

Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias

Laura Mercadal Salort

<http://hdl.handle.net/10803/552404>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Validación y aplicabilidad clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* en los trastornos relacionados con sustancias

Laura Mercadal Salort

Dirigida por la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

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

Universitat Ramon Llull

Barcelona, marzo 2018

TESIS DOCTORAL

Título	Validación y aplicabilidad clínica del <i>Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)</i> en los trastornos relacionados con sustancias
Realizada por	Laura Mercadal Salort
en el Centro	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

*Als meus pares Biel i Magda,
als meus germans Rosa i Biel,
als meus nebots Carla i Jan,
i a la meva parella Samuel,
per fer d'aquest camí un repte.*

Gràcies de tot cor.

*Als meus avis Biel, Rosa, Enric i Antònia,
per guiar-me des del cel.*

“Non chi comincia ma quel che persevera”

Leonardo da Vinci

Esta tesis doctoral ha recibido el apoyo de la Universitat Ramon Llull y de la Obra Social “la Caixa” a través de *Ajuts a projectes tractors de fons de recerca per a l’any 2015* (URL/R649/2014)

Agradecimientos

Quisiera dirigir estas primeras palabras, expresadas desde el corazón, a todas aquellas personas que con su colaboración y apoyo han hecho posible concluir la presente tesis doctoral. No resulta fácil citar a todas las personas e instituciones a las que debo una profunda gratitud.

A mi directora de tesis, la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens, verdadera artífice de la investigación, por darme la oportunidad de formar parte de la misma. Por confiar en mí y por guiarme a lo largo de todo el proceso. Por transmitirme su incansable capacidad de trabajo y profesionalidad en la práctica clínica y la investigación. Por hacerme crecer personal y profesionalmente. Por mantener vivo en mí el espíritu de amar la vida.

A la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (FPCEE Blanquerna) y a todo el equipo docente, por acompañarme en mi desarrollo académico e investigador desde el año 2007 hasta la actualidad.

Al Dr. Carles Pérez i Testor, Investigador Principal del Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF), por dejarme formar parte de un grupo de grandes profesionales y -más aún- grandes personas. Contexto óptimo para formarme en el campo de la familia e iniciarme en la investigación.

A todos los miembros del GRPF, en concreto, a los que componen el subgrupo de investigación en psicología sistémica -Anna Vilaregut, Lourdes Artigas, Meritxell Campreciós, Clara Mateu, Eduard Carratalà, Cristina Günther, Núria Ibáñez, Mariona Roca, Anna Gilabert, Berta Vall y Mireia Salvador-, por ser mi pequeña familia a lo largo de este proceso. Una mención especial a Lourdes, por ser mi amiga y por hacer de esta experiencia compartida un recuerdo imborrable. Infinitas gracias, por ser un apoyo

incondicional y por ocupar un lugar único en mi vida. Y otra mención especial a Meritxell, con quien tengo la suerte de compartir la línea de investigación del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* en poblaciones clínicas españolas. Por su inestimable ayuda durante todo el proceso. Por estar siempre a mi lado y por compartir los buenos y malos momentos.

Al Dr. Xavier Pujadas i Martí, Vicedecano de Estudios de Posgrado e Investigación de la FPCEE Blanquerna, y al Dr. Jordi Segura Bernal, Coordinador de Estudios de Doctorado de la FPCEE Blanquerna, por su apoyo institucional. A Montserrat Casanovas Roig, por su constante y dulce presencia a lo largo de mi formación como investigadora, y a Verònica Lara Durà, por hacer fácil lo difícil en la fase final de este proceso.

Del mismo contexto universitario, a mis compañeros *recercaires*, con quienes he compartido el espacio de investigación e incontables horas de trabajo. En concreto, a Ana Luisa Adam, Cristina Mumbaradó, Cristina Oliveira, Cristina Torres, Natasha Baqués y Sara Signo, por su ayuda y afecto.

Al Dr. Antonino Callea, un sincero agradecimiento, por su paciencia, disponibilidad y generosidad. Por compartir su amplio conocimiento en el desarrollo de la parte metodológica y estadística de la presente tesis doctoral. Por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas, lo cual se refleja en los buenos resultados obtenidos. ¡Infinitas gracias, Tonino!

A Maurizio Coletti, por compartir su sabiduría en el campo de las drogodependencias y por guiarme en el desarrollo de los clásicos de la terapia familiar sistémica.

Al Dr. Juan Luís Linares Fernández y a todo el equipo docente del Máster en Terapia Familiar Sistémica de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa

Creu i Sant Pau. En concreto, a Ana Pérez Muñoz, Iolanda D'Ascenzo y Teresa Moratalla Gellida, por compartir sus conocimientos y por enseñarme lo apasionante que es el trabajo con las familias. Una mención especial al Dr. Juan Luís Linares Fernández, por haber tenido el privilegio de ser alumna del autor de la base teórica de la presente tesis doctoral.

A los centros y hospitales colaboradores, y a sus profesionales, por creer y hacer posible la presente investigación. Por facilitarme el proceso de recogida de datos y la experiencia directa con las familias. Una mención especial a los siguientes centros, hospitales y asociaciones: Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències SPOTT de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Garbí - Vent de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sants de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sarrià - Sant Gervasi de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de Rubí, Comunitat Terapèutica La Coma de Barcelona, Comunitat Terapèutica Can Serra de Girona, Fundació Salut i Comunitat de Barcelona, Projecte Home Catalunya, Hospital de Mataró, Hospital d'Igualada, Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida, Servei Coordinador de Drogodependències de Menorca y Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña. Y otra mención especial a la Dra. Núria Varela Feal y a Margarita Cano Vega.

A todas las familias que han participado en la presente investigación, un sincero agradecimiento, por abrirme la puerta de su hogar y por ofrecerme la oportunidad de conocerles en beneficio de la investigación en salud mental.

A Alba Jiménez, por la corrección minuciosa de la presente tesis doctoral. Y a Albert Mir, amante de las artes gráficas, por realizar un trabajo excelente.

A mis compañeros del Centre Arrels - Dificultats d'Aprenentatge, Logopèdia i Psicoteràpia, por su paciencia y por complementarme en mis ausencias. Y a mis compañeros del Grup d'Intervenció Psicològica en Emergències i Catàstrofes del 112 de Menorca, por su apoyo.

A mis amigos, por creer en mí y por entusiasmarme cuando el agotamiento me abatía. En concreto, a Adelaida, Cèlia, Clara, Débora, Esperança, Janet, Joana, Karen, Laura, Mireia y Teia. Una mención especial a Lluís y a Mandy, por la tranquilidad de saber que siempre están a mi lado.

Finalmente, un gran y profundo reconocimiento a mi familia, por los ánimos incansables y por su amor incondicional. *Gràcies, papà, mamà, Rosa i Biel, per ensenyar-me el veritable significat d'amor i família. Per ser un exemple de lluita i superació. Per creure sempre i en qualsevol de les circumstàncies en mi. Gràcies, Carla i Jan, per ser el tresor més gran que tinc i per inundar la meva vida de goig i alegria. Gràcies, família Hornos Cirera (família barcelonina) i família Allès Pons, per haver-me obert les portes de la vostra família per formar-ne part i fer-me sentir com a casa. I en especial a tu, Samuel, per ser l'Amor de la meva vida. Per comprendre'm, per animar-me a seguir i no decaure, per protegir-me, per estar al meu costat, per estimar-me i, en definitiva, per fer-me feliç durant els tretze capítols que portem escrivint la nostra història d'amor, ara, amb més força que mai!*

Méritos científicos

Publicaciones

- Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L. e Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44, 311-326. Recuperado de <http://www.ub.edu/psicologia/castellano/anuario-de-psicologia>.
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Callea, A., Mercadal, L. y Virgili, C. (2018). *El Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria: validación y normas en familias españolas*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Lima, V. S., Dias, P., Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M. y Mercadal, L. (2018). *Measuring the family relations: Portuguese validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Mercadal, L., Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Cano, M. e Ibáñez, N. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Mercadal, L. y Mateu, C. (2018). *Measuring the family relations: Italian validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Manuscrito presentado para su publicación.

Contribuciones en congresos

Mercadal, L., Vilaregut, A., Campreciós, M. y Virgili, C. (junio, 2013). *Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastornos por consumo de sustancias*. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional Relates, Transitando por el ciclo vital: Crisis evolutivas de las familias, organizado por la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (RELATES) en cooperación con la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar y la Escuela de Terapia Familiar del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Bilbao, España.

Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C. y Mercadal, L. (octubre, 2013). *The Basic Family Relations Inventory (BFRI): Assessment of families with a child with an eating disorder*. Ponencia presentada en el 8th Congress of the European Family Therapy Association (EFTA), Opportunities in a Time of Crisis: The Role of the Family, en cooperación con la Asociación de Terapias Familiares y de Pareja de Turquía (*Aile ve Evlilik Terapileri Derneği*, AETD), Estambul, Turquía.

Vilaregut, A., Campreciós, M., Virgili, C. y Mercadal, L. (noviembre, 2014). *Utilidad diagnóstica a nivel relacional del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria*. Póster presentado en el II Congreso Nacional de Psicoterapia FEAP 2014, La psicoterapia en el siglo XXI: Investigación y eficacia, organizado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), Barcelona, España.

Vilaregut, A., Coletti, M., Callea, A., Campreciós, M., Mercadal, L. y Carratalà, E. (septiembre, 2016). *Psychometric properties and validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) in Italian*

population. Ponencia presentada en el 9th Congress of the European Family Therapy Association (EFTA), Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice, en cooperación con la Federación Helénica de Terapia Familiar y Práctica Sistémica (*Hellenic Federation for Family Therapy and Systemic Practice*, ETHOS), Atenas, Grecia.

Índice

Introducción.....	29
PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO	
1. Teoría de las relaciones familiares básicas.....	41
1.1. Concepto de familia y funciones	41
1.2. Diagnóstico relacional	43
1.3. <i>Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)</i>	48
1.3.1. Desarrollo y validación en población general española.....	48
1.3.2. Adaptación y validación en población clínica española	52
1.3.3. Adaptación y validación en población general italiana	55
1.3.4. Adaptación y validación en población general portuguesa	58
2. Conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias.....	65
2.1. Aportaciones generales	65
2.1.1. Criterios diagnósticos	65
2.1.2. Prevalencia.....	71
2.1.3. Factores de riesgo y de protección.....	76
2.2. El trastorno por consumo de sustancias en el sistema familiar.....	81
2.2.1. Aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica	83
2.2.2. Estado actual	102
2.2.2.1. Relación conyugal.....	103
2.2.2.2. Relación parental	104
2.2.2.3. Funcionamiento familiar	106
2.2.3. Instrumentos de evaluación	110

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

3. Objetivos e hipótesis.....	119
3.1. Objetivos generales y específicos	119
3.2. Hipótesis	121
4. Método.....	127
4.1. Condiciones generales	127
4.1.1. Diseño	127
4.1.2. Participantes.....	127
4.1.3. Instrumentos	128
4.1.4. Procedimiento	134
4.2. Primer Estudio	137
4.2.1. Participantes.....	137
4.2.2. Análisis de datos	147
4.3. Segundo Estudio	153
4.3.1. Participantes.....	153
4.3.2. Análisis de datos	160
4.4. Baremación	167
4.4.1. Análisis de datos	167
4.5. Comparación entre grupo clínico y grupo control.....	168
4.5.1. Análisis de datos	168

5. Resultados.....	173
5.1. Primer Estudio	173
5.1.1. Validez de constructo	173
5.1.1.1. Análisis factorial exploratorio.....	173
5.1.1.2. Validez convergente.....	175
5.1.2. Análisis de fiabilidad	176
5.1.3. Puntos de corte.....	176
5.2. Segundo Estudio	178
5.2.1. Validez de constructo	178
5.2.1.1. Análisis factorial confirmatorio	178
5.2.1.2. Validez convergente.....	181
5.2.2. Análisis de fiabilidad	181
5.3. Baremación	182
5.4. Comparación entre grupo clínico y grupo control	184
6. Discusión	189
7. Conclusiones.....	213
Referencias	217
Apéndice.....	245

Lista de Tablas

Tabla 1. Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el <i>DSM-IV-TR</i> (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), el <i>DSM-5</i> (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la <i>CIE 10</i> (Organización Mundial de la Salud, 1992).....	67
Tabla 2. Modelo etiopatogénico relacional de las toxicodependencias (Cirillo, Berrini, Cambiaso, & Mazza, 1996).....	101
Tabla 3. Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias clínicas del Primer Estudio.....	139
Tabla 4. Descriptivos sociodemográficos de las familias clínicas del Primer Estudio	139
Tabla 5. Descriptivos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas del Primer Estudio	142
Tabla 6. Descriptivos psicopatológicos según el <i>DSM-5</i> (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) de los miembros de las familias clínicas del Primer Estudio.....	144
Tabla 7. Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias control del Primer y Segundo Estudio.....	146
Tabla 8. Descriptivos sociodemográficos de las familias control del Primer y Segundo Estudio.....	146
Tabla 9. Descriptivos sociodemográficos de los hijos de las familias control del Primer y Segundo Estudio.....	147
Tabla 10. Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias clínicas del Segundo Estudio	155
Tabla 11. Descriptivos sociodemográficos de las familias clínicas del Segundo Estudio.....	155
Tabla 12. Descriptivos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas del Segundo Estudio.....	158

Tabla 13. Descriptivos psicopatológicos según el <i>DSM-5</i> (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) de los miembros de las familias clínicas del Segundo Estudio	159
Tabla 14. Matriz de los componentes principales del <i>CERFB</i>	174
Tabla 15. Punto de corte, porcentaje de sensibilidad y especificidad, área bajo la curva ROC, grado de significación e intervalo de confianza de Conyugalidad y Parentalidad del <i>CERFB</i>	177
Tabla 16. Índices de ajuste del modelo de estructura bifactorial del <i>CERFB</i>	178
Tabla 17. Baremos de Conyugalidad y Parentalidad del <i>CERFB</i> en los trastornos relacionados con sustancias	183
Tabla M1. Test de normalidad de los ítems del <i>CERFB</i> (Análisis factorial exploratorio).....	285
Tabla M2. Matriz de varianzas - covarianzas de los ítems del <i>CERFB</i> (Análisis factorial exploratorio)	286
Tabla N1. Test de normalidad de los ítems del <i>CERFB</i> (Análisis factorial confirmatorio).....	287
Tabla N2. Matriz de varianzas - covarianzas de los ítems del <i>CERFB</i> (Análisis factorial confirmatorio).....	288

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).....	43
Figura 2. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas y su correspondencia con la psicopatología (Linares, 1996, 2007, 2012).....	46
Figura 3. Representación del modelo de estructura bifactorial del <i>CERFB</i> en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.....	180

Introducción

Una óptima evaluación psicológica se fundamenta a partir de tres técnicas metodológicas básicas, a saber, la entrevista, la observación y los tests (Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández-Ballesteros, 1993). Siguiendo a Fernández-Ballesteros (1992), la evaluación psicológica es “aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano (o grupo especificado de sujetos) con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se incardinan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación” (p.17).

Los tests o cuestionarios devienen una pieza clave en la evaluación de la evidencia científica a favor de los efectos de un tratamiento (Batista-Foguet, Coenders, & Alonso, 2004). Ahora bien, como indican estos autores, es preciso conocer qué procedimientos estadísticos permiten optimizar la medida de las variables de interés, así como también disponer de un notorio rigor psicométrico para garantizar la utilidad de un instrumento de medición. Asimismo, otra pieza clave radica en la adaptación a poblaciones específicas. En esta línea, es cuestionable la acepción universal de los trastornos mentales y, por consiguiente, la validez de una misma medida aplicable a todas las culturas y poblaciones (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014).

De acuerdo con dichas premisas, la investigación desarrollada en la presente tesis doctoral se enmarca en el proceso descrito de validación de un instrumento en poblaciones específicas para su uso eficaz.

El *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* de Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili y Campreciós (2012) es el primer y único instrumento construido y validado en población general española que evalúa y diferencia simultáneamente la conyugalidad y la parentalidad, funciones familiares propias de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012) -modelo teórico del instrumento-.

El proyecto de investigación -que regula el desarrollo y la validación- del *CERFB* encuadra un conjunto de estudios con un objetivo en común: determinar la utilidad del *CERFB* como instrumento de diagnóstico relacional del funcionamiento familiar, tanto en contextos clínicos como de investigación, para el uso en población general y clínica. En concreto, la validación del *CERFB* en población general española de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) -estudio inicial del proyecto- precisa de estudios complementarios centrados en validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en diferentes poblaciones clínicas españolas. La interrelación de dichos estudios permitirá, a través de los resultados, esclarecer las relaciones familiares básicas propias y específicas de las familias en función del grupo clínico de referencia. Este proceso, siguiendo a Keszei, Novak y Streiner (2010), se refiere a un proceso de acumulación de evidencias.

La presente tesis doctoral, encuadrada entre estos estudios complementarios, pretende contribuir a la especificidad del *CERFB* en la familia y en la implicación de la misma en los trastornos relacionados con sustancias. En esta línea, ya se ha validado y determinado la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos de la conducta

alimentaria (Campreciós, 2016; Campreciós, Vilaregut, Callea, Mercadal, & Virgili, 2018; Campreciós, Vilaregut, Virgili, Mercadal, & Ibáñez, 2014). Asimismo, se está validando y determinando la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y en el trastorno de la personalidad límite.

Es necesaria una puntualización respecto al interés que ha suscitado el proyecto de desarrollo y validación del *CERFB* en Europa. Para dar respuesta a este interés se ha diseñado la investigación *Consolidació i implementació del procés de validació del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en població espanyola, italiana i portuguesa*, la cual ha recibido el apoyo de la Universitat Ramon Llull y de la Obra Social “la Caixa” a través de *Ajuts a projectes tractors de fons de recerca per a l'any 2015* (URL/R649/2014). Como resultado ya se ha realizado un estudio centrado en la traducción, adaptación y validación del *CERFB* en población general italiana (Vilaregut et al., 2018), y otro centrado en la traducción, adaptación y validación del *CERFB* en población general portuguesa (Lima et al., 2018). Teniendo en cuenta las indicaciones de Vilaregut et al., ya se ha iniciado la fase de recogida de datos del *CERFB* en población clínica italiana.

Los estudios encuadrados en el proyecto de desarrollo y validación del *CERFB* antedichos, incluida la presente tesis doctoral, han contribuido de manera directa a que el proyecto *Diagnóstico relacional familiar en salud mental. Aportaciones a la prevención, evaluación y tratamiento* -presentado a la *Convocatoria 2017 Proyectos de I+D+i* del Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad- recibiera dicha ayuda pública en diciembre de 2017 (PSI2017-83146-R). Los investigadores principales de este proyecto son la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens y el Dr. Josep Antoni Castillo Garayoa.

Los ejes que constituyen el marco teórico de la presente tesis doctoral son la familia y los trastornos relacionados con sustancias. Por un lado, la conceptualización de la familia entendida a partir de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). Y, por otro lado, la conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias entendidos a partir de la definición de la quinta edición española del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]*; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Respecto a los trastornos relacionados con sustancias, la presente investigación centra el interés en la subcategoría trastorno por consumo de sustancias¹, según los criterios diagnósticos del *DSM-5*, que engloba: trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de cannabis, trastorno por consumo de fenciclidina o de otros alucinógenos, trastorno por consumo de inhalantes, trastorno por consumo de opiáceos, trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, trastorno por consumo de estimulantes y trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

La investigación desarrollada en la presente tesis doctoral alberga la intención de ampliar el conocimiento científico y clínico de las relaciones familiares básicas en los trastornos relacionados con sustancias. El punto de partida se sitúa en el trabajo final del Máster Universitario en Psicología Clínica y de la Salud (Itinerario de Investigación) y en los estudios de Doctorado en Psicología, ambos cursados en la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (FPCEE Blanquerna) de la Universitat Ramon Llull (URL). Asimismo, para desarrollar dicho propósito, se ha obtenido una ayuda de la Universitat Ramon Llull y de la Obra Social "la Caixa" a través de *Ajuts a projectes tractors de fons de recerca per a l'any 2015*

¹ En la presente investigación no se contempla el trastorno por consumo de tabaco.

