex d'Olson, fruit de la combinació dels 6 factors descrits i analitzats en l'apartat anterior. Per fer-ho, vam utilitzar el gràfic del Model Circumplex, figura 5, i una taula descriptiva, taula 31, a fi de poder relacionar la teoria amb el que vam trobar<sup>67</sup>. Abans de presentar aquest gràfic, figura 5, creiem necessari assenyalar que vam optar per la utilització del color com a element per a la diferenciació dels resultats que corresponen al grup experimental i els del grup control. Així, doncs, el vermell representava els resultats del grup experimental i el blau, els resultats del grup control i, dins de cada grup, vam diferenciar fill, mare i pare, amb la inicial de cada paraula, és a dir, F, M i P (fill, mare i pare, respectivament).

Tant a la taula 31 com a la figura 5, podem observar que respecte del grup experimental, la dinàmica que va ser més percebuda per part dels joves va ser l'estructuralment desvinculada (tipus 9) amb un 39%, seguida per la rígidament desvinculada (tipus 13) amb un 30.6% dels joves consumidors. En altres paraules, com es pot observar a la figura 5, aquestes dues dinàmiques familiars se situen dins del Model Circumplex en el quadrant de família moderada i extrema, respectivament.

---

<sup>67</sup> Recordem que al capítol 2 d'aquesta recerca es pot trobar l'explicació teòrica d'aquesta figura.

Pel que fa al grup de mares, la majoria van percebre una dinàmica familiar flexiblement connectada (tipus 7) amb un 30%, seguida per la dinàmica familiar estructuralment desvinculada (tipus 9) amb un 20%. Aquestes dues tipologies de dinàmica familiar es van situar dins del Model Circumplex i van donar lloc al tipus de família equilibrada i moderada, respectivament.

Finalment, els pares del grup experimental van percebre amb un 34.8% una dinàmica familiar estructuralment desvinculada (tipus 9), seguit per un 26% que van percebre una dinàmica familiar flexiblement connectada (tipus 7). Aquestes dades van ser inverses a les obtingudes per les mares, tot i que, situats al Model Circumplex, les vam poder situar dins dels mateixos quadrants respecte del tipus de família percebuda, és a dir, família moderada i equilibrada.

Pel fa al grup control, tal com es pot observar tant a la taula 31 com a la figura 5, els tres subgrups van puntuar dins dels quadrants del Model Circumplex on se situen les 4 tipologies de dinàmica (tipus 6, 7, 10 i 11) que donen lloc al tipus de família equilibrada o sana, excepte el 12% de pares que van puntuar la dinàmica familiar flexiblement aglutinada (tipus 8). Així, doncs, volem destacar que un 27.8% dels joves no consumidors, un 20% de les mares i un 24% dels pares van percebre una dinàmica familiar estructuralment separada (tipus 10), seguit per un 22.2% dels joves i un 20% dels pares que van puntuar una dinàmica familiar flexiblement separada (tipus 6). Finalment, cal destacar que un 23.3% de les mares van percebre-la flexiblement connectada (tipus 7).



Taula 31

*Freqüències dels 16 tipus de dinàmica familiar dels dos grups d'estudi*

Tipologies Dinàmiques familiars	Fill				Mare				Pare			
	Experimental		Control		Experimental		Control		Experimental		Control	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	2.8	0	0	0	0	0	0	1	4.3	0	0
3	0	0	0	0	0	0	2	6.7	0	0	0	0
4	0	0	2	5.6	0	0	1	3.3	0	0	0	0
5	1	2.8	3	8.3	2	6.7	0	0	0	0	1	4
6	1	2.8	8	<b>22.2</b>	0	0	5	<b>16.7</b>	1	4.3	5	<b>20</b>
7	1	2.8	6	<b>16.7</b>	9	<b>30</b>	7	<b>23.3</b>	6	<b>26</b>	4	<b>16</b>
8	0	0	0	0	0	0	2	6.7	0	0	3	12
9	14	<b>39</b>	4	11	6	<b>20</b>	2	6.7	8	<b>34.8</b>	2	8
10	5	14	10	<b>27.8</b>	3	10	6	<b>20</b>	3	13	6	<b>24</b>
11	1	2.8	1	2.8	3	10	2	6.7	1	4.3	2	8
12	0	0	0	0	2	6.7	1	3.3	1	4.3	1	4
13	11	<b>30.6</b>	1	2.8	4	13.3	0	0	1	4.3	1	4
14	1	2.8	0	0	0	0	0	0	1	4.3	0	0
15	0	0	1	2.8	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

*Figura 5.* Distribució de les 16 tipologies de dinàmiques familiars del Model Circumplex tant del grup experimental com al grup control. Vegeu annex.

### 6.1.3. Comparació intragrupal i intergrupals dels 3 tipus de família

En el subapartat anterior, apuntàvem els diferents tipus de família a partir de l'anàlisi feta als 16 tipus de dinàmica familiar que es deriven del model Circumplex, tant en el grup experimental com en el grup control. És, doncs, el moment de fer una anàlisi més exhaustiva d'aquests resultats i comparar-los entre els dos grups d'estudi. A continuació presentem els resultats obtinguts respecte al tipus de família percebuda pels tres subgrups del grup experimental. Seguidament, farem el mateix per al grup control i, per acabar, tal com hem dit anteriorment, farem referència als resultats obtinguts de la comparació dels dos grups.

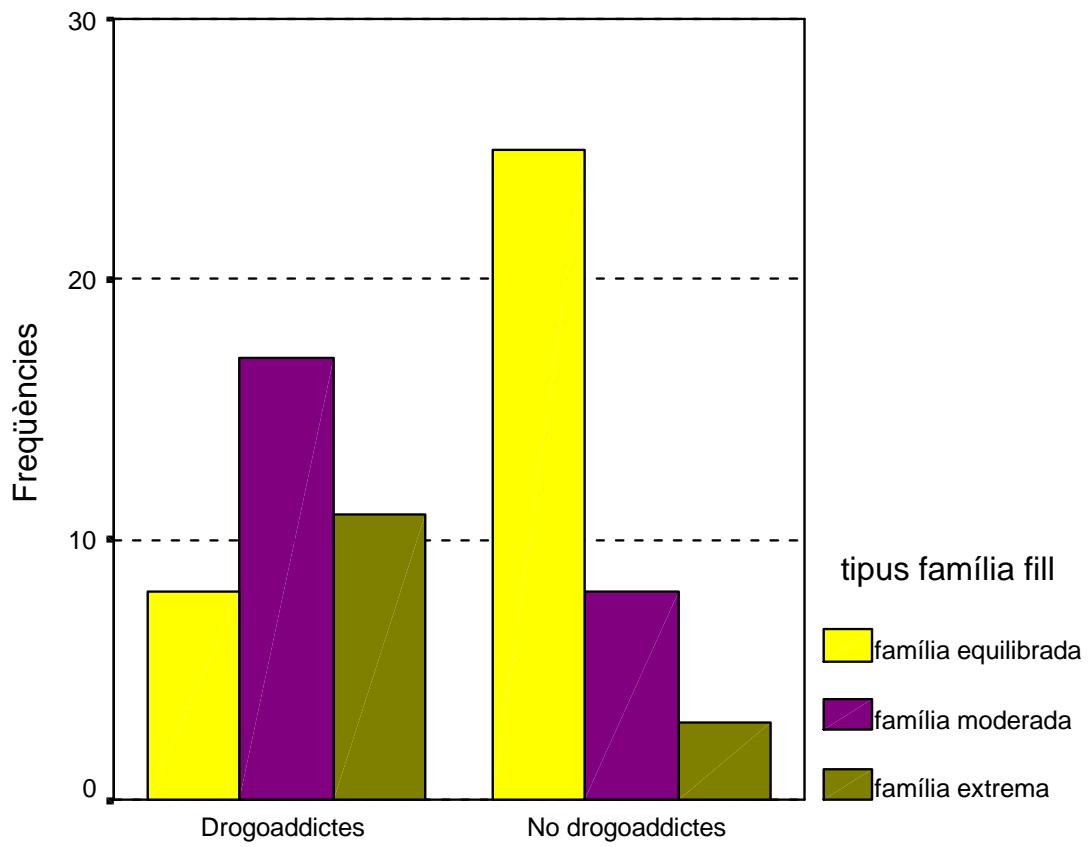
#### 6.1.3.1. Grup experimental

Si ens fixem en la taula 32 i la figura 6,7 i 8, podem comprovar que gairebé la meitat dels joves drogoaddictes i els pares van percebre una família moderada, amb un 47.2% i un 47.8%, respectivament, a diferència de les mares que van ser un 30.6%. Dins d'aquest darrer grup, hem de destacar que un 41.7% de mares i un 47.8% dels pares (gairebé també la meitat) van percebre la família equilibrada, per contra dels joves que va ser un 22.2%. Finalment, volem assenyalar que un 30.6% d'aquests joves van percebre una família extrema, per un 11.1% de mares i un 4.3% de pares.

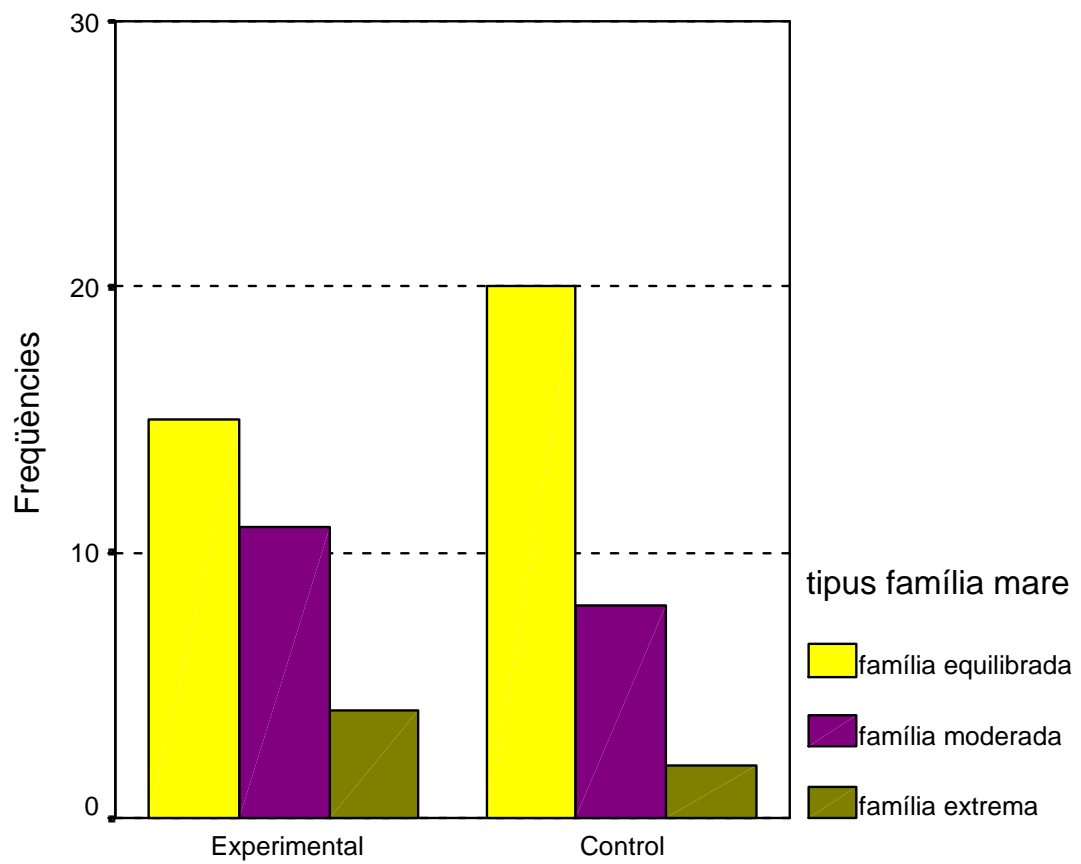
Taula 32

*Freqüències de les tres tipologies de família del grup experimental*

Tipus de família	Fill		Mare		Pare	
	n	%	n	%	n	%
Equilibrada	8	22.2	15	41.7	11	47.8
Moderada	17	47.2	11	30.6	11	47.8
Extrema	11	30.6	4	11.1	1	4.3
Total	36	100	30	100	23	100



*Figura 6*  
 Càlcul freqüencial del tipus de família percebuda pels joves drogoaddictes i no drogoaddictes



*Figura 7*  
Càlcul freqüencial del tipus de família percebuda per les mares del grup experimental i del grup control

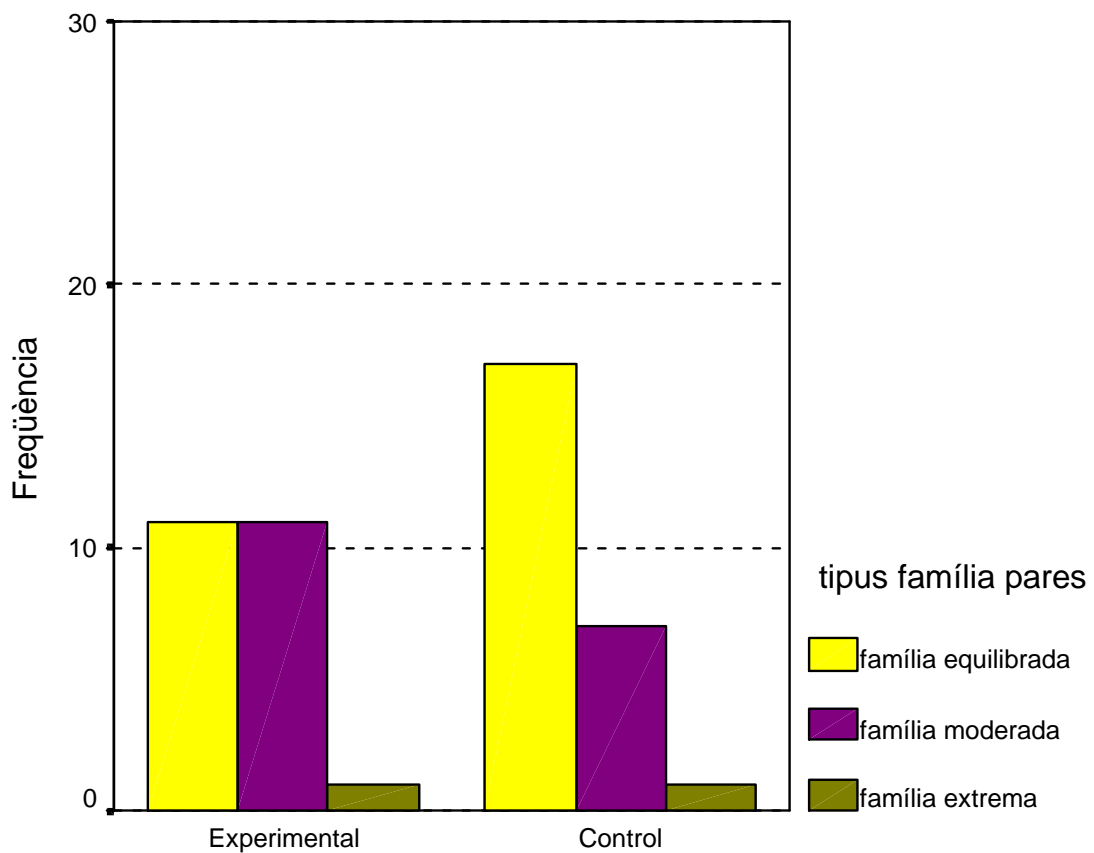


Figura 8

Càlcul freqüencial del tipus de família percebuda pels pares del grup experimental i del grup control

Un cop comparats els resultats obtinguts respecte al tipus de percepció que van tenir els fills drogoaddictes vers el tipus de família amb els resultats trobats amb les mares, o bé amb els pares i, fins i tot, entre les mares i els pares, utilitzant la prova de Wilcoxon, vam observar que era estadísticament significativa la comparació entre les puntuacions del grup pares amb el grup joves/fills consumidors amb una  $p=.05$ , i la comparació entre les puntuacions mares-fills amb una  $p=.027$ . En canvi, no es van observar diferències estadísticament significatives entre pares-mares, amb una  $p=.248$ . A la taula 34 es poden trobar aquests resultats juntament amb els resultats obtinguts amb el grup control.

Ara bé, seguint en la mateixa línia, vam comparar els resultats obtinguts entre els tres grups mostrals del grup experimental, a través de la prova de Friedman, i vam comprovar que entre les tres mostres relacionades sí que podíem parlar de diferències estadísticament significatives, ja que el resultat final de la prova va donar una  $p=.020$ .

### 6.1.3.2. Grup control

Partint de la base del que es va fer pel grup experimental, podem observar a la taula 33 i a les figures 6, 7 i 8, que més de la meitat de fills, mares i pares van percebre una família equilibrada, concretament, un 69.4%, 66.7% i un 68%, respectivament, a diferència del grup experimental. Per altra banda, els tres subgrups van estar d'acord a percebre la família moderada amb un percentatge força semblant o igual, com és el cas dels fills i les mares amb un 22.2% cadascun, i semblant a un 28% dels pares. Cal destacar que el grup de pares coincideix amb el grup experimental en el fet que només un 4% van percebre una família extrema. No podem dir el mateix dels fills, ja que només un 8.3% dels fills no consumidors van percebre una família extrema a diferència del grup experimental que va ser un 30.6%. Igualment passa si ens fixem en el grup de mares, el 5.6% de mares del grup control van percebre una família extrema per contra del 16.7% de mares del grup experimental.

Taula 33  
*Freqüències de les tres tipologies de família del grup control*

Tipus de família	Fill		Mare		Pare	
	n	%	n	%	n	%
Equilibrada	25	69.4	20	66.7	17	68
Moderada	8	22.2	8	22.2	7	28
Extrema	3	8.3	2	5.6	1	4
Total	36	100	30	83.3	25	69.4

Vam comparar els resultats obtinguts respecte al tipus de percepció que tenien els fills vers el tipus de família amb els resultats trobats amb les mares, o bé amb els pares i, fins i tot, entre les mares i els pares, utilitzant la prova de Wilcoxon, i vam observar que no hi havia cap resultat que fos estadísticament significatiu. Així, doncs, la comparació entre les puntuacions del grup de pares i el grup de joves/fills no consumidors, entre el grup de mares i el grup de joves/fills control amb les mares i, finalment, entre el grup de pares i el de les mares no es va trobar cap diferència estadísticament significativa, amb un  $p=.971$ ,  $p=1$  i una  $p=.739$ , respectivament. A la taula 34 es poden trobar aquests resultats juntament amb els resultats obtinguts amb el grup experimental.

Seguint en la mateixa línia, quan es van comparar els resultats obtinguts entre els tres grups mostrals del grup experimental, a través de la prova de Friedman, vam poder observar que les tres mostres relacionades entre si, donaven una  $p=.920$ , per tant, no podíem parlar de diferències estadísticament significatives, com era en el cas del grup experimental.

Taula 34

*Resultats de la prova de Wilcoxon pels dos grups, experimental i control*

Prova de Wilcoxon	Grup experimental	Grup control
Fill – mare	-2.215*	.000
Fill – pare	-2.840*	-.037
Pare – mare	-1.155	-.333

Nota. \*  $p \leq .05$

Finalment, per acabar aquesta anàlisi i comprovar si hi havia diferències estadísticament significatives entregrupals, és a dir, entre el grup experimental i el grup control, respecte a la tipologia de famílies, es va utilitzar la prova no paramètrica, U de Mann-Whitney. D'aquesta manera, vam poder comparar els resultats obtinguts pels joves del grup experimental i els dels joves del grup control, com també els de les mares i els pares d'aquests mateixos dos grups diferents. D'aquestes tres comparacions, la de joves drogoaddictes i no drogoaddictes va donar una  $p=.000$ , per tant, podíem afirmar que hi havia diferències significatives entre els dos grups de joves quant a la percepció del tipus de família. En canvi, vam observar que no hi havia



diferències significatives entre les mares i els pares dels dos grups, essent la  $p=.177$  i  $p=.182$ , respectivament.

En síntesi, respecte a l'anàlisi feta dels 16 tipus de dinàmica familiar i els 3 tipus de família segons el Model Circumplex, volem assenyalar els punts següents:

#### 1. Grup experimental

- Respecte al tipus de dinàmica familiar, cal dir que els joves-adults van percebre una dinàmica familiar estructuralment desvinculada (tipus 9), amb un 39%, seguida per la rígidament desvinculada (tipus 13), amb un 30.6%. Percepció que va coincidir força, tant amb els pares com amb les mares. Concretament, els pares i les mares van coincidir amb els fills a percebre una dinàmica familiar estructuralment desvinculada (tipus 9) amb un 34.8% i un 20%, respectivament. Ara bé, no van coincidir amb la percepció del fill, en el fet que tant les mares com els pares van percebre també, amb un 30% i un 26.1% respectivament, una dinàmica familiar flexiblement connectada (tipus 7).
- Respecte al tipus de família, cal dir que els joves-adults drogoaddictes, els pares i les mares van percebre una família moderada, amb un 47.2%, un 47.8% i un 30.6%, respectivament. Cal assenyalar, però, el 30.6% dels fills que la van percebre extrema.
- La comparació intragupal de dos grups, entre fills-pares, fills-mares i pares-mares respecte a la percepció del tipus de família, va donar com a resultat estadísticament significatiu la comparació fills-pares i fills-mares.
- En la comparació intragrupal dels tres grups, es va poder comprovar que entre les tres mostres relacionades sí que hi havia diferències estadísticament significatives.

## 2. Grup control

- Un 27.8% dels joves-adults no drogoaddictes, un 20% de les mares i un 24% dels pares van percebre una dinàmica familiar estructuralment separada (tipus 10), seguits per un 22.2% dels joves i un 20% dels pares que van puntuar una dinàmica familiar flexiblement separada (tipus 6). En canvi, un 23.3% de les mares van percebre-la flexiblement connectada (tipus 7).
- Quant a la percepció del tipus de família, tant els fills com els pares i les mares van coincidir a percebre una família equilibrada amb un 69.4%, 68% i un 66.7%, respectivament.
- A diferència del grup experimental, no es va trobar cap diferència estadísticament significativa entre les percepcions dels joves-adults i els seus respectius pares i mares, com tampoc entre els pares i les mares.
- En la comparació intragrupal dels tres grups, a través de la prova de Friedman, es va poder observar que entre les tres mostres entre si no hi havia diferències significatives quant a percepció del tipus de família.

## 3. Comparació intergrup

- Quant a les puntuacions del tipus de família, a través de la prova U de Mann-Whitney, es va poder comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre els dos grups, experimental i control, tant per a les mares com per als pares. Contràriament a les puntuacions obtingudes entre els joves-adults drogoaddictes i no drogoaddictes que varen ser estadísticament significatives.

## 6.2. Percepció de l'ajustament diàdic del vincle conjugal

En aquest apartat, parlarem dels resultats obtinguts dels diferents càlculs estadístics realitzats en les diferents àrees d'estudi que es poden fer a la DAS<sup>68</sup>. Així doncs, vam començar analitzant freqüencialment i correlacionalment les quatre subescales que configuren aquest instrument, tant pel grup experimental com pel grup control. Ens referim, a les subescales de cohesió, expressió d'afecte, consens i satisfacció. Seguidament, el pas següent va ser comparar intragrupalment les percepcions respecte l'ajustament diàdic entre l'home i la dona de cada un dels dos grups. I, finalment, el darrer càlcul estadístic va servir per comparar els dos grups respecte a la percepció d'ajustament diàdic a través de la prova de U de Mann-Whitney.

### 6.2.1. Anàlisi freqüencial i correlacional de les 4 subescales de la DAS en els dos grups d'estudi

Tal com apuntàvem anteriorment, en aquest subapartat el que pretenem és descriure els resultats que vam obtenir tant del grup experimental com del grup control respecte a les 4 subescales que configuren globalment la percepció de l'ajustament diàdic del vincle conjugal. Per fer-ho hem dividit aquest subapartat en tres punts. Al primer, hi podem trobar tots els càlculs que vam obtenir del grup experimental. Al segon punt, el mateix que vam fer per al grup experimental, però adaptat al grup control. Finalment, al tercer punt, hi trobem la comparació de les dades obtingudes dels respectius grups a les quatre subescales i la percepció de l'ajustament diàdic, a fi de poder esbrinar l'existència o no de diferències significatives entre els dos grups.