(URL/R649/2014) y el apoyo del Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF, 2017 SGR 876) de la FPCEE Blanquerna de la URL.

La inquietud de enriquecer la investigación desarrollada en la presente tesis doctoral, así como también de contribuir a la práctica clínica, no puede contextualizarse al margen de la formación recibida en el campo de la terapia familiar sistémica. En concreto, a través del Máster en Terapia Familiar Sistémica de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Salut i Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona, cursado entre octubre de 2012 y junio de 2016.

Estructura de la tesis doctoral

La tesis doctoral está estructurada en dos grandes partes: una teórica que recoge la fundamentación conceptual que ha guiado la presente investigación, y otra empírica que recoge la propuesta metodológica y los resultados -objeto de valoración y contraste a partir de las publicaciones científicas existentes en torno a la temática de estudio-.

La primera parte, que se corresponde con el marco teórico, se desarrolla en dos capítulos. El primer capítulo se centra en la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), en concreto, en el concepto de familia y sus funciones, y en el diagnóstico relacional. Referente a dicha teoría, también se presenta una revisión actualizada de los estudios relativos al *CERFB*.

El segundo capítulo se centra en la conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias -clínica objeto de estudio- entendidos desde la perspectiva actual como trastornos mentales complejos, tanto por la magnitud de personas que se ven afectados por el mismo como por la confluencia de factores en su etiología. Asimismo, con especial énfasis se presenta el trastorno por consumo de sustancias en el sistema familiar. En esta línea, se ofrece una revisión de las publicaciones científicas

referentes a las aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica y al estado actual de los aspectos relacionales familiares. Por último, en este capítulo también se proporciona una revisión de los instrumentos, con garantías de validez y fiabilidad, disponibles en población española para evaluar la familia en el trastorno por consumo de sustancias.

La segunda parte, que se corresponde con la aplicación empírica, se desarrolla en cinco capítulos. Esta segunda parte se inicia en el tercer capítulo con el planteamiento de los objetivos generales y específicos, y las hipótesis que han guiado la presente investigación.

El cuarto capítulo acoge la exposición y justificación de la propuesta metodológica, en cuanto a diseño, participantes, instrumentos, procedimiento y análisis de datos. Es imprescindible clarificar que la investigación se divide en dos estudios principales. A su vez, se añade un estudio breve complementario, referente a la baremación, y otro estudio referente a la comparación de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, entre las familias clínicas con un hijo² con trastornos relacionados con sustancias y las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico.

El quinto capítulo recoge la consecución de los resultados de acuerdo con los objetivos planteados. En particular, los resultados del Primer Estudio recogen las evidencias de validez de constructo (análisis factorial exploratorio [AFE] y validez convergente) y fiabilidad del *CERFB*, y determinan la aplicabilidad clínica del instrumento en los trastornos relacionados con sustancias a partir de los puntos de corte. Los resultados del Segundo Estudio, a partir de una nueva muestra de familias grupo

² Se utiliza el género masculino *hijo/s* como genérico en aras de la economía y eficacia del lenguaje, para evitar continuos desdoblamientos que dificultarían la lectura, así como redacciones confusas, ambiguas o extrañas. No obstante, se proporciona diferenciación cuando resulta necesario.

clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, también recogen las evidencias de validez de constructo (análisis factorial confirmatorio [AFC] y validez convergente) y fiabilidad del *CERFB*. Los resultados del estudio de la baremación determinan la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias. Finalmente, los resultados del estudio comparativo de las relaciones familiares básicas de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico recogen las diferencias existentes entre ambos grupos de familias.

En concreto, el cuarto y quinto capítulo -relativos al método y a los resultados, respectivamente- disponen de una notoria relevancia, dado que la consolidación del *CERFB* como instrumento de uso viable en los trastornos relacionados con sustancias depende de estos. Por dicho motivo, ambos capítulos se describen con detalle en el marco de la presente tesis doctoral. Sirva de ejemplo que el proceso de verificación del modelo de estructura factorial del *CERFB*, tanto en el método como en los resultados, se procure detallar al máximo, siguiendo las recomendaciones de Hoyle e Isherwood (2013) y Jackson, Gillaspay y Purc-Stephenson (2009).

El sexto capítulo se centra en la discusión, en la cual se detallan las principales aportaciones de la investigación y las limitaciones de la misma. Asimismo, se presentan las líneas futuras de investigación que garantizaran la continuidad del proceso de acumulación de evidencias del *CERFB* y se exponen las implicaciones teóricas y clínicas en el área de estudio.

Finalmente, el séptimo capítulo recoge las conclusiones, fruto de la relación entre el marco teórico y la aplicación empírica de la presente investigación.

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. Teoría de las relaciones familiares básicas

1.1. Concepto de familia y funciones

1.2. Diagnóstico relacional

1.3. *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*

1.3.1. Desarrollo y validación en población general española

1.3.2. Adaptación y validación en población clínica española

1.3.3. Adaptación y validación en población general italiana

1.3.4. Adaptación y validación en población general portuguesa

1. Teoría de las relaciones familiares básicas

1.1. Concepto de familia y funciones

La teoría de las relaciones familiares básicas, desarrollada por Linares (1996), fija el origen de una familia en “la constitución de una pareja parental, es decir, al momento en que dos individuos se unen con la intención, implícita o explícita, de devenir padres” (p.75). Linares (2002) defendió que en la construcción de una unidad familiar, el género ya no determina la estructura de las parejas, ni el hecho de que los hijos sean biológicos, adoptados o concebidos mediante técnicas de fecundación artificial. El único factor determinante es la confluencia de dos funciones relacionales independientes: la conyugalidad y la parentalidad (Linares, 1996, 2002).

Linares (1996, 2002, 2007, 2012) consideró que dichas funciones delimitan la atmósfera relacional de una familia de origen. En una pareja con aptitud para fundar una familia, la conyugalidad se basa en un intercambio recíproco de elementos cognitivos (reconocimiento y valoración), emocionales (cariño y ternura) y pragmáticos (deseo y sexualidad). Así pues, la conyugalidad debe entenderse como un ejercicio de dar y recibir de manera equilibrada, aunque con distintas proporciones de igualdad y diferencia. La otra función, la parentalidad, también se basa en elementos cognitivos, que implican reconocimiento y valoración, y emocionales, tales como el cariño y la ternura. Los elementos pragmáticos en esta función, sin embargo, focalizan en la sociabilización, factor necesario para integrar con armonía a los hijos en la sociedad. Estos, a su vez, aprenderán a protegerse de manera adecuada y a cumplir las normas. A diferencia de la conyugalidad, la parentalidad se fundamenta en una relación complementaria y desigual, donde es necesario un cierto desequilibrio entre dar y recibir.

Ambas funciones, tal como las concibió Linares (1996, 2002, 2007, 2012), se pueden representar como un *continuum* inscrito entre un polo de máxima positividad y otro de máxima negatividad: entre la armonía y la desarmonía se inscribe la conyugalidad, mientras que la parentalidad se enmarca entre la conservación y el deterioro primario.

Linares (1996, 2002, 2007, 2012) estableció que la conyugalidad y la parentalidad son dos funciones relacionales independientes entre sí, que se comportan de forma autónoma aunque pueden influirse de forma recíproca. La combinación de ambas funciones genera escenarios que definen la nutrición relacional de una familia. Linares definió la nutrición relacional como la consciencia de ser complejamente amado, se trata de un amor que incluye elementos cognitivos, pragmáticos y emocionales. Asimismo, concibió la nutrición relacional como el motor que dirige la construcción de la personalidad, estimulando -de este modo- los procesos madurativos del psiquismo de forma continuada en el niño y en el adulto. Siguiendo esta trayectoria, Linares enlazó la conyugalidad y la parentalidad configurando un diagrama ortogonal, con dos polos de máxima positividad y dos polos de máxima negatividad para cada una de las funciones (ver Figura 1).

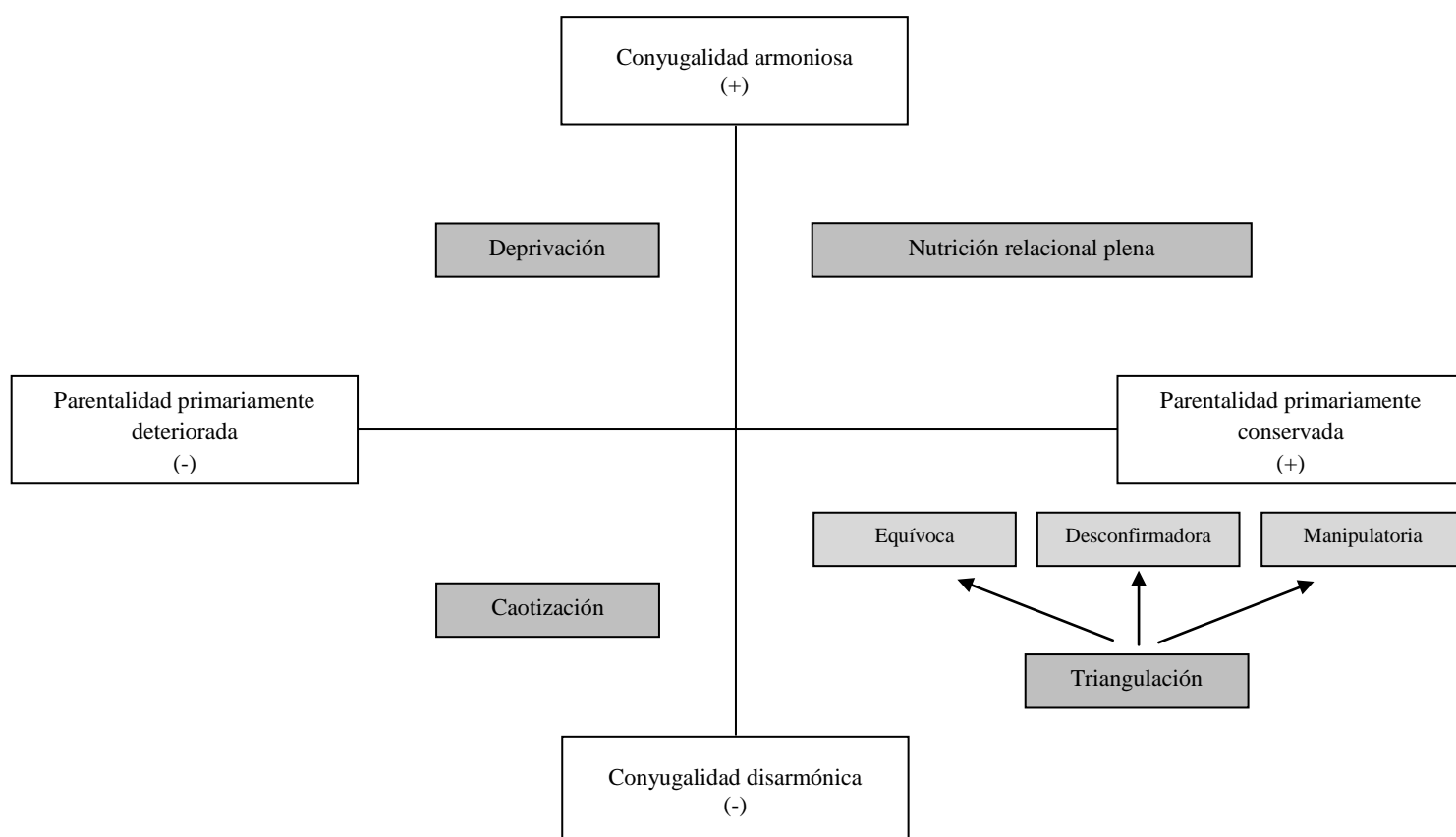


Figura 1. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).

1.2. Diagnóstico relacional

La confluencia de las dos funciones, conyugalidad y parentalidad, genera cuatro cuadrantes que se corresponden con cuatro modalidades diferentes de relación familiar, tal como se aprecia en la Figura 1. El cuadrante superior derecho se caracteriza por la funcionalidad, definida por la conyugalidad armoniosa y la parentalidad primariamente conservada (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012). En este tipo de familias la nutrición relacional está garantizada y los hijos disponen de una considerable cantidad de recursos para construir una personalidad equilibrada y madura, juntamente con una óptima salud mental.

Linares (1996, 2002, 2007, 2012) ubicó en el cuadrante inferior derecho las triangulaciones, definidas por una conyugalidad disarmónica y una parentalidad

primariamente conservada. Es posible que en esta modalidad de relación familiar, la pareja parental, ante dificultades considerables para resolver sus conflictos, tienda a buscar aliados para posicionarse conjuntamente en contra del otro progenitor. Linares (2012) destacó que en las triangulaciones, a pesar de que los padres estén aparentemente comprometidos en el bienestar y la salud de los hijos, su incapacidad para controlar el impacto negativo de los conflictos conyugales dificulta la cobertura de las necesidades nutricias de los hijos y, en último término, la parentalidad se ve secundariamente deteriorada.

El cuadrante superior izquierdo, en el cual se refleja una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, corresponde a las deprivaciones (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012). En este tipo de familias, la pareja parental congenia razonablemente bien. No obstante, muestra cierta incapacidad en cuanto a la parentalidad, ya que no ofrece una nutrición relacional apropiada. Este déficit puede manifestarse en altos niveles de exigencia y responsabilización. Así como también, las funciones nutricias pueden estar supeditadas al logro de unas inalcanzables cotas normativas (Linares & Campo, 2000; Linares, 2012).

Finalmente, en el cuadrante inferior izquierdo se ubican las caotizaciones, representadas por condiciones relacionales muy deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012).

Linares (1996, 2007, 2012) asoció las triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones -modalidades de relación familiar disfuncional- a la psicopatología (ver Figura 2). La propuesta que definió Linares delimita cuatro grandes áreas psicopatológicas: neurosis, psicosis, depresiones y trastornos de la vinculación social. Asimismo, en cada área se incluyen los correspondientes trastornos de la personalidad.

Tal como se aprecia en la Figura 2, las neurosis y las psicosis se sitúan en el cuadrante inferior derecho, que corresponde a las triangulaciones manipulatorias y desconfirmadoras, respectivamente. Las depresiones se ubican en el espacio de las deprivaciones, en el cuadrante superior izquierdo, con excepción de la prolongación inferior hacia el espacio de las caotizaciones, que pertenece al trastorno bipolar. Por último, los trastornos de la vinculación social se distribuyen desde el núcleo central situado en el cuadrante de las caotizaciones hasta el cuadrante de las triangulaciones y deprivaciones.

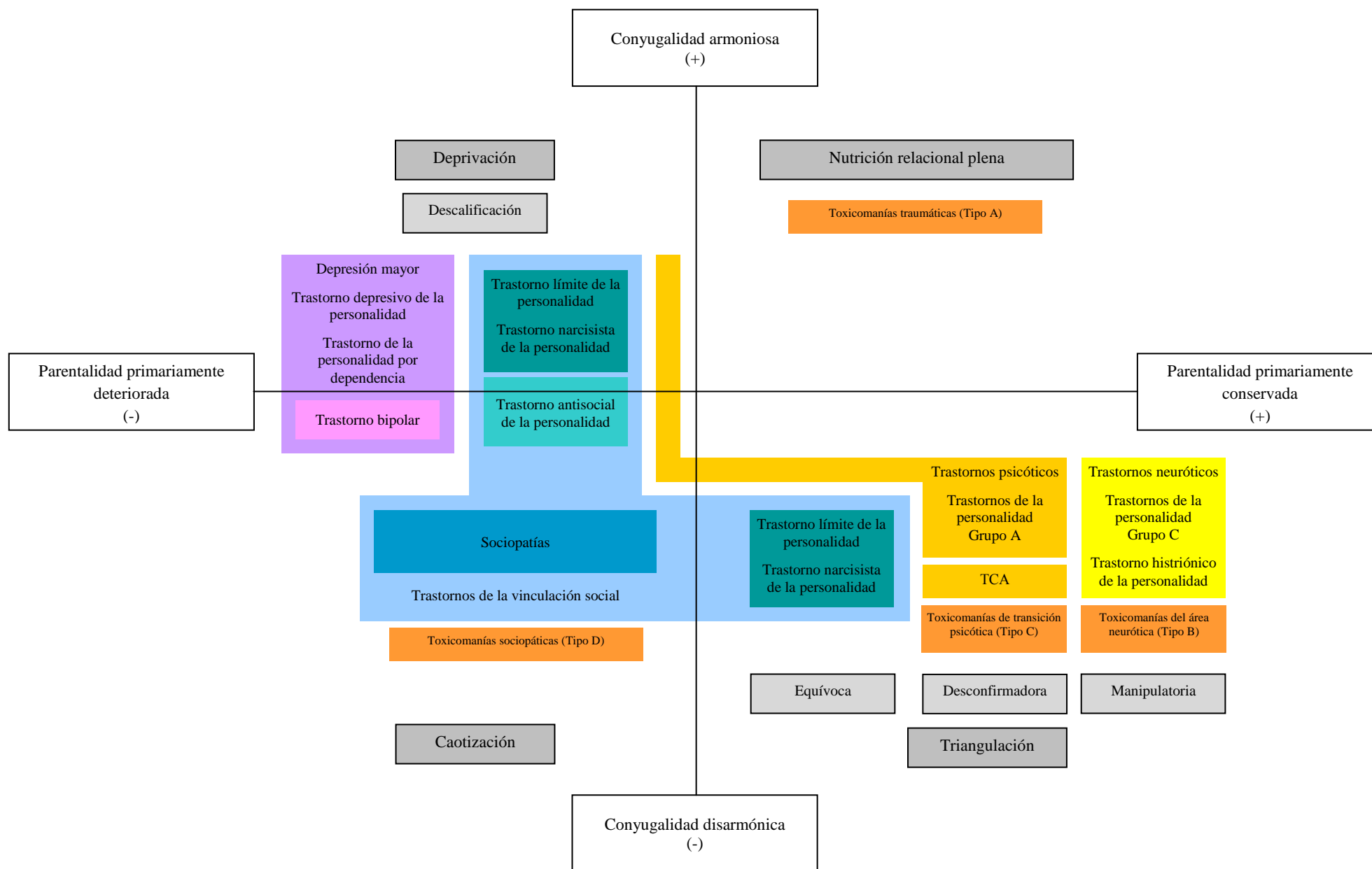


Figura 2. Modelo bidimensional de la teoría de las relaciones familiares básicas y su correspondencia con la psicopatología (Linares, 1996, 2007, 2012).

Entre los distintos trastornos psicopatológicos, Linares (1996) hizo referencia a los trastornos relacionados con sustancias, como uno de los trastornos que no tenía una ubicación propia y específica en relación a la conyugalidad y la parentalidad. Para situar dichos trastornos en el diagrama de la teoría de las relaciones familiares básicas, Linares partió de los primeros estudios de Cancrini (1982), basados en la tipología de las toxicomanías: traumáticas o tipo A, del área neurótica o tipo B, de transición psicótica o tipo C y sociopáticas o tipo D (ver Apartado 2.2.1. Aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica). En efecto, considerando la dinámica relacional definida en cada tipo de toxicomanías, la tipología de las toxicomanías de Cancrini encaja significativamente bien en los respectivos cuadrantes del diagrama de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (ver Figura 2). Siguiendo a Cancrini, únicamente las toxicomanías del área neurótica o tipo B y de transición psicótica o tipo C se pueden explicar a partir del consumo y abuso de sustancias relacionado con la estructura y organización familiar. Estos tipos de toxicomanías coinciden con el cuadrante de las triangulaciones (conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente conservada) del diagrama de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares, tal como se aprecia en la Figura 2.

Esta conexión teórica postulada por Linares (1996, 2007, 2012), entre las funciones familiares básicas y la psicopatología, orientó a Ibáñez et al. (2012) a construir y validar el CERFB en población general española. Su finalidad fue contribuir a la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad y, por consiguiente, al rigor del diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.

1.3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

1.3.1. Desarrollo y validación en población general española

Ibáñez et al. (2012), a partir de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), construyeron y validaron el *CERFB* en población general española y crearon -de este modo- el primer y único instrumento que evalúa y diferencia simultáneamente la conyugalidad y la parentalidad.

El punto de partida para lograr dicho propósito fue la primera tentativa de Linares (1996) de dar respuesta a esta necesidad, mediante la construcción de la *Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (EERFB)*. Esta escala se fundamentó en su propia teoría sobre la conyugalidad y la parentalidad, como funciones familiares básicas propias de la atmósfera relacional de una familia.

La teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), basada en la observación clínica, es la referencia teórica a partir de la cual se creó la *EERFB* y, por consiguiente, el *CERFB*. Linares (1996) sustrajo -de las sesiones clínicas grabadas- frases, afirmaciones, actitudes y comportamientos que se producían reiteradamente en diferentes interacciones familiares. A partir de este material se elaboraron cuatro subescalas, de 20 ítems cada una, acorde al modelo teórico de Linares (1996, 2002, 2007, 2012): conyugalidad armoniosa, conyugalidad disarmónica, parentalidad primariamente conservada y parentalidad primariamente deteriorada.

Edelstein et al. (1994) realizaron la primera y única tentativa de validación de la *EERFB*: se administró el instrumento a 187 familias de Barcelona (138 familias no clínicas y 49 familias con patología psiquiátrica). En dicho estudio piloto, en primer lugar, se redujo el número de ítems a 34, mediante la técnica de análisis de componentes principales y la aplicación del método de rotación ortogonal Varimax y, asimismo, se

mantuvo su distribución entre las cuatro subescalas. En segundo lugar, se encontraron -a pesar de la divergencia muestral- diferencias estadísticamente significativas entre las familias con patología psiquiátrica y las familias no clínicas en las cuatro subescalas.

En el año 2004 se retomó la capacidad potencial de la *EERFB* con el objetivo de crear una herramienta válida para el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar, tanto de la población general española como de la población clínica española. Partiendo de este interés, se firmó un convenio de colaboración entre la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (FPCEE Blanquerna) de la Universitat Ramon Llull (URL) y la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Dr. Robert de la Universitat Autònoma de Barcelona. En el convenio el Dr. Juan Luis Linares Fernández, como autor de la *EERFB*, dio autorización expresa a la utilización de su escala para desarrollar una nueva herramienta de medida, el *CERFB*.

Como resultado de dicho convenio, Ibáñez et al. (2012) diseñaron un instrumento en población general española que ha permitido evaluar y diferenciar, simultáneamente, la conyugalidad y la parentalidad, discerniendo entre parejas funcionales y disfuncionales y entre un ejercicio adecuado e inadecuado de las funciones parentales. Así, Ibáñez et al. han pretendido incrementar el conocimiento de las relaciones familiares propias de contextos definidos, tanto en el ámbito de la prevención e intervención familiar como en el de la investigación. Para conseguirlo, los autores recuperaron la *EERFB* y la tentativa de validación de la misma realizada por Edelstein et al. (1994) para la creación del *CERFB*.

Los objetivos del estudio de Ibáñez et al. (2012) fueron analizar la validez de constructo del *CERFB* -a partir del análisis factorial exploratorio (AFE)- y examinar la fiabilidad del mismo. Para dar respuesta a estos objetivos, los autores dispusieron de

una muestra total de 221 parejas como unidad familiar ($N = 442$ participantes).

El AFE del *CERFB* realizado por Ibáñez et al. (2012) presentó un modelo de estructura bifactorial que coincidió con la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012).

De un lado, la estructura factorial de la escala Conyugalidad se estructuró en un único factor y, por lo tanto, difirió de la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico. No obstante, teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Conyugalidad Armoniosa, saturación positiva y Conyugalidad Disarmónica, saturación negativa. De otro lado, la estructura factorial de la escala Parentalidad se estructuró en dos factores diferenciados y coherentes con la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico: Parentalidad Primariamente Conservada y Parentalidad Primariamente Deteriorada, respectivamente (Ibáñez et al., 2012).

El análisis de la consistencia interna del *CERFB* realizado por Ibáñez et al. (2012), mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demostró una excelente homogeneidad entre los ítems de cada escala: Conyugalidad ($\alpha = .91$) y Parentalidad ($\alpha = .92$).

Los factores Conyugalidad y Parentalidad hallados a partir del AFE revelaron, juntamente con la fiabilidad, que el *CERFB* posee unas propiedades psicométricas satisfactorias.

Dichos resultados, obtenidos en el primer y único estudio del *CERFB* en población general española, alentaron a Ibáñez (2016) a realizar un segundo estudio centrado en el avance del proceso de acumulación de evidencias del *CERFB* en la misma población. El objetivo principal de este segundo estudio fue validar el *CERFB* en

población general española. Para dar respuesta a este objetivo, Ibáñez dispuso de una nueva muestra total de 465 parejas como unidad familiar ($N = 930$ participantes).

En el segundo estudio, el AFE del CERFB realizado por Ibáñez (2016) presentó un modelo de estructura bifactorial que coincidió con la obtenida por Ibáñez et al. (2012) en el primer estudio.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) del CERFB realizado por Ibáñez (2016) apoya la validez del modelo de estructura bifactorial que emergió de los resultados del AFE. Del mismo modo, dicho modelo sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012).

El análisis de la validez de constructo realizado por Ibáñez (2016) fue complementado por las correlaciones que reportan la validez convergente entre el CERFB y dos medidas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y la investigación para evaluar las relaciones familiares, en concreto, el ajuste diádico y el vínculo parental. Se establecieron correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad del CERFB y Ajuste Diádico de la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Bornstein & Bornstein, 1992) y las escalas Parentalidad del CERFB y Cuidado del *Parental Bonding Instrument* (PBI; Ballús-Creus, 1991). A su vez, se constató una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad del CERFB y Sobreprotección del PBI.

El análisis de la consistencia interna del CERFB realizado por Ibáñez (2016), mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demostró una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad ($\alpha = .93$) y una buena homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad ($\alpha = .81$).

Considerando los resultados de las propiedades psicométricas del CERFB, Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) concluyeron que dicho cuestionario deviene el

primer instrumento construido y validado en población general española que evalúa la familia desde la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). Asimismo, es importante destacar que el *CERFB* -partiendo de una doble finalidad: avanzar en la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad y, a su vez, en la rigurosidad del diagnóstico relacional del funcionamiento familiar- pretende contribuir al avance de la psicología aplicada en esta línea de investigación y aumentar el conocimiento de las relaciones familiares propias de contextos definidos, tanto en el campo de la prevención e intervención familiar como en el de la investigación (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012; Linares, 2012).

Partiendo de los óptimos resultados del desarrollo y validación del *CERFB* en población general española, se ha planteado la expansión de la adaptación y validación del instrumento en población clínica española. Asimismo, tal es el interés que ha suscitado el *CERFB* en Europa, que ya se han iniciado diversas investigaciones, en concreto, en población general italiana y portuguesa.

1.3.2. Adaptación y validación en población clínica española

Un pilar importante de la expansión de la adaptación y validación del *CERFB* en población clínica española es el que se enmarca en la presente investigación, iniciada a partir del estudio de Mercadal et al. (2018). Asimismo, Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018), pioneros en la adaptación y validación del *CERFB* en población clínica española, centraron su investigación en la validación y aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

El objetivo principal del estudio de Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) fue validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en familias clínicas españolas con un hijo con TCA. Por un lado, dicho estudio ha contribuido al proceso de

acumulación de evidencias sobre el *CERFB* en una población clínica española particular. Por otro lado, ha permitido dar respuesta a la necesidad de especificidad de instrumentos para evaluar la familia en los TCA.

Para dar respuesta al objetivo principal, Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) dispusieron de una muestra total de 344 parejas como unidad familiar ($N = 688$ participantes); 169 familias grupo clínico con un hijo con TCA y 175 familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico.

Los resultados obtenidos por Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) indicaron que el *CERFB* presenta unas propiedades psicométricas adecuadas en los TCA, y consistentes en relación a la versión original en población general española de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012).

El AFC del *CERFB* realizado por Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) presenta la validez del modelo de estructura bifactorial que emergió de los resultados exploratorios en población general española. Del mismo modo, dicho modelo sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), dado que refirió un ajuste aceptable a los datos de las familias clínicas con un hijo con TCA.

El análisis de la validez de constructo realizado por Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) fue complementado por las correlaciones que reportan la validez convergente entre el *CERFB* y dos medidas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y la investigación para evaluar las relaciones familiares, en concreto, el ajuste diádico y el vínculo parental. Se establecieron correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* (Ballús-Creus, 1991). A su vez, se constató una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI*.

El análisis de la consistencia interna del *CERFB* realizado por Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018), mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demostró una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad ($\alpha = .90$) y una aceptable homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad ($\alpha = .76$).

La baremación de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* en los TCA realizada por Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) acompañó los resultados correspondientes a la capacidad evaluativa y discriminativa del *CERFB* de mayor disarmonía conyugal y deterioro de la parentalidad de las familias grupo clínico con un hijo con TCA, respecto de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico (a partir del punto de corte de 55 para Conyugalidad y de 42 para Parentalidad; Campreciós et al., 2014). Estos datos, en su conjunto, permitieron interpretar las puntuaciones de las familias objeto de estudio. Los resultados relativos a la comparación entre ambos grupos de familias, obtenidos por Campreciós (2016), Campreciós et al. (2018) y Campreciós et al. (2014), coincidieron con las observaciones de Linares (1996, 2007, 2012) de mayor disfunción relacional en las familias con un hijo con diagnóstico psicopatológico, respecto de las familias con capacidad de nutrición relacional plena. Del mismo modo, estas conclusiones coincidieron con el resto de publicaciones científicas recientes en la misma línea de investigación.

Considerando estos resultados y de la firme conclusión de Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) se desprendió la posibilidad de utilizar el *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar a partir de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con TCA, tanto en contextos clínicos como de investigación.

Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) sostuvieron que el uso consistente de un instrumento válido y fiable que evalúe de forma específica la familia en los TCA

es imprescindible a nivel teórico para fortalecer el conocimiento en relación a la temática. Asimismo, apuntaron que resulta esencial en relación a la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), con el propósito de actualizar su validación a nivel empírico en función de la práctica clínica actual. Dada la mayor disfunción relacional registrada en las familias clínicas con un hijo con TCA, en comparación con las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, Campreciós y Campreciós et al. evidenciaron que el desarrollo de programas de prevención e intervención familiar en los TCA puede verse enriquecido a partir de la inclusión del *CERFB*.

Teniendo en cuenta que el *CERFB* posee unas propiedades psicométricas adecuadas en su primer uso expandido a la población clínica española, Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) alentaron a continuar el proceso psicométrico estudiando la adaptación y validación del *CERFB* en otras poblaciones clínicas españolas. De acuerdo con dicha premisa, ya se han iniciado las investigaciones exploratorias en los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y en el trastorno de la personalidad límite.

1.3.3. Adaptación y validación en población general italiana

En concordancia con los estudios de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) sobre el desarrollo y validación del *CERFB* en población general española, Vilaregut et al. (2018) realizaron la traducción, adaptación y validación del *CERFB* en población general italiana.

El objetivo principal del estudio de Vilaregut et al. (2018) fue examinar las propiedades psicométricas del *CERFB* en población general italiana. Se dio respuesta a este objetivo a partir de una muestra total de 114 parejas como unidad familiar ($N = 228$

participantes) que se ajustaron a los mismos criterios de inclusión empleados en la investigación en población general española (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012).

Previamente, Vilaregut et al. (2018) elaboraron la versión italiana del *CERFB* a partir del procedimiento de traducción (español - italiano) y traducción inversa (italiano - español). La concordancia de ambas traducciones españolas fue verificada.

El AFE de la versión italiana del *CERFB* realizado por Vilaregut et al. (2018) presentó un modelo de estructura bifactorial que coincidió con la obtenida por Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) en la versión original en población general española.

De un lado, la estructura factorial de la escala Conyugalidad reveló un único factor y, por lo tanto, difirió de la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico. No obstante, teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Conyugalidad Armoniosa, saturación positiva y Conyugalidad Disarmónica, saturación negativa. De otro lado, la estructura factorial de la escala Parentalidad también reveló un único factor y difirió de la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico. No obstante, teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Parentalidad Primariamente Conservada, saturación positiva y Parentalidad Primariamente Deteriorada, saturación negativa (Vilaregut et al., 2018).

El AFC de la versión italiana del *CERFB* realizado por Vilaregut et al. (2018) apoya la validez del modelo de estructura bifactorial que emergió de los resultados del AFE y, a su vez, sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012).

El análisis de la validez de constructo realizado por Vilaregut et al. (2018) fue complementado por las correlaciones que reportan la validez convergente entre el

CERFB y tres medidas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y la investigación para evaluar las relaciones familiares, en concreto, la adaptación y cohesión familiar, la comunicación familiar y la satisfacción familiar. Se establecieron correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* y Cohesión y Flexibilidad de la versión italiana de la *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV)*; Baiocco, Cacioppo, Laghi, & Tafa, 2013), las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* y Comunicación Familiar de la versión italiana de la *Family Communication Scale (FCS)*; Baiocco et al., 2013) y las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* y Satisfacción Familiar de la versión italiana de la *Family Satisfaction Scale (FSS)*; Baiocco et al., 2013). A su vez, se constató una correlación negativa y significativa entre las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* y Rigidez y Desapego de la *FACES IV*.

El análisis de la consistencia interna del *CERFB* realizado por Vilaregut et al. (2018), mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demostró una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad ($\alpha = .92$) y una buena homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad ($\alpha = .80$).

Considerando los resultados de las propiedades psicométricas de la versión italiana del *CERFB*, Vilaregut et al. (2018) concluyeron que dicho cuestionario deviene el primer instrumento adaptado y validado en población general italiana que evalúa la familia desde la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). Por este motivo, Vilaregut et al. propusieron el *CERFB* como una herramienta de indudable utilidad para aumentar el conocimiento de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, en población general italiana y, por consiguiente, mejorar la eficacia de los programas de prevención e intervención psicológica en Italia.

Teniendo en cuenta estas conclusiones, Vilaregut et al. (2018) indicaron iniciar futuras investigaciones centradas en la adaptación y validación del *CERFB* en población clínica italiana³. Los autores prevén que el *CERFB* puede convertirse también en una herramienta útil para el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar en dicha población, tal como evidenciaron las investigaciones en población clínica española (Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2018; Campreciós et al., 2014; Mercadal et al., 2018).

1.3.4. Adaptación y validación en población general portuguesa

Siguiendo la trayectoria de los estudios iniciados por Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) sobre el desarrollo y validación del *CERFB* en población general española, Lima et al. (2018) realizaron la traducción, adaptación y validación del *CERFB* en población general portuguesa.

El objetivo principal del estudio de Lima et al. (2018) fue examinar las propiedades psicométricas del *CERFB* en población general portuguesa. Se dio respuesta a este objetivo a partir de una muestra total de 189 parejas como unidad familiar ($N = 378$ participantes) que se ajustaron a los mismos criterios de inclusión empleados en la investigación en población general española (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012).

Previamente, Lima et al. (2018) elaboraron la versión portuguesa del *CERFB* a partir del procedimiento de traducción (español - portugués) y traducción inversa (portugués - español). La concordancia de ambas traducciones españolas fue verificada.

El AFE de la versión portuguesa del *CERFB* realizado por Lima et al. (2018) presentó un modelo de estructura bifactorial que coincidió con la obtenida por Ibáñez

³ La fase de recogida de datos del *CERFB* en población clínica italiana ya se ha iniciado.

(2016) e Ibáñez et al. (2012) en la versión original en población general española.

De un lado, la estructura factorial de la escala Conyugalidad reveló un único factor y, por lo tanto, difirió de la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico. No obstante, teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Conyugalidad Armoniosa, saturación positiva y Conyugalidad Disarmónica, saturación negativa. De otro lado, la estructura factorial de la escala Parentalidad también reveló un único factor y difirió de la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico. No obstante, teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Parentalidad Primariamente Conservada, saturación positiva y Parentalidad Primariamente Deteriorada, saturación negativa (Lima et al., 2018).

El AFC de la versión portuguesa del *CERFB* realizado por Lima et al. (2018) apoya la validez del modelo de estructura bifactorial que emergió de los resultados del AFE y, a su vez, sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012).

El análisis de la validez de constructo realizado por Lima et al. (2018) fue complementado por las correlaciones que reportan la validez convergente entre el *CERFB* y dos medidas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y la investigación para evaluar las relaciones familiares, en concreto, el ajuste diádico y el estrés parental. Se estableció una correlación positiva y significativa entre las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la versión portuguesa de la *DAS* (Gomez & Leal, 2008) y una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad del *CERFB* y Estrés Parental de la versión portuguesa de la *Parental Stress Scale (PSS)* (Mixão, Leal, & Maroco, 2010).

El análisis de la consistencia interna del *CERFB* realizado por Lima et al. (2018), mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demostró una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad ($\alpha = .92$) y una buena homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad ($\alpha = .81$).

Considerando los resultados de las propiedades psicométricas de la versión portuguesa del *CERFB*, Lima et al. (2018) concluyeron que dicho cuestionario deviene el primer instrumento adaptado y validado en población general portuguesa que evalúa la familia desde la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). Así pues, Lima et al. propusieron el *CERFB* como una herramienta útil y eficaz para aumentar el conocimiento de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, en población general portuguesa y, por consiguiente, progresar en la escasez de instrumentos disponibles en esta línea de investigación en Portugal.

Finalmente, Lima et al. (2018) indicaron ampliar la muestra de la población objeto de estudio, así como también iniciar futuras investigaciones centradas en la adaptación y validación del *CERFB* en población clínica portuguesa -siguiendo la trayectoria de las investigaciones en población clínica española (Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2018; Campreciós et al., 2014; Mercadal et al., 2018)-. Dichas indicaciones, en su conjunto, pretenden contribuir al avance del proceso de acumulación de evidencias del *CERFB* en población general y clínica portuguesa.

2. Conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias

2.1. Aportaciones generales

2.1.1. Criterios diagnósticos

2.1.2. Prevalencia

2.1.3. Factores de riesgo y de protección

2.2. El trastorno por consumo de sustancias en el sistema familiar

2.2.1. Aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica

2.2.2. Estado actual

2.2.2.1. Relación conyugal

2.2.2.2. Relación parental

2.2.2.3. Funcionamiento familiar

2.2.3. Instrumentos de evaluación

2. Conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias

2.1. Aportaciones generales

2.1.1. Criterios diagnósticos

Los *trastornos relacionados con sustancias* constan en distintas clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales. Todas las clasificaciones de este tipo de trastornos recogen la subcategoría principal *trastorno por consumo de sustancias*, que engloba nueve tipos de drogas: alcohol; cannabis; alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina [o las arilciclohexaminas con acción similar] y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otro estimulante); tabaco; y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

En la Tabla 1 se presenta comparativamente la subcategoría diagnóstica *trastorno por consumo de sustancias*, en función de los tipos de drogas, a partir de tres sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales de referencia: la cuarta edición revisada española del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*; Asociación Americana de Psiquiatría, 2002); la quinta edición española del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); y la *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades - Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10)*; Organización Mundial de la Salud, 1992).

El *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), respecto de la edición anterior (*DSM-IV-TR*; Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), incorpora cambios asociados al diagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias. Por un lado,

desaparece la distinción entre abuso y dependencia en la subcategoría trastorno por consumo de sustancias. Por otro lado, se crea una nueva subcategoría denominada *trastornos no relacionados con sustancias*, que incluye el juego patológico.

Tabla 1.

Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

DSM-IV-TR	DSM-5	F10 - F19	CIE 10
<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>	<i>Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>		<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas</i>
Trastornos relacionados con el alcohol	Trastornos relacionados con el alcohol	F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol
<i>Trastornos por consumo de alcohol</i>	___ (___) <i>Trastorno por consumo de alcohol</i>		
305.00 (F10.1) Abuso de alcohol	305.00 (F10.10) Leve		F10.1 Consumo perjudicial
303.90 (F10.2x) Dependencia de alcohol	303.90 (F10.20) Moderado		F10.2 Síndrome de dependencia
	303.90 (F10.20) Grave		
Trastornos relacionados con cafeína	Trastornos relacionados con la cafeína	F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína)
Trastornos relacionados con el cannabis	Trastornos relacionados con el cannabis	F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides
<i>Trastornos por consumo de cannabis</i>	___ (___) <i>Trastorno por consumo de cannabis</i>		
305.20 (F12.1) Abuso de cannabis	305.20 (F12.10) Leve		F12.1 Consumo perjudicial
304.30 (F12.2x) Dependencia de cannabis	304.30 (F12.20) Moderado		F12.2 Síndrome de dependencia
	304.30 (F12.20) Grave		
Trastornos relacionados con alucinógenos y con fenciclidina (o sustancias de acción similar)	Trastornos relacionados con los alucinógenos	F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos
<i>Trastornos por consumo de fenciclidina</i>	___ (___) <i>Trastorno por consumo de fenciclidina</i>		
305.90 (F19.1) Abuso de fenciclidina	305.90 (F16.10) Leve		
304.60 (F19.2x) Dependencia de fenciclidina	304.60 (F16.20) Moderado		
	304.60 (F16.20) Grave		
<i>Trastornos por consumo de alucinógenos</i>	___ (___) <i>Trastorno por consumo de otros alucinógenos</i>		
305.30 (F16.1) Abuso de alucinógenos	305.30 (F16.10) Leve		F16.1 Consumo perjudicial
304.50 (F16.2x) Dependencia de alucinógenos	304.50 (F16.20) Moderado		F16.2 Síndrome de dependencia
	304.50 (F16.20) Grave		

Tabla 1 (continuación).

Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

DSM-IV-TR		DSM-5		CIE 10
<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>		<i>Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>		<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas</i>
Trastornos relacionados con inhalantes		Trastornos relacionados con los inhalantes		F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
<i>Trastornos por consumo de inhalantes</i>		___ (___)	<i>Trastorno por consumo de inhalantes</i>	
305.90 (F18.1)	Abuso de inhalantes	305.90 (F18.10)	Leve	F18.1 Consumo perjudicial
304.60 (F18.2x)	Dependencia de inhalantes	304.60 (F18.20)	Moderado	F18.2 Síndrome de dependencia
		304.60 (F18.20)	Grave	
Trastornos relacionados con opiáceos		Trastornos relacionados con los opiáceos		F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides
<i>Trastornos por consumo de opiáceos</i>		___ (___)	<i>Trastorno por consumo de opiáceos</i>	
305.50 (F11.1)	Abuso de opiáceos	305.50 (F11.10)	Leve	F11.1 Consumo perjudicial
304.00 (F11.2x)	Dependencia de opiáceos	304.00 (F11.20)	Moderado	F11.2 Síndrome de dependencia
		304.00 (F11.20)	Grave	
Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos		Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos		F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos
<i>Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</i>		___ (___)	<i>Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos</i>	
305.40 (F13.1)	Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	305.40 (F13.10)	Leve	F13.1 Consumo perjudicial
304.10 (F13.2x)	Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	304.10 (F13.20)	Moderado	F13.2 Síndrome de dependencia
		304.10 (F13.20)	Grave	

Tabla 1 (continuación).

Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

DSM-IV-TR	DSM-5	CIE 10
<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>	<i>Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>	<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas</i>
Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar) y con cocaína	Trastornos relacionados con los estimulantes	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína (F14) y de otros estimulantes (F15)
<i>Trastornos por consumo de anfetamina y de cocaína</i>	____ (____) <i>Trastorno por consumo de estimulantes</i>	
	____ (____) Leve	Consumo perjudicial
305.70 (F15.1) Abuso de anfetamina	305.70 (F15.10) Sustancia anfetamínica	
305.60 (F14.1) Abuso de cocaína	305.60 (F14.10) Cocaína	F14.1 Cocaína
	305.70 (F15.10) Otro estimulante	F15.1 Otros estimulantes
	____ (____) Moderado	Síndrome de dependencia
304.40 (F15.2x) Dependencia de anfetamina	304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica	
304.20 (F14.2x) Dependencia de cocaína	304.20 (F14.20) Cocaína	F14.2 Cocaína
	304.40 (F15.20) Otro estimulante	F15.2 Otros estimulantes
	____ (____) Grave	
	304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica	
	304.20 (F14.20) Cocaína	
	304.40 (F15.20) Otro estimulante	
Trastornos relacionados con la nicotina	Trastornos relacionados con el tabaco	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco
<i>Trastorno por consumo de nicotina</i>	____ (____) <i>Trastorno por consumo de tabaco</i>	
	305.1 (Z72.0) Leve	Z72.0 Consumo
305.1 (F17.2x) Dependencia de nicotina	305.1 (F17.200) Moderado	F17.2 Síndrome de dependencia
	305.1 (F17.200) Grave	

Tabla 1 (continuación).

Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002), el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)

DSM-IV-TR		DSM-5		CIE 10
<i>Trastornos relacionados con sustancias</i>		<i>Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos</i>		<i>F10 - F19</i>
				<i>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas</i>
Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) y con varias sustancias	Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)			F19
<i>Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas) y de varias sustancias</i>	<i>_____ (____)</i>	<i>Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)</i>		
305.90 (F19.1) Abuso de otras sustancias		305.90 (F19.10) Leve		F19.1 Consumo perjudicial
304.90 (F19.2x) Dependencia de otras sustancias		304.90 (F19.20) Moderado		F19.2 Síndrome de dependencia
		304.90 (F19.20) Grave		
304.80 (F19.2x) Dependencia de varias sustancias				F19.2 Síndrome de dependencia
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados	Trastornos no relacionados con sustancias			Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
312.31 (F63.0) <i>Juego patológico</i>	312.31 (F63.0) <i>Juego patológico</i>			F63.0 <i>Ludopatía</i>

2.1.2. Prevalencia

Evidencias empíricas de la última década presentan el trastorno por consumo de sustancias como un fenómeno sociosanitario mundial de gran magnitud, muy presente en la actualidad.

El último *World Drug Report* (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017) estima que 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta -de entre 15 y 64 años- mundial, consumieron algún tipo de droga en 2015. Además, dado que se calcula que más de 29.5 millones de esas personas, es decir, el 0.6% de la población adulta mundial, sufren trastornos relacionados con las drogas, el impacto del consumo en lo que respecta a consecuencias para la salud sigue siendo devastador. Estas consecuencias, por ejemplo, pueden ser imputables a la mortalidad por reacción aguda (Miguel-Arias, Pereiro, Bermejo, López de Abajo, & Sobrido, 2016).

La droga ilícita más consumida a nivel mundial en la actualidad es el cannabis (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). En 2015, la prevalencia anual del consumo de cannabis entre la población adulta -de entre 15 y 64 años- se situó en el 3.8%. Los estimulantes, en concreto, el éxtasis y la cocaína en su conjunto, ocupan el segundo lugar entre las drogas ilícitas más consumidas a nivel mundial en la actualidad. En 2015, la prevalencia anual del consumo de éxtasis y de cocaína entre la población adulta se situó en el 0.45% y el 0.35%, respectivamente. En relación a los opiáceos, en 2015 aumentó la prevalencia anual del consumo de dicha droga entre la población adulta respecto de la tendencia de los últimos años, y se situó en el 0.37%. Además, los opiáceos siguen destacando por sus efectos potencialmente nocivos para la salud (Degenhardt et al., 2011; Mathers et al., 2013; Waal & Gossop, 2014).

En relación al consumo de drogas en Europa, el último *Informe Europeo sobre Drogas* (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017) estima que más de 93 millones de personas, es decir, más de una cuarta parte de la población adulta -de entre 15 y 64 años- de la Unión Europea, han consumido drogas ilícitas en algún momento de su vida. Según dicho informe, el consumo de drogas es más elevado en hombres (56.8 millones) que en mujeres (36.8 millones); esta diferencia se acentúa en la intensidad y regularidad de las pautas de consumo.

La droga ilícita más consumida a nivel europeo en la actualidad, que coincide con la tendencia mundial, es el cannabis (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017). En 2015, la prevalencia anual del consumo de cannabis entre la población adulta -de entre 15 y 64 años- fue de 53.8 millones de hombres y 34.1 millones de mujeres. Los estimulantes, en concreto, la cocaína, la MDMA y las anfetaminas en su conjunto, ocupan el segundo lugar entre las drogas ilícitas más consumidas a nivel europeo en la actualidad. En 2015, la prevalencia del consumo de cocaína entre la población adulta fue de 12.2 millones de hombres y 5.3 millones de mujeres, seguido por la prevalencia del consumo de MDMA que fue de 9.3 millones de hombres y 4.7 millones de mujeres, y la prevalencia del consumo de anfetaminas que fue de 8.4 millones de hombres y 4.2 millones de mujeres. En cuanto a los opiáceos, en 2015, la prevalencia media se estimó en 1.3 millones de consumidores de alto riesgo entre adultos (concentrados mayoritariamente en Alemania, España, Francia, Italia y Reino Unido).

El *Informe Europeo sobre Drogas* (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017) también revela que las estimaciones de la prevalencia sitúan a España (9.1%) como uno de los países líderes de la Unión Europea en consumo de cocaína entre la población adulta, precedido únicamente por el Reino Unido (9.7%), y

seguido por Irlanda (7.8%) e Italia (7.6%). Asimismo, las estimaciones de la prevalencia sitúan a España (31.5%) como uno de los países líderes en consumo de cannabis entre la población adulta, precedido por Francia (40.9%), Dinamarca (35.6%) e Italia (31.9%).

Centrando el interés en España, los resultados de la *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2015-2016 (EDADES 2015-2016)*, editados en el último *Informe - Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España* del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017), apuntan que la droga ilícita más consumida en la actualidad es el cannabis. En 2015, la prevalencia anual del consumo de cannabis entre la población adulta -de entre 15 y 64 años- se situó en el 9.5%. Los estimulantes, en concreto, la cocaína, el éxtasis y las anfetaminas en su conjunto, ocupan el segundo lugar entre las drogas ilícitas más consumidas a nivel estatal en la actualidad. En 2015, la prevalencia anual del consumo de cocaína (polvo y/o base), de éxtasis y de anfetaminas entre la población adulta se situó en el 2%, el 0.6% y el 0.5%, respectivamente.

Es necesaria una puntualización respecto al consumo de alcohol en España, que sigue siendo la droga más consumida. En 2015, la prevalencia anual del consumo de alcohol entre la población adulta se situó en el 77.6% (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017).

En relación a las diferencias según el género, los datos del año 2015 confirman en España un mayor consumo en hombres (excepto para los sedantes e hipnóticos) que en mujeres (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017). Estas diferencias se acentúan en el caso del cannabis, que registró una diferencia entre hombres (13.3%) y mujeres (5.6%) de casi ocho puntos porcentuales, en el caso de la cocaína, que registró una diferencia entre hombres (3.1%) y mujeres (0.9%) de más de dos puntos porcentuales, y en el caso del alcohol, que registró una diferencia entre hombres (82.9%) y mujeres (72.1%) superior a diez puntos porcentuales. Por el

contrario, los sedantes e hipnóticos (con o sin receta) registraron una diferencia entre mujeres (15.8%) y hombres (8.3%) de más de siete puntos porcentuales.

En la Comunidad Autónoma de Cataluña -según los resultados de la *EDADES 2015-2016*, editados en el último *Informe - Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España* del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017)- las drogas lícitas e ilícitas con mayor prevalencia de consumo en 2015 entre la población adulta también fueron el alcohol (75.9%), el cannabis (11.1%) y los estimulantes, en su conjunto -cocaína (2.6%), éxtasis (0.8%) y anfetaminas (0.6%)-.

En relación a las diferencias según el género, los datos del año 2015 también confirman en Cataluña un mayor consumo en hombres (excepto para los sedantes e hipnóticos) que en mujeres (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017). Estas diferencias son mayores en el caso del alcohol, que registró una diferencia entre hombres (80.9%) y mujeres (70.7%) de más de diez puntos porcentuales, en el caso del cannabis, que registró una diferencia entre hombres (15.1%) y mujeres (7%) de más de ocho puntos porcentuales, y en el caso de la cocaína, que registró una diferencia entre hombres (4%) y mujeres (1.2%) de casi tres puntos porcentuales. Por el contrario, los sedantes e hipnóticos (con o sin receta) registraron una diferencia entre mujeres (14.7%) y hombres (7.3%) de más de siete puntos porcentuales.

Por consiguiente, ante el impacto del grave problema sanitario objeto de estudio y con el propósito de promocionar la salud mental de la población y prevenir las enfermedades mentales, tanto la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)*⁴ del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) como

⁴ La *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)* actualmente está en vigor. Es necesaria una puntualización respecto a la proposición no de Ley sobre la actualización de la *Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, que fue aprobada por la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales el 14 de noviembre de 2017.

el *Pla de Salut de Catalunya (2016-2020)* de la Direcció General de Planificació en Salut de la Generalitat de Catalunya (2016), proponen el trastorno por consumo de sustancias -entre otros trastornos mentales- como área prioritaria de intervención.

En esta línea, también queda patente la gran variedad de centros, servicios y dispositivos sanitarios implicados en el trastorno por consumo de sustancias: (a) servicios de atención especializada ambulatoria de salud mental, de apoyo a la Atención Primaria de Salud (centros de atención y seguimiento a las drogodependencias), (b) servicios de atención hospitalaria (urgencias psiquiátricas, hospitalización de agudos, hospitalización de subagudos, hospitalización de media y larga estancia, hospitalización parcial, unidades de internamiento en la comunidad, comunidades terapéuticas y unidades comunitarias polivalentes), y (c) servicios de rehabilitación comunitaria (centros de día y centros de inserción laboral; Direcció General de Planificació i Avaluació de la Generalitat de Catalunya, 2006).

La propuesta del trastorno por consumo de sustancias como área prioritaria de intervención favorece la aparición de distintas guías para el manejo de dicho trastorno a nivel de promoción, prevención, detección e intervención en el territorio español. A continuación, se listan algunas guías publicadas a nivel estatal: *Guía sobre Drogas* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), *Guía de Prevención de las Drogodependencias* (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010), *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones* (Becoña & Cortes, 2008), *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya: Consum de Drogues i Problemes Associats* (Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya, 2008), *Guía de Práctica Clínica sobre el Tratamiento de la Dependencia de la Cocaína* (Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya, 2011), entre otras.

2.1.3. Factores de riesgo y de protección

Las publicaciones científicas presentan el trastorno por consumo de sustancias como un fenómeno complejo por la confluencia de factores en su etiología (Muñoz-Rivas & Graña, 2001; Mielgo, Lorigados, Calleja, & Cachero, 2012; Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012; Varescon, 2010).

La mayoría de investigaciones destinadas a comprender dicho fenómeno incluyen el estudio de los factores de riesgo y de protección. Secades y Fernández-Hermida (2001) definieron como factores de riesgo “aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas”; y como factores de protección “aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas” (p. 61).

Es necesaria una puntualización respecto al interés que suscita el estudio de los factores de riesgo y de protección con respecto a planificar y desarrollar programas de prevención e intervención eficaces (Bellon-Champel & Varescon, 2017). Siguiendo a Moncada (1997) y Peñafiel (2009), la identificación y análisis de dichos factores es fundamental para determinar los objetivos operativos que deben pretender los programas de prevención, y también para aquellas poblaciones en situación de alto riesgo, en relación al consumo de sustancias, que precisan de intervenciones específicas.

La concepción compleja del trastorno por consumo de sustancias plantea la necesidad de entender el fenómeno como el resultado de la confluencia de aspectos biopsicosociales. Dicha confluencia engloba tres grupos principales de factores de riesgo y de protección: individuales, sociales y relacionales.

Factores individuales

En lo que concierne a la *edad*, existe una línea de estudios que ha evidenciado el efecto de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de sustancias (Ariza & Nebot, 2002; Cortés, Espejo, & Giménez, 2007; Hernández-Serrano, Font-Mayolas, & Gras, 2015; Muñoz-Rivas, Andreu, & Gutiérrez, 2005). Esta línea de estudios sitúa el origen del consumo de sustancias en edades relativamente tempranas, en concreto, en las primeras etapas de la adolescencia. Los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales propios de la adolescencia determinan el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía.

La influencia del *género* ha sido uno de los factores explicativos más contundentes. La marcada desigualdad en los datos de prevalencia referentes a las diferencias según el género, evidencia que dicho factor puede resultar protector en el caso de mujeres, o de riesgo en el caso de hombres. En este sentido, las publicaciones científicas han constatado de forma recurrente consumos superiores en hombres que en mujeres, tanto en el elenco de sustancias legales como ilegales (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009). Asimismo, varios estudios han constatado patrones de policonsumo superiores en hombres que en mujeres (Gearon, Nidecker, Bellack, & Bennett, 2003). Sin embargo, el consumo de sustancias en mujeres no es inusual. Además, como refirieron Shand, Degenhardt, Slade y Nelson (2011), Thompson y Petrovic (2009), las mujeres, en comparación con los hombres, presentan mayores dificultades para controlar el consumo de sustancias y mayores problemas asociados a dicho consumo.

En lo que concierne a los *factores cognitivos*, numerosos estudios han destacado un conjunto en particular: las *actitudes*, las *creencias* y la *percepción del riesgo* (Ballester, Gil, & Guirado, 2000; Barkin, Smith, & DuRant, 2002; Moral & Ovejero,

2003; Moral, Rodríguez, & Sirvent, 2006; Moral, Sirvent, & Rodríguez, 2004). En esta línea, la actitud positiva hacia las sustancias y el propio acto de consumir, las creencias erróneas sobre sus efectos y sobre la experimentación y búsqueda de sensaciones, y la distorsión en la percepción de riesgo están relacionadas con la ocurrencia del consumo.

Otro conjunto de factores que influye en el consumo de sustancias corresponde a las *habilidades sociales*. Existe una línea de estudios que ha concluido que las habilidades asertivas y las habilidades referidas a la toma de decisiones se relacionan con el consumo de sustancias de manera inversa, es decir, a mayores niveles de dichas habilidades, menor consumo de sustancias ilegales (Barkin et al., 2002; Llorens, Perelló, & Palmer, 2004).

Pese a los distintos y variados factores que confluyen en el consumo de sustancias, el bajo *autoconcepto* y la baja *autoestima* -entendidos como *factores psicológicos*- aparecen como un denominador común y como un importante aspecto a potenciar en los diferentes programas de intervención psicológica. En esta línea, la relación entre el autoconcepto y la autoestima y el consumo de sustancias ha sido un tema ampliamente estudiado, sobre todo, en el periodo de la adolescencia (Calafat, et al., 2011; Echeburúa & Corral, 2010; Ledoux, Sizaret, Hassler, & Choquet, 2000), en el que, tradicionalmente, se ha considerado el bajo autoconcepto y la baja autoestima como clásicos factores de riesgo (Calafat & Becoña, 2005; Calafat & Monserrat, 2003; Kassel, Wardle, & Roberts, 2007; Pérez, López, Cuesta, & Caballero, 2005; Zamboaga, Schwartz, Jarvis, & Van Tyne, 2009).

La influencia del *autocontrol* ha resultado uno de los factores de vital importancia en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, dado que la ejecución de la conducta dependerá de la capacidad del individuo de controlar los efectos que interfieren. Existe una línea de estudios que ha concluido que el autocontrol

se relaciona con el consumo de sustancias de manera inversa, es decir, a menores niveles de autocontrol, mayor cantidad y cronicidad de consumo de sustancias (D'Elío, O'Brien, Iannotti, Bush, & Galper, 1996; López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas, & Godoy, 2003).

Factores (macro)sociales

En términos generales, siguiendo a Carballo et al. (2004), los factores de riesgo (macro)sociales -de manera opuesta entendidos como factores de protección- operan a una escala extensa y alejada de la conducta de consumo. A continuación, se listan ejemplos de estas variables: *regulaciones legales sobre la venta y consumo de drogas, accesibilidad a las drogas, factores culturales, geográficos y económicos, influencia de los medios de comunicación o factores de tipo comunitario*, entre otros.

Como indicaron Arostegi, Laespada, Iraurgi y Vielva (2004), estos múltiples factores (macro)sociales determinan la relación con el consumo de sustancias pero, sin duda, destacan su accesibilidad como factor que correlaciona claramente con la ocurrencia del consumo.