---

<sup>68</sup> Recordem que al capítol 5 es pot trobar una explicació detallada d'aquesta escala.

### 6.2.1.1. Grup experimental

A la taula 35 es poden observar les freqüències que vam obtenir del grup de les dones i del grup dels homes respecte a les 4 subescales, cohesió, expressió d'afecte, consens diàdic i satisfacció diàdica. Respecte a les dades del grup de dones, creiem important assenyalar que el 52.2% van percebre una cohesió entre la parella idealitzada, contràriament al 34.3% que la van percebre satisfactòria i el 13% que la van percebre conflictiva. Si ens fixem en el grup d'homes, també poder afirmar que la majoria d'homes, un 71.4%, també van percebre una cohesió entre la parella idealitzada, contràriament al 23.8%, que la van percebre satisfactòria i el 4.8%, que la van percebre conflictiva.

Quant a la subescala d'expressió d'afecte, podem observar una vegada més, amb un 52.2%, que les dones van percebre que entre la relació de parella hi havia un nivell d'expressió d'afecte idealitzat contràriament al 34.8%, que el van percebre satisfactori i un 13%, conflictiu. Si ens fixem en els homes, no podem dir el mateix. El 30.6% van percebre un nivell d'expressió d'afecte entre la parella satisfactori contràriament al 25%, que el van percebre idealitzat i un 2.8%, conflictiu.

Respecte a la subescala de consens, cal assenyalar que, tant en el grup de dones com en el grup d'homes, la majoria va percebre un nivell de consens satisfactori, amb un 82.6% de les dones i un 81% dels homes.

Finalment, de la subescala de satisfacció diàdica, cal dir que el 56.5% de les dones i el 33.3% dels homes la van percebre satisfactòria per contra del 39.1% de les dones i el 25% dels homes que la van percebre de manera idealitzada.

Taula 35

*Freqüències respecte a les 4 subescales de la DAS pel grup experimental*

Subescales		Dona		Home	
		n	%	n	%
Cohesió	Conflictiva	3	13	1	4.8
	Idealitzada	12	52.2	15	71.4
	Satisfactòria	8	34.8	5	23.8
Expressió d'afecte	Conflictiva	3	13	1	2.8
	Idealitzada	12	52.2	9	25
	Satisfactòria	8	34.8	11	30.6
Consens	Conflictiu	1	4.3	1	4.8
	Idealitzat	3	13	3	14.3
	Satisfactori	19	82.6	17	81
Satisfacció	Conflictiva	1	4.3	0	0
	Idealitzada	9	39.1	9	25
	Satisfactòria	13	56.5	12	33.3
TOTAL		23	100	21	100

Arribats en aquest punt, vam voler saber si hi havia diferències significatives entre el grup d'homes (els pares dels joves drogoaddictes) i el grup de dones (les mares d'aquests joves drogoaddictes) respectes de les puntuacions obtingudes de les quatre subescales. Per fer-ho, vam utilitzar la prova de Wilcoxon, els resultats de la qual no van ser estadísticament significatius per a cap de les subescales estudiades. A la taula 36 podem observar el que acabem de comentar.

Taula 36

*Resultats de la prova de Wilcoxon del grup experimental*

Wilcoxon	Cohesió Dona-Home	Expressió d'afecte Dona-Home	Consens Dona-Home	Satisfacció Dona-Home
Z	0.000	-0.954	0.000	0.000
p	1	.340	1	1

No obstant això, vam comprovar si hi havia correlació entre el mateix grup de dones quant a les puntuacions respecte a les subescales utilitzant la prova del Xi-quadrat de Pearson. En aquest punt, podem dir que només vam trobar una correlació estadísticament significativa entre la subescala de satisfacció i d'expressió d'afecte amb una  $p=.012$ . La resta de resultats correlacionals no significatius es poden observar a la taula 37.

Taula 37

*Resultats de la prova Xi-quadrat entre les subescales del grup experimental de dones*

Subescales	Xi-quadrat
Cohesió-Expressió d'afecte	8.009
Cohesió-Consens	6.248
Cohesió-Satisfacció	2.285
Satisfacció-Expressió d'afecte	12.870*
Consens-Expressió d'afecte	8.437
Consens-Satisfacció	7.244

Nota. \*  $p < .05$ 

Pel que fa al grup d'homes, també es va trobar només una correlació significativa entre la subescala de satisfacció i la d'expressió d'afecte amb una  $p=.019$ . La resta de resultats correlacionals es poden observar a la taula 38.

Taula 38

*Resultats de la prova Xi-quadrat entre les subescales del grup experimental d'homes*

Subescales	Xi-quadrat de Pearson
Cohesió-Expressió d'afecte	3.422
Cohesió-Consens	.714
Cohesió-Satisfacció	2.489
Satisfacció-Expressió d'afecte	7.966*
Consens-Expressió d'afecte	5.316
Consens-Satisfacció	5.147

Nota. \* p = < .05.

### 6.2.1.2. Grup control

Seguint amb les mateixes directius que al punt anterior, el que pretenem en aquest és descriure els resultats obtinguts del grup control respecte a les 4 subescales de la DAS.

Si ens fixem en la taula 39, podem observar que tant els homes com les dones van coincidir en la percepció encara que els percentatges van ser lleugerament diferents. Així, doncs, a la subescala de cohesió, el 84% de les dones i el 88% dels homes van percebre una cohesió idealitzada. Respecte a la subescala d'expressió s'afecte, el 64% de les dones i el 52% dels homes, també van percebre-la idealitzada. En canvi, a la subescala de consens, el 87% de les dones i el 76% dels homes el van percebre de manera satisfactòria. Percepció que va coincidir a la subescala de satisfacció tant per a les dones com per als homes, amb un 52% i un 60%, respectivament.

Taula 39

*Freqüències respecte a les 4 subescales de la DAS pel grup control*

Subescales		Dona		Home	
		n	%	n	%
Cohesió	Conflictiva	1	4	0	0
	Idealitzada	21	84	22	88
	Satisfactòria	3	12	3	12
Expressió d'afecte	Conflictiva	1	4	0	0
	Idealitzada	16	64	13	52
	Satisfactòria	8	32	12	48
Consens	Conflictiu	0	0	1	4
	Idealitzat	3	13	5	20
	Satisfactori	20	87	19	76
Satisfacció	Conflictiva	0	0	0	0
	Idealitzada	13	52	15	60
	Satisfactòria	12	48	10	40
TOTAL		23	100	21	100

Respecte a la prova de Wilcoxon, igual que en el grup experimental, no podem parlar de l'existència de cap correlació estadísticament significativa entre el grup d'homes i el grup de dones. A la taula 40 es pot comprovar aquesta dada.

Taula 40

*Resultats de la prova de Wilcoxon del grup control*

Wilcoxon	Cohesió	Expressió	Consens	Satisfacció
	Dona-Home	d'afecte Dona-Home	Dona-Home	Dona-Home
Z	-0.447	-1.890	-1.342	-0.707
p	.655	.059	.180	.480

Tal com vam fer en el grup experimental, vam comprovar si podíem parlar de l'existència de correlacions entre el mateix grup de dones quant a les puntuacions respecte a les subescales utilitzant la prova de Xi-quadrat. En aquest punt, vam trobar només una correlació que fos estadísticament significativa, entre la subescala de cohesió i la d'expressió d'afecte, amb una  $p=.003$ . La resta de resultats correlacionals es poden observar a la taula 41.



Taula 41

*Resultats de la prova Xi-quadrat entre les subescales del grup control de dones*

Subescales	Xi-quadrat de Pearson
Cohesió-Expressió d'afecte	15.897*
Cohesió-Consens	1.238
Cohesió-Satisfacció	2.116
Satisfacció-Expressió d'afecte	2.862
Consens-Expressió d'afecte	3.264
Consens-Satisfacció	1.342

Nota.\*  $p < .05$ .

Pel que fa al grup d'homes, es van observar, a diferència del grup experimental, dues correlacions estadísticament significatives entre la subescala de consens i la d'expressió d'afecte amb una  $p = .040$ , i entre la subescala cohesió i satisfacció, amb una  $p = .024$ . La resta de resultats correlacionals es poden observar a la taula 42.

Taula 42

*Resultats de la prova Xi-quadrat entre les subescales del grup control d'home*

Subescales	Xi-quadrat de Pearson
Cohesió-Expressió d'afecte	3.693
Cohesió-Consens	1.077
Cohesió-Satisfacció	5.114*
Satisfacció-Expressió d'afecte	3.232
Consens-Expressió d'afecte	6.444*
Consens-Satisfacció	5.263

Nota.\*  $p < .05$ .

### 6.2.1.3. Comparació entre els dos grups, experimental i control quant a les quatre subescales

Volem començar aquest subapartat assenyalant que, una vegada feta la comparació intergrup, a través de la prova de U de Mann-Whitney, vam poder comprovar que no podem parlar de diferències estadísticament significatives entre els dos grups. Per tant, si hi havia diferències entre els dos grups havien de ser degudes a l'atzar i no per la condició de tenir un fill drogoaddicte o no. A la taula que hem elaborat, la taula 43, es pot comprovar el que acabem d'assenyalar.

Taula 43  
*Resultats de la prova de U de Mann-Whitney per a les 4 subescales*

		U de Mann-Whitney	p
Cohesió	Dones	247.500	.311
	Homes	242.500	.522
Consens	Dones	251.500	.647
	Homes	250.500	.712
Satisfacció	Dones	269.500	.671
	Homes	217.500	.252
Expressió d'afecte	Dones	277.500	.813
	Homes	257.500	.9

En síntesi, respecte als càlculs de les 4 subescales, creiem oportú destacar-ne les dades següents:

1. Grup experimental:

- Més de la meitat de dones, el 52.2%, van percebre una cohesió entre la parella idealitzada, contràriament al 34.3%, que la van percebre satisfactòria i un 13%, conflictiva. Quant a la subescala d'expressió d'afecte, podem observar, una vegada més, que un 52.2% de les dones va percebre que entre la relació de parella hi havia un nivell d'expressió d'afecte idealitzat contràriament al 13%, que la van percebre conflictiva
- Més de la meitat d'homes, un 71.4%, va percebre una cohesió entre la parella idealitzada, contràriament al 23.8%, que van percebre-la satisfactòria i un 4.8%, conflictiva. Quant a la subescala d'expressió d'afecte, el 30.6% dels homes la van percebre satisfactòria, contràriament al 2.8%, que la van percebre conflictiva.
- Respecte a la subescala de consens, cal assenyalar que, tant en el grup de dones com en el grup d'homes, la majoria va percebre un nivell de consens satisfactori, amb un 82.6% de dones i un 81% dels homes.
- Finalment, de la subescala de satisfacció diàdica, cal dir que el 56.5% de les dones i el 33.3% dels homes la van percebre satisfactòria, contràriament al 39.1% de les dones i el 25% dels homes, que la van percebre de manera idealitzada.
- En la comparació intragrupal, a través de la prova de Wilcoxon, es va poder comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre les 4 subescales i els dos grups, homes i dones.
- La comparació intragrupal, a través de la prova Xi-quadrat, per tal de poder observar si hi havia correlacions estadísticament significatives entre el grup de dones i les 4 subescales, va donar com a resultat significatiu la correlació entre la subescala satisfacció i expressió d'afecte. Dada que va resultar ser la mateixa per al grup d'homes.

## 2. Grup control

- Més de la meitat de dones i d'homes, el 84% i el 88% respectivament, van percebre una cohesió idealitzada. Respecte a la subescala d'expressió d'afecte, el 64% de les dones i el 52% dels homes també van percebre-la idealitzada. En canvi, a la subescala de consens, el 87% de les dones i el 76% dels homes el van percebre de manera satisfactòria. Percepció que va coincidir en la subescala de satisfacció tant per a les dones com per als homes, amb un 52% i un 60%, respectivament.
- En la comparació intragrupal, a través de la prova de Wilcoxon, es va poder comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre les 4 subescales i els dos grups, homes i dones.
- La comparació intragrupal, a través de la prova Xi-quadrat, per tal de poder observar si hi havia correlacions estadísticament significatives entre el grup de dones i les 4 subescales, va donar com a resultat significatiu la correlació entre la subescala cohesió i expressió d'afecte. Dada que va resultar ser diferent en el grup d'homes. Concretament, es va comprovar que hi havia dues correlacions estadísticament significatives en aquest grup: a) entre les subescales de cohesió i satisfacció, i b) entre consens i expressió d'afecte.

## 3. Comparació intergrup

- A través de la prova U de Mann-Whitney, es va comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre els dos grups, experimental i control, en cap de les 4 subescales.

## 6.2.2. Anàlisi freqüencial i correlacional vers la percepció de l'ajustament diàdic en els dos grups d'estudi

En el subapartat anterior, assenyalàvem tots els resultats obtinguts quant a les subescales de la DAS tant del grup experimental com del grup control. Arran de tot això, creiem que ara és el moment de parlar de tots aquells resultats obtinguts respecte de l'ajustament diàdic<sup>69</sup>. Per fer-ho, hem dividit aquest subapartat en tres parts. La primera fa referència a tots aquells resultats respecte del grup experimental; la segona, respecte del grup control, i, finalment, la tercera, respecte a la comparació entre els dos grups. Així, doncs, passem a comentar cada un d'aquests punts.

### 6.2.2.1. Càlcul freqüencial i correlacional del grup experimental

Tal com apuntàvem fa un moment, el que pretenem en aquest punt és analitzar totes aquelles dades obtingudes respecte a l'ajustament diàdic percebut pel grup de dones i homes del grup experimental. A la taula 44, podem destacar que el 56.5%, més de la meitat de les dones, van percebre un ajustament diàdic conjugal idealitzat, per contra del 39.1%, que el van percebre equilibrat. Respecte als homes, també més de la meitat, el 57.1%, van percebre un ajustament diàdic idealitzat, per contra del 42.9%, que el van percebre equilibrat.

Taula 44

*Freqüències vers l'ajustament diàdic del grup experimental*

Subescales		Dona		Home	
		N	%	N	%
Ajustament diàdic	Conflictiu	1	4.3	0	40
	Idealitzat	13	56.5	12	57.1
	Equilibrat	9	39.1	9	42.9
TOTAL		23	100	21	100

Vam utilitzar la prova de Wilcoxon per comparar el grup de dones i homes respecte de l'ajustament diàdic, i el resultat obtingut va ser estadísticament no significatiu, amb una  $p=.317$ . Per tant, no hi havia diferències estadísticament significatives entre els homes i les dones del grup experimental.

### 6.2.2.2. Càlcul freqüencial i correlacional del grup control

Seguint en la mateixa línia que al punt anterior, l'objectiu d'aquest punt és analitzar totes aquelles dades obtingudes respecte a l'ajustament diàdic percebut pel grup de dones i homes del grup control. A la taula 45, podem destacar que cap dona ni cap home va percebre un ajustament diàdic conflictiu. Per altra banda, en el grup de dones, cal destacar que gairebé la meitat de les dones, el 47.8%, va percebre un ajustament diàdic idealitzat (recordem que al grup experimental era més de la meitat), i més de la meitat, concretament el 52.2%, el van percebre equilibrat. Respecte als homes, també més de la meitat, el 64%, va percebre un ajustament diàdic idealitzat, per contra del 36%, que el van percebre equilibrat.

Taula 45  
*Freqüències vers l'ajustament diàdic del grup control*

Subescales		Dona		Home	
		n	%	n	%
Ajustament diàdic	Conflictiu	0	0	0	0
	Idealitzat	11	47.8	16	64
	Equilibrat	12	52.2	9	36
TOTAL		23	100	25	100

En comparar la puntuació d'ajustament diàdic entre els homes i les dones, utilitzant la prova Wilcoxon, vam poder comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre aquests dos grups, amb una  $p=.180$ .

<sup>69</sup> Recordem que aquest és fruit de la puntuació global de les quatre subescales que configuren la DAS.

### 6.2.2.3. Comparació intergrupal de l'ajustament diàdic

Per acabar l'estudi de la DAS, el que pretenem amb aquest subapartat és comentar els resultats que vam obtenir a partir de la comparació entre el grup experimental i el grup control vers la percepció de l'ajustament diàdic del vincle conjugal. Per fer-ho, vam utilitzar la prova de U de Mann-Whitney tant per a la comparació dels grups de dones, experimental i control, com per al grup d'homes, experimental i control. Seguint en la mateixa línia dels altres apartats anteriors, vam elaborar una taula descriptiva, la taula 46, on es pot comprovar que tant entre les dones com entre els homes, no hi ha diferències significatives entre les percepcions.

Taula 46

*Resultats de la prova de U de Mann-Whitney entre el grup dones i homes vers l'ajustament diàdic*

<b>Ajustament diàdic</b>		
	Dones	Homes
U de Mann-Whitney	224.500	244.500
p	.314	.639

En resum, sobre la percepció de l'ajustament diàdic, cal destacar-ne els resultats següents:

#### 1. Grup experimental

- Més de la meitat de les dones, el 56.5%, va percebre un ajustament diàdic conjugal idealitzat, contràriament al 39.1%, que el van percebre equilibrat i el 4.3%, conflictiu.
- Més de la meitat d'homes, el 57.1%, va percebre un ajustament diàdic idealitzat, contràriament al 42.9%, que el van percebre equilibrat.
- En la comparació intragrupal, a través de la prova de Wilcoxon, es va poder comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre els homes i les dones.

## 2. Grup control

- Més de la meitat de dones, el 52.2%, va percebre un ajustament diàdic conjugal equilibrat, contràriament al 47.8%, que el van percebre idealitzat.
- Més de la meitat d'homes, el 64%, va percebre un ajustament diàdic conjugal idealitzat, contràriament al 36%, que el van percebre equilibrat.
- Cap dels dos grups van percebre un ajustament diàdic conflictiu.
- En la comparació intragrupal, a través de la prova de Wilcoxon, es va poder observar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre els dos grups.

## 3. Comparació intergrup

- A través de la prova U de Mann-Whitney, es va comprovar que no hi havia diferències estadísticament significatives entre els dos grups, experimental i control.



### 6.3. Percepció del vincle parental

Com ja hem explicat a l'apartat 5.2, per poder recollir la percepció del vincle parental percebut per part dels nois/es, es va utilitzar el PBI. Recordem, que aquest instrument té dues versions, l'ortodoxa i l'actual. A fi de poder observar si hi ha hagut algun tipus de canvi de percepció abans i després dels 16 anys, edat que Parker (1979) va considerar essencial pel canvi de cicle vital, l'entrada en l'etapa de la joventut, que, com hem vist en altres apartats, és quan la majoria de joves consumidors ja han tingut els seus primers consums.

Per una banda, hem cregut necessari començar descrivint els càlculs fets de les dues subescales que configuren la percepció del vincle parental, cures (CUR) i protecció (PRO), tant en la versió ortodoxa (abans dels 16 anys) com l'actual (després dels 16 anys), referides al grup de pares i al grup de mares. Així, doncs, en total, farem referència als resultats correlacionals obtinguts entre cadascuna de les vuit subescales generades per les dues versions del PBI. Per altra banda, en un altre subapartat, es parlarà dels resultats obtinguts en la comparació intergrup al entre el grup experimental i el grup control vers les subescales esmentades anteriorment.

Finalment, en un tercer subapartat, parlarem de les dades recollides respecte a la percepció, tant dels joves drogoaddictes com no drogoaddictes, respecte del vincle parental referent tant a la mare com al pare. Per tal de facilitar-ne la comprensió i evitar caure en una confusió de dades, hem trobat adequat elaborar unes taules descriptives de dues entrades (taula 51 i 52). Una entrada correspon a l'estat de salut dels joves (drogoaddictes i no drogoaddictes) i l'altra entrada correspon a la freqüència percebuda (amb el seu percentatge corresponen) del vincle parental tant de la versió ortodoxa com de l'actual pel que fa a la mare i al pare. Així, doncs, de les dues taules elaborades, una correspon al vincle parental percebut per part dels joves consumidors o no consumidors pel que fa a la mare, taula 51, i l'altra taula, la taula 52, correspon als resultats que vam obtenir sobre el vincle parental percebut referits al pare per part dels joves consumidors i no consumidors. Tot això, ho hem acompanyat de dos gràfics de coordenades, per tal de distribuir per quadrants els diferents vincles parentals percebuts, figures 9 i 10.

I dins del darrer subapartat, també assenyalarem les dades que van sorgir fruit de la comparació intergrup, grup experimental i control, amb l'objectiu de comprovar si hi havia diferències significatives quant a la percepció dels vincles parentals entre els joves-adults consumidors i els no consumidors en les dues versions del PBI.

### 6.3.1. Correlacions de les cures (CUR) i protecció (PRO) en els dos grups d'estudi

Si ho desglossem en les dues dimensions que mesura el PBI a través de les seves dues subescales, cures i protecció, podem observar resultats significatius per als objectius de l'estudi. A nivell correlacional, hem utilitzat la Xi-quadrat de Pearson per tal de relacionar intragrupalment els resultats de cada subescala, CUR i PRO, tant referent a la percepció quant a la mare com al pare, abans i després dels 16 anys, versió ortodoxa i actual, respectivament.

Pel que fa a les correlacions de CUR i PRO del grup experimental en les dues formes de PBI, l'ortodoxa i l'actual, es va observar que, de les 12 possibles, no n'hi havia cap que fos estadísticament significativa. A la taula 47, podem observar tots aquests resultats.

Taula 47

*Correlació CUR i PRO del grup experimental a través de la Xi-quadrat de Pearson*

Correlació CUR i PRO mare i pare ortodoxa i actual	Xi-quadrat
CUMA-CUMD	3.504
POMA-POMD	.934
CUPA-CUPD	3.366
POPA-POPD	2.671
CUMA-CUPA	.127
CUMD-CUPD	3.523
POMA-POPA	1.176
POMD-POPD	.349
CUMA-POMA	1.716
CUPA-POPA	.006
CUMD-POMD	.525
CUPD-POPD	.249

Nota. \*  $p < .05$ .

Respecte a les correlacions del grup control, es pot observar que, a diferència del grup experimental, es van trobar en total 8 correlacions significatives entre les 12 esperades. Concretament, van ser les següents: a) cures mare abans dels 16 anys (CUMA) i cures mare després dels 16 anys (CUMD), amb una  $p=.003$ ; b) protecció mare abans dels 16 anys (POMA) i protecció mare després dels 16 anys (POMD), amb una  $p=.008$ ; c) cures pare abans dels 16 anys (CUPA) i cures pare després dels 16 anys (CUPD), amb una  $p=.008$ ; d) cures mare abans dels 16 anys (CUMA) i cures pare abans dels 16 anys (CUPA), amb una  $p=.004$ ; e) protecció mare abans dels 16 anys (POMA) i protecció pare abans dels 16 anys (POPA), amb una  $p=.000$ ; f) cures mare abans dels 16 anys (CUMA) i protecció mare abans dels 16 anys (POMA), amb una  $p=.011$ ; g) cures mare després dels 16 anys (CUMD) i protecció mare després dels 16 anys (POMD), amb una  $p=.017$ , i finalment, h) cures pare després dels 16 anys (CUPD) i protecció

pare després dels 16 anys (POPD), amb una  $p=.047$ . A la taula 48 es poden observar tots aquests resultats i els que no van ser estadísticament significatius.

Taula 48

*Correlació CUR i PRO del grup control a través de la Xi-quadrat de Pearson*

Correlació CUR i PRO mare i pare ortodoxa i actual	Xi-quadrat
CUMA-CUMD	9.028*
POMA-POMD	7.044*
CUPA-CUPD	6.945*
POPA-POPD	2.421
CUMA-CUPA	8.241*
CUMD-CUPD	3.696
POMA-POPA	14.435*
POMD-POPD	2.728
CUMA-POMA	6.443*
CUPA-POPA	.274
CUMD-POMD	5.707*
CUPD-POPD	3.940*

Nota. \*  $p \leq .05$ .

En resum, hem pogut observar que en el grup experimental podem parlar de 0 correlacions significatives entre les 12 d'esperades, mentre que per al grup control n'hem observat 8 de significatives de les 12 d'esperades.