Factores relacionales

En lo que concierne a la *escuela* -constituida como un agente educativo y de socialización prioritario-, existe una línea de estudios que ha evidenciado el efecto del fracaso escolar (López & Rodríguez Arias, 2010; Moral et al., 2006) y experiencias escolares negativas (Bryant, Schulenberg, O'Malley, Bachman, & Johnston, 2003; López & Rodríguez Arias, 2010; Marcos & Bahr, 1995) como factores de predicción del incremento del consumo de sustancias. Los estudios referidos a experiencias escolares negativas han incluido bajo rendimiento académico, escaso compromiso e

implicación en el aula y en el propio proceso de aprendizaje, mayor absentismo y actitudes negativas.

El *grupo de iguales*, ha sido uno de los factores más influyentes y determinantes en la conducta de consumo de sustancias. Cabe puntualizar la conexión de este factor con la etapa de la adolescencia -caracterizada por ser una etapa de transición de la dependencia del niño a la autonomía del adulto-, en la cual el grupo de iguales va substituyendo progresivamente a la familia como referente (Muñoz-Rivas & Graña, 2001). Las variables relacionadas con el grupo de iguales que se han identificado como mayores factores de riesgo y de protección en numerosos estudios han sido los hábitos de consumo de los amigos y la realización de actividades grupales vinculadas a contextos de ocio -diversión nocturna y búsqueda de sobreestimulación- (Espada, Pereira, & García Fernández, 2008; López & Rodríguez-Arias, 2010; Moral et al., 2006; Sánchez, Moreno, Muñoz, & Pérez, 2007).

Entre los factores clave relacionados con la génesis, persistencia o disminución del consumo de sustancias, la *familia* ha sido siempre considerada uno de los más importantes (Bellon-Champel & Varescon, 2017; Velleman & Templeton, 2007; Velleman, Templeton, & Copello, 2005).

Es necesario destacar que la familia constituye el entorno social con más influencia en la formación y desarrollo de las personas (Maccoby, 1992, Sanz, Iraurgi, Martínez-Pampliega, & Cosgaya, 2006). Es por eso que la familia juega un papel clave en la prevención e intervención del consumo de sustancias, tanto a la hora de inducir el riesgo como a la hora de promover la protección (Bellon-Champel & Varescon, 2017; Velleman et al., 2005).

Dado que dentro de la familia se producen una serie de interacciones que influyen en el desarrollo psicológico de la persona (Arranz, 2004; Justicia & Canton,

2011), se plantea la necesidad de analizar qué ocurre cuando existen dificultades en su seno.

Precisamente, la implicación de la familia en el trastorno por consumo de sustancias constituye la temática objeto de estudio de la presente tesis doctoral. En consecuencia, en los apartados que se suceden a continuación se ofrece una revisión de las publicaciones científicas referentes a las aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica y al estado actual de los aspectos relacionales familiares. Asimismo, se ofrece una revisión de los instrumentos, con garantías de validez y fiabilidad, disponibles en población española para evaluar la familia en el trastorno por consumo de sustancias.

2.2. El trastorno por consumo de sustancias en el sistema familiar

La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar -desde la cual se construyó el modelo teórico que fundamenta el *CERFB*- ha centrado su interés en el estudio de la estructura, organización y funcionamiento de la familia en el trastorno por consumo de sustancias, entre otros trastornos psicopatológicos.

En esta línea, el estudio de la familia con un hijo con trastorno por consumo de sustancias no podría entenderse sin tener en cuenta las aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica.

En Europa, la búsqueda de los factores familiares en el trastorno por consumo de sustancias nació en Italia a principios de los años 70. Destacó de modo particular la investigación de Cancrini (1973), fundador del grupo italiano del Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale de Roma. Cancrini (1973) describió los resultados de una amplia investigación centrada en la conexión significativa entre el consumo de sustancias y la estructura familiar de los toxicómanos. Cancrini (1982), Cancrini y La Rosa (1991) y Cancrini, Cingolani, Compagnoni, Costantini y Mazzoni (1988),

presentaron la hipótesis de una tipología de las toxicomanías a partir de la relación entre el consumo de sustancias y la dinámica familiar. Asimismo, aunque más reciente, destacó la investigación de Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1993, 1996). Estos autores desarrollaron un *modelo etiopatogénico relacional de las toxicodependencias*. Dicho modelo, trazado a partir de la subdivisión diacrónica del desarrollo de la sintomatología ligada a la procesualidad patológica que caracteriza la evolución de las relaciones familiares en el curso del ciclo vital, evidencia la existencia de tres recorridos diferentes de las toxicodependencias.

En Estados Unidos se produjeron esfuerzos similares y significativamente convergentes en el mismo período. Minuchin (1967, 1974) estudió, en particular, la estructura familiar de las familias de barrios marginales e inadaptadas, castigadas por el desempleo, el consumo de sustancias y la violencia. Haley (1976, 1980) propuso un modelo de terapia familiar centrado en solucionar el denominado ciclo recurrente que se origina en la fase de emancipación del joven adulto -la cual incluye síntomas como el de la drogodependencia- hacia su familia y viceversa. Posteriormente, Stanton y Todd (1985) demostraron el nexo entre el abuso de drogas y las etapas del desarrollo individual y familiar, a partir del estudio de la organización y funcionamiento familiar de los drogadictos. Asimismo, desarrollaron un método terapéutico que se centra en la reestructuración jerárquica y el distanciamiento.

En los apartados sucesivos se revisan las aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica y el estado actual de los aspectos relacionales familiares en el trastorno por consumo con sustancias. En esta línea, se centra el interés en la descripción de las relaciones intrafamiliares -a nivel conyugal y parental- disfuncionales y en aquellos funcionamientos familiares, también disfuncionales. La relevancia de la identificación de los factores familiares reside en su concurrencia con el trastorno por

consumo de sustancias; para que, en su conjunto, puedan ser considerados en la prevención e intervención familiar, así como también, en la investigación.

2.2.1. Aportaciones pioneras de la terapia familiar sistémica

Aportaciones de Salvador Minuchin

La raíz estructural de la terapia familiar sistémica nació del interés de su máximo representante, Salvador Minuchin, por la estructura de las familias multiproblemáticas, en concreto, aquellas ubicadas en los suburbios (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman, & Shumer, 1967).

La tipología estructural histórica, procedente de la investigación de los autores anteriormente citados, distingue entre familias aglutinadas y familias desligadas. Las primeras se caracterizan por fuertes vínculos entre sus miembros y escasa distancia relacional entre sí, a la vez que las fronteras que separan al sistema del exterior son demasiado fuertes y resultan poco permeables. En las familias aglutinadas, en las cuales existe un elevado sentimiento de pertenencia, los intentos de cambio de un miembro - normalmente ligados a la etapa de individuación- provocan una rápida resistencia complementaria por parte de los demás. En contraposición, las familias desligadas se caracterizan por vínculos internos débiles o inexistentes y fronteras exteriores extremadamente permeables. En dichas familias, el exceso de distancia relacional entre sus miembros permite la individuación, aunque la pertenencia resulta gravemente hipotecada.

Asimismo, es imprescindible hacer referencia a una de las aportaciones más significativas de Minuchin (1974): la tríada rígida, que se refiere a la configuración de las relaciones paterno-filiales definidas a partir de la utilización rígida del hijo para

desviar los conflictos. Así pues, el hijo es instrumentalizado para evitar reconocer el núcleo del conflicto. Siguiendo a Minuchin (1974), existen tres configuraciones de tríada rígida para desviar o evitar los conflictos entre los conyugues: (a) triangulación; (b) coalición; (c) negociación o desviación de conflictos.

Minuchin (1974), junto con un grupo de colaboradores -todos de la Philadelphia Child Guidance Clinic-, desarrolló un modelo centrado en la organización y estructura familiar, previa demostración de la influencia de esta sobre los miembros de la familia.

Siguiendo a Minuchin (1974), los síntomas de una patología, incluida la drogodependencia, residen en las posiciones extremas (de la aglutinación y el desligamiento) del funcionamiento de los límites transaccionales propios del ciclo vital. En concreto, uno de los desencadenantes más habituales es el comienzo de la adolescencia de los hijos. En esta línea, el autor centra la atención en el equilibrio de la organización familiar, analizando de manera específica las dificultades de la jerarquía familiar y los problemas de falta de claridad de límites entre los diferentes subsistemas (conyugal y parental).

La base de la intervención terapéutica del modelo estructural se fundamenta en la reestructuración del orden jerárquico familiar y en definir con suficiente precisión las fronteras y los límites de los diferentes subsistemas familiares. Este planteamiento resulta especialmente útil en el tratamiento de las drogodependencias, dado que los elementos más evidentes de la organización y estructura familiar son la excesiva centralidad de la madre y la excesiva periféricidad del padre. Asimismo, las intervenciones terapéuticas basadas en la hipótesis de que el síntoma puede vincularse con el conflicto los padres tuvieron notable éxito (Minuchin, 1974; Minuchin et al., 1967).

La necesidad de desarrollar una intervención terapéutica dirigida a jóvenes problemáticos propició la aparición del modelo estructural. Este enfoque resultó especialmente útil en el tratamiento de familias con problemas de drogodependencia, ya que no se basa en explorar las causas del conflicto, sino en la reestructuración jerárquica generacional adecuada, que evita que los síntomas continúen reforzándose.

Antes de finalizar el presente apartado, se facilita, por su relevancia, el esquema de Minuchin (1974) basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos. Dicho esquema presenta tres componentes: (a) la estructura familiar es un sistema sociocultural abierto en proceso continuo de transformación; (b) el desarrollo de la familia depende de su capacidad de reestructuración a través de un cierto número de etapas; (c) la familia se adapta a los cambios circunstanciales para mantener su continuidad y fomentar el crecimiento psicosocial de sus miembros.

Aportaciones de Jay Haley

La investigación de Haley (1976, 1980) forma parte de la tradición teórica a la cual se remiten los primeros trabajos sobre homeostasis familiar y sistemas tríadicos.

Haley (1980) integró las redefiniciones del ciclo evolutivo con la técnica para resolver problemas en un modelo de terapia familiar dirigido a familias con dificultades para superar la etapa de emancipación de los hijos. Se centró, en particular, en familias de jóvenes adictos, familias de jóvenes psicóticos y familias de jóvenes anoréxicos. Haley hizo especial hincapié en la etapa de emancipación; comprobó que el éxito o fracaso fuera del hogar de un joven está vinculado a la reorganización familiar, ya que se establecen nuevos ordenamientos jerárquicos y nuevas vías de comunicación.

Por consiguiente, siguiendo a Haley (1980), cuando un joven-adulto empieza a manifestar una conducta problemática, cabe presuponer que existen disfunciones en la etapa de emancipación y dificultades en la organización familiar.

En esta línea, el problema se plantea en una relación triangular. Dicha relación, comúnmente, está formada por los padres y uno de los hijos, el cual hace de puente entre ellos; cuando este hijo se emancipa, la familia se desestabiliza y los padres deben afrontar aquellas cuestiones que antes, debido a la presencia del hijo, no abordaban. En este punto, es imprescindible hacer referencia a una de las aportaciones más significativas de Haley (1976): el triángulo perverso, que se define por tres características básicas: (1) debe estar configurado por dos personas del mismo nivel en una jerarquía de estatus y poder, y por una persona de otro nivel (en el sistema familiar incluiría dos miembros de una misma generación y un miembro de otra generación), (2) debe existir una coalición entre los dos miembros de diferente nivel contra el miembro restante del triángulo, y (3) la coalición contra el tercer miembro debe mantenerse oculta. Haley afirmó que el triángulo perverso es aquel en el cual la separación entre generaciones queda delineada de manera confusa y, a su vez, se mantiene en secreto.

Haley (1980) planteó que la conducta problemática del joven adulto, originada a raíz de la inestabilidad de la familia, cumple una función. Así pues, en la investigación de Haley prevalece la concepción del síntoma de la drogodependencia, entre otra psicopatología, como regulador de la pareja conyugal, asumiendo un rol homeostático, en condiciones de distraer la atención de los padres de sus propios conflictos. Para Haley “uno de los recursos con que cuenta el joven para estabilizar a la familia es desarrollar algún problema que lo inhabilite y lo convierta en un fracaso, de manera que continúe necesitando a sus padres. La función del fracaso es permitir que los padres se sigan comunicando a través del joven y por referencia a él, persistiendo la organización

tal cual. Si al joven y a sus padres les es imposible desengancharse, la estabilidad triangular puede perdurar por muchos años, independientemente de la edad del hijo, aunque el problema se haya declarado cuando estaba en la edad de emancipación” (p.44).

Haley (1980) concluyó que dicha situación puede describirse en términos de un ciclo recurrente. En el momento en el cual el joven alcanza la edad de emanciparse de su familia y, a su vez, comienza a tener éxito a nivel académico o laboral, o entabla relaciones íntimas fuera del núcleo familiar, esta se torna inestable y el joven empieza a manifestar una conducta perturbada y extraña. Ante el comportamiento extremo del joven, la familia se estabiliza y en apariencia reacciona frente a él. Así pues, se recupera la estabilidad hasta que el joven comienza a avanzar de nuevo en sus estudios o en su trabajo, los padres amenazan con separarse, recurre la inestabilidad y se repite el ciclo.

En base a todo lo expuesto, el objetivo del modelo terapéutico propuesto por Haley (1980) se centró en poner fin a ese ciclo; pretender que el joven deje atrás su conducta adictiva, pueda tener éxito fuera de la familia, y que esta se reorganice de tal forma que sea capaz de sobrevivir al cambio. De este modo, la concepción funcionalista constituye la base de la investigación de Haley, trazando las líneas guía de su aproximación estratégica a las familias de los toxicodependientes.

Aportaciones de Duncan Stanton y Thomas Todd

El creciente predominio del abuso de sustancias y la drogadicción en los Estados Unidos a mediados de la década de los años sesenta, sirvió de eje a Stanton y Todd (1985) para constituir una de las investigaciones más relevantes dedicadas a las familias con un miembro drogodependiente. Estos autores trabajaron bajo un enfoque estructural-estratégico.

Stanton y Todd (1985), a través de su investigación, identificaron algunos elementos del proceso de la drogadicción con el propósito de integrarlos en un modelo conceptual. Los autores centraron su interés en factores ignorados en la etiología de la drogadicción y que resultan ser muy potentes, especialmente cuando se relacionan con la persistencia de la sintomatología de la adicción.

Stanton y Todd (1985), a partir de sus observaciones clínicas, concluyeron que la drogadicción no se desarrolla únicamente con la finalidad de obtener efectos fisiológicos agradables e inmediatos, sino también para ofrecer al adicto y a su familia una falsa resolución en los conflictos relacionales propios de su contexto familiar. En este sentido, es importante destacar las características adaptativas y funcionales de la drogadicción.

Los autores observaron que las familias de adictos mostraban miedo a la separación y una alta interdependencia emocional. Dicho patrón se observó con tanta frecuencia que resultó evidente para Stanton y Todd (1985) considerar que no solo el adicto temía separarse de la familia, sino que también la familia temía separarse de él. En esta conducta, es imprescindible mencionar el fracaso como función protectora para mantener la cercanía familiar. Así pues, la drogadicción ofrece tanto al adicto como a su familia una resolución paradójica: mantener intacta y unida la familia y, simultáneamente, propiciar la independencia del hijo. En base a esta observación, los autores establecieron el término pseudoindividuación, que describe diversas funciones del síntoma en la vida del adicto y de su familia.

Un modelo homeostático

Stanton y Todd (1985) se alejaron de las ideas tradicionales basadas en la conceptualización del proceso adictivo en términos de causalidad lineal. En su defecto,

dichos autores apostaron por un complejo conjunto de mecanismos de retroalimentación dentro de un ciclo repetitivo. En este sentido, los aspectos homeostáticos de la adicción recibieron especial énfasis, así como también, la preservación de ciclos de conducta.

De este modo, Stanton y Todd (1985) sugirieron que la drogadicción forma parte de un proceso cíclico que involucra a tres individuos, normalmente al adicto y a sus padres.

Cuando el equilibrio de este sistema interpersonal es amenazado a partir de un conflicto conyugal con una connotación extrema en forma de separación inminente, el adicto se activa -por consiguiente, su conducta cambia- y provoca que la atención de los padres se centre sobre él. Este acto permite a los padres pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental, dado que al centrarse en los problemas del hijo adicto eluden la crisis conyugal. En efecto, los movimientos de este proceso cíclico van de una interacción diádica inestable (sistema conyugal) a una interacción tríadica estable (sistema parental). En consecuencia -eludida previamente la crisis conyugal-, el adicto adopta una actitud menos provocativa y empieza a comportarse de manera más competente. Así pues, se trata de un nuevo paso en la secuencia. A medida que el adicto revela una competencia creciente o empieza a triunfar -en el trabajo, en un programa de tratamiento, a nivel sentimental, etc.- y se encamina hacia la independencia de la familia, los padres deben afrontar conflictos previamente irresueltos. En este punto del ciclo, las tensiones conyugales aumentan y resurge la amenaza de la separación. Ante esta nueva crisis, el adicto se comporta de un modo llamativo o autodestructivo, y el ciclo de la tríada disfuncional se mantiene.

Desde esta perspectiva, según Stanton y Todd (1985), resulta obvio considerar que la conducta del adicto cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

El inicio del ciclo adictivo se produce con frecuencia en la etapa de la adolescencia y se intensifica con las intenciones del adicto de individuación (Stanton & Todd, 1985). Los autores puntualizaron que el abuso de drogas suele originarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de nuevas relaciones íntimas con personas ajenas a la familia y la emancipación. En definitiva, el adolescente se vuelve menos apegado a la familia, la cual se caracteriza a menudo como “unida” y por necesitar niveles altos de apego o funciones nutricias.

En base a estas observaciones, los autores plantearon una triangulación rígida entre los padres y el hijo adicto como parte importante de la pseudoindividuaación. Bajo esta visión, se establecieron la adolescencia y la independencia como etapas críticas para el problema de la adicción del hijo. En dichas etapas el adicto se enfrenta al dilema de mantener el mecanismo protector de la unión familiar o, por el contrario, respetar los impulsos biológicos y socioculturales que lo incitan a establecer relaciones íntimas externas a la familia. Así pues, la adicción se convierte en la singular y paradójica solución para el dilema del adicto y su familia de conservar o disolver la interacción triádica.

El modelo presentado por Stanton y Todd (1985) no insistió en la etiología histórica de la drogadicción, sino en comprender la organización y funcionamiento familiar. Asimismo, sostuvieron que la familia es un factor decisivo en la determinación de la permanencia de la adicción.

En particular y de manera resumida, es importante hacer referencia a las aportaciones de Todd (1988). El autor amplió la investigación anteriormente descrita, incluyendo: (a) las otras etapas de ciclo vital, además de la adolescencia y la etapa de emancipación; (b) las sutilezas en la aplicación clínica de los conceptos referentes al

ciclo vital, a la evaluación y tratamiento; y (c) la relación entre las etapas de adicción y las de tratamiento y recuperación.

Como ya se ha evidenciado, en el desarrollo de la adicción predominan dos etapas del ciclo vital: la adolescencia y la etapa de emancipación. Sin embargo, Todd (1988) también se refirió al abuso de sustancias iniciado en la edad adulta. Cuando el síntoma de abuso de sustancias ha asumido un rol funcional en el proceso de obstaculización por parte de la familia en cualquiera de estas etapas del ciclo vital, el autor sugiere una gama de intervenciones familiares: (a) intervenciones estructurales tendientes a reforzar los desplazamientos evolutivos apropiados y a reducir la necesidad del síntoma, (b) intervenciones de reencuadramiento y estratégicas que bloqueen la función del síntoma, y (c) intervenciones paradójicas que fomenten un *rechazo asqueado* de las pautas de conducta precedentes.

Si bien es esencial para el tratamiento considerar en qué punto se ha desarticulado el ciclo vital de la familia, este no es el único proceso evolutivo que ha de tenerse en cuenta. Todd (1988) describió siete etapas de adicción y recuperación. La primera etapa está representada por la pre-adicción, en la cual no existe adicción fisiológica, dependencia como mecanismo para enfrentar problemas, ni consecuencias negativas derivadas del uso de sustancias. La segunda etapa concierne a la adicción temprana, en la cual se presentan las características propias de la adicción antedichas, aunque el drogadicto las desmiente. Asimismo, suelen faltar ciertas características propias de la drogadicción grave, en particular aquellas relacionadas con el patrón de consumo. La tercera etapa se refiere a tocar fondo, en la cual, con frecuencia, se solicita tratamiento para el drogadicto por complicaciones médicas, dificultades legales, pérdida de empleo, amenaza de divorcio, etc. El impacto de tales sucesos abre una brecha en el sistema de negación del drogadicto. La cuarta etapa corresponde al pre-tratamiento, en

la cual el cliente no es el drogadicto, sino su progenitor, cónyuge u otra persona interesada. En esta etapa la técnica más útil consiste en alentar al principal prestador de ayuda a incorporar a otras personas con el objetivo de hacerles participar en una intervención familiar. La quinta etapa atañe al tratamiento temprano, la cual se origina cuando el adicto admite la necesidad de un tratamiento y, en efecto, se somete a él. En esta etapa, resulta indudable la eficacia de la terapia familiar. La sexta etapa considera el post-tratamiento o sobriedad temprana, en la cual se contempla la intervención en el marco de una continuidad férrea. Durante este período, que puede durar desde tres meses a dos años o más, las posibilidades de recaída alcanzan su nivel máximo. En efecto, la meta principal de esta etapa del tratamiento es la abstinencia ininterrumpida. Finalmente la séptima etapa describe la verdadera sobriedad, en la cual el adicto empieza a experimentar una menor necesidad del “programa”, cualquiera que este sea, y disminuye su participación en el mismo. Esta evolución supone un ensanchamiento de las perspectivas de vida. En un sentido estricto, esta etapa es la primera en la que se puede aplicar una verdadera terapia familiar o de pareja. En esta línea, el adicto responde a una sensación de fortaleza y comunicación, y se le pueden plantear, sin riesgo alguno, exigencias más directas y funcionales de involucración con la familia, así como de apoyo y expresión emocional.

Todd (1988), a partir de sus aportaciones, invitó a apreciar la interacción compleja entre las etapas del ciclo vital y otros procesos evolutivos individuales y familiares con las etapas evolutivas de la adicción y recuperación.

Aportaciones de Luigi Cancrini

La investigación exhaustiva de Cancrini (1973) sobre la implicación de la familia y de la terapia familiar en el tratamiento de las toxicomanías -a partir del estudio

de 142 familias de toxicómanos- es una de las aportaciones que ha tenido más repercusión en Europa.

A partir de la conexión entre el consumo sustancias y la dinámica familiar, Cancrini (1982), Cancrini y La Rosa (1991) y Cancrini, et al. (1988) elaboraron la hipótesis de una tipología de las toxicomanías con un importante componente psicopatológico en su génesis. En concreto, dichos autores clasificaron las toxicomanías en cuatro tipos: traumáticas o tipo A, del área neurótica o tipo B, de transición psicótica o tipo C y sociopáticas o tipo D.

La tipología de las toxicomanías parte de la consideración de las toxicomanías como un conjunto no homogéneo de situaciones personales e interpersonales: (a) la organización y los modelos comunicativos familiares, (b) la personalidad y los rasgos de carácter que definen el comportamiento del toxicómano, (c) los comportamientos de consumo de droga por parte del toxicómano, (d) la modalidad de relación del toxicómano y/o sus familiares con los servicios asistenciales, y (e) el análisis de la evaluación y la utilidad de las diferentes intervenciones terapéuticas.

Toxicomanías traumáticas o tipo A

Las toxicomanías traumáticas abarcan situaciones familiares con características diferenciadas. En algunos casos, se trata de un hijo considerado ejemplar, pero con serias dificultades para expresar sus propios problemas. Así pues, frente a un acontecimiento traumático este se desmorona y recurre al abuso de sustancias. En otros casos, se trata de individuos que recientemente han superado la fase de individuación o desvinculación. En esta casuística, el trauma pone en crisis un equilibrio escasamente consolidado. En consecuencia, se trata de adolescentes en un proceso de transición de su propia identidad o de jóvenes adultos no comprometidos sentimentalmente. En dichas

situaciones, la red relacional es insuficiente en el momento de la necesidad creada por el dolor y el duelo. Precisamente, estos adolescentes o jóvenes adultos adquieren el sentido de culpa, presente en la experiencia del duelo.

El elemento clava para la evaluación psicopatológica de estas toxicomanías reside en la dificultad de encontrar un punto de referencia dentro de una relación interpersonal segura que permita la verbalización del acontecimiento traumático vivido.

A nivel clínico, las toxicomanías tipo A se caracterizan por la ruptura brusca del estilo de vida habitual y por la centralidad e importancia que adquiere rápidamente el consumo, así como por la conducta autodestructiva y teatral del toxicómano.

Desde el punto de vista terapéutico, las toxicomanías traumáticas responden con frecuencia a la terapia individual. En esta línea, el trabajo a desarrollar debe centrarse en la construcción de una relación significativa con la persona en dificultades.

Toxicomanías del área neurótica o tipo B

Estas toxicomanías se inscriben en el marco de la siguiente estructura familiar: (a) la fuerte implicación de uno de los progenitores (normalmente el del género opuesto) en la vida del hijo y de su enfermedad, (b) el rol periférico del otro progenitor, (c) la evidencia de la estructura definida como triángulo perverso, y la tendencia del progenitor cómplice a proteger los problemas planteados por el comportamiento del hijo, (d) la debilidad de los límites entre los subsistemas que definen la jerarquía familiar, (e) el desarrollo de una polaridad que define el hijo toxicómano como *malo* respecto del otro hijo *bueno*, y (f) un modelo comunicativo caracterizado por la contrariedad (no paradójica) de mensajes y por la rapidez y violencia del desarrollo de los conflictos.

El desarrollo del comportamiento toxicómano del hijo en las toxicomanías tipo B se atribuye a un escenario de crisis parental, atrayendo la tensión familiar y distraiendo la tensión conyugal, cumpliendo una función homeostática.

A nivel clínico, la toxicomanías del área neurótica se caracterizan por la connotación depresiva del hábito y por una actitud exhibicionista. El comportamiento del toxicómano no alcanza niveles graves, es alternativamente un modo de doloroso desafío o de intolerancia cargada de provocaciones dirigidas a las personas que considera responsables, generalmente los padres.

Desde el punto de vista terapéutico, en estas toxicomanías la intervención terapéutica fundamental es la terapia familiar. En esta línea, la intervención debe basarse, desde el inicio, en el control del comportamiento sintomático, mediante la formación de una unidad de liderazgo férrea por parte de los progenitores.

Toxicomanías de transición psicótica o tipo C

En las toxicomanías de transición psicótica la adicción encubre problemáticas caracterizadas por trastornos de personalidad (estructura límite o psicosis maníaco-depresivas).

Las familias donde se desarrollan estas toxicomanías presentan analogías significativas, en cuanto a la organización y al estilo comunicativo, con las familias con dificultades de desvinculación y, en concreto, con las familias con un miembro con anorexia.

La existencia de dos elementos comunes entre dichas familias refuerza la premisa anterior: (a) el esfuerzo por no definir las relaciones interpersonales debido al uso de mensajes paradójicos o incongruentes, y (b) los miembros de la familia mantienen una tendencia difusa a la hora de ignorar el significado de los mensajes de los

otros y a utilizar la enfermedad para resolver problemas de liderazgo, expresándose en términos de sacrificio.

Otros elementos que caracterizan a las familias que presentan toxicomanías de tipo C son: (a) la implicación de los progenitores (cuya relación se asemeja a la de las familias psicóticas) en la vida privada del hijo y en su adicción, y (b) una polaridad que define a los hijos en términos de éxito y fracaso.

A nivel clínico, las toxicomanías de transición psicótica, al tratarse de problemas de desvinculación en personas que utilizan la droga como válvula de escape ante los conflictos, presentan mayor complejidad en su tratamiento. Asimismo, el comportamiento del toxicómano es ritualista, compulsivo y destructivo, y a menudo se da la politoxicomanía.

Desde el punto de vista terapéutico, las toxicomanías tipo C presentan una dificultad considerable a la hora de ser tratadas por su complejidad. En estas toxicomanías la intervención terapéutica fundamental es la terapia familiar. En concreto, se debe redefinir el comportamiento toxicómano como manifestación extrema de un problema personal más relevante y trabajar rápidamente sobre el control del síntoma. Sin embargo, el trabajo terapéutico más indicado, dada la consecución de excelentes resultados, debe centrarse en redefinir las eventuales recaídas con el fin de impulsar estrategias contraparádójicas.

Toxicomanías sociopáticas o tipo D

Las toxicomanías sociopáticas o tipo D engloban comportamientos antisociales - en concreto, en adolescentes y jóvenes adultos que viven en condiciones sociales y culturales desfavorecidas- y familias profundamente deterioradas que viven en los guetos de las grandes ciudades.

En este tipo de toxicomanías el conflicto psíquico se expresa a través del acting-out: actitud desafiante, frialdad emocional en un ambiente hostil y de marginación, conductas antisociales previas, desapego hacia el hábito de consumir, débil capacidad de sentir emociones y uso no selectivo de fármacos (politoxicomanía).

La organización y los modelos comunicativos familiares de las toxicomanías tipo D corresponden a los que se encuentran en las familias desligadas, pertenecientes normalmente a las clases sociales más desfavorecidas. En ocasiones, sin embargo, pueden pertenecer también a las familias privilegiadas, cuyos miembros se mueven en órbitas aisladas sin ninguna interdependencia recíproca aparente.

Frecuentemente, las toxicomanías sociopáticas están marcadas, en los casos más graves, por la experiencia de un total abandono en la primera infancia. Además, la toxicomanía reduce la duración de la existencia de estas vidas marginales de manera directa (sobredosis, accidentes, enfermedades, etc.) e indirecta (como consecuencia de una actividad delictiva).

Desde el punto de vista terapéutico, las toxicomanías sociopáticas no se ajustan a una terapia convencional. En este sentido, se sugiere organizar una cadena terapéutica, en la cual varias entidades terapéuticas puedan colaborar. Como punto de partida, resulta especialmente útil la intervención comunitaria, al contrarrestar las graves carencias relativas a las relaciones familiares y sociales.

En efecto, considerando la dinámica relacional definida en cada tipo de toxicomanías, únicamente las toxicomanías del área neuróticas o tipo B y de transición psicótica o tipo C se pueden explicar a partir del consumo y abuso de sustancias relacionado con la estructura y organización familiar. Cabe recordar que estos dos tipos de toxicomanías coinciden con el cuadrante de las triangulaciones del diagrama de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2007, 2012).

Un elemento clave que aparece en los tres primeros tipos de toxicomanías radica en la idea que las toxicomanías constituyen una de las formas más comunes de presentación de los problemas de desvinculación y de las dificultades de individuación de los adolescentes.

Por último, según Cancrini y La Rosa (1991), es necesaria una puntualización sobre las presiones de una cultura de consumo, caracterizada por la búsqueda de un estado de bienestar (con ausencia absoluta de sensaciones desagradables) asociado al uso de sustancias. Dicha puntualización se mantiene en el tiempo y coincide con las publicaciones científicas recientes que vinculan el consumo de sustancias a contextos de ocio -diversión nocturna y búsqueda de sobreestimulación- (Espada et al., 2008; López & Rodríguez-Arias, 2010; Moral et al., 2006; Sánchez et al., 2007).

Aportaciones de Cirillo y colaboradores

El objetivo de la investigación de Cirillo et al. (1993, 1996) fue identificar estructuras y modelos organizativos típicos de las familias de aquellos sujetos que desarrollaban una dependencia a las drogas, en concreto, a la heroína, tratando de establecer conexiones etiopatogénicas entre historia afectiva y sintomatología.

Cirillo et al. (1993, 1996) partieron del supuesto que ese particular tipo de organización familiar debía de haber obstaculizado, de manera inconsciente, las tareas características de la fase de la adolescencia, en el curso de la cual los padres no habían logrado transferir a los hijos el sentimiento de responsabilidad de sí mismos como personas autónomas.

La adaptación inadecuada por parte de la familia a los primeros movimientos emancipadores del adolescente motivó a Cirillo et al. (1993, 1996) a orientar una hipótesis sobre el interés cognoscitivo: problemas de pareja no resueltos, excesiva

adherencia con la familia de origen, particulares coincidencias con otros acontecimientos del ciclo vital familiar previsibles e imprevisibles, tales como duelos, reorganizaciones, nacimientos no deseados y/o traslados, etc.

Así pues, Cirillo et al. (1993, 1996) elaboraron un modelo etiopatogénico relacional de las toxicodependencias. Dicho modelo recuperó el interés sobre el desarrollo de la patología y la transmisión intergeneracional del sufrimiento. En esta línea, el síntoma de la toxicodependencia es entendido como la expresión de un sufrimiento y de un malestar individual derivado de ciertas carencias afectivas presentes en las diferentes fases del desarrollo evolutivo individual y familiar, en concordancia con elementos sociales y culturales que favorecen la expresión de dicho malestar.

El modelo etiopatogénico relacional de las toxicodependencias, previa delineación de una pauta precesal diacrónica, se divide en siete estadios -sujetos a los ritmos del ciclo vital familiar- dentro de los cuales se trazan las líneas del desarrollo del proceso relacional patológico de la familia del toxicodependiente. Según Cirillo et al. (1993, 1996) trazar una subdivisión diacrónica del desarrollo de la sintomatología radica en la procesualidad patológica que caracteriza la evolución de las relaciones familiares en el curso del ciclo vital.

El primer estadio está representado por la historia de los padres respecto a sus familias de origen. El segundo estadio concierne a la formación de la pareja conyugal, influida por las precedentes experiencias individuales. El tercero estadio se refiere a las modalidades de cuidado vividas por el hijo en la infancia. El cuarto estadio corresponde a la adolescencia y a los primeros comportamientos inadaptados del hijo. El quinto estadio destaca los aspectos del comportamiento paterno que, en última instancia, propicia el encuentro con las drogas. El sexto estadio describe el encuentro con las

drogas. El séptimo estadio considera los mecanismos que contribuyen a cronificar la sintomatología. Este último estadio se entiende como estrategias basadas en el síntoma.

Posteriormente, del examen de las historias familiares a través de estos siete estadios emergieron diferentes tipos de recurrencias, sujetos a tres subgrupos de familias. El primer subgrupo revelaba un trasfondo trigeneracional caracterizado por acontecimientos traumáticos poco elaborados. En el segundo subgrupo, en cambio, los padres tendían a perpetrar las experiencias insatisfactorias vividas en la familia, instrumentalizando a los hijos en las disfunciones de la pareja y ocultando el malestar relacional. Por último, el tercer subgrupo está representado por aquellas familias en las que prevalecía la transmisión intergeneracional del abandono objetivo como cultura afectiva dominante en la estructuración de los vínculos; este tipo de núcleos familiares responderían a la definición psicosocial de familia multiproblemática.

En base a lo expuesto hasta este punto, Cirillo et al. (1993, 1996) evidenciaron, a través de los siete estadios que caracterizan la pauta de referencia, la posible existencia de tres recorridos diferentes en el desarrollo del proceso patológico de las toxicodependencias: Recorrido 1: El abandono disimulado; Recorrido 2: El abandono desconocido; y Recorrido 3: El abandono activo.

En la Tabla 2 se presentan de manera resumida las características principales de los siete estadios antes descritos en función de los tres recorridos, cuyas diferencias también aparecen reflejadas.

Tabla 2.

Modelo etiopatogénico relacional de las toxicodependencias (Cirillo, et al. 1996)

Estadios	Recorrido 1: Abandono disimulado	Recorrido 2: Abandono desconocido	Recorrido 3: Abandono activo
Familias de origen	Carencias en las familias de los padres reconocidas, pero minimizadas	Carencias en las familias de los padres no reconocidas	Carencias en las familias de los padres reconocidas, pero solo como carencias ambientales
Pareja paterna	Matrimonio de interés	Matrimonio forzoso	Matrimonio inexistente
Relación madre - hijo en la infancia y modalidades carenciales	Compromiso remedado Falta de atención	Abandono disimulado Abandono desconocido o superinversión instrumental	Instrumentalización Abandono objetivo
Adolescencia	Protesta contra la contradictoriedad de la madre	Protesta contra la indiferencia/hostilidad de la madre	Protesta anticipada en la preadolescencia
El paso al padre (actitud del padre hacia el hijo adolescente)	Rechazo del hijo de la pareja madre-abuela o intervención maternalizada	Intervención en defensa de la pareja o rechazo del hijo rival interno	Ausente o inadecuado
Efectos personales del encuentro con las drogas	Evita la depresión	Contiene la confusión	Reduce la rabia
Estrategias basadas en el síntoma	Infantilización	Pacto (mujer-marido o madre-hijo)	Expulsividad

En este punto, Cirillo et al. (1993, 1996) intentaron una aproximación entre los tres recorridos relacionales y la tipología de las toxicomanías de Cancrini (1982), Cancrini y La Rosa (1991) y Cancrini et al. (1988). Cirillo et al. verificaron la compatibilidad del Recorrido 1 con las toxicomanías traumáticas o tipo A y las toxicomanías del área neurótica o tipo B; el Recorrido 2 con las toxicomanías de transición psicótica o tipo C; y por último, el Recorrido 3 con las toxicomanías sociopáticas o tipo D.

2.2.2. Estado actual

Las publicaciones científicas en torno al estudio de la implicación de la familia en el trastorno por consumo de sustancias fueron más prolíferas en la última década del siglo XX y primera del siglo XXI (Mielgo et al, 2012).

El aumento de las publicaciones científicas en el período antes mencionado podría deberse a la emersión de un movimiento ejemplificativo -la terapia familiar-; que ya se ha esclarecido, pero que surgió en respuesta a las críticas de la concepción de la familia desde las aportaciones más clásicas, y a las propias limitaciones de la terapia individual (Coletti, 1987; Marcos-Sierra & Garrido-Fernández, 2009).

Además, en el caso en particular de las publicaciones científicas españolas, tal proliferación podría deberse a las dramáticas consecuencias del consumo de heroína en España a lo largo de los años ochenta y principios de los noventa (de la Fuente et al., 2006). Además, la heroína fue la droga que hizo emerger en España los centros específicos para el tratamiento de las toxicomanías (Checa, Vilaregut, & Gibert, 2006).

Asimismo, resulta preciso referir que la disminución notable del número de publicaciones científicas entorno al estudio del trastorno por consumo de sustancias a partir de 2004 podría deberse al surgimiento de adicciones no relacionadas con sustancias, en concreto, a las nuevas tecnologías.

Pese a la disminución del número de publicaciones científicas entorno a la temática objeto de estudio, los datos de prevalencia evidencian que el trastorno por consumo de sustancias continúa representando en la sociedad actual un problema sociosanitario de gran magnitud (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017). Asimismo, Mielgo et al. (2012) destacan la necesidad de que existan futuras y cuantiosas investigaciones en torno a la implicación de la familia

en el trastorno por consumo de sustancias. Para estos autores es inconcebible que dicha temática se estanque como ha hecho a lo largo de más de quince años, a pesar de la gravedad del fenómeno. Por consiguiente, la presente tesis doctoral retoma el interés por el estudio de las complejas transacciones implicadas en las familias con un hijo con trastorno por consumo de sustancias.

A continuación, se destacan los resultados de las investigaciones que resultan concluyentes.

2.2.2.1. Relación conyugal

De acuerdo con la revisión realizada por Mielgo et al. (2012), son frecuentes las investigaciones que apuntan a la existencia de un nexo entre el conflicto conyugal y el trastorno por consumo de sustancias.