### 6.3.2. Comparació intergrupals entre les cures i la protecció

Per poder saber si hi ha diferències significatives intergrupals, vam utilitzar la prova U de Mann-Whitney. D'aquesta manera, podríem saber si hi havia diferències significatives entre els dos grups mostrals quant a aquestes dues dimensions, cures i protecció.

A la taula 49, podem comprovar que vam trobar 3 de les 4 correlacions estadísticament significatives en la versió ortodoxa. Concretament, la percepció de cures del pare abans dels 16 anys (CUPA), la protecció de la mare abans dels 16 anys (POMA) i, finalment, la protecció del pare abans dels 16 anys (POPA). Per tant, hi havia diferències estadísticament significatives entre la percepció dels joves drogoaddictes i no drogoaddictes pel que fa a les cures i protecció dels seus pares i de les seves mares.

Taula 49

*Resultats de la prova U de Mann-Whitney de la versió ortodoxa del PBI*

Cures i protecció tant de la mare com del pare abans dels 16 anys	Prova U de Mann-Whitney
CUMA	558.000
CUPA	480.500*
POMA	357.500*
POPA	402.500*

Nota. \*  $p \leq .05$ .

Respecte a la versió actual, vam obtenir que totes les correlacions esperades, quatre, van ser estadísticament significatives. Concretament, les cures de la mare després dels 16 anys (CUMD), les cures del pare després dels 16 anys (CUPD), la protecció de la mare després dels 16 anys (POMD) i, la darrera, la protecció del pare després dels 16 anys (POPD). Així, doncs, hi havia diferències estadísticament significatives entre la percepció dels joves drogoaddictes i no drogoaddictes pel que fa a les cures i la protecció de les seves mares i dels seus pares. A la taula 50 es poden trobar esquemàticament els resultats que acabem d'assenyalar.

Taula 50

*Resultats de la prova U de Mann-Whitney de la versió actual del PBI*

Cures i protecció tant de la mare com del pare després dels 16 anys	Prova U de Mann-Whitney
CUMD	351.500*
CUPD	346.500*
POMD	303.000*
POPD	363.000*

Nota. \*  $p \leq .05$ .

### 6.3.3. Distribució per quadrants i comparació intergrupal

Vam optar per començar a comprovar la hipòtesi, segons la qual els joves-adults drogoaddictes situarien el vincle amb els/les pares/mares al quadrant “vincle control sense afecte” (recordem que significa protecció alta i cures baixes), a diferència del grup control, que la majoria el situarien al quadrant “vincle òptim”. Vegem-ne, primerament, els resultats que vam obtenir del grup experimental i el grup control, a través de taules de freqüència, 51 i 52.

Taula 51

*Freqüència dels vincles parentals percebuts de la versió ortodoxa i actual del PBI dels joves drogoaddictes i els no drogoaddictes vers la mare*

Vincles parentals	Drogoaddictes				No drogoaddictes			
	Ortodoxa		Actual		Ortodoxa		Actual	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vincle òptim	0	0	2	5.6	14	38.9	19	52.8
Vincle amb control sense afecte	18	50	23	63.9	11	30.6	6	16.7
Vincle dèbil o absència de vincle	5	13.9	9	25	6	16.7	11	30.6
Vincle amb afecte controlat	13	36.1	1	2.8	4	11.1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

A la taula 51, podem observar que la meitat dels joves drogoaddictes van percebre un vincle amb la mare, abans dels 16 anys, de control sense afecte, per contra del 30.6% dels joves no drogoaddictes. Per altra banda, cal assenyalar que el 36.1% dels joves consumidors van puntuar un vincle amb la mare amb afecte controlat, per contra del 11.1% dels joves no consumidors. Respecte a aquest darrer grup, cal destacar que el 38.9% va percebre un vincle òptim amb la seva mare abans dels 16 anys, tot al contrari del grup de joves consumidors, en què cap d'ells va puntuar aquest tipus de vincle

Respecte al vinde actual amb la mare, cal assenyalar que més de la meitat dels joves drogoaddictes, concretament el 63.9%, va percebre un vinde amb la seva mare de control sense afecte, a diferència del grup control, que va representar el 16.7%. Una altra dada que creiem interessant, és el fet que el 25% dels joves del grup experimental va percebre un vinde amb la mare dèbil o absent, per contra del 30.6% del grup de joves control. En canvi, el vinde amb afecte controlat disminueix en els dos grups, essent només un 1% del grup experimental i inexistent en el grup control. En aquest darrer grup, destacar que, a la versió actual, la percepció de vinde òptim amb la mare augmenta, essent el 52.9% dels joves que el van puntuar, per tant, més de la meitat. En canvi, només un 5.6% dels joves del grup experimental va percebre aquest vinde òptim.

Si enlloc de parlar del vinde vers la mare, parlem del vinde vers el pare, hem de destacar diferents elements que es poden observar a la taula 51. En aquesta podem comprovar que el vinde més puntuat en la versió ortodoxa va ser el vinde amb control sense afecte i el vinde òptim, amb un 55.6% pel grup de joves consumidors i el 27.8% pel grup de joves no consumidors. Una altra dada que creiem important a destacar és que un 27.8% dels joves del grup experimental va percebre un vinde amb el seu pare d'afecte controlat, una puntuació que va ser molt semblant al grup control, concretament el 25%. Finalment, els vincles menys puntuats van ser el vinde òptim, amb un 2.8% dels joves del grup experimental, i el vinde dèbil o absent, amb un 16.7% dels joves del grup control

Per altra banda, cal assenyalar que a la versió actual, el vinde que van puntuar més els joves consumidors vers el seu pare va continuar essent el vinde amb control sense afecte, amb un 47.2%, per tant, una mica menys de la meitat (a diferència de la versió ortodoxa). Dins del mateix grup, vam poder comprovar que van disminuir els joves que van puntuar un vinde amb afecte controlat, essent un 11.1% (recordem que a la versió ortodoxa era un 27.8%) i va augmentar la percepció de vinde dèbil o absent amb un 22.2% (a la versió ortodoxa era un 11.1%) i de vinde òptim, amb un 11.1% (a la versió ortodoxa era el 2.8%).



Finalment, si ens fixem en la taula 52, el grup de joves no drogoaddictes a la versió actual va augmentar gairebé la meitat la percepció de vincle òptim amb el pare, concretament un 47.2%. Una dada que creiem interessant a destacar és que vam poder comprovar una disminució de joves no consumidors respecte als altres tres vincles restants, concretament un 19.4%, un 16.7% i un 8.3%, respectivament.

Taula 52

*Freqüència dels vincles parentals percebuts de la versió ortodoxa i actual del PBI dels joves drogoaddictes i els no drogoaddictes vers el pare*

Vincles parentals	Drogoaddictes				No drogoaddictes			
	Ortodoxa		Actual		Ortodoxa		Actual	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vincle òptim	1	2.8	4	11.1	10	27.8	17	47.2
Vincle amb control sense afecte	20	55.6	17	47.2	9	25	7	19.4
Vincle dèbil o absència de vincle	4	11.1	8	22.2	7	19.4	6	16.7
Vincle amb afecte controlat	10	27.8	4	11.1	9	25	3	8.3
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Quant a la distribució per quadrants, com ja hem assenyalat anteriorment, podem situar gràficament, segons els eixos de cures i protecció<sup>70</sup>, els diferents vincles percebuts, ja sigui de la versió ortodoxa de l'actual vers la mare i el pare. Com hem assenyalat anteriorment, per fer-ho, hem elaborat la figura 9 i 10, on es poden comprovar a simple vista els vincles més puntuats i que corroboren tot el que hem estat comentant anteriorment.

<sup>70</sup> A la figura 4 es pot trobar aquest mateix eix de coordenades teòric seguint Parker i coll. (1979).

Vincle amb control sense afecte		Vincle amb afecte controlat	
Protecció alta			
X=18	Y=20	X=13	Y=10
Ó=11	Ý=9	Ó =4	Ý=9
Cures baixes		Cures altres	
X=5	Y=4	X=0	Y=1
Ó=6	Ý=7	Ó=14	Ý=10
Vincle dèbil o absència de vincle		Vincle òptim	
Protecció baixa			

X =mare experimental  
Y= pare experimental  
Ó= mare control  
Ý= pare control

Figura 9. Vincles parentals de la versió ortodoxa tant del grup experimental com del grup control

Vincle amb control sense afecte		Vincle amb afecte controlat	
Protecció alta			
X=23	Y=17	X=1	Y=4
Ó=6	Ý=7	Ó=0	Ý=3
Cures baixes		Cures altres	
X=9	Y=8	X=2	Y=4
Ó=11	Ý=6	Ó=19	Ý=17
Vincle dèbil o absència de vincle		Vincle òptim	
Protecció baixa			

X = mare experimental  
Y = pare experimental  
Ó = mare control  
Ý = pare control

Figura 10. Vincles parentals de la versió actual tant del grup experimental com del grup control

Així, doncs, quant als drogoaddictes, cal assenyalar que el vincle més puntuat vers la mare va ser el vincle amb control sense afecte (50%) de la forma ortodoxa i un 63.9 % de la forma actual, seguit pel vincle amb afecte controlat (36.1%) de la forma ortodoxa i el vincle dèbil o absent (25%) de la forma actual. Quant als no drogoaddictes, cal destacar que van percebre majoritàriament un vincle òptim (38.9%) amb la mare de la versió ortodoxa, seguit pel vincle amb control sense afecte (30.6%). Respecte a la forma actual, es va observar que el vincle òptim seguia essent el més puntuat (52.8%).

Així, doncs, com a síntesi de tot aquest apartat, destacariem els resultats següents:

#### 1. Grup experimental

- El vincle més percebut en la versió ortodoxa vers la mare va ser el vincle amb control sense afecte, amb un 50%, seguit pel vincle amb afecte controlat, amb un 36.1% dels joves.
- El vincle més percebut en la versió ortodoxa vers el pare va ser el vincle amb control sense afecte, amb un 55.6%, seguit pel vincle amb afecte controlat, amb un 27.8% dels joves.
- El vincle més puntuat en la versió actual vers la mare va ser el vincle amb control sense afecte, amb un 63.9%, seguit pel vincle dèbil o absent, amb un 25% dels joves.
- El vincle més percebut en la versió actual vers el pare va ser el vincle amb control sense afecte, amb un 47.2%%, seguit pel vincle dèbil o absent, amb un 22.2% dels joves.

#### 2. Grup control

- El vincle més percebut en la versió ortodoxa vers la mare va ser el vincle òptim, amb un 38.9%, seguit pel vincle amb control sense afecte, amb un 30.6% dels joves.

- El vincle més percebut en la versió ortodoxa vers el pare va ser el vincle òptim, amb un 27.8%, seguit pel vincle amb control sense afecte i el vincle amb afecte controlat, amb un 25% dels joves en els dos vincles
- El vincle més puntuat en la versió actual vers la mare va ser el vincle òptim, amb un 52.8%, seguit pel vincle dèbil o absent, amb un 30.6% dels joves.
- El vincle més percebut en la versió actual vers el pare va ser el vincle òptim, amb un 47.2%, seguit del vincle amb control sense afecte, amb un 19.4% dels joves.

### 3. Comparació intergrupala de les subescales i dels vincles

- En la versió ortodoxa, hi havia diferències estadísticament significatives entre la percepció dels joves drogoaddictes i no drogoaddictes vers les cures i la protecció dels seus pares i la protecció de les seves mares.
- En la versió ortodoxa, no hi havia diferències estadísticament significatives entre la percepció del grup experimental i del grup control vers les cures de les seves mares.
- En la versió actual, hi havia diferències estadísticament significatives entre la percepció dels joves drogoaddictes i no drogoaddictes vers les cures i la protecció de les seves mares i dels seus pares.

## 7. Discussió

Nada es verdad o es mentira,  
todo es según el color del cristal con que se mira

A l'apartat anterior descrivíem, a través de tres apartats diferents, tots els resultats obtinguts dels tres qüestionaris utilitzats en aquesta recerca, la CAF, la DAS i el PBI. Així, doncs, el que pretenem en aquest bloc és discutir, reflexionar, comparar i transmetre tot allò que ens han suscitat les dades a partir de la teoria i la revisió bibliogràfica realitzada. Per aquesta raó hem dividit aquest bloc en quatre apartats. El primer apartat fa referència a les dades sociodemogràfiques recollides a través del qüestionari elaborat específicament per a aquest estudi, tant per al grup experimental com per al grup control<sup>71</sup>. Seguidament, en el segon apartat, es comenta tot allò que ens han suggerit les dades recollides de la CAF en els dos grups estudiats. I, seguint amb aquesta línia, als dos darrers apartats es descriuen els comentaris i reflexions tant de la DAS com del PBI, lògicament també entre els dos grups d'estudi.

Abans de passar a analitzar apartat per apartat, creiem oportú assenyalar, des d'un bon començament, que els instruments utilitzats per recollir les dades, la CAF, la DAS i el PBI, han estat útils i ens han permès dur a terme els objectius que ens havíem plantejat des d'un inici i confirmar o no les nostres subhipòtesis. En aquest sentit, són instruments que ens han donat la possibilitat de fer un estudi quantitatiu amb la flexibilitat i adequació de fer una interpretació qualitativa. És, sens dubte, una de les condicions que valorem més; ja que hem pogut comprovar la dificultat de trobar estudis quantitius que fessin servir una òptima sistèmica-relacional sense caure en reduccionismes i en una interpretació lineal. A més, aquest material ens ha permès conèixer i descriure, però, a més a més, ens ha brindat la possibilitat de reflexionar sobre possibles noves línies d'actuació tant en la pràctica clínica com en la prevenció.

---

<sup>71</sup> A l'annex 1 es pot trobar un model d'aquest qüestionari.

També cal assenyalar que podríem haver optat per un disseny que explorés aquelles dades que ens donessin informació molt més detallada sobre el què, el qui, el com, el perquè i el quan de les drogodependències en aquests joves a partir d'una metodologia qualitativa i amb un mètode d'estudi de casos o històries de vida. En aquest sentit, ens proposem continuar treballant en aquesta línia perquè pensem que cal anar aprofundint sobre el que succeeix dins de les famílies, en definitiva, quina és la història familiar que es construeix i què opina cada un dels membres del sistema familiar. Des d'aquesta òptica, esdevé imprescindible conèixer qui fa què, a qui, quan i amb quina finalitat, dins del context familiar determinat. És a dir, passar del per què al com. I a partir d'aquí, poder ajudar els seus membres a ser conscients de les seves decisions, de les implicacions i repercussions relacionals d'aquestes, per tal de poder optimitzar i, en últim terme, aconseguir que les intervencions terapèutiques ajudin els membres del sistema familiar a aprendre a construir una nova història familiar que impliqui que tots hi guanyin i que cap hi perdi.

## 7.1. Dades sociodemogràfiques

La primera dada que volem assenyalar fa referència al fet que la majoria de joves estudiats tenen una mitjana d'edat de 24 anys, dada que coincideix amb estudis revisats (Cancrini i Massoni, 1993; Cirera i Molins, 1993; Rodríguez i Sanz, 1987; Vecino, 1990; Vilaregut i col·l., 2000). Volem recordar que a causa de la tècnica utilitzada per escollir la mostra del grup control, la tècnica d'aparellament, la mitjana d'edat ha coincidit en els dos grups estudiats, el grup experimental i el grup control.

Pel que fa al nivell d'instrucció d'aquests joves, cal destacar que ha estat superior a l'esperat ja que en força articles, ja sigui en mostres extretes en població espanyola o catalana (Cirera i Molins, 1993; Jiménez i Revuelta, 1991; Espina i col·l. 1995; Vecino, 1990) com mostres de població europea (Cancrini, 1987; Cirillo i col·l., 1993) i americana (Kaufman, 1980; Friedman i col·l., 1991; Malkus, 1994; Stanton i Todd, 1979), la majoria dels drogoaddictes estudiats tenien un nivell d'estudis de Certificat escolar o un equivalent. En el nostre estudi, la majoria de joves estudiats havien superat en escriure aquest nivell, concretament el 28% afirmaven tenir un nivell de Graduat escolar, el 14% havien obtingut el BUP, un 14% més havien arribat a superar el COU, un 8% d'aquests havien aconseguit la formació professional completa i, finalment, un 3% havien assolit el nivell de diplomatura.

S'observa també que les dades referents al nivell d'estudis dels pares i mares és força elevat. Així, doncs, el 31.2% dels pares tenien estudis universitaris o havien acabat el COU, a diferència de les mares que cap havia aconseguit un títol universitari, però sí que el 16.7% havia acabat el COU. Finalment, cal destacar que el 20% de mares i el 17.9% dels pares tenia el BUP acabat. Malgrat tot, encara es van trobar nivells d'analfabetisme en un 6.7% (n=2) de les mares.

Seguint amb la darrera dada esmentada en el punt anterior, cal dir que va ser contrastada amb la resta d'informació recollida i es va poder comprovar que les dues dones analfabetes pertanyien a dues de les quatre famílies de classe social baixa del nostre estudi i que provenien del centre Proyecto Hombre. Aquest resultat, ens remet a dues dades que creiem que es troben



relacionades entre si. Per una banda, el fet que 2 dels 5 centres col·laboradors siguin centres de tractament plenament privats, com són el CAT i el CITA, té com a conseqüència que per poder tenir un fill en tractament s'hagi de pagar una quota mensual força elevada, no apta, per tant, per a sous mitjans-baixos. I, per altra banda, el fet de tenir una mostra del 52.1% que pertany a un nivell NSE alt o molt alt i un 35.5% que té un NSE mitjà, des del nostre punt de vista, s'ha d'interpretar que la majoria tenen uns estudis i uns coneixements suficientment elevats com per aconseguir uns sous força o molt elevats. No es pot dir el mateix en el cas de les famílies amb un membre analfabet. Si comparem aquests resultats amb altres estudis en què la mostra s'extreu de població espanyola, s'observa que la majoria de famílies tenien un NSE mitjà-baix i el nivell d'instrucció no arriba a ser tan elevat (Ayerbe i col·l., 1997; Cirera i Molins, 1993; Jiménez-Revuelta, 1991; Vecino, 1990).

Així, doncs, aquesta informació ajuda que ens adonem que el fenomen de les drogodependències no es troba únicament en famílies multiproblemàtiques amb un NSE mitjà-baix o baix, sinó que s'està davant d'una problemàtica que té a l'abast tots els estrats socioeconòmics. Com assenyalava Streeter i Flankin (1991), ni el NSE ni el nivell acadèmic es poden definir com a problemàtiques essencials per als joves drogoaddictes de classe social mitjana, sinó, més aviat, els problemes seriosos de comportament i familiars.

Continuant amb les dades sobre el NSE, cal assenyalar que, a diferència de l'estudi de Sterk (1997), que afirma que la raó per la qual és difícil trobar estudis amb mostres amb un NSE alt o mitjà és perquè són una població a la qual és difícil expressar i acceptar la situació en què viuen, els joves-adults estudiats eren molt conscients de les seves dificultats i podien expressar-les clarament. No obstant això, estem d'acord amb ell si en lloc de parlar dels joves drogodependents que es troben en tractament parlem de joves que no han estat diagnosticats de drogodependència. En aquesta línia, i com a exemple, creiem interessant esmentar l'estudi que va fer Míquez i Magrí (1993), que van estudiar l'abús d'alcohol i altres drogues en un grup de joves de classe social alta durant l'estiu a la zona de Punta del Este (Uruguai). Van poder comprovar que va ser una mostra de joves que amb facilitat van

reconèixer que, per una banda, fumaven marihuana i alcohol i, per l'altra, consumien cocaïna. Malgrat això, van reconèixer que tenien dos patrons de consum: mentre el consum de marihuana i alcohol es feia en llocs públics; el consum de cocaïna es feia molt sovint en llocs privats, exclusius, com les àrees reservades per als VIPS.

Tradicionalment, quan es parlava de joves drogoaddictes, s'associava a consumidors d'heroïna per via injectada, amb una història clínica determinada per hepatitis o pels anticossos de la SIDA. Amb aquest patró cultural era d'esperar registrar casos semblants amb aquest patró clínic en qualsevol recerca. Ara bé, tal com hem pogut comprovar en la revisió de l'estat de la qüestió, aquest patró ha canviat completament. Per tant, aquesta recerca ha estat testimoni d'aquesta realitat. Així, doncs, d'acord amb les característiques del grup experimental, la droga principal de tractament era la cocaïna, amb un 50%, seguida de molt a prop pel cànnabis/haixix, amb un 47.2%, i després, per l'heroïna i per l'alcohol, amb un 39% i 36%, respectivament. Pel que fa a l'estat de salut, el 25% (n=9) tenia l'hepatitis i un 5.6% (n=2) tenia els anticossos de la SIDA, i només 1 jove-adult drogo dependent tenia tuberculosi (TBC). Aquests resultats estant amb relació al tipus de droga i la via de consum més utilitzada. Així, doncs, la majoria de drogoaddictes, com hem assenyalat anteriorment, el 50% consumia cocaïna, un 30.6% dels quals ho feia per via esnifada, seguida d'un 27.8% que la fumava-esnifava, per tant, vies que no faciliten la transmissió de malalties infeccioses.

Amb relació al punt anterior, creiem important assenyalar que el patró de consum de les diferents substàncies o drogues estudiades segueix el procés anomenat d'Escalada, *stepping-stone*. Resultats que s'ajusten força a les aportacions i els estudis realitzats per Recio (1995) respecte aquest procés. Recordem que aquest concepte es refereix al fet que tot consum de substàncies s'inicia a partir de drogues tradicionalment més acceptades per la nostra societat, com ara l'alcohol, el tabac i el cànnabis, per arribar al consum d'altres substàncies actualment menys acceptables o penalitzades, com és la cocaïna, l'heroïna i les drogues de síntesi. Concretament, el patró observat en el nostre estudi ha estat el següent: el 100% dels joves drogoaddictes fumava tabac amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum de 14 anys com a primera droga, seguit per un 47.25% que havia confessat que fumava cànnabis amb una mitjana d'edat d'inici de 15 anys

com a segona droga i, finalment, el 36% bevia alcohol amb una mitjana d'inici al seu consum de 15 anys, com a tercera droga. Així, doncs, estem d'acord amb Machado, Antunes, Mendes i Sá (1997), quan assenyalen que el consum de tabac entre els adolescents és un factor de risc alt per al consum posterior d'altres drogues.

Dins del patró de consum observat en el nostre estudi i al qual hem fet esment al paràgraf anterior, creiem oportú assenyalar una dada més que considerem important a tenir en compte tant en l'àmbit de la prevenció com en la descripció de patrons nous de consum. Ens referim a fet que el 20% dels joves amb una mitjana d'edat de 17 anys va iniciar el consum d'amfetamines i de sedants. Com podem observar, doncs, són joves que encara no han aconseguit la majoria d'edat i, per tant, depenen teòricament i legalment dels seus pares i mares. Estem convençuts que són dades que no ens poden deixar indiferents tant si treballem en el camp de la prevenció com del tractament individual i familiar, ja que, com hem intentat plasmar des de l'inici d'aquesta recerca, som de l'opinió que el treball familiar és un element essencial tant per a la prevenció com per al tractament.

Un altre aspecte a destacar que pensem que és significatiu i alhora preocupant a nivell general, seguint amb el darrer punt comentat anteriorment, és el referent a les dades obtingudes respecte als antecedents familiars de drogoaddicció. Gairebé la meitat de les famílies estudiades del grup experimental van afirmar que tenien antecedents familiars de drogoaddicció, concretament el 47.2%. Aquesta dada ens fa pensar en diferents teories que poden suscitar aquest aspecte. Per una banda, ens fa remetre a les dades obtingudes per Johson i Pandina (1991) i Stanton i Todd (1979, 1994), que consideren que en les famílies d'estudi era molt important tenir en compte la tolerància i el consum d'alcohol per part dels pares i les mares. Per una altra banda, Ayerbe i col·l. (1997); Friedman i col·l. (1991), corroboren el seu desacord respecte aquelles teories que fomenten l'existència de trastorns en els pares i basen en ells part de l'etiologia de la drogo dependència. Com també, la defensa que fa Stanton (1985); Steinglass, Bennett, Wolin i Reiss (1997) sobre el sistema trigeneracional. I, finalment, la classificació de la tipologia de les drogo dependències de Cancrini (1987); Cancrini i Massoni (1993), concretament la de tipus B i C; i el Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1993, 1999) descrites en el bloc 3, que parlen de la

importància de les famílies d'origen (FO) de cada pare i mare del drogoaddicte, de l'estructura i la dinàmica familiar resultant.

Pel que fa a l'estructura familiar, a diferència d'altres estudis (Denton i Kampfe, 1994; Friedman i col·l., 1980; Hoffmann, 1995; Selnow, 1987; Stanton i Todd, 1979; Stoker i Swadi, 1990) que coincideixen a afirmar que una llar monoparental, produïda per una separació, divorci o mort, és un factor de risc per a l'aparició de desajustos psicològics i consum de drogues, les famílies del nostre estudi no presenten un percentatge elevat de separacions ni situacions de monoparentalitat a causa de la mort d'un dels progenitors, concretament el 81.3% (n=26) eren parelles casades, per contra del 9.4% (n=3), que eren parelles separades o divorciades; del 6.3% (n=2), que eren mares vídues, i del 3.1% (n=1), que eren pares vidus.

Dades que tampoc ens poden deixar indiferents, ja que enriqueixen i demostren la importància del paper de la família com a unitat de prevenció. Per aquest motiu, creiem i defensem la importància del subsistema conjugal i del subsistema parental davant aquesta problemàtica<sup>72</sup>. Com assenyalen Ruiz-Carrasco i col·l. (1994), l'estabilitat familiar i matrimonial és factor de protecció davant el consum abusiu de drogues.

Per altra banda, i dins de l'anàlisi del grup experimental, cal assenyalar que, malgrat que els centres col·laboradors es troben ubicats a la província de Barcelona, l'origen de la majoria de famílies, el 51.6%, han nascut fora de Catalunya. Possiblement, una raó és el fet que alguns centres col·laboradors atenen persones que provenen de tot Espanya, com ara el CAT i el CITA i, per tant, atenen joves que tenen les seves famílies lluny del territori català, com també, el fet que la variable immigració és una variable a tenir en compte, encara que no la més rellevant com hem vist a l'apartat 3.3.1, a l'hora de comprendre aquest fenomen.

Amb relació al grup control, malgrat que el fet de seguir el mètode d'aparellament ("*matching*") impliqui no haver d'analitzar i comentar les cinc variables descriptives escollides com a criteri de

---

<sup>72</sup> Aquesta idea és defensarà i justificarà amb més profunditat als següents apartats dins d'aquest bloc.

selecció per a aquest grup, ja que han de ser les mateixes, és important fer referència a algunes dades que ens han fet reflexionar. Una d'elles es troba relacionada amb el fet que, malgrat que era un grup control, per tant, joves que en teoria no tenien problemes de consum de drogues o, almenys, no estaven diagnosticats com a drogoaddictes, el 55.6% (n=20) d'aquests tenien addicció al tabac amb una mitjana d'edat d'inici al seu consum dels 16 anys. Seguida pel consum d'alcohol, que el 47.2% (n=17)

havia iniciat el seu també als 16 anys amb una freqüència setmanal, sobretot al cap de setmana. Si ho comparem amb el grup experimental, veiem que el 36% d'aquest joves van començar als 14 anys, és a dir, dos anys abans. Aquesta dada ens torna a remetre la idea que ja hem defensat en punts anteriors d'acord amb Linares (1996), que assenyala i defensa la importància que tenen les dues funcions bàsiques de tota família, la parentalitat i la conjugalitat com a prevenció de trastorns i dificultats intrafamiliars i interfamiliars (p.111).

Finalment, dins del grup control, hem cregut oportú remarcar el fet que el 14% dels joves (n=5) van reconèixer que tenien antecedents familiars de drogoaddicció. Si ho comparem amb el grup experimental, ens suscita moltes reflexions encaminades a valorar la importància, com ja hem esmentat en altres moments, del paper educatiu del subsistema parental i del vincle familiar, concretament el vincle conjugal i parental, seguint amb la teoria de Baumrind, 1985; Bowlby, 1973, 1976, 1983; Minuchin i Fishman, 1983; Parker, 1979; Parker i col·l., 1979.

Per concloure, estem d'acord amb Kaufman (1980); Grichting i Barber (1989); Matzman i Schweiger (1991); Vecino, 1990; i, Vilaregut i col·l. (2000) a assenyalar que, malgrat que tant les variables sociodemogràfiques, les intrapersonals com les interpersonals són variables a tenir en compte a l'hora d'analitzar, descriure i comprendre aquesta problemàtica, la variable interpersonal és la més predictora de la conducta addictiva dels joves-adults. Per tant, tot allò relacionat amb el funcionament i la dinàmica familiar, com també les relacions entre el subsistema conjugal i parental, pren més força com a variable predictiva, preventiva i de tractament de la drogodependència dels joves-adults. Els apartats que a continuació passem a comentar parteixen d'aquesta premissa.

## 7.2. Dinàmica i tipologia familiar

En primer lloc, voldríem esmentar que a l'hora d'interpretar els resultats obtinguts de la CAF començarem per aquelles dades més específiques, com són els 6 factors, fins arribar a les dades més generals, és a dir, la dinàmica familiar i la tipologia de famílies. D'aquesta manera, doncs, seguim el procés d'interpretació teòric del Model Circumplex (Olson, 1991).

### 7.2.1. Anàlisi dels 6 factors

D'acord amb les directrius anteriors, volem assenyalar que els resultats que fan referència a la percepció del factor 1, és a dir, el factor que fa referència al paper i la importància que tenen els fills en el si de la família, ens fan pensar i reflexionar profundament. Amb això volem dir que, tant si ens fixem en les dades obtingudes en els tres subgrups del grup experimental (fills, mares i pares) com dels tres subgrups del grup control, coincideixen a percebre una relació amb els fills clara i permeable, malgrat que el grup de les mares del grup control encara la percebin molt més clara i permeable. No podem negar que la primera reacció en conèixer aquestes dades ens ha desconcertat, ja que era de preveure, tal com indica Kandel i Logan (1984); Kaufman i Kaufman (1979); i, Kaufman, (1980), que els pares percebessin una relació amb el seu fill desvinculada i les mares, aglutinada. Seguint amb aquesta idea, segons Glynn (1982), s'havien de recollir dades que ens confirmessin una manca d'implicació emocional per part del pare i una sobreimplicació per part de la mare i, com a conseqüència, una manca d'acceptació i amor cap al fill.

Ara bé, comparar-ho amb altres estudis i amb altres aportacions teòriques, ha estat la clau per poder comprendre i fer una lectura diferent a la realitzada en un primer moment. Així, doncs, tal com assenyala Abeijón (1987), el símptoma drogoaddicció és el punt de l'iceberg que amaga moltes altres realitats més importants i, a la vegada, fa de mecanisme homeostàtic per tal de preservar l'estabilitat familiar. En altres paraules, estem d'acord amb Brook i col·l., (1980) quan

emfasitza que en aquest tipus de famílies és molt freqüent la negació dels problemes per la pròpia simptomatologia de la dinàmica familiar.

En aquesta línia, les aportacions del Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1999), ens ajuden a reflexionar sobre la importància d'analitzar detalladament la història familiar per tal de copsar des de les mancances de les respectives famílies d'origen al tipus de relació de parella, la relació mare-fill a la infància i l'intent d'aproximació del fill vers el pare. Sens dubte, elements que ens han portat a valorar el treball i l'actitud de tot professional, especialista en drogodependències. Amb això volem dir que, per fer més fàcil el treball de prevenció i tractament, com a professionals hem de tenir en compte aquesta diferència de percepcions entre nosaltres i ells, les famílies.

Respecte al factor 2, que fa referència a la importància que té la família en el sentiment d'unió entre els membres, era d'esperar que més de la meitat dels joves-adults drogoaddictes percebessin, a diferència dels seus pares i mares, una separació emocional extrema amb una fidelitat familiar absent. Tal com diuen Cancrini (1987); Cirillo i col·l. (1999); Stanton i Todd (1979), la drogodependència del jove-adult és l'expressió d'un malestar i sofriment intens derivat d'unes mancances afectives que s'han anat configurant al llarg de les diferents fases del cicle vital individual i familiar. Per altra banda, els resultats dels pares i les mares no ens han sorprès, ja que era de preveure que la seva demanda fos una relació emocional pròxima i que esperaven una fidelitat familiar elevada, a diferència del grup control, en què la majoria dels pares i les mares havien percebut la mateixa percepció d'unió familiar que els fills del grup experimental com dels fills del grup control. També els estudis que van fer Stanton i Todd (1979) assenyalen que els pares i les mares dels joves drogoaddictes reaccionen amb pànic davant l'amenaça per a la integritat triàdica, ja que són incapaços de relacionar-se entre si com a parella de manera satisfactòria. D'aquesta manera, la majoria de famílies amb un membre addicte s'estabilitzen o es bloquegen en aquesta fase, i provoquen que aquest es mantingui molt lligat a ells d'una manera no funcional, patològica (p.37). Com assenyalava Boszormeny-Nagy i Spark (1973, a Goti, 1994); Jackson (1965, a Goti, 1994), l'addicte com a membre simptomàtic és vist com un màrtir que se sacrifica al servei de la seva família.

Finalment, creiem oportú recordar un concepte que té molta relació amb el que mesura el factor 2, la unió, ens referim al concepte de “pseudoindividuaació” descrit per Stanton i Todd (1978). Aquest concepte ajuda a explicar l’abús de drogues com un procés que permet a l’individu ser independent i aïllar-se, al mateix temps que manté la lleialtat i la dependència amb la seva família. Com diuen aquests autors: “al usar drogas, el adicto no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia. Se le nutre cuando está ‘dentro’, y se culpa a la droga cuando está ‘fuera’. Es competente dentro de un marco de incompetencias” (p.34).

Quant al compromís familiar amb relació a la importància que té la família com a recolzament, que correspon al factor 3, no ens van sorprendre els resultats del grup experimental, ja que, com indica Cirillo i col·l. (1993 i 1999), el compromís i la interacció familiar és baixa amb una sensibilitat afectiva poc freqüent en les famílies amb un fill jove-adult drogodependent. Concretament, el 33.3% de les mares del grup control va percebre un compromís i una interacció familiar elevada amb fusió i sobredependència, contràriament, i estadísticament significatiu, al 33.3% de les mares del grup experimental, que van percebre un compromís baix amb sensibilitat afectiva poc freqüent. Sens dubte, dades a tenir en compte a l’hora d’interpretar, intervenir i prevenir.

Amb relació al factor 3, creiem important destacar que les dades recollides en el nostre estudi coincideixen amb moltes recerques revisades. Per una banda, segons Kaufman i Kaufman (1979, 1980); Glynn (1982); Rodríguez i Sanz (1987); i, Stanton i col·l. (1994), era d’esperar que les mares del grup experimental es percebessin molt implicades en el problema, d’aquí que parlen d’una sobreimplicació que comporta, moltes vegades, una manca d’acceptació i amor cap al fill. Com també assenyala Brook i col·l. (1980), el rol més actiu de la mare respecte al del pare comporta parlar de sobreimplicació, però no necessàriament significa projectar un major afecte. Segons Stanton i Todd (1979); Stanton i col·l. (1994), el patró prototípic de les famílies amb un fill addicte és majoritàriament una mare sobreprotectora, permissiva i que malcria el seu fill. En canvi, descriuen un pare distant, dèbil o absent. Per altra banda, Shedler i Block (1990), en el seu estudi, van poder comprovar que les mares dels consumidors habituals i dels no consumidors coincidien a definir la relació amb els seus fills d’hostil, poc espontània, poc comunicativa i poc



protectora, es descriuen insensibles a les necessitats dels seus fills i amb tendència a perdre la paciència ràpidament. A més, els dos grups de mares estaven molt preocupades perquè els seus fills arribessin a ser uns bons professionals. Els pares dels fills no consumidors i dels consumidors habituals es defineixen com a poc comunicatius, insensibles a les necessitats dels seus fills, no creaven la possibilitat d'un intercanvi obert entre pare-fill, normalment utilitzaven més canals comunicatius no verbals que verbals i, com les mares, també estaven molt preocupats pel progrés professional dels seus fills. Per aquest motiu, aquests autors van decidir agafar com a punt de referència les mares i els pares dels joves experimentadors, ja que creien que aquests eren el grup que reflectia més la realitat dels adolescents i dels joves d'avui en dia i, també, era el grup que es trobava entremig dels altres dos grups respecte el *continuum* de la freqüència en l'ús de substàncies. Així, doncs, creiem que el que acabem de comentar són idees que ens han de portar més lluny i que ens han de fer reflexionar sobre els patrons prototípics que qualsevol professional té respecte les drogodependències.

Pel que fa al factor 4, la creativitat familiar, és a dir, les activitats familiars obligatòries i les de temps lliure, era previsible que els joves del grup experimental percebessin, amb diferències estadísticament significatives respecte als seus pares i mares, una família on les activitats familiars eren poc negociables, més aviat imposades pels propis pares, poc variables o que s'havien d'aplicar estrictament. Aquesta dada ens remet altre cop a l'estudi que van fer Shedler i Block (1990) en el qual van assenyalar, també, que els pares dels fills consumidors eren pares autoritaris i dominants, que no se sentien còmodes amb l'espontaneïtat i la creativitat i que, per tant, tendien a voler les coses a la seva manera. Això, ens porta a fer referència a la importància de l'estil educatiu i el vincle parental percebut i rebut. Així, doncs, com més tard desglossarem a l'apartat de les reflexions abstretes del PBI, no podem deixar passar l'oportunitat de citar autors que, gràcies a les seves aportacions, ens ajuden a situar aquest factor, com a bàsic i imprescindible per a qualsevol professional de les drogodependències. Ens referim a les aportacions del vincle parental de Bowlby (1973, 1976, 1983), el Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1991, 1999), a la tipologia de les drogodependències de Cancrini i Massoni (1993), sobre els estils de socialització parentals de Baumrind (1985) i els estils educatius i els vincles parentals de Parker (1979).

Seguint amb el factor 4, els joves del grup control, juntament amb els pares i mares del grup control, percebien una família on les activitats, que les decidien els propis pares, es negociaven de manera estructural, i on es produïen pocs canvis de normes, les quals s'aplicaven amb fermesa. Si ho comparem amb els pares del grup experimental, aquests encara hi percebien més flexibilitat, és a dir, percebien que les activitats es negociaven de manera flexible, d'acord amb les decisions preses anteriorment, amb possibilitat de canvis aplicats de manera flexible. Aquestes dades es poden relacionar amb el factor 1, amb el fet que el símptoma drogodependència del jove-adult té com a funció amagar les dificultats relacionades amb el subsistema parental i conjugal (Coletti, 1987).

Si fem referència a la responsabilitat familiar, el factor 5, es va poder comprovar l'estil educatiu diferent entre els pares i les mares vers el fill drogoaddicte, com ja hem assenyalat en altres moments. Aquest estil educatiu diferent ens fa recordar altre cop diferent autors, com Coletti (1987); Abeijón (1987); Stanton i Todd (1979), que ens assenyalen que la mare del fill drogoaddicte continua essent i sentint-se la més sacrificada i afectada, el pare segueix sentint-se el més perifèric i estrany, i el fill continua vivint de manera desafiant la família amb una dependència afectiva i, possiblement, amb una germana o germà que continua essent l'exemple bo de la família. D'aquesta manera, dins d'aquest funcionament, no és estrany que la majoria dels joves drogoaddictes del nostre estudi, com les seves mares, percebessin una responsabilitat familiar limitada i imposada pels propis pares. En canvi, els pares van percebre-la amb uns rols estables o que es podien compartir. Percepció molt semblant a la del grup control, en el qual els tres subgrups coincidien a percebre-la compartida i elaborada conjuntament. Aquestes dades, altre cop, coincideixen i ens porten, per una banda, a fer referència a les aportacions i a l'estudi de Shedler i Block (1991), que, de manera resumida, assenyalaven que els joves drogoaddictes percebien els pares com a autoritaris, dominants i amb tendència a voler les coses a la seva manera. I, per altra banda, aquestes dades ens remetent al Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1993 i 1999), més concretament a l'estadi 5, l'intent d'aproximació del fill vers el pare.

Finalment, dins d'aquest apartat, el factor 6, és a dir, l'adaptabilitat als problemes, es pot comprovar la convergència de percepció si ens fixem en aquest factor i en el factor 5 dins del grup experimental. És a dir, en el factor 5 hem fet referència que eren els joves drogoaddictes i les mares que coincidien amb les percepcions, en canvi, pel que fa a la percepció d'adaptabilitat, la majoria dels joves drogoaddictes coincideixen amb els seus pares, i no amb les seves mares. Si ho comparem amb el grup control, les dades obtingudes són les mateixes que les dels joves, les dels pares i les mares del grup control. És a dir, percebien una adaptabilitat als problemes amb un liderat igualitari i amb una disciplina democràtica. En canvi, la majoria de les mares del grup experimental percebien una adaptabilitat dels problemes amb un liderat autoritari i amb un cert grau d'igualtat. Aquesta divergència d'opinions entre els pares i les mares ens ajuda a demostrar i ressaltar el que hem trobat al llarg de la revisió feta. És a dir, amb això volem fer referència a la gran importància que té el subsistema conjugal i parental en aquest tipus de problema. Com diu Stanton i col·l. (1982): "sean cuales fueran las variables que afectan el inicio de la adicción, sin embargo, en los casos con familias existentes sostenemos que la familia es un factor crucial en la determinación de la permanencia de la adicción" (p.40).

Des d'aquesta perspectiva, creiem oportú assenyalar que el cicle addictiu, des del punt de vista sistèmic, forma part d'un patró familiar que principalment relaciona tres persones: el pare, la mare i el fill; de tal manera que, quan el/la jove addicte millora, les figures parentals comencen a separar-se i, quan torna a ser problemàtic/a, els pares deixen de concentrar-se en el seu propi conflicte conjugal per atendre el seu fill/a. Tot i així, hem pogut comprovar que les dades del factor 5 i 6 ens ajuden a demostrar que hi ha diferències de percepció entre el subsistema conjugal i parental, en el fet que el fill, en funció del tema a valorar, té una aliança i/o coalició amb un del dos membres. És el que Guerín i col·l. (2000) defineixen com a triangle relacional amb o sense coalició; Minuchin (1981), com a tríade rígida, o Haley (1980), com a triangle pervers<sup>73</sup>, per tant, amb l'existència d'una coalició.

---

<sup>73</sup> A l'apartat 2.4.2 es poden trobar definits tots aquests conceptes.

Així, doncs, per concloure aquest apartat, creiem que les dades obtingudes a partir dels 6 factors de la CAF i en comparació amb el grup control, ens han confirmat el que fins ara ens ha aportat la teoria i les investigacions realitzades.

### 7.2.2. Dinàmica familiar i tipus de família

En el subapartat anterior, hem analitzat i reflexionat els resultats obtinguts dels 6 factors, que, com sabem, donen informació respecte a diferents àrees de la família, i els hem comparat amb la teoria i la revisió bibliogràfica feta per a aquesta recerca. Des d'aquesta perspectiva, el que pretenem en aquest subapartat és discutir i relacionar la teoria amb els resultats obtinguts en les 16 tipologies de dinàmica familiar i els 4 tipus de família que inclou i mesura el Model Circumplex d'Olson (1991). Sens dubte, una manera de poder comprovar si queden validades o no les tres primeres subhipòtesis d'aquesta recerca<sup>74</sup>.

Recordem que en la primera subhipòtesi s'especulava que es trobarien diferències entre el grup de joves-adults drogoaddictes i els no drogoaddictes pel que fa a la percepció de la dinàmica familiar. Concretament, es posava l'accent en el fet que els grups de joves-adults addictes percebrien una dinàmica familiar rígidament desvinculada o estructuralment desvinculada, a diferència del grup de joves-adults no addictes, que percebrien una dinàmica familiar flexiblement o estructuralment separada o connectada. I, com a conseqüència, els drogoaddictes percebrien una família extrema o moderada, contràriament als no drogoaddictes, que percebrien una família equilibrada.

D'acord amb aquestes directrius i comprovant els resultats obtinguts, es pot afirmar que queda validada la primera subhipòtesi, ja que en el nostre estudi la majoria d'addictes, concretament el 39%, va puntuar una dinàmica familiar estructuralment desvinculada (tipus 9), seguida per la rígidament desvinculada (tipus 13), amb un 30.6%. És a dir, dos tipus de dinàmica familiar que, situades dins del Model Circumplex d'Olson, configuren el tipus de família moderada i extrema.

En altres paraules, van percebre una adaptabilitat i cohesió baixa o molt baixa<sup>75</sup>. Així, doncs, des del punt de vista de la dimensió adaptabilitat, els joves-adults addictes de l'estudi perceben una família amb poques capacitats d'adaptació a canvis, amb un excés de disciplina i control, amb poc estil negociador i amb regles relacionals rígides.

Respecte al punt de vista de la dimensió cohesió, hem d'assenyalar que la majoria dels joves-adults del grup experimental tenen la sensació de viure amb famílies en què el vincle emocional, tant entre els membres de la pròpia família com des del sistema familiar cap enfora, és pobre, distant o nul. D'aquesta manera, pensen que entre els membres de la família hi ha pocs interessos comuns, i les activitats de temps lliure i les preses de decisions són poc compartides. Aquestes dades coincideixen amb les trobades en els estudis realitzats per Kalina (1985); Friedman i col·l. (1987); Needle i col·l. (1988); Stoker i Swadi (1990); Swadi (1999); Vecino (1990); i, Vilaregut i col·l. (2000).

Respecte a l'estudi de Friedman i col·l. (1987), recordem que van demostrar que la definició que fins aquells moments es feia de les famílies dels drogoaddictes, és a dir, les famílies aglutinades, variava si es tenia present l'opinió dels membres de la família, principalment dels/de les joves addictes. Les famílies de l'estudi es van valorar com a famílies desvinculades i rígides, per contra de les percepcions dels psicoterapeutes i teòrics, que les van valorar d'aglutinades. Resultats que coincideixen amb els recollits un any més tard per Needle i col·l. (1988). Per altra banda, l'estudi de Stoker i Swadi (1990), en què van entrevistar 278 adolescents, la meitat dels quals eren drogoaddictes i la resta no drogoaddictes, va arribar a la conclusió que els joves consumidors percebien les seves famílies, concretament els seus pares i mares, distants, poc participatius, autoritaris i amb una comunicació pobre. Finalment, en l'estudi de Swadi (1999), es remarca de nou el fet que els drogoaddictes joves definien com a factor de risc els pares distants i desvinculats, la manca de proximitat familiar, la disciplina parental inconsistent, la comunicació familiar negativa i els pares no directius. Finalment, Vecino (1990), a la seva tesi doctoral,

---

<sup>74</sup> Recordem que a l'apartat 4.2 es poden trobar plantejades totes les subhipòtesis d'aquesta recerca.

<sup>75</sup> Recordem que quan parlem de dinàmica familiar, ens referim al conglomerat format per dues dimensions bàsiques de tota família: la cohesió i l'adaptabilitat familiar, seguint, així, les aportacions d'Olson (1991). Les definicions de cada una d'aquestes dimensions es poden trobar al bloc 2, concretament a l'apartat 2.1.2.

afirma, en una de les conclusions a què va arribar, que la majoria de les mares i els fills addictes perceben una dinàmica familiar desvinculada.

Quant al grup control de joves-adults del nostre estudi, el 27.8% va percebre una dinàmica familiar estructuralment separada (tipus 10), seguida per la dinàmica familiar flexiblement separada (tipus 6), amb un 22.2%, i, finalment, la flexiblement connectada (tipus 7), amb un 16.5%. És a dir, tres de les quatre possibles dinàmiques familiars que dins del Model Circumplex d'Olson configuren el tipus de família equilibrada; per tant, amb un nivell d'adaptabilitat i de cohesió equilibrat. Així, doncs, es confirma la primera subhipòtesi.

Sens dubte, doncs, com s'ha descrit anteriorment, totes les dades comentades fins ara, tant per al grup de joves-adults drogoaddictes com per al grup de joves-adults no drogoaddictes respecte a la dinàmica familiar, coincideixen amb els estudis revisats. Un altre estudi a què encara no hem fet esment i que corrobora aquesta premissa és el realitzat per Maltzman i Schweiger (1991). En aquest, els joves addictes també van puntuar un nivell de cohesió baix i un nivell més elevat de control i de regles que els joves del grup control. Per altra banda, també van assenyalar que els drogoaddictes perceben menys participació en activitats socials i de temps lliure, menys expressivitat emocional, menys organització en el seu ambient familiar i un elevat nivell de desacord i de ràbia vers les seves famílies, contràriament als joves del grup control.