En esta línea cabe destacar la investigación de Malkus (1994), quien puso de manifiesto, tras comparar dinámicas familiares entre familias con un miembro adolescente drogodependiente y familias sin ningún miembro drogodependiente, que los adolescentes que perciben a sus padres como parejas “felices” se encuentran en el último grupo muestral mencionado. Resultados similares obtuvieron Ruiz, Lozano y Polaino (1994), quienes afirmaron que el grado de estabilidad de la pareja de padres influye directamente en los patrones de consumo de sustancias en los hijos.

Los resultados obtenidos por Muñoz-Rivas y Graña (2001) revelaron que una de las dimensiones que predecía mayor riesgo de uso de sustancias por parte de los adolescentes era la existencia de conflictos entre los padres. Sanz et al. (2006) reforzaron dichos resultados. Además, estos autores concluyeron que las variables específicas que circunscriben el conflicto marital, presentándose como factores de riesgo, son la intensidad del conflicto, el hecho de que el hijo se perciba como motivo

del conflicto de los padres -contenido-, la inestabilidad de la relación marital y la frecuencia de los conflictos.

También es importante hacer referencia a la investigación de Pumar, Espina y Ayerbe (1997). Los autores partieron de la hipótesis de que los padres de los toxicómanos presentaban una relación de pareja más insatisfactoria, con menor ajuste y de peor calidad que los padres del grupo control. Los resultados obtenidos confirmaron dicha hipótesis al indicar que los padres y las madres del grupo experimental presentaban un peor ajuste, en concreto, en expresión de afecto, que los padres del grupo control. En esta línea, Pumar et al. (1997) concluyeron que el mal ajuste de pareja puede favorecer coaliciones transgeneracionales, en las que el hijo encuentra un tipo de apoyo inadecuado y puede servir para estabilizar la pareja si está inmersa en un conflicto continuo.

Contrariamente a estas aportaciones, Vilaregut (2003) no registró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de familias con un miembro drogodependiente y el grupo de familias sin ningún miembro drogodependiente, en cuanto al ajuste diádico conyugal percibido. No obstante, Vilaregut concluyó que se trataba de resultados deseables, partiendo de la concepción del síntoma como funcional a la estabilidad de la pareja conyugal.

2.2.2.2. Relación parental

Referente a la otra función familiar básica de interés, la parentalidad o relación parental, la mayoría de publicaciones científicas se han centrado en determinar el tipo de vínculo entre padres e hijos con trastorno por consumo de sustancias. En esta línea, la mayoría de investigaciones convergen en que el tipo de vínculo se caracteriza por el control sin afecto (DiClemente et al., 2001; Espina, Ayerbe, Pumar, & García, 1996;

Lee & Bell, 2002; Martínez, Fuertes, Ramos, & Hernández, 2003; McArdle et al., 2002; Muñoz-Rivas & Graña, 2001; Pumar, Ayerbe, Espina, García, & Santos, 1995; Vilaregut, 2003).

En cuanto a la investigación de estilos y representaciones de apego en el trastorno por consumo de sustancias, de Lucas y Montañes (2006) concluyeron que existe una relación significativa entre apegos inseguros, predominantemente ambivalentes y evitativos, y trastorno por consumo de sustancias. Estos autores señalaron que desde la óptica del apego, dichos trastornos pueden entenderse como un intento de enfrentarse al apego inseguro con el objetivo de disminuir el malestar emocional y regular las relaciones interpersonales. Cabe señalar que de Lucas y Montañes son conscientes de la inmensa variedad de tipos y formas de consumo y de la existencia de consumos de sustancias de muy diferentes efectos, lo cual conlleva a una heterogeneidad en cuanto a los patrones de apego. No obstante, los autores ofrecieron un patrón que puede asociarse a la predisposición en general a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias.

En una investigación más reciente, Molnar, Sadava, DeCourville y Perrier (2010) encontraron una relación directa entre apego ansioso y consumo de alcohol en adolescentes.

Sin embargo, como apuntan Becoña, Fernández, Calafat, Fernández-Hermiada (2014), la mayoría de investigaciones empíricas revisadas analizan el apego en términos cuantitativos (mayor apego *vs* menor apego) y no en términos cualitativos (seguro *vs* inseguro). En esta línea, Kosteleschy (2005) encontró que un menor apego parental correlacionaba significativamente con un mayor uso de alcohol, cannabis y otras drogas.

Resulta evidente, en términos generales, que todas las investigaciones coinciden en afirmar que un mayor apego o apego seguro es un factor de protección, mientras que

menor apego o apego inseguro constituye un claro factor de riesgo (Becoña et al., 2014).

Relación materna vs relación paterna

La existencia de un patrón familiar, sujeto a las diferencias de la relación materna y de la relación paterna con el hijo en el trastorno por consumo de sustancias, ha sido motivo de numerosas investigaciones. En esta línea, Rodrigo y Palacios (1998) definieron al padre como prácticamente ausente y a la madre, en cambio, sobreprotectora. Asimismo, otras investigaciones coinciden en que las interacciones padre-hijo se caracterizan por la ausencia de conexión (Pons, Berjano, & García, 1996) y por la sobre implicación materna (Recio et al., 1992). Resultados similares obtuvieron Muñoz-Rivas y Graña (2001) al concluir que en las relaciones entre los hijos con trastorno por consumo de sustancias y sus padres prevalece el lazo de unión materno frente al paterno. Este patrón resulta esperable de acuerdo con la existencia de una coalición intergeneracional y una mala alianza marital.

Bahr, Hoffmann y Yang (2005), a partir de los resultados obtenidos en su investigación, confirmaron que el apego de los hijos con trastorno por consumo de sustancias hacia a la madre es diferente al apego al padre, siendo el primero superior. Dichos resultados son consistentes con los obtenidos por Dorius, Bahr, Hoffmann y Harmon (2004).

2.2.2.3. Funcionamiento familiar

En la relación entre el funcionamiento familiar y el trastorno por consumo de sustancias existen varias variables implicadas. Tales variables se describen a continuación.

De forma genérica, Bellon-Champel y Varescon (2017) sostienen que la menor presencia de trastorno por consumo de sustancias es más representativa de familias organizadas de acuerdo a un conjunto de reglas claras, comunicación positiva, bajo nivel de conflictividad familiar y supervisión parental óptima (en sus extremos disfuncionales, el exceso de permisividad y el exceso de control). Asimismo, estos elementos contribuyen a disminuir el estrés familiar, y por consiguiente, la participación del individuo en conductas de riesgo, tales como el abuso de sustancias (McQueen, Getz, & Bray, 2003; Windle, 1991).

La dinámica familiar definida por la calidad de las interacciones, el vínculo afectivo y la comunicación (basada en la confianza) entre los diferentes miembros se relaciona negativamente con el trastorno por consumo de sustancias (Jiménez-Iglesias, Moreno, Rivera, & García-Moya, 2013; Marshall, Tilton-Weaver, & Bosdet, 2005).

Se defiende que, con respecto al trastorno por consumo de sustancias, la probabilidad de que el individuo manifieste dicho trastorno disminuye a medida que aumenta su participación en actividades familiares (Coley, Votruba-Drzal, & Schindler, 2008) o cuando existe un alto nivel de cohesión familiar (Coley et al., 2008; Kliewer & Murrelle, 2007). Es preciso resaltar que la cohesión se representa como un *continuum* inscrito entre la separación y la unidad.

A pesar de los factores de protección familiar antedichos, exista una línea de estudios que relaciona ciertas estructuras familiares con los factores de riesgo que aumentan la probabilidad del trastorno por consumo de sustancias.

Ellickson, Tucker, Klein y Mcguigan (2001) y Ruiz et al. (1994) apuntaron que aquellos adolescentes de familias monoparentales o reconstituidas presentaban mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. Esta tipología

familiar resultaría más vulnerable porque, por ejemplo, un padre o una madre soltero/a dispondrá de menor tiempo para involucrarse en la vida familiar (Eitle, 2005).

Otros estudios evidencian que adolescentes o jóvenes adultos con experiencias de separación temprana de los progenitores o después de un divorcio (Hayatbakhsh, Najman, Jamrozik, Mamun, & Alati, 2006; Waldron et al., 2014) presentan mayor riesgo. No obstante, la existencia de una correlación significativa entre separación de los progenitores y trastorno por consumo de sustancias únicamente se observa en familias donde uno de los progenitores tiene un episodio depresivo o padece de trastorno por consumo de sustancias (Sakyi, Melchior, Chollet, & Surkan, 2012; Waldron et al., 2014).

Referente a la dinámica familiar, algunos elementos aparecen como disfuncionales en las familias con hijos con trastorno por consumo de sustancias. Varios estudios evidencian que el nivel de cohesión en estas familias es bajo (Doba, Nandrino, Dobin, & Antoine, 2014; Tafà & Baiocco, 2009). En esta línea, la distancia emocional entre los miembros de la familia es significativa; el vínculo afectivo es débil y el intercambio y/o participación en actividades de ocio es prácticamente inexistente.

Otro elemento disfuncional de la dinámica familiar responde a la adaptabilidad. Tafà y Baiocco (2009), señalaron que las familias con hijos con trastorno por consumo de sustancias presentan una menor capacidad de adaptabilidad. En este sentido, la adaptabilidad o flexibilidad debe ser entendida como la capacidad del sistema para cambiar su organización, sus roles y sus reglas de funcionamiento en respuesta a los acontecimientos vitales. Así pues, la adaptabilidad o flexibilidad es la responsable de definir cómo el sistema familiar oscila entre la estabilidad y el cambio.

Relacionado con la dinámica familiar, Pinheiro et al. (2009), a partir de la hipótesis que las familias con un hijo con trastorno por consumo de cocaína presentan

mayor disfunción familiar respecto de las familias control, concluyeron que las primeras se inscriben en un esquema relacional denominado triangulación perversa. Siguiendo a Pinheiro et al., la triangulación perversa describe un proceso relacional específico que involucra al adicto en las relaciones conyugales. De acuerdo con los autores, en estas familias el orden jerárquico generacional está desestructurado, la distribución del poder es confuso y los roles entre los diferentes miembros están invertidos. Asimismo, los autores destacan la dificultad del adicto para acceder a un nivel de autonomía e independencia satisfactorio.

Los resultados de la investigación de Pinheiro et al. (2009) pueden vincularse con los resultados de otras investigaciones que indican que las familias con un miembro con trastorno por consumo de sustancias presentan ciertas dificultades en el proceso de separación e individuación, en concreto, activado durante la adolescencia. De hecho, en estas familias, el proceso de separación e individuación es entendido como una amenaza a la unidad familiar. En esta línea, Angel y Angel (2002) señalaron que el individuo está sujeto a una influencia paradójica por parte de los padres, los cuales lo alienta a ser autónomo e independiente, mientras promueven de manera férrea que permanezca dependiente. Así pues, el trastorno por consumo de sustancias es la solución que permite al individuo responder a este doble mensaje.

Previa finalización, es necesaria una puntualización respecto a una línea de estudios que relaciona la existencia de problemas psicopatológicos en los progenitores y el trastorno por consumo de sustancias en los hijos. Hodgins et al. (2007) analizaron la presencia de psicopatología familiar, en concreto en los progenitores, en una muestra de 178 jóvenes que solicitaron tratamiento por trastorno por consumo de sustancias. Estos autores encontraron que el 80% de las madres y el 67% de los padres presentaban un trastorno mental. Resultados similares obtuvieron Becoña, López, Míguez, Lorenzo,

Fernández (2009) a partir de una muestra de 594 sujetos, distribuidos entre 297 madres y 297 hijos. Dichos autores encontraron relación entre los síntomas de depresión y ansiedad rasgo en las madres y el consumo de determinadas sustancias -tabaco, cocaína y cannabis- en los hijos.

Entre los diferentes trastornos psicopatológicos de los progenitores, la mayoría de estudios se centra en la existencia de consumos de drogas en los padres y su “transmisión” a los hijos (Bailey, Hill, Oesterle, & Hawkins, 2009, Pears, Capaldi, & Owen, 2007). Pears et al. (2007) señalaron que la falta de disciplina y el escaso control inhibitorio, son factores que influyen en la transmisión intergeneracional del consumo de drogas. Mares, Vorst, Engels y Lichtwarek-Aschoff (2011) añadieron como factores, el acceso más fácil a las sustancias y la deficiente supervisión de los progenitores.

En base a todo lo expuesto con anterioridad, la existencia de diferencias estructurales y funcionales en familias con un hijo con trastorno por consumo de sustancias es evidente. De aquí la importancia de contribuir al avance de la psicología aplicada en esta línea de investigación y aumentar el conocimiento de las relaciones familiares en el trastorno por consumo de sustancias, tanto en el campo de la prevención e intervención familiar como en el de la investigación.

2.2.3. Instrumentos de evaluación

El estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento de medición en una población específica, proporciona la evidencia empírica necesaria para su uso en dicha población, de acuerdo con las recomendaciones de la American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014).

En esta línea, diversos estudios han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos de evaluación, con adecuadas propiedades psicométricas, que permitan analizar el funcionamiento familiar en aquellos contextos en los que se usan, como en el caso en particular, en población clínica (Carretero-Dios & Pérez, 2007; Costa, Luján, Arca, Masjuan, & Olson, 2013; Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, & Sanz, 2006; Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013).

En lo que refiere al trastorno por consumo de sustancias, el estudio de Sanz, Iraurgi y Martínez-Pampliega (2002) sobre el funcionamiento familiar en dicha psicopatología explicita que deben realizarse investigaciones, dada su escasez, en las que la adaptación y validación de instrumentos específicos en población clínica española con trastorno por consumo de sustancias ocupe su objetivo principal.

En la década de los años noventa proliferaron varios estudios en población española que pretendían comprobar qué variables familiares estaban implicadas en las familias con un miembro con trastorno por consumo de sustancias. Estos estudios sobre la influencia de la familia en el consumo de drogas se realizaron mayoritariamente comparando un grupo clínico con un grupo control y analizando las diferencias existentes entre ambos grupos. Sin embargo, los datos de dichos estudios se obtuvieron mediante instrumentos que carecían de evidencia psicométrica en la población clínica objeto de estudio. Algunos ejemplos son la *DAS* (Spanier, 1976) en el estudio de Pumar et al. (1997), la *Escala de Clima Social en la Familia (Family Environmental Scale [FES])*, Moos & Moos, 1981) en el estudio de Ayerbe, Espina, Pumar, García y Santos (1997) y en el estudio de Pumar et al. (1995) y el *PBI* (Parker et al., 1979) en el estudio de Espina et al. (1996).

Tras una exhaustiva revisión, es imprescindible hacer referencia al estudio de Sanz et al. (2002). El objetivo de este estudio se centró en la traducción, adaptación y

validación española del *Family Assessment Package / Family Adaptability and Cohesion Scale (FAP / FACES-IV)* de Olson, Tiesel, Gorall y Fitterer (1996) en población drogodependientemente, y en el análisis de su posible idoneidad para estudiar el funcionamiento familiar en familias con un miembro con dicha problemática.

Los resultados de la versión española del *FAP* -compuesto por cuatro escales independientes: estrés familiar, recursos familiares, comunicación familiar y satisfacción familiar (de 20, 12, 10 y 10 ítems respectivamente)- reportaron unas adecuadas propiedades psicométricas, pudiéndose proponer su utilidad como medida de funcionamiento familiar en población drogodependiente. Sin embargo, los resultados de la versión española del instrumento propuesto para evaluar el funcionamiento familiar, *FACES-IV* -compuesto por 24 ítems, seis por dimensión evaluada (apego, desapego, rigidez y caos)-, no reportaron unas adecuadas propiedades psicométricas; por lo que se sugirieron nuevos estudios respecto a la adaptación de instrumentos de medición del funcionamiento familiar en población drogodependiente (Sanz et al., 2002).

Sanz et al., (2002) resaltaron que los estudios del funcionamiento familiar, en concreto a través del *FACES-IV*, no están concluidos y que es necesario seguir trabajando para disponer de un instrumento perfectamente ajustado a la población española con trastorno por consumo de sustancias.

En respuesta a la necesidad identificada de instrumentos, con garantías de validez y fiabilidad, para evaluar la familia en el trastorno por consumo de sustancias, en la presente investigación se adapta y valida el *CERFB* en dicha población clínica española. Indudablemente, se prevé proporcionar un instrumento -el *CERFB*-, en la clínica de los trastornos relacionados con sustancias, que, a partir de la evaluación simultánea de la conyugalidad y la parentalidad, ofrezca información de la atmósfera relacional familiar relativa al grado de funcionalidad conyugal y parental.

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivos generales y específicos

3.2. Hipótesis

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivos generales y específicos

La ausencia de instrumentos validados en población clínica española diseñados para evaluar las relaciones familiares, fundamenta el objetivo principal de validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en familias clínicas españolas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Los objetivos generales y específicos que guiaron dicha investigación se presentan a continuación.

Objetivos generales

1. Determinar las propiedades psicométricas del *CERFB*, validez y fiabilidad, en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. En lo que concierne a la validez, el objetivo es analizar la validez de constructo del *CERFB* -a través del análisis factorial (AF) y la validez convergente-, de acuerdo con la conceptualización más actual de validez. Dicha conceptualización integra en la validez de constructo los tres tipos de validez clásicamente descritos: de contenido, de constructo y de criterio (Keszei et al., 2010; Martínez, 1995; Moss, 1992).
2. Evaluar la capacidad discriminativa, a nivel empírico, del *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico según la hipótesis teórica de Linares (1996).
3. Constituir los baremos del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias, con la finalidad de disponer de un grupo de referencia para ubicar y con el que comparar las puntuaciones del *CERFB* de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias u otras familias.

Objetivos específicos

1. Someter a análisis factorial exploratorio (AFE) el *CERFB* en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, con el propósito de evaluar la estructura factorial subyacente y obtener un modelo de estructura factorial hipotetizado.
2. Someter a análisis factorial confirmatorio (AFC) el modelo de estructura factorial hipotetizado del *CERFB*, que emerge de los resultados del AFE, en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.
3. Analizar la validez convergente entre las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* y la escala Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y las escalas Cuidado y Sobreprotección del *PBI* (Ballús-Creus, 1991), respectivamente.
4. Analizar la fiabilidad mediante el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach de cada escala del *CERFB*, Conyugalidad y Parentalidad, como indicadores de consistencia interna en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.
5. Establecer los puntos de corte discriminativos del *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico.
6. Comparar diferentes estudios que utilicen el *CERFB* en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias mediante la baremación en percentiles de las puntuaciones totales directas de Conyugalidad y Parentalidad.
7. Contrastar ambas escalas del *CERFB*, Conyugalidad y Parentalidad, e interpretar el *CERFB* en comparación con otros instrumentos mediante la baremación en

percentiles de las puntuaciones totales de cada escala en base 10 y tipificadas (T).

8. Realizar un estudio descriptivo, comparativo y correlacional de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico.

3.2. Hipótesis

Las hipótesis que sustentaron la investigación se concretan en:

1. El modelo de estructura bifactorial del *CERFB*, que emerge de los resultados del AF y, que a su vez, es consistente en relación a la versión original en población general española de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012), se ajusta a la muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y explica las relaciones familiares básicas en dichas familias.
2. El *CERFB* presenta una apropiada validez convergente entre la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y el *PBI* (Ballús-Creus, 1991). En concreto, las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* correlacionan positiva y significativamente. Las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* correlacionan positiva y significativamente, y las escalas Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* negativa y significativamente.
3. El *CERFB* presenta una adecuada fiabilidad en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias a partir del coeficiente alpha de Cronbach de cada escala, Conyugalidad y Parentalidad, como indicadores de consistencia interna.
4. Las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias

funcionales sin diagnóstico psicopatológico difieren significativamente, debido a la disfunción de la conyugalidad y la parentalidad en las familias clínicas, valoradas a partir de un punto de corte específico para cada función relacional.

4. Método

4.1. Condiciones generales

4.1.1. Diseño

4.1.2. Participantes

4.1.3. Instrumentos

4.1.4. Procedimiento

4.2. Primer Estudio

4.2.1. Participantes

4.2.2. Análisis de datos

4.3. Segundo Estudio

4.3.1. Participantes

4.3.2. Análisis de datos

4.4. Baremación

4.4.1. Análisis de datos

4.5. Comparación entre grupo clínico y grupo control

4.5.1. Análisis de datos

4. Método

4.1. Condiciones generales

4.1.1. Diseño

Otorgada la contribución de la presente investigación al proceso de validación de un instrumento, a propósito del *CERFB*, se desarrolló un estudio instrumental, clasificado entre los estudios empíricos con metodología cuantitativa. En particular, mediante el análisis de las propiedades psicométricas del mismo y la aplicabilidad clínica en familias con un hijo con trastornos relacionados con sustancias (Montero & León, 2007).