Quant a la segona subhipòtesi, recordem que preveia que els pares i les mares del grup experimental percebrien les seves famílies amb una dinàmica familiar estructuralment desvinculada o aglutinada, com també flexiblement desvinculada o aglutinada, a diferència del grup control, que percebrien una dinàmica familiar estructuralment separada o connectada, o bé, flexiblement separada o connectada. Cal assenyalar que es confirma parcialment, perquè, malgrat que el 34.8% de pares i el 20% de les mares del grup experimental han percebut una dinàmica familiar estructuralment desvinculada, que era, el que es formulava a la primera part de la subhipòtesi, no podem dir el mateix quant a la segona part d'aquesta subhipòtesi, en la qual es feia referència a la dinàmica familiar flexiblement desvinculada o aglutinada, ja que, finalment,

tant el 26% dels pares com el 30% de les mares van puntuar una dinàmica familiar flexiblement connectada.

Així, doncs, amb relació a les dades anteriors, tal com s'esperava i seguint el Model Circumplex, pel que fa a la dimensió adaptabilitat, podem afirmar que la majoria de pares i força mares van percebre una adaptabilitat familiar equilibrada. Ara bé, malgrat que tant els pares com les mares van puntuar nivells de cohesió baixos, com indica el paràmetre desvinculat, i per tant, el que havíem especulat, no podem deixar d'accentuar que ens va sorprendre el fet que la majoria del grup de mares i força pares puntuessin una cohesió equilibrada, com ho indica el paràmetre connectat. Des d'aquesta perspectiva, aquesta darrera puntuació és el que ens reafirma que s'ha confirmat parcialment la nostra subhipòtesi.

Cal assenyalar que aquesta segona subhipòtesi es va formular partint de la revisió feta per a aquest treball. Recordem que els estudis realitzats per Kalina (1985); Noone i Redding (1976); i Stanton i Todd (1979), els quals definien la família del drogoaddicte com a aglutinada, s'ajusten d'aquesta manera a la descripció feta per Minuchin l'any 1974. Com també a la recerca que van fer Friedman i col·l. (1987), que van demostrar que aquesta definició variava si es tenia en compte l'opinió dels membres de la família. Així, es va passar del concepte de famílies aglutinades al de desvinculades i rígides per a les famílies amb un membre drogoaddicte. Per altra banda, cal destacar les aportacions de Maltzman i Schweiger (1991); i Swadi (1999), en què van observar que la manca de proximitat familiar, els pares definits com a desvinculats i mares massa implicades o aglutinades eren factors familiars de risc per a l'adolescent i jove drogodependent.

Quant a estudis realitzats a nivell de l'Estat espanyol, cal destacar el realitzat per Vecino (1990) i per Ayerbe i col·l. (1997), els quals van observar que les famílies amb un fill drogodependent tenien un grau menor a l'hora de donar-se recolzament i puntuaven un nivell de cohesió molt més baix que el grup control. D'aquesta manera, van concloure que baixa cohesió, control elevat i poca expressivitat eren paràmetres que definien aquestes famílies com a desvinculades. A més, Vecino (1990) va afirmar que, malgrat que no hi hagi un patró únic familiar que

caracteritzi aquestes famílies, sí que es podia dir que la majoria de les famílies del grup experimental es perceben desvinculades, deslligades. Finalment, i seguint aquesta línia, Friedman i col·l. (1991) van assenyalar, en el seu estudi, que la majoria dels joves addictes van percebre una dinàmica familiar més vinculada i pròxima que les seves respectives mares, les quals la van percebre més desvinculada, coincidint així amb altres estudis com Mikulincer i Florian (1991); Protinsky i Shilts (1990); i Vilaregut i col·l. (2000).

En resum, era d'esperar trobar puntuacions en les quals el nivell de cohesió fos baix, per tant, més encaminades a situar una dinàmica familiar desvinculada, o bé, un nivell de cohesió alt, que contribuís, així, a una dinàmica familiar aglutinada, però el que, no esperàvem és que dins del grup experimental de pares i mares, es percebessin nivells de cohesió equilibrats, redefinint una dinàmica familiar connectada, comparable a les famílies del grup control. Això ens porta a plantejar-nos, per una banda, la dificultat d'arribar a establir un patró de famílies determinat i únic amb un fill jove-adult drogoaddicte i, al mateix temps, ens demostra l'enorme complexitat d'aquest fenomen que s'ha de tenir en compte a l'hora d'elaborar línies de prevenció i tractament. Per altra banda, ens ajuda a defensar la idea que per fer front a aquesta complexitat és important tenir una visió oberta i àmplia del fenomen, la qual vagi més enllà d'una visió lineal de causa-efecte. Aquesta idea ens permet continuar, una vegada més, amb el convenciment que l'epistemologia sistèmica és una de les lectures que ens permet fer-ho.

Seguint amb aquestes directrius, el fet que el 30% de les mares i el 26% dels pares del grup experimental, hagin percebut una cohesió equilibrada és pot interpretar també, seguint i recordant les aportacions de Abeijón (1987), que la drogoaddicció és, en si mateixa, i a causa del rol que ocupa en el conjunt del desenvolupament social, un encreuament de moltes realitats psicopatològiques i socials diferents que s'expressen a través del símptoma "drogoaddicció", essent aquest el punt de l'iceberg que amaga moltes altres realitats més importants, com pot ser un vincle conjugal o parental disfuncional. D'aquesta manera, com assenyala Stanton i col·l. (1994), la conducta de l'addicte compleix una funció protectora important i contribueix a conservar l'equilibri homeostàtic del sistema familiar (p.37). Així, doncs, pensem que els resultats demostren que la drogodependència dels joves-adults estudiats facilita que als membres



de la família, concretament als pares i les mares, els sigui difícil reconèixer que darrere d'aquesta conducta s'amaguen altres dificultats importants a nivell familiar, com poden ser dificultats tant conjugals com parentals. Per aquest motiu, i seguint amb els fonaments teòrics de Cancrini (1973); Cancrini i Massoni (1993) i Cirillo i col·l. (1993, 1999)<sup>76</sup>, vam utilitzar instruments de mesura per poder detectar el que acabem de mencionar, com és la DAS i el PBI.

Arribats en aquest punt, fóra bo recordar la tercera subhipòtesi, perquè estem convençuts que els resultats obtinguts estan en relacionats amb el que hem anat assenyalant al llarg d'aquest subapartat. En aquesta subhipòtesi s'afirmava que es trobarien diferències estadísticament significatives entre el grup experimental i el grup control quant al model de família percebut. La família extrema i la família moderada serien les més puntuades pel grup experimental, i la família equilibrada, pel grup control.

Amb relació a aquesta tercera subhipòtesi, volem subratllar que, malgrat que no s'hagin trobat diferències intergrupals estadísticament significatives entre els grups de pares i mares, sí que s'han trobat diferències entre els dos grups de joves-adults estudiats. Concretament, la majoria d'addictes, el 47.2% i el 30.6%, creuen que provenen de famílies moderades o extremes, respectivament; contràriament, a la majoria dels joves-adults del grup control, el 69.4%, que creuen que provenen d'una família equilibrada. Així, doncs, són dades que es relacionen amb les obtingudes respecte a la segona subhipòtesi. Per tant, per una banda, estan relacionades amb la funcionalitat del símptoma "drogodependència" com a mecanisme homeostàtic familiar (Abeijón, 1987; Cancrini i Massoni, 1993; Cirillo i col·l., 1993 i 1999; Stanton i col·l., 1994) i, per l'altra banda, estan relacionades amb la comunicació i dinàmica familiar. Així, doncs, segons Brook i col·l. (1980), en aquest tipus de famílies és molt freqüent que es neguin els problemes per la pròpia simptomatologia de la dinàmica familiar i el tipus de família. Seguint en aquesta línia, per a Kaufman (1980) i Rodríguez i Sanz (1987), el nivell de comunicació en aquestes famílies es caracteritza per una absència d'expressió de sentiments íntims que queden substituïts per una racionalització d'aquests. Fins a tal punt que les verbalitzacions dels pares i de les mares

---

<sup>76</sup> Recordem que aquests fonaments teòrics es troben desglossats al bloc 3 d'aquesta investigació.

recorden actituds pròpies de les famílies psicossomàtiques, com ara: “no passa res”, “tota la informació la tenim tots” o “no hi ha problemes: tot és de tots i no hi ha secrets”. Per tant, queda dibuixada, per una banda, una idealització de la comunicació intrafamiliar, que probablement no existeix i, per altra banda, com ja hem puntualitzat anteriorment, una dificultat per reconèixer el problema de rerafons.

En altres paraules, com ja Stanton i Todd van assenyalar el 1979, el baix nivell de conflicte percebut per part de les mares i els pares es troba relacionat amb el fet que la família se centra en el problema de la droga i deixa a una banda altres problemes familiars, amb el desig d'oferir una imatge socialment acceptable, com pot ser, fer veure als altres i a ells mateixos que són famílies equilibrades, en les quals la sobreimplicació de la mare vers el fill fa més difícil l'acceptació del conflicte.

Arribats en aquest punt, creiem oportú destacar les dades que vam obtenir del grup experimental respecte a la comparació intragrupal entre fill-mare, fill-pare i entre els tres subgrups, fill-pare-mare, quant al tipus de família percebuda. Podem afirmar que aquesta comparació intragrupal que va donar estadísticament significativa, és una prova més que ens ajuda, per una banda, a confirmar, el que altres autors ja van assenyalar, com ara Cancrini i Massoni (1993); Cirillo (1993 i 1999); i Linares (1996), tant la importància del subsistema conjugal com parental per tal de comprendre una mica més aquest fenomen tan complex. I, per altra banda, i seguint Ausloos (1998), ens ajuda a comprendre aquest triangle relacional en termes de responsabilitat i no de culpabilitat. En altres paraules, ens ajuda a desglossar cada un dels vèrtexs d'aquest triangle relacional (pare, mare i fill) des del punt de vista de la responsabilitat i no de la culpabilitat de cadascun d'ells dins d'aquesta problemàtica i, al mateix temps, ens ajuda a no perdre de vista l'estructura global del triangle.

Concloem, doncs, afirmant que la drogoaddicció dels joves-adults del nostre estudi, en aquest tipus de famílies, és el canal comunicatiu que adopten per expressar i transmetre, patològicament parlant, el malestar, el sofriment, la seva ràbia, el seu descontentament i les contradiccions que viuen tant ells com la resta dels familiars. I, d'aquesta manera, es posen al

servei d'aquests i al propi, és a dir, per al projecte familiar i per al personal, malgrat que estigui condicionat amb el fet de poder mantenir l'estabilitat i demostrar la seva lleialtat familiar, especialment dins del triangle relacional, format per fill-pare-mare. És, doncs, el que Stanton i Todd, el 1979, van definir com a “pseudoindividuació<sup>77</sup>”.

---

<sup>77</sup> Recordem que a l'apartat 3.2.2 es pot trobar una descripció sobre aquest concepte.

### 7.3. Ajustament diàdic conjugal

Primerament, abans d'analitzar els resultats obtinguts a la DAS, volem fer esment que el fet que la mostra de pares (homes) i de mares (dones) fos més reduïda respecte als joves-adults del grup experimental i del grup control, que finalment van ser de 30, per part de les dones, i de 23, per part dels homes, ha estat causat per la mort d'algun d'ells, per la separació o el divorci. Remarquem aquest fet perquè som conscients que aquesta pèrdua pot influir en els resultats i, per tant, és un element a tenir en compte en altres futurs estudis.

A continuació analitzarem i discutirem les dades recollides de la DAS. Voldríem esmentar que les dades obtingudes han estat les esperades. Així, doncs, i recordant la quarta subhipòtesi, no hem trobat diferències estadísticament significatives entre el grup de pares i mares del grup experimental i el grup de pares i mares del grup control quant a l'ajustament diàdic conjugal percebut. D'aquí que, puguem afirmar que queda validada la nostra subhipòtesi.

Tanmateix, abans d'apuntar el que ens ha suggerit aquesta validació, creiem oportú aprofundir una mica més en el que acabem d'esmentar a partir dels resultats recollits en les quatre subescales que configuren la dimensió ajustament diàdic, és a dir, les subescales de cohesió, expressió d'afecte, consens i satisfacció.

D'acord amb les directrius anteriors, volem assenyalar que el fet que tant els homes com les dones del grup experimental percebessin un nivell de cohesió idealitzat, un nivell de d'expressió d'afecte idealitzat per part de la majoria de dones i satisfactori per la majoria d'homes, un nivell de consens satisfactori i un nivell de satisfacció diàdica bona per la majoria dels dos subgrups, coincideix amb els resultats d'altres estudis revisats, com Cirera i Molins (1993), Stanton i Todd (1985) i Vecino (1990).

No obstant això, creiem important fer referència a l'estudi de Pumar i col·l. (1997) perquè les dades que van obtenir es contradiuen amb les nostres. Recordem que en aquest estudi es va prendre com a hipòtesi que els pares dels drogoaddicte percebrien una relació de parella més

insatisfactòria, amb un grau menor d'ajustament i de qualitat, a diferència dels pares del grup control. Els resultats van indicar que els pares del grup experimental percebien un pitjor ajustament diàdic, sobretot a la subescala d'expressió d'afecte per part dels homes vers les seves dones, a diferència del grup control. Així, doncs, malgrat que en el nostre estudi la majoria d'homes del grup experimental van percebre un nivell d'expressió d'afecte satisfactori contràriament a la majoria de dones del mateix grup, que el van percebre idealitzat, no podem afirmar que aquesta diferència fos estadísticament significativa, ja que, per una banda, la majoria d'homes del nostre grup control el van percebre també idealitzat i perquè no vam obtenir resultats estadísticament significatius. Per tant, si parlem des del pensament lineal, diríem que, si hi ha diferències entre els dos grups, no les podem atribuir a la condició de tenir un fill drogoaddicte o no, sinó a l'atzar.

Ara bé, estariem d'acord amb Pumar i col·l (1997) a afirmar que el nivell d'ajustament diàdic, pels pares i per les mares dels fills drogoaddictes juga un paper important, ja sigui com a factor de manteniment, de predisposició o de precipitació d'aquesta conducta.

Continuant en la mateixa línia, per una banda, encara que coincidim amb Terrón i col·l. (1993) quan diu que les relacions de parella en famílies amb un fill drogodependent són deficientes, pobres o a vegades inexistents, i que es basen en la cria dels fills, no esperàvem que en el nostre estudi es reflectís aquesta situació a partir de la DAS; ja que, seguint amb les aportacions d'Abeijón (1987); Coletti (1987); Rodríguez i Sanz (1987); Stanton i Todd (1985); i Vecino (1990), la drogoaddicció del fill permet als pares desplaçar el conflicte conjugal del centre d'atenció. D'aquesta manera, la drogodependència compleix la funció d'equilibrar el sistema familiar i neutralitzar l'espai buit emocional existent entre els dos cònjuges. En altres paraules, segons Relly (1984) i Fisiloglu i Lorenzetti (1994), la drogoaddicció del fill sembla jugar un paper clau en la regulació de la homeostasi conjugal, ja que incrementa o redueix la distància emocional de la relació. Igual que un termòstat, la drogodependència del fill pot refredar una relació conjugal que està bloquejada o que ofega la parella, de la mateixa manera que pot servir per unir cònjuges que han estat vivint separats durant temps i que es tornen a unir pel problema del fill.

Per tant, des d'aquest pensament, era d'esperar que entre els dos grups d'estudi no hi hagués grans diferències de percepcions respecte l'ajustament diàdic. Així, doncs, com oportunament afirma Vecino (1990): “No puede descartarse que los padres hayan respondido a los autoinformes ocultando su realidad por motivos de sentimientos de culpa” (p.210).

Per altra banda, estem d'acord amb Cancrini (1996); Cirillo i col·l. (1993 i 1999); i Linares (1996) a assenyalar la importància del paper i l'experiència viscuda dels dos cònjuges de la parella parental amb un/a fill/a drogoaddicte respecte a les seves famílies d'origen (FO). Coincidim amb Linares (1996) a afirmar que “las drogodependencias como uno de los trastornos que no encuentran una ubicación única y específica en relación a la parentalidad y la conyugalidad de la pareja parental” (p.116). Segons el mateix autor i amb relació a les tipologies de drogodependències de Cancrini, podem trobar: a) un tipus de drogodependència en què la conjugalitat és harmoniosa i la parentalitat consensuada per part de la parella parental, que seria el cas de les drogodependències tipus A (les traumàtiques); b) un tipus de drogodependència en què la conjugalitat i la parentalitat per part de la parella parental fos no-harmònica i consensuada, respectivament, que seria el cas de les drogodependències tipus B i C (les neuròtiques i les psicòtiques); i, finalment, c) un tipus de drogodependències en què la conjugalitat i la parentalitat de la parella parental fos deteriorada, com seria el cas de les drogodependències tipus D (les sociopàtiques) (p.118).

Així, doncs, seguint amb les directrius anteriors, en el nostre estudi predominen les drogodependències tipus B i C. Dada que creiem que és important a tenir en compte perquè, per una banda, demostra, altre cop, la rellevància del sistema familiar com a factor de predisposició, de manteniment i de precipitació a la drogodependència. I, per altra banda, ens demostra la importància del paper i el rol de la família com a element a tenir en compte ja sigui en el camp de la prevenció com en el de la intervenció o tractament. Finalment, cal dir que aquestes idees coincideixen i queden definides del tot si tenim en compte el Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1993 i 1999). Recordem que aquests autors van recuperar la idea de la transmissió intergeneracional del sofriment, a partir de considerar la drogodependència com a símptoma a partir del qual s'expressa el sofriment i el malestar

individual derivat d'unes mancances afectives que s'han anat determinant en les diferents fases del desenvolupament evolutiu individual i familiar d'acord amb elements sociològics i culturals que afavoreixen l'expressió d'aquest malestar. En aquest sentit, estem d'acord amb ells quan afirmen que l'especificitat d'aquesta patologia no es troba en les mancances viscudes en si mateixes, sinó en els mecanismes de deformació de la realitat de

la família, que fan que aquestes siguin negades, minimitzades o amagades, i es nega així el testimoni del malestar i la possibilitat de l'expressió d'aquest de manera no simptomàtica. Per tant, coincidim amb els autors a creure que, per entendre aquests mecanismes de deformació de la realitat, és necessari establir una òptica trigeneracional, ja que els mateixos pares no han estat ni són conscients de les pròpies mancances, i això, els porta a tenir grans dificultats de percebre el malestar del fill.

Arribats en aquest punt, creiem oportú fer referència als resultats fruit de les correlacions entre subescales i els dos grups d'estudi. Per fer-ho, prèviament volem comentar que estem d'acord amb Polaino (1986) quan afirma que la dimensió expressió d'afecte i cohesió de la parella es pot relacionar amb el recolzament que poden percebre els fills d'aquesta; d'aquesta manera, si l'expressió d'afecte i la cohesió són bones, els fills perceben més suport parental; per tant, un element bàsic per al seu desenvolupament. Així, doncs, fóra bo recordar aquesta idea quan parlem del PBI, ja que estem convençuts que ens ajudarà a explicar la validació o no de la nostra darrera subhipòtesi. No obstant això, no volem deixar de banda, abans de passar a un altre punt d'anàlisi, el que el mateix Polaino ja apuntava en el seu estudi. És a dir, que el que fins ara hem estat comentant ens ha d'ajudar a adonar-nos de la necessitat d'incidir terapèuticament en el desequilibri conjugal atesa la seva importància en la drogodependència del fill jove-adult. Ara bé, com també ja va assenyalar Vecino (1990) "de todos es sabido que no se debe nunca abordarse la situación de los padres como pareja, hasta que no se ha resuelto la adicción y ellos lo soliciten, ya que sería un menoscabo de la jerarquía de los padres para enfrentar la terapia con éxito" (p.211).

Tal com apuntàvem en el paràgraf anterior, volem destacar les correlacions estadísticament significatives que vam trobar tant en el grup experimental com en el grup control, pel fet que estan relacionades amb tot el que hem anat comentant al llarg d'aquest apartat. Així, doncs, també en el nostre estudi, en el grup experimental hem trobat una correlació significativa entre la subescala satisfacció i expressió d'afecte en la majoria d'homes i de dones, per tant, hi ha un acord entre els dos subgrups a percebre que hi ha una relació directament proporcional entre les dues subescales mencionades anteriorment. D'aquesta manera, per al grup experimental, un nivell alt de satisfacció conjugal significa també un nivell alt d'expressió d'afecte; percepció que no podem dir que hagi estat la mateixa en el grup control.

En aquest, la majoria de les dones han percebut que hi ha una relació directament proporcional entre la subescala de cohesió i expressió d'afecte. En canvi, el grup d'homes creu que entre la subescala de cohesió i satisfacció, com també entre la subescala de consens i expressió d'afecte hi ha una relació directament proporcional. S'ha de dir, però, que, malgrat aquestes diferències de percepcions, no podem afirmar que siguin estadísticament significatives. Per tant, no les podem generalitzar, sinó que les interpretem com a elements descriptius que ens ajuden a conèixer amb més detall cada un dels grups.

Arribats en aquest punt, creiem que és el moment de relacionar les dades recollides de la DAS i la CAF. Recordem que l'estudi realitzat per Fisiloglu i Lorenzetti (1994) tenia com a objectiu precisament això, investigar les relacions que s'estableixen entre la cohesió familiar i l'ajustament diàdic conjugal a través d'aquests dos qüestionaris. Les dades més rellevants a què van arribar van ser que un alt nivell d'ajustament conjugal es podia associar a un nivell alt de cohesió familiar. Per altra banda, Vecino (1990), malgrat que no va utilitzar la DAS en el seu estudi, va observar que, en la parella parental de fills heroïnòmans, es descrivien globalment nivells alts quant a cohesió i adaptabilitat, contràriament a les parelles parentals del grup control que es definien amb nivells alts quant a cohesió i moderats quant a adaptabilitat. Així, doncs, en aquests dos estudis, eren més aglutinades les parelles parentals del grup experimental que les del grup control.



Ara bé, aquests resultats no coincideixen amb els obtinguts en el nostre estudi. Recordem que el 20% del nostre grup experimental de dones-mares va percebre una cohesió separada o desvinculada i el 24% i el 34.8% del grup experimental d'homes-pares va percebre-la separada o desvinculada, respectivament. Per tant, si ho situem dins del Model Circumplex, comprovarem que són nivells baixos quant a cohesió. Per tant, la parella parental del grup experimental es percep més desvinculada respecte el grup control. Per altra banda, tal com hem anat fent referència al llarg d'aquest apartat, hem obtingut un nivell d'ajustament diàdic per part de cada cònjuge idealitzat, per tant, un nivell alt, dada que coincideix amb el que van trobar Fisiloglu i Lorenzetti (1994). En síntesi, segons el nostre estudi, no podem associar un nivell alt d'ajustament diàdic amb un nivell alt de cohesió familiar, sinó amb un nivell baix de cohesió familiar. Conclusió que era de preveure si tenim en compte per una banda, les aportacions d'Ayerbe i col·l. (1997); Cirillo i col·l. (1999); Pumar i col·l. (1997); Rodríguez i Sanz (1987); Terrón i col·l. (1993), les quals suggereixen l'existència de conflictes entre els membres de la parella parental, que els porten a funcionar de manera.

individual, per tant, de manera desvinculada. I, per altra banda, les aportacions de Cirillo i col·l. (1993 i 1999), especialment quan fan referència als tres tipus de matrimoni característic de cada un dels tres recorreguts del Model Etiopatogènic. Segons els nostres resultats, ens trobem amb un tipus de relació conjugal caracteritzada per un matrimoni d'interès, o bé un matrimoni inexistent, ja que podem trobar un tipus de relació de la qual cada cònjuge utilitza instrumentalment l'altre per satisfer les pròpies necessitats de realització social o d'emancipació respecte a la FO de cada un, relació característica al matrimoni d'interès, o bé un tipus de relació conjugal on l'intercanvi emocional dins de la parella tendeix a ser zero i la relació s'estructura de manera inerta i casual, amb expectatives molt baixes, compensadores o instrumentals amb relació a les FO, matrimoni que, segons Cirillo i col·l., és característic de les famílies multiproblemàtiques. Així, doncs, aquests dos tipus de matrimoni faciliten la individuació de cada cònjuge, per tant, un tipus de funcionament conjugal desvinculat. Aquestes dades, juntament amb les nostres dades socioeconòmiques, ens porten a afirmar que la majoria de parelles parentals estudiades es troben definides amb el tipus de matrimoni d'interès. Estem

convençuts de la rellevància d'aquestes dades per a tot professional especialista en drogodependències a l'hora de valorar, decidir i elaborar un programa de tractament determinat.

Per concloure, malgrat que encara no es pugui afirmar l'existència d'un gran ventall d'estudis que se centrin a estudiar els pares de fills drogoaddictes com a parella tal com també ho assenyalen altres autors, com ara Pumar i col·l. (1997); i Vecino (1990, p.210), que defensen que segurament és perquè l'interès se centra sobretot en la drogodependència i menys en les dificultats conjugals dels pares, estem convençuts que tenir en compte els pares dins del tractament pot ser un element important d'ajuda tant per al professional com per al fill/a a l'hora de sortir de la situació tan complexa de la qual forma part, sobretot si l'ajustament diàdic dels seus pares millora. Com ja hem comentat en el bloc 3 i en aquest, d'aquesta manera seria molt possible que poguessin ser un front fort i comú per lluitar per tal que el sistema familiar arribés a fer, el que es coneix per "un canvi 2 o un canvi de segon ordre"<sup>78</sup> i així, fer-los responsables a tota la família d'aquest canvi.

---

<sup>78</sup> Es refereix aquell canvi del qual permet una modificació en el conjunt de regles que organitzen i dirigeixen l'ordre intern de l'estructura del sistema familiar de manera qualitativa i no només quantitativa. Com assenyalava Bateson (1972, a Ceberio i Watzlawick, 1998) són aquells canvis dels quals faciliten la "capacitat d'aprenentatge". És a dir, que l'estructura del sistema està preparada per adaptar-se a tots els processos del desenvolupament que impliquin la seva modificació (p.41).

## 7.4. Vincle Parental

El que pretenem en aquest apartat és reflexionar i discutir sobre els resultats recollits a través del PBI, el darrer qüestionari que vam utilitzar a la recollida d'informació. Com amb la resta de qüestionaris, estem convençuts que el que a continuació direm ens pot ajudar a valorar, relacionar i elaborar noves línies d'acció tant en l'àmbit de la prevenció com del tractament.

Recordem que la cinquena subhipòtesi especulava que, dels quatre tipus de vincle parental que mesura el PBI, la majoria dels joves-adults drogoaddictes percebrien un vincle parental de control sense afecte, contràriament a la majoria dels joves-adults del grup control, que percebrien un vincle parental òptim vers la mare i el pare, tant en la versió ortodoxa com en la versió actual.

Aquesta subhipòtesi es basa, per una banda, com ja hem comentat en altres apartats, en les aportacions teòriques de Bowlby sobre la teoria de l'aferrament (“apego”, 1972, 1973, 1976, 1983), el concepte teòric de “nutrició emocional” de Linares (1996), i la conceptualització del “triangle relacional” de Guerin i col·l. (2000)<sup>79</sup>. I, per altra banda, en diferents estudis teòrics realitzats al llarg d'aquests 25 anys (Ainsworth, 1975; Ausloos, 1998; Ballús, 1991; Baumrind, 1985; Belsky i Voldra, 1989; Ceballos i Rodrigo, 1998; Colleta, 1981; López i col·l., 1999; Olson i col·l., 1979; Palacions i Moreno, 1994; Parker i col·l., 1979; Quinton i Rutter, 1998; Simons i col·l., 1994), els quals emfasitzen la importància del tipus de vincle parental i els estils educatius i de criança dels pares com a factor clau tant per al desenvolupament i el creixement individual com de socialització per a cada un dels fills<sup>80</sup>.

Si ens centrem en el nostre estudi, creiem oportú començar parlant dels resultats correlacionals obtinguts a les dues subescales que mesura el PBI, la subescala cures (CUR) i la subescala

---

<sup>79</sup>Recordem que al bloc 2, concretament al subapartat 2.4.2.1, s'hi pot trobar definit cada un d'aquests conceptes o teories.

<sup>80</sup>Tots aquests estudis es poden trobar desglossats als subapartats 2.4.2.2 i 2.4.2.3 del bloc 2 d'aquest treball.

protecció (PRO), abans d'analitzar els vincles parentals percebuts per part dels joves-adults. D'aquesta manera seguim el procés teòric d'interpretació del PBI.

Era de preveure que en el grup experimental les dades correlacionals, fruit de la comparació intragrupal entre les puntuacions obtingudes a les 2 subescales (CUR i PRO), tant entre el grup de mares com entre el grup de pares no fossin estadísticament significatives, ja que, com assenyala Haley (1985), el símptoma drogodependència és característic a l'etapa del cicle vital en el qual el jove té edat per emancipar-se, és el que s'anomena joves amb trastorns d'emancipació. Com a conseqüència, i conjuntament amb les aportacions de Stanton i Todd (1994), diríem que els pares reaccionen amb pànic davant l'amenaça que suposa a la integritat triàdica, ja que se senten incapaços de relacionar-se entre si com a parella de manera satisfactòria. Així, la majoria de famílies amb un/a fill/a addicte/a s'estabilitzen o es bloquegen en aquesta fase, cosa que provoca que aquest fill es mantingui molt lligat a ells d'una manera no funcional, patològica. Per això, és d'esperar que davant aquest bloqueig el/la jove-adult no percebi un canvi significatiu del tipus de relació o vincle, a nivell de cures i protecció, que hagués pogut establir amb la seva mare o amb el seu pare abans dels 16 anys, que correspon a la versió ortodoxa del PBI, i després dels 16 anys, que correspon la versió actual del PBI.

Les dades anteriors coincideixen amb les dades recollides respecte a la subescala d'adaptabilitat familiar mesurada amb la CAF i amb altres estudis revisats que, com nosaltres, també han utilitzat el PBI i la CAF (Johnson i Pandina, 1991; McFarlane i col·l., 1995). Recordem que bona part d'aquests joves-adults van percebre un nivell d'adaptabilitat rígida<sup>81</sup>. D'aquí que, seguint Polaino-Lorente i Martínez (1995 i 1998), diríem que aquests joves estan d'acord a percebre que a les seves famílies hi predomina l'estil educatiu autoritari. Per tant, un estil educatiu caracteritzat per una manca de comunicació i afecte cap al fill i poca flexibilitat davant el compliment de les normes. Coincidim a afirmar, doncs, amb Ceballo i Rodrigo (1998) i López i col·l. (1999), que aquests joves-adults de pares autoritaris tenen més probabilitats de presentar perfils més problemàtics, amb valors pobres pel que fa a identificació i autoestima,

---

<sup>81</sup>A l'apartat 6.1.2 es poden comprovar les dades que acabem de fer esment.

amb dificultats d'autocontrol i de relacions amb els iguals, i, amb una major tendència als conflictes personals i socials.

Amb relació a tot el que acabem de mencionar, hem d'assenyalar que en el grup control no ha passat el mateix. S'ha pogut comprovar que és un grup en el qual la majoria de joves-adults perceben que tant els seus pares com les seves mares s'han adaptat a les necessitats del seu cicle vital. Així, doncs, estan d'acord a creure que els seus pares i les seves mares s'han adaptat tant a les necessitats que podien tenir abans i després dels 16 anys. Si tenim en compte les dades correlacionals obtingudes, aquests joves perceben que les seves mares s'han adaptat al canvi de cicle vital tant en CUR com en PRO, contràriament als seus pares, que han valorat que s'han adaptat en CUR però no en PRO. Sembla, doncs, que la majoria d'aquests joves perceben el seu pare més rígid, autoritari i distant. Resultat que coincideix amb altres estudis, com Shedler i Block (1990), els quals van observar que tant els pares dels fills no consumidors com els pares dels fills consumidors habituals eren percebuts com a poc comunicatius, insensibles a les necessitats dels fills, no creaven la possibilitat d'un intercanvi obert entre pares-fills i normalment utilitzaven més canals comunicatius no verbals que verbals. En aquest mateix estudi, van definir aquests pares com a pares autoritaris i dominants, que no se sentien còmodes amb l'espontaneïtat i la creativitat i que, per tant, tendien a voler les coses a la seva manera. Com veurem més endavant, característiques semblants a les que els joves del grup experimental han percebut vers els seus pares respecte el vincle parental percebut per part dels seus pares.

Seguint en la mateixa línia, ens podria cridar l'atenció el fet que les dades correlacionals del grup experimental, fruit de la comparació intragrupal, tant entre les mares i els pares abans dels 16 anys com entre les mares i els pares després dels 16 anys respecte cures i protecció no fossin estadísticament significatives, ja que, des de la literatura hem trobat, per una banda, autors que estan d'acord a assenyalar que els joves drogodependents perceben diferències entre els seus pares i les seves mares quant a cures i protecció. Així, doncs, coincideixen a afirmar que és més probable que els fills consumidors percebin els pares (homes) com més ineficaços, perifèrics i/o dèbils que les mares, les quals es perceben normalment com a sobreprotectores, permissives i invasores de l'espai individual (Brook i col·l., 1980; Cancrini i la Rosa, 1996; De

Andrés, 1993; Espina i col·l., 1996; Kaufman i Kaufman, 1979; Madanes i col·l., 1980; Friedman i col·l., 1987; Livianos i col·l., 1998; Rodríguez i Sanz, 1987).

D'acord amb aquestes directrius, segons Cancrini i la Rosa (1996), parlariem de l'estructura familiar que es desenvolupa en les drogodependències de tipus B (les neuròtiques), caracteritzada per una forta implicació (sobrepotecció) d'un dels progenitors (generalment el sexe oposat) en la vida del fill/a i la seva "malaltia", i un rol "perifèric" per part de l'altre progenitor. De la mateixa manera, Kaufman i Kaufman, uns quants anys abans, el 1979, ja havia caracteritzat les famílies amb un fill addicte com a famílies en què els pares (homes) es relacionaven amb el seu fill de manera desvinculada i les mares, de manera aglutinada. També, Brook i col·l. (1980) van emfasitzar que el rol passiu del pare del fill drogoaddicte projectava major distància i menys afecte vers fill, al mateix temps que un rol actiu de la mare comportava parlar de sobreimplicació, que no necessàriament significava per al fill major afecte.

Seguint en aquesta línia, segons Cirillo i col·l. (1999), correspondria al Recorregut 1 (abandonament dissimulat) del Model Etiopatogènic. Recordem de manera resumida, que el Recorregut 1 està caracteritzat per una mancança afectiva per part dels futurs pares respecte a les seves respectives FO sense ser reconeguda. D'aquí que es parli que la parella paterna del futur fill/a drogodependent, en línies generals, es caracteritza per un matrimoni d'interès, en què cada cònjuge utilitza instrumentalment a l'altre per satisfer les pròpies necessitats de realització o d'emancipació respecte a la FO de cada un. Tot això dona fruit a una criança fingida, en la qual la mare realitza les funcions assistencials de manera aparent durant la infància del fill i durant l'adolescència, ja que aquesta no reconeix les exigències evolutives del fill. Quant al pare, aquest rebutja l'intent d'aproximació del seu propi fill, o bé, si l'acull, ho fa també de manera instrumental per llavors abandonar-lo en un segon moment<sup>82</sup>.

Ara bé, per altra banda, també des de la literatura, hem trobat estudis que coincideixen amb els nostres resultats. D'aquesta manera, segons Denoff (1998), Emmelkamp i Heeres (1988), Espina i col·l. (1996), Kandel (1982), Kandel i Logan (1984), Kalling i col·l. (1995), Kaufman

(1980), Johson i Pandina (1991), McFarlane i col·l. (1995), Norem-Hebissen (1984), Schweitzer i Lawton (1989), Shedler i Block (1990) i Stoker i Swadi (1990) era d'esperar una escassa diferència en la subescala de sobreprotecció i cures entre pare i mare del grup experimental i del grup control. Així, doncs, diríem que estan d'acord a afirmar que un factor predictor important a l'inici del consum de substàncies és percebre una manca de proximitat i interacció tant per part de la mare com del pare. De la mateixa manera, coincideixen a considerar que tant els pares com les mares dels joves addictes podien estar desvinculats o molt implicats (aglutinats) en el problema. Finalment, van comprovar que els drogoaddictes caracteritzaven els seus pares i les seves mares en termes de fredor, indiferència, control, tracte infantilitzador, intromissió i manca d'autonomia; en altres paraules, amb un vincle de control sense afecte.

Seguint amb aquestes premisses i les aportacions de Cancrini i la Rosa (1996), parlariem que el funcionament i l'estructura familiar que més caracteritza la nostra mostra és la que es desenvolupa en les drogodependències tipus C (les psicòtiques), definida per una sobreimplicació tant per part de la mare com del pare en la drogodependència i en la vida privada del seu fill. D'aquí que es tracti de famílies en les quals les dificultats de desvincular-se són importants en la mesura que tots estan implicats en "jocs" familiars iniciats ja en el moment del naixement de la parella. Dades que confirmen i complementen tots els estudis que hem mencionat en el punt anterior i el nostre. Per altra banda, si tenim en compte el Model Etiopatogènic de Cirillo i col·l. (1999), parlariem que la majoria de famílies de la nostra mostra han seguit el Recorregut 2 (abandonament desconegut).

Recordem, de manera resumida, que el Recorregut 2 es caracteritza per l'existència d'elements de transmissió intergeneracional de mancança i esdeveniments traumàtics per part de les FO dels progenitors, però la història narrativa de la família és molt més difícil d'obtenir per part de la família que en el Recorregut 1. Aquesta dificultat rau en el desconeixement i l'ocultació de la realitat per part de tots els membres familiars. D'aquesta manera, es construeix el matrimoni forçat que provoca, per una banda, que la mare desenvolupi una relació amb el seu fill molt condicionada pels sentiments contradictoris i ambivalents que viu amb el seu marit i, per altra

---

<sup>82</sup> Recordem que aquest recorregut es troba definit a l'apartat 3.2.3.2 d'aquest estudi.

banda, que quan el fill intenta aproximar-se al seu pare aquest el rebutja pel fet que el sent com un rival dins de la parella, el percep com una persona en la qual la seva muller ha dipositat tot el seu afecte per tal de compensar les seves mancances conjugals<sup>83</sup>.

Finalment, dins de l'anàlisi de les dues subescales, volem assenyalar que s'ha pogut comprovar que hi ha diferències estadísticament significatives entre el grup experimental i el grup control quant a les dues subescales (CUR i PRO), tant en la versió ortodoxa com en l'actual. Així, doncs, creiem que és un element més a tenir en compte tant en el camp de la prevenció com en el camp de la intervenció, ja que opinem que tant les cures com la protecció són clau per fomentar i desenvolupar un bon vincle entre pare-fill i mare-fill. Per tant, un element diferenciador d'un estil educatiu i de criança determinat.

No obstant això, hem de recordar que, en aquesta comparació intergrup, hi ha una dada que creiem important a ressaltar. Ens referim al fet que no s'han trobat diferències estadísticament significatives entre les CUR de les mares abans que els seus fills hagin arribat a tenir els 16 anys entre el grup experimental i el grup control. És un resultat previsible si tenim en compte, per una banda, l'estudi que van dur a terme Shedler i Block (1990). En aquest estudi ja varen comprovar que tant les mares del grup de consumidors habituals com les mares dels no consumidors eren definides com a hostils, insensibles, molt crítiques respecte als seus fills; no acceptaven cap consell o idea que provingués dels seus fills. Per tant, van arribar a la conclusió que, davant d'aquestes semblances quant a criança entre els dos grups, era més útil i funcional tenir com a punt de referència els pares i les mares del grup de joves experimentadors, convençuts que d'aquesta manera es reflectia més la realitat dels adolescents i joves d'avui en dia i, a més, es tenia en compte el grup que s'ha de situar entremig respecte el *continuum* de la freqüència en l'ús de substàncies.

Amb relació al punt anterior, estem d'acord amb Cirillo i col·l. (1993 i 1999); Linares (1993, 57); i Rodríguez i Sanz (1987) a l'hora de donar importància a les vivències i experiències que hagin pogut tenir aquestes mares abans que els seus fills arribin a ser drogodependents respecte a les

---

<sup>83</sup> Recordem que aquest recorregut es troba definit a l'apartat 3.2.3.2.



FO i com conseqüència construir un tipus de matrimoni i criança parental influenciat per la història familiar de la FO del marit i pare. Així, doncs, aquestes aportacions ens ajuden a confirmar la funcionalitat i l'adequació de la TFS, concretament l'abordatge trigeneracional a les drogodependències, com una línia de tractament eficaç, complementària i enriquidora a l'hora de treballar amb aquesta problemàtica configurada per diferents factors biopsicosocials. Com destaca Cancrini (1999): “La storia trigenerazionale della famiglia e alle circostanze della nascita (genogramma) del futuro pazienti costituiscono la fonte piú generosa del materiale di cui abbiamo bisogno” (p.163).

Sens dubte, des del nostre punt de vista, són reflexions importants que demostren altre cop la importància del paper de la família a l'hora de prevenir l'aparició de trastorns en qualsevol membre de la família.

Arribats en aquest punt, creiem que és el moment oportú de parlar de la percepció del vincle parental tant vers la mare com el pare per part dels dos grups estudiats per tal d'esbrinar si coincideixen en tot el que hem comentat fins ara. Així, podríem arribar a definir un perfil relacional entre fill-pare i fill-mare que ens pugui donar més informació per comprendre amb més detall aquest fenomen tan complex que són les drogodependències dels joves-adults.

Amb relació al que acabem de mencionar, primerament cal dir que les dades obtingudes respecte a la variable vincle parental han estat les esperades. Així, podem afirmar que s'ha validat la nostra darrera subhipòtesi. No obstant això, descriptivament parlant, ens crida l'atenció la poca diferència que hi ha entre el grup experimental i el grup control respecte a la percepció del vincle vers la mare i el pare abans dels 16 anys (versió ortodoxa del PBI). Recordem que el 50% (n=18) de joves-adults del grup experimental i el 30.6% (n=11) de joves-adults del grup control van percebre un vincle amb control sense afecte vers la seva mare. I, més de la meitat dels joves-adults drogoaddictes, el 55.6% (n=20), i el 25% (n=9) del grup control, també van percebre un vincle amb control sense afecte vers el pare. Ara bé, dins del grup control, també cal destacar que el 25% (n=9) van percebre un vincle amb afecte controlat. Aquestes dades coincideixen amb la definició que Ausloos (1998) va fer de la drogoaddicció

dels joves-adults. Així, doncs, estariem d'acord a considerar la drogoaddicció com una malaltia de control, un excés de control en el funcionament de tipus aglutinat a la infància i d'una absència de control aparent en el funcionament adult. Com assenyala Ausloos: "En la drogodependència, hay siempre una enfermedad del control, con un exceso de control en ciertos ámbitos, y una insuficiencia de control en otros" (p.167-168).

Les dades anteriors ens han de fer reflexionar respecte l'estil educatiu, les pautes de criaça i el model familiar que els joves en general, que no necessàriament han de tenir problemes amb les drogues, perceben vers el seu vincle amb la mare i el pare abans dels 16 anys. Com assenyala Espina i col·l (1996), aquestes conductes i estils educatius que adopten els pares i les mares dels fills drogodependents poden estar associades també amb un risc general de patir un trastorn psicològic o psiquiàtric en el camp de les drogodependències i, per tant, a nivell terapèutic seria convenien incloure intervencions familiars per aconseguir un tipus de vincle més adequat. Per tant, estem convençuts que aquestes dades són importants, sobretot en el camp de la prevenció, i demostren la part de responsabilitat que tenen els pares i les mares en l'educació dels seus fills. I, dins el camp professional, demostren als professionals la importància de tenir en compte tant els pares com les mares en qualsevol treball educatiu i preventiu que vulguin elaborar i dur a la pràctica.

Amb relació al punt anterior i per evitar qualsevol especulació errònia, creiem oportú assenyalar també la gran diferència que hi ha entre el grup experimental i el grup control quant al vincle òptim percebut vers els pares i les mares abans dels 16 anys. Així, doncs, era més previsible que cap jove drogoaddicte percebés un vincle òptim vers la seva mare, i només 1 el percebés respecte al seu pare. Contràriament al grup control, en el qual el 38.9% (n=14) i el 27.8% (n=10) van percebre un vincle òptim vers la mare i el pare, respectivament.

Pel que fa a les dades referents al vincle parental percebut després dels 16 anys (versió actual del PBI), creiem que han estat suficientment significatives per arribar a demostrar la importància del paper de la família, concretament els pares i les mares, quant a la prevenció de dificultats o trastorns en els seus fills i, al mateix temps, la funcionalitat del símptoma drogodependència en

aquests tipus de famílies. Per una banda, aquestes dades queden justificades amb el fet que en els resultats hem comprovat l'augment de joves-adults drogodependents que perceben a l'actualitat un vincl amb control sense afecte vers les seves mares, concretament passem d'un 50%, en la versió ortodoxa, al 63.9%, en la versió actual. Per tant, parlariem que la sobreimplicació, sobreprotecció, l'hostilitat, la intrusió, la manca de disciplina, la poca espontaneïtat, la poca comunicació, la insensibilitat a les necessitats dels seus fills i l'actitud d'omnipotència són característiques presents a la majoria de mares de fills joves-adults drogodependents (Coletti, 1987; Emmelkamp i Heeres, 1988; Espina i col·l., 1996; Oñate, 1990; Reeds i Wilborn, 1983; Rodríguez i Sanz, 1987; Shedler i Block, 1990; Schweitzer i Lawton, 1989; Swadi, 1999). En canvi, en el grup control, aquest augment es tradueix en un augment de joves-adults que perceben un vincl òptim vers la seva mare a l'actualitat, concretament passem d'un 38.9% a un 52.9%.

Per altra banda, els resultats demostren que el fet que hi hagi un augment per part dels joves-adults drogoaddictes a l'hora de percebre un vincl dèbil o absent a l'actualitat vers els seus pares, concretament, passem d'un 11.1% a un 22.2%, i una disminució quant a un vincl amb control sense afecte, en aquest cas, passem d'un 55.6% a un 47.2%, ens demostra la poca implicació per part del pare davant aquesta problemàtica. Aquests resultats coincideixen amb aquells estudis que caracteritzen l'actitud del pare de perifèrica, estranya, distant, de rebuig, poc comunicativa, insensible a les necessitats dels fills, que no facilita un intercanvi obert entre pare-fill, normalment utilitzen més canals comunicatius no verbals que verbals, són autoritaris i dominants, no se senten còmodes amb l'espontaneïtat i la creativitat que poden tenir els seus fills (De Andrés, 1993; Denoff, 1988; Espina i col·l., 1996; Johnson i Pandina, 1991; Norem i Hebissen, 1984; Rodríguez i Sanz, 1987; Stoker i Swadi, 1990; Swadi, 1999). En canvi, en el grup control hi ha més joves-adults que perceben un vincl òptim vers el seu pare a l'actualitat, concretament passem d'un 27.8% a un 47.2%, i menys que perceben un vincl amb control sense afecte i un vincl amb afecte controlat, a diferència de les puntuacions obtingudes a la versió ortodoxa; així passem d'un 25% a un 19.4% i d'un 25% a un 8.3%, respectivament.

En definitiva, diríem, per una banda, que la majoria de joves-adults tenen una drogodependència psicòtica (tipus C). Per altra banda, perceben un vincle amb control sense afecte tant amb el pare com amb la mare, en les dues versions del PBI, que coincideix amb les puntuacions obtingudes a la subescala Adaptabilitat de la CAF. Recordem que la majoria dels joves drogoaddictes van percebre una adaptabilitat familiar rígida. Això ens porta a afirmar que aquests joves-adults perceben que provenen de famílies amb un model i estil educatiu autoritari. I, finalment, tota la informació recollida ens porta a plantejar-nos que és més que probable que el recorregut que la família ha seguit prèviament a la drogoaddicció del fill/a jove-adult ha estat el recorregut 2, és a dir, el recorregut per abandonament desconegut.

Per concloure aquest bloc, ens agradaria fer uns últims comentaris referits a les limitacions del propi treball. El fet de ser una mostra de 36 famílies per cada grup estudiat, ens ha impossibilitat fer càlculs paramètrics i, per tant, obtenir un nivell més elevat d'adequació estadística, per la qual cosa, en molts moments, ens hem hagut de limitar a fer una anàlisi descriptiva a través de proves no paramètriques. Per altra banda, la dificultat que ha estat obtenir una resposta afirmativa per participar en aquest treball. Encara hi ha força pares i mares que se senten culpables davant la problemàtica que manifesta el seu fill i, com a conseqüència, tenen por, inseguretats i desconfiança davant els possibles resultats. De la mateixa manera, hi ha joves-adults que han viscut el fet de participar en un estudi com una amenaça per a l'homeostasi familiar i, per tant, han rebutjar participar-hi.

Creiem que les limitacions platejades anteriorment són una prova més de l'enorme complexitat d'aquest fenomen, com també dels mites o tabús que encara ara hi ha sobre aquest tema. Evidentment, seria molt desitjable que la nostra recerca fos una petita aportació o prova que les coses estan canviant o han de canviar per fer front a aquesta por, inseguretats i desconfiança per part de tots.

## 8. Conclusions

En aquesta investigació s'ha procurat compartir l'experiència de quatre anys d'investigació, de teoria i de pràctica clínica amb la finalitat, per una banda, de fer un estudi amb rigor, sistematització i coherència científica, per evitar caure en una interpretació reduccionista i lineal, a favor d'una d'interpretació sistèmica-relacional. I, per altra banda, poder estimular la recerca de noves reflexions i línies d'actuació.

Hi ha nombrosos estudis que expliquen el significat que, des de la perspectiva sistèmica, s'atorga al símptoma drogoaddició. Ara bé, el que creiem que resulta especialment interessant és comprovar la connexió significativa entre el consum de drogues i la dinàmica familiar, l'ajustament diàdic conjugal i el vincle parental de les famílies dels joves-adults drogodependents a través d'un estudi científic.

Així, doncs, creiem que, tenint com a punt d'anàlisi el triangle relacional (pare-mare-fill) i el subsistema conjugal, podem valorar fins a quin punt és important tenir en compte la família a l'hora de dissenyar programes de prevenció i de tractament. Partint d'aquesta base, doncs, d'aquesta investigació sobre la dinàmica familiar i el vincle conjugal-parental en famílies amb un membre jove-adult drogodependent podem extreure onze conclusions.

En primer lloc, malgrat que actualment, des d'una visió social, la drogodependència es veu o es relaciona, encara ara, a poblacions marginades, multiproblemàtiques o amb dificultats socioeconòmiques, aquest estudi mostra que estem davant d'un fenomen que afecta a tots els nivells socioeconòmics i culturals i, amb un nucli familiar format per les dues figures parentals, pare i mare. D'aquesta manera, el nostre estudi contradiu aquelles aportacions que posen èmfasi el fet que la condició de monoparentalitat és un factor d'alt risc pel consum de drogues dels joves. Malgrat tot, s'ha observat que hi ha una dada que continua essent la mateixa. Aquesta es refereix el fet que hi ha més homes que dones que cauen dins d'aquesta problemàtica amb una proporció de 4 a 1.

En segon lloc, hem constatat que la droga principal que els joves-adults han utilitzat per expressar el seu malestar i sofriment intens derivat d'unes mancances afectives que s'ha anat configurant al llarg de les diferents fases del cicle vital individual i familiar, ha estat la cocaïna; contràriament, fa uns quants anys, era majoritàriament a través de l'heroïna. Aquest fet ens obliga a plantejar-nos noves formes d'actuació. Per una banda, es confirma que al no utilitzar la via intravenosa pel consum de cocaïna disminueix el risc de transmissió de malalties infeccioses com la SIDA o la tuberculosi. Per altra banda, hi ha la necessitat de trobar un tipus de tractament farmacològic adequat que ajudi i faciliti el tractament psicoterapèutic a la dependència a cocaïna. Fins ara, no s'ha trobat cap tractament substitutiu de la cocaïna, contràriament al cas de l'heroïna, en què es pot utilitzar la metadona o la naltraxona per fer-hi front. Davant aquest canvi de patró de consum, com hem esmentat anteriorment, tant l'Administració com dels mateixos professionals especialistes en drogodependències s'han de plantejar la importància del tractament psicoterapèutic com a via per abordar aquesta problemàtica. Des d'aquesta perspectiva, i com veurem més endavant, estem convençuts que la família juga un paper molt important.

En tercer lloc, hem comprovat que la mitjana d'edat d'inici del consum tant del tabac com de l'alcohol en als dos grups d'estudi era a l'adolescència, justament a l'etapa de secundària. Per aquest motiu, pensem en la responsabilitat dels pares i les mares, com de l'escola i de la mateixa Administració per retardar o, disminuir el seu consum. D'aquesta manera, estem segurs que es reduiria el factor de risc a consumir habitualment altres drogues, amb el perill que això suposaria en relació a la drogodependència.

Una quarta conclusió es refereix al fet de comprovar que tant els tres subgrups del grup experimental (fill-mare-pare) com els tres subgrups del grup control coincideixen a percebre una relació amb els fills clara i permeable. Resultats que es troben reflectits a les aportacions de les quals afirmen que aquest tipus de famílies és molt freqüent la negació dels problemes per la pròpia simptomatologia de la dinàmica familiar. Així, doncs, es confirma el fet que el símptoma drogoaddicció és el punt de l'iceberg que amaga moltes altres realitats més importants i, a la vegada, fa de mecanisme homeostàtic per tal de preservar l'estabilitat familiar. Al mateix temps,

ens adonem de la importància d'analitzar detalladament la història familiar per tal de copsar les mancances de les respectives FO, com el tipus de relació de la parella, la relació mare-fill a la infància i l'intent d'aproximació del fill vers el pare. Sens dubte, elements que ens han de portar a valorar el treball i l'actitud de tot professional especialista en drogodependències.

La cinquena conclusió fa referència a la dinàmica familiar i al tipus de família percebuda tant pel grup experimental com pel grup control. En aquest sentit, els resultats obtinguts demostren que la majoria d'addictes van percebre una dinàmica familiar estructuralment desvinculada, seguida per la rígida desvinculada. Per tant, dos tipus de dinàmica familiar que, situades dins del Model Circumplex d'Olson, configuren el tipus de família moderada i extrema, respectivament. En altres paraules, perceben una adaptabilitat i cohesió baixa o molt baixa. Així, doncs, des del punt de vista de la dimensió adaptabilitat, aquests joves-adults coincideixen a afirmar que provenen d'un tipus de família que té poques capacitats d'adaptació a canvis, amb un excés de disciplina i control, amb poc estil negociador i regles relacionals rígides. Des del punt de vista de la dimensió cohesió, cal assenyalar que la majoria d'aquests joves-adults tenen la sensació de viure en famílies en les quals que el vincle emocional tant entre els membres com des del sistema familiar cap enfora, és pobre, distant o nul. D'aquesta manera, pensen que entre la família hi ha pocs interessos, activitats de temps lliure i preses de decisions poc compartides i comunes. En resum, podem afirmar que, des del punt de vista dels joves-adults drogoaddictes, són famílies desvinculades i rígides, contràriament al grup control que les perceben equilibrades.

Amb relació al punt anterior, hem pogut adonar-nos que els pares i les mares del grup experimental no pensen el mateix respecte els seus fills drogoaddictes. Això ens porta a plantejar-nos, per una banda, la dificultat d'arribar a establir un patró de famílies determinat i únic amb un/a fill/a jove-adult/a drogodependent i, al mateix temps, ens demostra la complexitat enorme d'aquest fenomen que s'ha de tenir en compte a l'hora d'elaborar línies de prevenció i tractament. Per altra banda, ens ajuda a defensar la idea que per fer front a aquesta complexitat és important tenir una visió oberta i àmplia del fenomen, que ha d'anar més enllà d'una visió lineal de causa-efecte. Aquesta premissa ens confirma que l'elecció de l'epistemologia sistèmica a l'hora de desenvolupar aquest estudi ha estat encertada.

Com a sisena conclusió afirmem que queda reflectit el fet que la drogoaddicció dels fills joves-adults permet als pares desplaçar el conflicte conjugal del centre d'atenció i centrar-se en la criança dels fills. D'aquesta manera, la drogodependència esdevé la funció d'equilibrar el sistema familiar i neutralitzar l'espai buit emocional existent entre els dos cònjuges. Estem convençuts que fóra bo, però, ampliar aquesta interpretació assenyalant la importància del paper i l'experiència viscuda dels dos cònjuges de la parella parental amb un/a fill/a drogoaddicte/a respecte les seves famílies d'origen (FO). En aquest sentit, recolzem aquelles aportacions que afirmen que l'especificitat d'aquesta patologia no es troba en les mancances viscudes en si mateixes, sinó en els mecanismes de deformació de la realitat de la família que fan que aquestes siguin negades, minimitzades o amagades, i es nega així el testimoni del malestar i la possibilitat de l'expressió d'aquest de manera no simptomàtica. Per tant, creiem que, per entendre aquests mecanismes de deformació de la realitat, és necessari establir una òptica trigeneracional, ja que els mateixos pares no han estat ni són conscients de les pròpies mancances i això els porta a tenir grans dificultats de percebre el malestar del fill.

Així, doncs, estem convençuts de la importància del paper de la família, concretament el triangle relacional (pare-mare-fill/a) dins del tractament de desintoxicació amb joves-adults que viuen a la seva llar, però a més, de la importància de poder treballar amb els pares d'aquests joves tenint en compte les seves experiències i vivències en les seves respectives FO. Per tant, defensem l'abordatge trigeneracional com una línia de tractament psicoterapèutica eficaç, complementària i enriquidora a l'hora de treballar amb aquestes famílies, sempre que sigui possible.

La setena conclusió està relacionada amb els resultats de la DAS i la CAF. Segons el nostre estudi, no podem associar un nivell alt d'ajustament diàdic per part del grup experimental a un nivell alt de cohesió familiar, com han fet alguns estudis. En el nostre cas, hem d'associar-lo a un nivell baix de cohesió familiar. Per tant, aquest resultat ens reafirma la posició teòrica que hi ha conflictes entre la parella parental amb un/a fill/a jove-adult/a drogoaddicte/a, cosa que els porta a funcionar de manera individual o desvinculada. I per altra banda, si tenim en compte el Model Etiopatogènic, ens trobem amb un tipus de relació conjugal caracteritzada per un



matrimoni d'interès o forçat; ja que aquest tipus de matrimoni facilita la individuació de cada cònjuge, per tant, un tipus de funcionament conjugal desvinculat.

Com a vuitena conclusió, hem d'assenyalar que el fet que bona part dels joves-adults van percebre un nivell d'adaptabilitat rígida ens confirma que aquests estan d'acord a percebre les seves famílies amb un estil educatiu autoritari. Per tant, un estil educatiu caracteritzat per una manca de comunicació i afecte cap al fill i poca flexibilitat davant el compliment de les normes. Així, doncs, afirmem que aquests joves-adults de pares que adopten un estil educatiu autoritari tenen més probabilitats de presentar perfils més problemàtics, amb valors pobres pel que fa a identificació i autoestima, amb dificultats d'autocontrol i de relacions amb els iguals, i amb una major tendència als conflictes personals i socials; contràriament al grup control, que s'ha pogut comprovar que és un grup en el qual la majoria de joves-adults perceben que tant els seus pares com les seves mares s'han adaptat a les necessitats del seu cicle vital, prova d'això és el fet que la majoria han puntuat un nivell d'adaptabilitat flexible o estructurada. I, per tant, ens reafirma que els joves del grup control coincideixen a percebre les seves famílies amb un estil educatiu democràtic.

Dins de l'anàlisi realitzada del PBI, s'ha pogut comprovar l'escassa diferència en la subescala protecció i en la subescala cures entre pare i mare del grup experimental i del grup control. Arribem a la novena conclusió tot afirmant que un factor predictor important a l'inici de consum de substàncies és percebre la manca de proximitat i interacció tant per part de la mare com del pare. En altres paraules, que tant els pares com les mares poden ser desvinculats o molt implicats (aglutinats) en el problema. Per tant, caracteritzar els pares i a les mares en termes de fredor, indiferència, control, tracte infantilitzador, intromissió i manca d'autonomia. És a dir, amb un vincle de control sense afecte.

Com a desena conclusió, hem de parlar que l'estructura familiar que s'ha desenvolupat a la majoria de les famílies en el nostre estudi és la pròpia de les drogodependències tipus C (les psicòtiques). No obstant això, no podem deixar passar l'oportunitat d'assenyalar que el fet que en la versió actual del PBI hi ha un augment per part dels joves-adults drogoaddictes a l'hora de

percebre un vincle dèbil o absent vers el pare, ens fa afirmar que una part de les famílies del grup experimental a l'actualitat queden definides per la drogodependència tipus B.

Així, doncs, com onzena i darrera conclusió, assenyalem que la majoria de famílies estudiades coincideixen en les característiques pròpies del Recorregut 2 (abandonament desconegut) caracteritzat per un matrimoni forçat. Ara bé, com ja hem indicat en el punt anterior, hem pogut comprovar que una part dels joves drogoaddictes perceben actualment un tipus de família caracteritzada pel tipus de drogodependència tipus B. Per tant, dins de les correspondències diagnòstiques corresponen al Recorregut 1 (abandonament dissimulat) caracteritzat per un matrimoni d'interès. D'aquí que es parli que la parella matrimoni d'interès, on cada cònjuge utilitza instrumentalment l'altre per satisfer les pròpies necessitats de realització o d'emancipació respecte a la FO de cada un.

A partir d'aquestes conclusions, un repte futur que es desprèn d'aquest estudi és el treball conjunt que es pot realitzar amb els professionals de les drogodependències, l'escola, la família i l'Administració per fer front aquest fenomen. Creiem que, si no tenim en compte aquests quatre pilars, serà molt difícil erradicar i lluitar perquè hi hagi els mínims factors de risc per caure en la drogodependència. Estem convençuts que tots tenim una obligació i una responsabilitat dins de cada competència, i aquest estudi no ha estat més que un gra de sorra que ho ha tornat a confirmar tant en el camp de la prevenció com en la intervenció. D'aquí que defensem que la clau està a creure i comprendre en termes de responsabilitat, capacitats i recursos, enlloc de en termes com ara culpabilitat, disfuncionalitat i incapacitat. Per tant, no és qüestió de buscar l'origen de les causes d'aquest fenomen, és a dir, buscar la raó o l'element culpable, sinó fer una lectura que tingui en compte la complexitat d'elements que comporta comprendre aquest fenomen i la seva funcionalitat. D'aquí que, I defensem que la teràpia familiar sistèmica és un abordatge eficaç i útil amb els joves-adults drogoaddictes, com els que hem estudiat en aquest estudi, quant a la reducció del consum o la prevenció de recaigudes pel fet que permet la modificació de l'estructura interna del sistema familiar.

## 9. Referències bibliogràfiques

Abeijón, J. A. (1987). Los sistemas en la demanda del toxicómano. A Ministeri de Sanidad y Consumo (Ed.), Enfoque relacional en toxicomanías (pp.21-33). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Alarcón, F.J. (1984). La estructura familiar en la propensión a las toxicomanías. Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco (Ed), Drogodependencias: un reto multidisciplinar (vol.2, pp.44-61). Victoria: Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Alexander, B. i Dibb, G. (1977). Interpersonal perception in addict families. Family Process, 16, 17-38.

Anderson, E. (1990). Streetwise: Race, class, and change in an urban community. Chicago: University of Chicago Press.

Aquilino, W.S. (1986). Children's perceptions of marital interactions. Child Study Journal, 16, 159-172.

Araque, F., López-Torrecillas, F., De los Riscos, M. i Godoy, J.F. (2001). Clima familiar en drogodependientes a opiáceos. Revista Española de drogodependencias, 26, 146-166.

Aseron, R.G., Sarason, I.G. i Sarason, B.R. (1992). Social support and conflict: Global and relationship-specific aspects. Document presentat en el anual de la American Psychological Association. Washington, D.C., EEUU.

Asociación Americana de Psiquiatria (1987). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3r. ed. revisada) (DSM-III-R). Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatria (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4r. ed.) (DSM-IV). Barcelona: Masson.

Arnau, J. (1990). Psicología Experimental. Un enfoque metodológico. Trillas: México

Ausloos, G. (1998). Las capacidades de la familia. Barcelona: Herder.

Aponte, H. J. i Vandeusen, J. M (1981). Structural family therapy. New York: Handbook of family therapy.

Ayerbe, A., Espina, A., Pumar, B., García, E. i Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. Adicciones, 9, 375-390.

Ballús, C. (1991). Adaptació del Parental Bonding Instrument a la població barcelonesa. Escola professional de psicologia clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona.

Barnes, H., i Olson, D.H. (1982). Parent adolescent communication scale. En Olson, McCubbin i Barnes (Eds.), Family inventories. St. Paul, MN: Family Social Science, University of Minnesota.

Barrera, M. i Li, S.A. (1996). The relation of family support to adolescents psychological distress and behavior problems. A G.R. Pierce, B.R. Sarason i I.G. Sarason (Eds.), Handbook of social support and the family (pp.314-344). New York: Plenum.

Bateson, G. (1979). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.

Bateson, G. (1985). Hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé

Baumrind, D. (1985). Familial antecedents of adolescents drug use: a development perspective. A La Rue, C. i Batjes, R.J. (Eds.), Etiology of drug abuse. Implications for preventing. Rockville: NIDA.

Belsky, J. i Vondra, J. (1989). Lessons from child abuse: The determinants of parenting. A D. Cichetti i V. Carlson (Eds.), Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child and neglect (pp.152-202). New York: Cambridge University Press.

Bell, L. i Bell, D. (1982). Family climate and the role of the female adolescent. Determinants of adolescent functioning. Family Relations, 31, 519-527.

Bettelheim, B. i Rosenfeld, A. (1994). El arte de lo obvio. Barcelona: Drakontos Crítica.

Bornstein, P.H. i Bornstein, M.T. (1992). Terapia de pareja: enfoque conductual sistémico. Madrid: Pirámide.

Bowlby, J. (1973). La separación afectiva. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1976). El vínculo afectivo. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1983). La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós

Brook, J., Scovell, A. i Brook, D. W. (1980). The Journal of Psychology, 105, 277-285.

Buendía, J. (1999). Familia i psicología de la salud. Madrid: Pirámide.

Burleson, B. i Kunkel, A.W. (1997). The socialization of emotional support skills in childhood. A G.R. Pierce, B.R. Sarason i I.G. Sarason (Eds.), Handbook of social support and the family (pp.105-140). New York: Plenum.

Cáceres, J. (1992). Estudio experimental de la interacción en la pareja. Análisis y Modificación de la Conducta, 18, 413-443.

Cáceres, L. (2000). Discusiones de pareja, violencia y activación cardiovascular. Análisis y modificación de conducta, 25, 909-938.

Cancrini, L. (1973). Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanile in Italia. Milán: Mondadori.

Cancrini, L. (1987). Enfoque relacional en toxicomanías. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. A Plan Nacional sobre drogas (Ed), Comunidad y drogas (pp.45-58). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cancrini, L., i Massoni, S. (1993). Hacia la definición de una tipología de la toxicomanía. A IGIA (Ed), Estrategias de intervención familiar en drogodependencias (pp.3-55). Barcelona: Grup IGIA.

Cancrini, L. i la Rosa, C. (1996). La caja de pandora. Barcelona: Paidós

Cancrini, L. (1999). La luna nel pozzo. Milà: Raffaello Cortina

Cantón-Duarte, J. i Cortés-Arboleda, M.R. (2000). El apego del niño a sus cuidadores. Madrid: Alianza Editorial.

Caplan, M., Vespo, J., Pedersen, J. i Hay, D.F. (1991). Conflict and its resolution in small groups of one-and two year-olds. Child Development, 62, 1513-1524.

Cauce, A.M., Reid, M., Landesman, S. i González, N. (1990). Social support in young children: Measurement, structure and behavioral impact. A B.R. Saranson, I.G. Saranson i G.R. Pierce (Eds.), Social support: An interactional view (pp. 64-94). New York: Wiley.

Carvalho, V., Pinsky, I., De Souza, R. i Carlini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school. Addiction, 90, 65-77.

Ceballos, E. i Rodrigo, M.J. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. A M.J. Rodrigo i J. Palacios (Eds.), Familia y desarrollo humano, (pp.225-243). Madrid: Alianza.

Ceberio, M.R. i Watzlawick, P. (1998). La construcción del universo. Barcelona: Herder.

Cirera, T. i Molins, M. (1993). Análisis estructural y modelo relacional. A IGIA (Ed),

Estrategias de intervención familiar en drogodependencias (pp.69-116). Barcelona: Grup IGIA.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. i Mazza, R. (1993). Famiglia e tossicomanie: un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi. Ecologia della Mente, 16, 11-37.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Losasso, D., Massa, R., Vena, G., Venci, G. i Xhaet, C. (1999). Un modello di processo eziogenetico trigenerazionale della tossicodipendenza. Parte seconda: idee sul trattamento. Ecologia della Mente, 18, 20-40.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. i Mazza, R. (1999). La familia del toxicodependiente. Barcelona: Paidós.

Coleman, S. i Davis, D. I. (1978). Family therapy and drug abuse: a national survey. Family Process, 17, 53-60.

Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. A Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed), Enfoque relacional en toxicomanias (pp.75-79). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Coletti, M. (1993). Considerazioni sull'aprocio relazionale applicato all'intervento sulle tossicodipendenze. Psicobiettivo, 13, 23-44.

Coletti, M. (1997). El problema de las emociones en la psicoterapia de las dependencias tóxicas: las del operador. A Centro Provincial de drogodependencias de Cádiz (Ed), IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario (pp.49-57). Chiclana de la Frontera: Centro Provincial de drogodependencias de Cádiz.

Colleta, N. D. (1981). The influence of support systems on the maternal behavior of young mothers. Comunicació presentada en el Biennial meeting of the society for research in child development, Boston.

Corominas, J. (1987). Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos.

Cox, M., Owen, M.R., Lewis, J.M. i Henderson, V.K. (1989). Marriage, adult adjustments, and early parenting. Child Development, 60, 1015-1024.

Cruzado, J.A. i Labrador, F.J. (2000). Intervenciones psicológicas en pacientes de cáncer. Revista Cáncer, 14, 3-82.

Darling, N. i Steinberg, L. (1993). Parenting style as a context: an integrative model. Psychological Bulletin, *113*, 487-496.

Davies, P.T. i Cumming, F. M (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. Psychological Bulletin, *116*, 387-411.

Denoff, M. (1998). An Integrated analysis of the contribution made y irrational beliefs and parental interaction to adolescent drug abuse. The International Journal of the Addictions, *23*, 655-669.

Denton, R. i Kampfe, C. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. Adolescence, *29*, 476-495.

Diamond, G. S., Serrano, A.C., Dickey, M. i Sonis, W. A. (1995). Current status of family-based and process research. Journal of the American of Child & Adolescent Psychiatry, *35*, 6-16.

Emmelkamp, P. i Heeres, H. (1988). Drug addiction and parental rearing style: a controlled study. The International Journal of the Addictions, *23*, 207-216.

Espina, A., Pumar, B., Bel-Cortés, M. A., Azkárate, E., Elortegui, A. i García, A. (1994). Un estudio correlacional etre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en parejas con hijos normales y con patología psíquica (toxicomanía y esquizofrenia). Psiquis, *18*, 37-44.

Espina, A., Pumar, B. i Garrido, M. (1995). Problemáticas familiares actuales y terapia familiar. Valencia: Promolibro.

Espina, A. i Fernández, C. (1996). Un estudio descriptivo sobre características familiares en una muestra de Proyecto Hombre”. Revista española de drogodependencias, *21*, 109-118.

Espina, A., Ayerbe, A., Pumar, B., García, E. i Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. Adicciones, *9*, 375-390.

Feixas, G. i Miró, M.T. (1994). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Felicov, C.J. (1991). Contribuciones de la sociología de la familia y de la terapia familiar al “esquema del desarrollo familiar”: análisis comparativo y reflexiones sobre las tendencias futuras. A C.J. Felicov (Ed.), Transiciones de la familia (pp.31-98). Buenos Aires: Amorrortu.

Fernández, A., González, M.A. i Lasa, A. (1998). Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio. Actas Luso-Española Neurología Psiquiatría, *26*, 97-103.

Fisiloglu, H. i Lorenzetti, A.F. (1994). The relation of family cohesion to marital adjustment. Contemporary Family Therapy, 16, 539-552.

Francis, C.A. (1991). Aproximaciones a la problemática de la drogadicción y la familia en el Perú. Sistemas Familiares, 4, 23-32.

Friedman, A. S., Pomerance, E., Sanders, R., Santo, Y. i Utada, A. (1980). The structure and problems of the families of adolescent drug abusers. Contemporary Drug Problem, 9, 327-356.

Friedman, A.S., Utada, A. i Morrissey, M. (1987). Families of adolescent drug abusers are “rígid”: Are these families either “disengaged” or “enmeshed” or both?. Family Process, 26, 131-148.

Friedman, A.S. (1989). Family Therapy vs parent groups: Effects on adolescents drug abusers. American Journal of Family Therapy, 17, 335-347.

Friedman, A. S., Tomko, L. i Utada, A. (1991). Client and family characteristics that predict better family therapy outcome for adolescent drug abusers. Family Dynamics Addict, 1, 77-93.

Friedman, A.S., Terras, A, i Kreisher, C. (1995). Family and client characteristics as predictors of outpatient treatment outcome for adolescent drug abusers. Journal of Substance Abuse, 7, 345-356.

Francis, C.A. (1991). Aproximaciones a la problemática de la drogadicción y la familia en el Perú. Sistemas Familiares, 4, 23-32.

Furman, W. i Burnester, D. (1985). Children’s perceptions of the qualities of the sibling relationships. Child Development, 56, 448-461.

García, J. (2000). El vincle, funció arquetípica d’unió. Aloma, 7, 21-41.

Garbarino, J., Sebes, J. i Schellenbach, C. (1985). Families at risk for destructive parent-child relations in adolescents. Child Development, 55, 174-183.

Gastón-Mazieres, A. (1998). ¿Cuáles son las pautas relacionales que presentan las familias con miembros alcohólicos y/o drogoadictos?. Sistemas Familiares, 3, 6-9.

Gibran, K. (1977). Obra selecta: El profeta, el foll, el precursor, el caminant. Montserrat: Abadia de Montserrat.

Giddens, A. (1999). Sociología. Madrid: Alianza Editorial.



Giné, C. (1998). El paper de la família i l'entorn microcultural en els processos d'integració. Educar, 22, 119-137.

Gotí, E. (1994). Abordaje del abuso de drogas desde el consultorio. Sistemas Familiares, 4, 17-31.

Green, R. i Werner, P.D. (1996). Intrusiveness and closeness-caregiving: Rethinking the concept of family "Enmeshment". Family Process, 35, 115-136.

Grichting, W. L. i Barber, J. G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption. The International Journal of the Addictions, 24, 963-971.

Guerin, P., Fogarty, T., Fay, L. i Kautto, J. G. (2000). Triángulos relacionales. El a-b-c de la psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1976). Técnicas de terapia familiar (1era. Ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1985). Transtornos de la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu.

Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1992). Un enfoque reflexivo para la terapia familiar. Sistemas Familiares, 3, 55-68.

Hoffmann, J.P. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescents marijuana use. The International Journal of the Addictions, 30, 1207-1241.

Hoffmann, J.P. i Susan, S. (1998). Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: a non-recursive model. Addiction, 93, 1351-1364.

Jiménez, J. i Revuelta, A. (1991). La familia del toxicómano: un estudio comparativo. Adicciones, 3, 133-140.

Joanning, H, Quinn, W., Thomas, F. i Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparasion of family systems therapy, drug therapy and family drug education. Journal of Marital Family Therapy, 18, 345-356

Johnson, V. i Pandina, R. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. Journal Drug Alcohol Abuse, 17, 71-88.

Irala, B. (2000). Crítica de libros. Psicología, 3, 117-119.

- Kafka, F. (1985). Carta al padre. Madrid: Edaf.
- Kalina, E. (2000). Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica. Buenos Aires: Paidós.
- Kalling, D., Cross, D. R., Giles-Sims, J. i Simposon, D. D. (1995). Psychosocial functioning among adult drug users: the role of parental absence, support, and conflict. The International Journal of the Addictions, 30, 1271-1288.
- Kandel, D. B., Treiman, D., Faust, R. i Single, E. (1976). Adolescent involvement in legal and ilegal drug use: a multiple classification analysis. Social Forces, 55.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 328-347.
- Kandel, D. B. i Logan, J.A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. American Journal of Public Health, 74, 660-666.
- Kaufman, E. i Kaufman, P. N. (1979). Family therapy of drug and alcohol abuse. New York: Gardner Press.
- Kaufman, E. (1980). Myth and reality in the family patterns and treatment of substance abusers. Journal Drug Alcohol Abuse, 7, 257-279.
- Kaufman, E. (1985). Critical issues in family research in drug abuse. Journal of Drug Issues, 4, 463-475.
- Klagsbrun, M i Davis, D (1977). Substance abuse and family interaction. Family Process, 16, 167-178.
- Kupetz, K., Larosa, J., Klagsbrun, M. i Davis, D. (1977). Drug abuse and the family. Family Process, 16, 35-41.
- Lewis, R.A., Piercy, F.P., Sprenkle, D.H. i Trepper, T.S. (1990). Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. Journal of Adolescents Research, 50, 82-95.
- Linares, J.L. (1993). Abordaje trigeracional en toxicodependencias. A IGIA (Ed.), Estrategias de intervención familiar en drogodependencias (pp.57-60). Barcelona: Grup IGIA.
- Linares, J.L. (1996). Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós.
- Livianos, L, Rojo, L., Rodrigo, G. i Cuquerella, M.A. (1998). La influencia de las emociones en la rememoración de la crianza: un estudio antes-después con el Parental Bonding Instruments (PBI). Actas luso-española neurología psiquiatría, 26, 241-246.

López, F. (1995). Necesidades de la infancia y protección infantil . Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos de las necesidades infantiles. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M.J. i Ortíz, M.J. (1999). Desarrollo afectivo y social. Madrid: Pirámide.

Madanes, C., Dukes, J. i Harbin, H. (1980). Family tis of heroin addicts. Archives of General Psychiatry, 37, 889-894.

Machado, L., Antunes, L., Mendes, Z. i Sá, S. (1997). Estructura familiar y consumo de drogas en estudiantes. Itaca, 1, 59-73.

MacGoldrick, M. i Carter, E.A. (1982). The family life cycle. A F. Walsh (Ed.), Normal Family Process, (pp.167-195). New York: Guildford Press.

MacGoldrick, M, Heiman, M. i Carter, B. (1995). I Mutamenti nen ciclo di vita della famiglia: una prospettiva sulla normalità. A F. Walsh (Ed.), Ciclo vitale e dinamiche familiari, (pp. 237-286). Milan: FrancoAngeli.

Malkus, B. (1994). Family Dynamic and Structural Correlates of Adolescent Substance Abuse: A Comparison of Families of Non-Substance Abusers and Substance Abusers. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 3,39-52.

Maltzman, I. i Schweiger, A.(1991). Individual and family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse. British Journal of Addiction, 86, 1435-1447.

Mallinckrodt, B. (1992). Childhood emotional bond with parents, devolpment of adult social compentencies, and availability of social support. Journal of Counseling Psychology, 39, 453-561.

McFarlane, A., Bellissimo, A. i Norman, G. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: the trascendent influence of parental style. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 5, 847-864.

McGoldrik, M., Heiman, M. i Carter, B. (1995). I mutamenti nel ciclo di vita della famiglia: una prospettiva sulla normalità. A F. Walh (Ed.), Ciclo vitale e dinamiche familiari (pp.236-286). Milano: FrancoAngeli.

Meltzer, D., i Harris, M. (1989). El paper educatiu de la familia. Barcelona: Espaxs.

- Míguez, H. A. i Magrí, R. (1993). Patrones del uso de drogas en jóvenes de clase alta. Acta Psiquiatría Psicológica, 39, 294-300.
- Mikulincer, M i Florian, V. (1991). The association between parental reports of attachment style and family dynamics, and offspring's reports of adult attachment style. Family Process, 38, 243-257.
- Millan, M. (1987). La valoración de las familias. Universidad de Valencia. Departament de MIDE. Treball no publicat.
- Minuchin, S. (1967). Families of the slums: An exploration of their structure and treatment. New York: Basic Books.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S, Rosman, B.L. i Baker, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard Universtiy Press.
- Minuchin, S. i Fishman, H. (1983). Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1985). Calioscopio familiar. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1981, 1992). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., Wai-Yung, L. i Simon, G.M. (1998). El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós.
- Moos, R.H. i Moos, B.S. (1981). Family Environment Scale Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Pres.
- Mowatt, D.T., Heard, D.B., Steir, F., Stanton, M. D. i Todd, T. (1994). Resolución de crisis y el ciclo de adicción. En M.D. Stanton i T. Todd (Eds), Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas (pp.160-168). Barcelona: Gedisa.
- Mowbray, R. i Pulido, M. (1994). Manual práctico para familiares de drogodependientes. Madrid: CREFAT.
- Myers, L. (1999). Are diferent measures of parenting comparable?. The Journal of Genetic Psychology, 160, 255-256.
- Myers, L., Brewin, C i Winter, D. Repressive coping and self-reports of parenting. British Journal of Clinical Psychology, 38, 73-82.
- Natakusumah, A., Irwanto, Piercy, F., Lewis, R., Sprenkle, D. i Trepper, T. (1992). Cohesion and adaptability of adolescents drug abusers in the United States and Indonesia.

Journal of Comparative Family Studies, 23, 299-411.

Needle, R., Lavee, Y., Su, S., Brown, P. i Doherty, W. (1988). Familial, interpersonal ad intra personal correlates of drug use: a longitudinal comparasion of adolescents in treatment, drug using adolescents not intreatment and non-drug-using. The International Journal of the Addictions, 23, 1211-1240.

Nicoló, A. M. (1990). Hacia una perspectiva psicoanalítica en el estudio de la familia y de la pareja. Revista de Psicoanálisis, 47, 908-922.

Noone, R. i Redding, R. (1976). Case studies in the family treatment of drug abuse. Family Process, 15, 325-332.

Onnis, L. (1997). La palabra del cuerpo. Barcelona: Herder

Oñate, P. (1990). La familia, agente natural y agente institucional de prevención. A Departamento de Trabajo y Seguridad Social (Ed.), Seminario internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia (pp.23-41). Bilbao: Gobierno Vasco.

Olson, D.H., Russell, C.S. i Sprenkle, D.H. (1978). Circumplex Model of marital and family systems II: review of Empirical studies, hypothesis, validation of model. Family process, 19, 20-31.

Olson, D.H., Sprenkle, D.H. i Russel, C.S. (1979). Circumplex Model of famital and family systems:cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical aplication. Family Process, 18, 3-28.

Olson, D.H., Portner, J. i Bell, R. (1982). FACES II. Department of family social science. University of Minnesota, St. Paul, EEUU.

Olson, D.H., Russell, C. i Sprenkle, D.H. (1983). Cicumplex model of marital and family systems:VI. Family Process, 22, 69-83.

Olson, D.H. i Killorin, E. (1984). Clinical rating scale for Circumplex Model. St. Pau, MN: Family Social Science, University of Minnesota.

Olson, D.H. (1985). Struggling with congruence across theoretical models and methods. Family Process, 24, 43-57.

Olson, D.H. (1989). Circumplex Model of family systems VIII: Family assessment and intervention. A D.H. Olson, C.S. Russell i D.H. Sprenkle (Eds.), Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families (pp.7-40). EEUU: The Haworth Press.

Olson, D.H. i Walsh, F. (1989). Utility of the Circumplex Model with severely dysfunctional family systems. A D.H. Olson, C.S. Russell i D.H. Sprenkle (Eds.), Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families (pp.51-78). EEUU: The Haworth Press.

Olson, D.H. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. A C. J. Felicov (Ed.), Transiciones de la familia (pp.99-129). Buenos Aires: Amorrortu.

Olson, D.H. (1991). Comentary: three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. Family Process, 30, 74-79.

Olson, D.H. (1994). Curvilinearity survives: The world is not flat. Family Process, 33, 1-8.

Olson, D.H. (2000). Il modello circonflesso dei sistemi conjugale e familiare. A F. Walsh (Ed.), Ciclo Vitale e dinamiche familiari (pp.143-182). Milà: FrancoAngeli.

Organització Mundial de la Salut (OMS) (1992). Classificació estadística internacional de malalties i problema de salut (10è. ed.) CIE-10).

Otero, J.M., Miron, L. i Luengo, A. (1989). Influence of family an peer group on the use of drugs by adolescents. The International Journal of the Addictions, 24, 1065-1085.

Pakman, M. (1991). Ética y estética del sentir: un estudio epistemológico. Sistemas Familiares, 3, 31-36.

Palacios, J. i Moreno, M.C. (1994). Cotexto familiar y desarrollo social. A M.J. Rodríguez (Ed.), Contexto y desarrollo social (pp.157-188). Madrid: Síntesis.

Papalia, D. i Olds, S. (1998). Psicología. México: McGraw-Hill.

Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. British Journal Psychology, 13, 13-27.

Parker, G., Tupling, H., Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. British Journal Medical Psychology, 52, 37-51.

Pérez-Téstor, C. (1990). Conductes addictives al començament del servei militar: una aproximació empírica des de la perspectiva de la incorporació a files com a esdeveniment vital i trasplantament psicosocial. Tesis Doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Pérez-Téstor, C. (1994). La família. A Generalitat de Catalunya (Ed.), Nous models de família en l'etorn urbà (pp.13-29). Barcelona: Departament de Benestar Social.

Pérez-Téstor, S. (1999). Escala d'Ajustament Diàdic amb població catalana. Projecte d'investigació de doctorat, Universitat Ramon Llull, Blanquerna, Barcelona.

Pérez-Téstor, S. (2001). Psicoterapia de pareja: Estudio longitudinal. Tesis doctoral no publicada, Universitat Ramon Llull, Blanquerna, Barcelona.

Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Knorrig, L. i Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. Acta Psychiatry Scand, 61, 265-274.

Piercy, F.P., Volk, R., Trepper, T.S., Sprenkle, D.H. i Lewis, R.A. (1991). The relationship of family factors to patterns of adolescent substance abuse. Family Dynamics Addict, 1, 41-54.

Polaino-Lorente, A. i Martínez, P. (1993). Adaptación familiar y psicopatología infantil: alcance, validez y significación de las subescala "adaptación" en el cuestionario FACES III de Olson, Portner y Lavee. Revista de Psiquiatría, 4, 253-260.

Polaino-Lorente, A. i Martínez, P. (1995). El índice de fiabilidad de las "Family adaptability and cohesion evaluation scales" (3era. versión), en una muestra de población española. Psiquis, 16, 29-36.

Polaino-Lorente, A. i Martínez, P. (1996). Manual de cohesión y adaptabilidad familiar, CAF. Versió validada del FACES III en població espanyola. Navarra: Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra.

Polaino-Lorente, A. i Martínez, P. (1998). ¿Cómo evaluar el funcionamiento familiar?. Pamplona: Universidad de Navarra, S.A.

Protinsky, H. i Shilts, L. (1990). Adolescent substance use and family cohesion. Family Therapy, 2, 173-175.

Pumar, B., Espina, A. i Ayerbe, A. (1997). Ajuste de pareja en padres de hijos toxicómanos. Estudio comparativo. Revista española de drogodependencias, 22, 293-310.

Quinn, W., Kuehl, B. i Joanning, H. (1988). Families of adolescent drug abusers: Systemic interventions to attain drug-free behavior. Journal Drug Alcohol Abuse, 14, 65-87.

Quinton, D. i Rutter, M. (1988). Parenting breakdown: The making and breaking of intergeneration links. Brookfield: Avebury.

Rees, C.D. i Wilborn, B. L. (1983). Correlates of drug abuse in adolescents: a comparasion of families of drug abusers with families of non drug abuse. Journal of Youth and Adolescence, 12, 53-63.

Recio, J. L. (1995). The influence of family, school and peers on adolescent drug misuse. The International Journal of the Addiction, 30, 1407-1423.

Relly, D. M. (1984). Family theapy with adolesents drug abusers and their families: defying gravity and achieving escape velocity. Journal of Drug Issues, 2, 381-391.

Roberts, W. i Strayer, J. (1987). Parent's responses to the emotional distress of their children: Relation with children's competence. Development Psychology, 23, 415-422.

Rodick, J.D., Henggler, S.W., i Hanson, C. L. (1986). An evaluation of family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES) and the Circumplex Model. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, 77-87.

Rodríguez, M. i Sanz, M<sup>a</sup>. (1987). La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico. A Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), Comunidad y drogas (pp.87-103). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rovira, F. (2000). Els vincles afectius. Aloma, 7, 42- 65.

Ruiz-Carrasco, P., Lozano, E. i Polaino-Lorente, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo y drogas ilegales en el adolescente. Anales de Psiquiatría, 29-36.

Saint-Exupéry, A. (1998). El petit príncep. Barcelona: Empúries edicions.

Salem, G. (1990). Abordaje terapéutico de la familia. Masson: Barcelona.

Saranson, B.R., Pierce, G.R., Banerman, A. i Saranson, I.G. (1993). Investigating the antecedents of perceived social support: Parent's view of and behavior toward their children. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 1071-1085.

Sánchez-Carbonell, X. (1996). Adicciones. A A. Jarne (Ed.), Psicopatología clínica (pp.387-406). Barcelona: PPU

Sánchez-Carbonell, X. (2000). Conductas adictivas. A A. Jarne i A. Talarn (Eds.), Manual de psicopatología clínica (pp.597-631). Barcelona. Paidós.



Schedler, J. i Block, J. (1990). Dimmi bambino che vita fai e ti dirò se ti drogherai: uno studio prospettico sui fattori predittivi della tossicomania. Ecologia de la Mente, 10, 67-100.

Schulz, D. i Wilson, R. (1973). Some traditional family variables and their correlations with drug abuse among high school students. Journal of Marriage and the Family, 35, 628-631.

Schwartzman, J. (1975). The addict abstinence and the family. Journal Psychiatry, 132, 154-157.

Selnow, G.W. (1985). Using a stratified approach in substance intervention and prevention programs among adolescents. An empirical analysis. Journal of Drug Education, 15, 327-341.

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

Shweitzer, R. i Lawton, P. (1989). Drug abuser's perceptions of their parents. British Journal of Addiction, 84, 309-314.

Simon, F.B., Stierlin, H. i Wynne, L.C. (1993). Vocabulario de terapia familiar. Gedisa: Barcelona

Simons, D. L. i Johnson, C. (1996). The impact of marital and social work support on quality of parenting. A G.R. Pierce, B.R. Saranson i I.G. Saranson (Eds.), Handbook of social support and the family (pp.269-288). New York: Plenum.

Simons, R. L., Whitbeck, L. i Wu, C. (1994). Resilient and vulnerable adolescent. A R.D. Conger i G.H. Elder (Eds.), Families in troubled times: Adapting to change in rural American (pp. 223-234). New York: Aldine.

Spanier, G.B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment. Mew Scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 2, 15-28.

Spanier, G.B. i Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. Journal of Marriage and the Family, 8, 731-738.

Spanier, G.B. (1989). Manual for the Dyadic Adjustment Scale. Canadà: Multi-Health Systems.

Stanton, M.D. i Todd, T. (1978). The family and drug misuse: a bibliography. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2, 45-53.

Stanton, M.D. i Todd, T. (1978). Heroin addiction as a family phenomenon: a new

conceptual model. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 5, 125-150.

Stanton, M.D. i Todd, T. (1979). Treatment approaches to drug abuse problems: a review. Family Process, 18, 2511-279.

Stanton, M.D. (1981). Marital therapy from a structural/strategic viewpoint. Nueva York: Handbook of Marriage and Marital Therapy.

Stanton, M.D. i Todd, T. C. (1982). The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press (1994, Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona: Gedisa).

Stanton, M.D. (1985). La drogadicción y la familia. A M. Adolphi, y I. Zwerling, (Eds.), Dimensiones de la Terapia Familiar (pp.49-64). Barcelona: Paidós.

Stanton, M.D. (1986). Family's impact on health: a critical review. Family Systems Medicine, 4, 178 -190

Stanton, M.D i Landau-Stanton, J. (1991). Terapia con familias de adolescentes drogadictos. Sistemas Familiares, 3, 61-69.

Stanton, M.D., Todd, T.C., Heard, D.B., Kirschner, S., Kleiman, J.I., Mowatt, D.T., Riley, P., Scott, S. M. i Deussen, J.M. (1994). Un modelo conceptual. A M.D. Stanton i T.C. Todd (Eds.), Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas (pp.25-42). Barcelona: Gedisa.

Stanton, M.D. (1996). La línea temporal y la pregunta ¿por qué ahora?. Sistemas Familiares, 2, 53-66.

Stanton, M.D. i Shadish, L. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a Meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychological Bulletin, 122, 170-191.

Sterk, C. (1997). ¿Sólo para divertirse?. Uso de la cocaína en mujeres de clase media. Revista de Toxicomanías, 10, 5-14.

Streeter, C.L. i Franklin, C. (1991). Psychological and family differences between middle class and low income dropouts: a discriminant analysis. The High School Journal, 4, 211-219.

Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. Drug and Alcohol Dependence, 55, 209-224.

Terrón, R., Vecino, A., Redondo, E., Palomar, B. i Cañas, J. (1993). Análisis de la estructura y pautas de interacción en familias con miembros drogodependientes. A V Jornadas

regionales de socioalcohol (Ed.), Los equipos interdisciplinarios en drogodependencias (pp.209-217). Castilla-León: Jornadas regionales de socioalcohol.

Todd, T.C. (1991). Los ciclos evolutivos y el abuso de sustancias. A C. J. Felicov, (Ed.), Transiciones de la familia (pp.465-488). Buenos Aires: Amorrortu.

Toker, A. i Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescent. Drug and Alcohol Dependence, 25, 293-297.

Torres, A.J. i Domínguez, M.D. (1997). Consumo de drogas ilegales y variables sociodemográficas en la adolescencia. Estudio epidemiológico comunitario en Galicia. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1, 4-9.

Thomas, J.E. (1991). Clinical commentary: commentary by a psychoanalytical family therapist. British Journal of Psychotherapy, 8, 95-101.

Van Aken, M.A., Asendorf, J.B. (1997). Support by parents, classmates, friends and siblings in preadolescence: Covariation and compensation across relationships. Journal of Social and Personal Relationships, 14, 43-57.

Van-Dalen, D.B i Meyer, W. J. (1979). Manual de técnica de la investigación educacional. Paidós: Buenos Aires.

Vecino, C. (1990). Características estructurales y dinámicas de familias con un hijo heroinómano: estudio caso control de una población de un sector de Barcelona; desde un enfoque sistémico relacional. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Vilaregut, A., Pérez-Tèstor, C., Sánchez-Carbonell, X. i Alós, C. (2000). Family dynamic in families with a young drug abuser. Itaca, 3, 31-56.

Vilaregut, A., Sánchez-Carbonell, X. i Seus, L. (2001). Consumo de drogas y terapia familiar sistémica. A C. Pérez (Ed.), La familia: nuevas aportaciones (pp. 221-240). Barcelona: Edebé.

VVAA (1991). Encyclopédic philosophic universelle. Vol.1. París: Presses Universitaires de France.

Walsh, F. (1995). Ciclo vitale e dinamiche familiari. Milà: FrancoAngeli.

Watzlawick, P., Beavin, J. i Jackson, D. D. (1967). Pragmatics of Human Communication. Nova York: Norton & Company.

Watzlawick, P., Beavin, J. i Jackson, D. D. (1981). Teoría de la Comunicación Humana.  
Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (1994). ¿Es real la realidad?. Barcelona: Herder.

# ANNEX

Figura 5. Setze tipus de dinàmica familiar del grup experimental i del grup control