4.1.2. Participantes

Muestreo y criterios de inclusión

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, según los criterios de inclusión definidos para las familias objeto de estudio (Hibberts, Johnson, & Hudson, 2012).

Los criterios de inclusión para la muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias fueron los siguientes: (a) Naturales y de nacionalidad española; (b) Formadas por una pareja heterosexual de adultos (entre 18 y 70 años, ambos incluidos) con, como mínimo, un hijo biológico en común (mayor de 12 años) que convive en la actualidad en el núcleo familiar y diagnosticado de trastornos relacionados con sustancias, según los criterios diagnósticos del *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014); (c) Formadas por parejas casadas, de hecho o que

conviven habitualmente; (d) Los hijos no pueden ser padres o madres; (e) No haber realizado terapia familiar durante más de tres meses.

Los criterios de inclusión para la muestra de familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico fueron los mismos que para la muestra de familias clínicas, excepto el criterio de diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias de los hijos.

Descripción de los participantes

La muestra total de la investigación estuvo integrada por 676 participantes (338 familias); 304 participantes (152 familias) grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y 372 participantes (186 familias) grupo control sin diagnóstico psicopatológico.

Los participantes grupo clínico se dividieron en dos estudios; se utilizaron 150 participantes (75 familias) para realizar el Primer Estudio y 154 participantes (77 familias) para realizar el Segundo Estudio.

En los Apartados 4.2.1. Participantes del Primer Estudio y 4.3.1. Participantes del Segundo Estudio se describen detalladamente los participantes en función del estudio que constituyeron. La descripción detallada del total de participantes grupo clínico, resultante de la suma de ambos estudios e incluido únicamente en el estudio de la baremación y en el estudio comparativo de las relaciones familiares básicas del grupo clínico y del grupo control, se considera facilitada.

4.1.3. Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

El CERFB de Ibáñez et al. (2012) es un instrumento *autoadministrado* de 25

ítems diseñado para evaluar la percepción de los progenitores de las relaciones familiares, tales como la relación con el cónyuge y los hijos.

Está formado por dos escalas que evalúan las dos funciones familiares básicas propias de la teoría de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). La escala Conyugalidad está compuesta por 14 ítems polítómicos, valorados en una escala tipo Likert de 5 puntos con el siguiente formato de respuesta: 1 significa *nunca*, 2 *pocas veces*, 3 *algunas veces*, 4 *bastantes veces* y 5 *siempre*. La escala Parentalidad está compuesta por 11 ítems polítómicos, valorados también en una escala tipo Likert de 5 puntos con el formato de respuesta anteriormente citado.

La puntuación de cada escala se obtiene a partir de la suma de las respuestas de los ítems que las componen, proporcionando información de la atmósfera relacional familiar relativa al grado de funcionalidad conyugal y parental. La puntuación de Conyugalidad oscila entre 0 y 70 y la puntuación de Parentalidad entre 0 y 55. Las puntuaciones más elevadas son indicativas de mayor funcionalidad y viceversa.

El coeficiente alpha de Cronbach de .91 para la escala Conyugalidad y de .92 para la escala Parentalidad reportan una excelente fiabilidad del CERFB (ver Apéndice B).

Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS)

La DAS de Spanier (1976) es un instrumento autoadministrado de 32 ítems desarrollado para medir la percepción de ajuste diádico de cada miembro de la pareja. Específicamente, mide cuatro dimensiones de ajuste diádico, que coinciden con las cuatro subescalas del instrumento: Consenso (13 ítems), Cohesión (5 ítems), Satisfacción (10 ítems) y Expresión Afectiva (4 ítems). Asimismo, proporciona una medida de Ajuste Diádico Total.

La mayoría de los ítems son politómicos, valorados en escalas tipo Likert con diferentes formatos de respuesta, excepto los ítems 29 y 30 que son dicotómicos (*sí/no*). Los ítems comprendidos del 1 al 15 están valorados en una escala de 6 puntos, según el grado de acuerdo o desacuerdo con el cónyuge, en la cual 0 significa *siempre en desacuerdo* y 5 *siempre de acuerdo*. Los ítems comprendidos del 16 al 22 y del 25 al 28 también están valorados en una escala de 6 puntos, según la frecuencia de los mismos, en la cual 0 significa *siempre* y 5 *nunca* -y viceversa en los ítems 18 y 19-, y 0 *nunca* y 5 *más a menudo*, respectivamente. Valorados en una escala de 5 puntos están el ítem 23, según la frecuencia que se besa al cónyuge, en la cual 0 significa *nunca* y 4 *todos los días*, y el ítem 24, según la participación en actividades externas a la familia, en la cual 0 significa *en ninguna* y 4 *en casi todas*. El ítem 31 está valorado en una escala de 7 puntos, según el grado de felicidad en la relación de pareja, en la cual 0 significa *muy desgraciada* y 6 *radiante*. Finalmente, el ítem 32 está valorado en una escala de 6 puntos, según los sentimientos acerca del futuro de la relación de pareja, en la cual 0 significa *mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito* y 5 *quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo*.

La puntuación de cada subescala se obtiene a partir de la suma de las respuestas de los ítems que las componen, originando la suma de estas, la puntuación de Ajuste Diádico Total, la cual oscila entre 0 y 151. Las puntuaciones más elevadas son indicativas de mayor ajuste diádico y viceversa.

Se administró la versión española de la *DAS*, traducida por Echeburúa y Corral (Bornstein & Bornstein, 1992) -la única existente cuando se inició la recogida de datos de los dos grupos muestrales de la presente investigación-, de la cual Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra (2009) reportaron una excelente fiabilidad a partir del

coeficiente alpha de Cronbach de .92 para la escala Ajuste Diádico Total (ver Apéndice C).

Con el propósito de estandarizar la presentación, puntuación e interpretación de la *DAS* en población española, Martín-Lanas, Cano-Prous y Beunza-Nuin (Spanier, 2017) tradujeron, adaptaron y validaron la versión original de la *DAS* (Spanier, 1976) al español. Asimismo, analizaron las propiedades psicométricas de la versión resultante en una muestra de parejas clínicas y no clínicas. Dichos autores reportaron una excelente fiabilidad de la versión española definitiva de la *DAS* a partir del coeficiente alpha de Cronbach de .88 para la subescala Consenso, de .85 para la subescala Cohesión, de .88 para la subescala Satisfacción, de .69 para la subescala Expresión Afectiva y, por último, de .94 para la escala Ajuste Diádico Total.

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

El *PBI* de Parker, Tupling y Brown (1979) es un instrumento autoadministrado de 25 ítems trazado para evaluar dos dimensiones parentales, que coinciden con las dos escalas del instrumento: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems). Los ítems son polítómicos, valorados en una escala tipo Likert de 4 puntos con el siguiente formato de respuesta: 0 significa *nada*, 1 *poco*, 2 *bastante* y 3 *mucho*.

La puntuación de ambas escalas se obtiene a partir de la suma de las respuestas de los ítems que las componen. La puntuación de Cuidado oscila entre 0 y 36; las puntuaciones bajas indican frialdad emocional, aversión, indiferencia, desinterés y negligencia o descuido, y las puntuaciones altas indican calidez emocional, amabilidad, reciprocidad, empatía, interés, atención y muestras de afecto. La puntuación de Sobreprotección oscila entre 0 y 39; las puntuaciones altas de control parental señalan sobreprotección, intrusión, infantilización, privación de independencia y evitación de

crecimiento personal, y las puntuaciones bajas señalan concesión de independencia y desarrollo de autonomía.

La combinación de las puntuaciones obtenidas en ambas escalas permite definir un estilo parental: vínculo óptimo (Cuidado alto - Sobreprotección baja), control sin afecto (Cuidado bajo - Sobreprotección alta), constricción afectiva (Cuidado alto - Sobreprotección alta) y vínculo ausente o débil (Cuidado bajo - Sobreprotección baja).

La versión ortodoxa del *PBI* se diseñó como un instrumento para evaluar la percepción de los hijos, mayores de 16 años, respecto a las actitudes y conductas parentales de cada progenitor, de forma independiente y retrospectiva hasta los 16 primeros años de vida. Las escalas Cuidado y Sobreprotección del *PBI* de dicha versión presentaron unas adecuadas y ampliamente reportadas propiedades psicométricas: fiabilidad dos mitades de .88 y .74, fiabilidad test-retest de .76 y .63, y validez convergente a partir de las correlaciones entre las puntuaciones de dos jueces derivadas de entrevistas semiestructuradas y las puntuaciones directas del *PBI* de .77 y .47, respectivamente (Black Dog Institute, s.f.).

De la versión ortodoxa del *PBI* se derivó una versión que evalúa la percepción de las actitudes y conductas parentales actuales. Asimismo, se derivó otra versión, cruzada, que evalúa la percepción de cada progenitor en relación a sus propias actitudes y conductas parentales, tanto de forma retrospectiva como actual. Se administró la traducción de Cañive y Fuentenebro (1987 - 1988, como se citó en Ballús-Creus, 1991) de la versión, cruzada y actual, en español de la adaptación a población barcelonesa de Ballús-Creus (1991; ver Apéndice D).

Cuestionarios ad hoc sociodemográficos y clínicos

Para la presente investigación, en concreto, para las familias clínicas con un hijo

con trastornos relacionados con sustancias y las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico se diseñaron diferentes cuestionarios ad hoc específicos.

Común a ambos grupos de familias, se trazó un registro de información sociodemográfica personal y familiar para los cónyuges, propuesto como un cuestionario sociodemográfico de acompañamiento. Dicho cuestionario se encuadró a partir de la fecha de la encuesta, el género, la fecha y lugar de nacimiento, el lugar de residencia actual, el nivel de estudios cursados, la toma de medicación -solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo-, el estado civil, los años de convivencia en pareja, el número de hijos y la edad de estos, y el número de hijos que conviven en el domicilio familiar (ver Apéndice E).

En concreto, el cuestionario sociodemográfico de acompañamiento para las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias se amplió con la recogida de información clínica sobre la existencia de psicopatología en la actualidad en algún miembro del núcleo familiar y la existencia de antecedentes psicopatológicos -solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo- (ver Apéndice F).

Asimismo, se elaboró un cuestionario para recoger información sociodemográfica y clínica referente a los hijos de las familias clínicas/pacientes de los centros u hospitales. Dicho cuestionario se centró en recoger los datos relativos a: género, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia actual, nivel de estudios cursados, ocupación actual, realización de tratamiento -solicitando especificaciones de tipo y temporalidad-, edad de inicio del trastorno por consumo de sustancias -solicitando especificaciones de tipo en caso afirmativo- y existencia de diferentes trastornos por consumo de sustancias asociados -solicitando especificaciones de tipos en caso afirmativo- (ver Apéndice G). Posteriormente, el cuestionario se amplió con la recogida de información clínica relativa a: número de sesiones de terapia familiar y

diagnóstico clínico⁵, según los criterios diagnósticos del *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), realizado por el propio centro u hospital (ver Apéndice H).

4.1.4. Procedimiento

Con la finalidad de garantizar la pertenencia e interés científico y la idoneidad de la investigación *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias* a partir de fundamentos metodológicos y éticos, la misma fue aprobada por la Comissió d'Ètica i Recerca de la FPCEE Blanquerna de la URL (ver Informe, Apéndice I), el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica del Consorci Sanitari del Maresme (código CEIC: E04PRN67B200-1023-001) y el Comitè de Recerca del Consorci Sanitari de l'Anoia (código: PRCSA0078). Aludiendo a este punto de partida, se procedió a la recogida de datos de los dos grupos muestrales, grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y grupo control sin diagnóstico psicopatológico, de manera paralela.

La recogida de datos del grupo clínico se inició estableciendo contacto con centros y hospitales especializados en el tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias con el objetivo de presentar la investigación y, por consiguiente, solicitar su colaboración. Junto con la Fundació Blanquerna, se diseñó un convenio específico de colaboración para aquellos centros y hospitales que accedieron a colaborar en la investigación; posteriormente, se firmó dicho convenio con cada centro y hospital colaborador (ver Ejemplo, Apéndice J).

⁵ Considerando que el *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) ha evolucionado hacia la documentación no axial de los diagnósticos, se utiliza el término diagnóstico clínico para hacer referencia a los trastornos mentales y a los trastornos de la personalidad (p.16), en el *DSM-IV-TR* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002) trastornos propios del Eje I y del Eje II, respectivamente.

Previa preparación del material de evaluación y explicación del protocolo de investigación a los profesionales de referencia de los centros y hospitales -y en coordinación con ellos-, se realizó la selección de las familias que cumplieran los criterios de inclusión muestral. Así pues, se propuso a las familias previamente seleccionadas la posibilidad de participar en la investigación.

Para la propuesta de participación se presentó la investigación y sus objetivos a, como mínimo, un miembro participante de la familia. Además, se especificó en qué consistía su participación y se entregó el material de evaluación. Dicho material, dispuesto para cada unidad familiar, se administró en un sobre corporativo de la FPCEE Blanquerna, el cual contenía la presentación por escrito de la investigación (ver Apéndice K) y los bloques de cuestionarios -precedidos por el consentimiento informado para cada miembro participante de la familia: el padre, la madre y el hijo/paciente del centro u hospital-. El bloque de cuestionarios del padre y de la madre incluía el *CERFB*, la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992), el *PBI* (Ballús-Creus, 1991) y el cuestionario ad hoc sociodemográfico y clínico. El bloque de cuestionarios del hijo incluía el *PBI* y los cuestionarios ad hoc sociodemográficos y clínicos. La participación de cada miembro de la familia debía ir precedida por el cumplimiento y la firma del consentimiento informado, con el propósito de regular la información proporcionada y la voluntariedad y garantizar la confidencialidad (ver Apéndice L).

Finalmente, siempre en coordinación con los profesionales de referencia, se recogió la devolución del material de evaluación proporcionado a las familias que aceptaron participar. El retorno del material, adecuadamente concluido, podía facilitarse en el mismo contexto de la propuesta y participación o en otro momento acordado, dependiendo del funcionamiento y organización de los diferentes centros y hospitales. En función de dicho condicionante, varió el grado de implicación de los miembros

investigadores en el procedimiento de recogida de datos anteriormente descrito. No obstante, la presencia de profesionales de referencia o miembros investigadores fue permanente.

La recogida de datos del grupo control se inició estableciendo contacto con centros educativos con el objetivo de presentar la investigación y, por consiguiente, solicitar su colaboración.

Asimismo, se reprodujo de manera idéntica el procedimiento de recogida de datos efectuado en el grupo clínico. Atendiendo al material de evaluación, se administró el mismo contenido del sobre corporativo de la FPCEE Blanquerna entregado a cada unidad familiar del grupo clínico, excepto el cuestionario ad hoc clínico del padre y de la madre y los cuestionarios ad hoc clínicos del hijo.

La recogida de datos del grupo control también se realizó a partir de la recepción del material de evaluación en formato digital a través de la herramienta web de encuestas online *encuestafacil.com*. Previamente, se propuso de manera presencial a, como mínimo, un miembro participante de la familia la posibilidad de participar en la investigación y se presentó detalladamente la misma y sus objetivos. El material de evaluación digital, facsímil del material de evaluación en papel, siguió el modelo de presentación original. Para la recogida de datos en formato digital se envió un correo electrónico a las familias que aceptaron participar. En dicho correo se presentó de nuevo la investigación y se incluyó un enlace de participación dirigido a cada miembro participante de la familia: el padre, la madre y el hijo. Antes de acceder al contenido de los cuestionarios de evaluación, cada miembro participante de la familia debía aceptar la regulación de la participación mediante el enlace referente al consentimiento informado. Finalizada la participación, los datos proporcionados se enviaban automáticamente a la dirección de correo electrónico facilitada para ello. La única diferencia con la recogida

de datos en formato papel erradicó en la creación, por parte de la familia, de un código familiar identificativo que permitió agrupar a los miembros de un mismo núcleo familiar. Como resultado, la recogida de datos del grupo control se distribuyó entre formato papel, con un 84.9%, y formato digital, con un 15.1%.

La recogida de datos del grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y del grupo control sin diagnóstico psicopatológico, contenida en la presente investigación, se llevó a cabo entre el mes de junio de 2011 y el mes de octubre de 2016. Paralelamente a este período, se digitalizaron los datos facilitados por ambos grupos muestrales a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22. Asimismo, los datos del grupo clínico complementarios a la participación directa de las familias - proporcionados por los centros y hospitales- se digitalizaron con el resto de datos estadísticos. Las bases de datos resultantes -propiedad de la Fundació Blanquerna y con acceso restringido- se utilizaron estadísticamente con un único propósito: validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias.

4.2. Primer Estudio

4.2.1. Participantes

Descripción de los participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias

Los participantes se distribuyeron entre 75 hombres y 75 mujeres. Dado que el estudio se centra en la evaluación de las parejas como unidad familiar, existió equidad

entre el número de participantes de ambos géneros. La edad del 85.3% de los hombres osciló entre 40 y 70 años ($M = 55.33$, $DE = 7.42$) y del 90.7% de las mujeres entre 33 y 68 años ($M = 53.76$, $DE = 7.84$).

En relación al nivel de estudios, el 13.3% de los hombres y el 20% de las mujeres cursó estudios primarios, el 56% de los hombres y el 59.9% de las mujeres estudios secundarios, y el 26.6% de los hombres y el 17.3% de las mujeres estudios superiores.

El 68% de los hombres y el 57.3% de las mujeres nació en Cataluña y el 30.5% de los hombres y el 33.3% de las mujeres en otras comunidades autónomas españolas.

En lo que concierne al estado civil de las parejas, el 94.7% de los cónyuges estaban casados y el 4% vivía en pareja. El tiempo de convivencia del 97.3% de las parejas osciló entre 14 y 54 años ($M = 32.18$, $DE = 9.56$). El total de las parejas, constituidas como familias, tenía entre 1 y 10 hijos ($M = 2.35$, $DE = 1.16$), 98.7% de las cuales tenía una media de 1.64 ($DE = 0.76$) hijos que convivían con la familia de origen en el momento de participar en el estudio.

El total de las familias residía en tres comunidades autónomas españolas, destacando con el 97.3% Cataluña.

En las Tablas 3 y 4 se concretan, con mayor detalle, los datos sociodemográficos de las familias clínicas y sus miembros.

Tabla 3.

Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias clínicas del Primer Estudio

Variable	Padre		Madre	
	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Edad (años)	64	55.33 (7.42)	68	53.76 (7.84)
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	10	13.3	15	20.0
Secundarios	42	56.0	45	59.9
Superiores	20	26.6	13	17.3
Sin estudios	1	1.3		
Sin datos	2	2.7	2	2.7
<i>Comunidad autónoma española de nacimiento</i>				
Cataluña	51	68.0	43	57.3
Andalucía	7	9.3	10	13.3
Castilla - La Mancha	4	5.3	2	2.7
Galicia	3	4.0		
Castilla y León	3	4.0	5	6.7
Comunidad Valenciana	2	2.7	2	2.7
Islas Baleares	1	1.3	1	1.3
Extremadura	1	1.3		
Aragón	1	1.3	2	2.7
Principado de Asturias	1	1.3		
Cantabria			1	1.3
Islas Canarias			1	1.3
Ciudad Autónoma de Melilla			1	1.3
Sin datos	1	1.3	7	9.3
<i>Estado civil</i>				
Vive en pareja	3	4.0	3	4.0
Casado/a 1 ^{er} matrimonio	66	88.0	69	92.0
Casado/a 2 ^{as} nupcias o más	5	6.7	2	2.7
Sin datos	1	1.3	1	1.3

Nota. *N* = 75. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

Tabla 4.

Descriptivos sociodemográficos de las familias clínicas del Primer Estudio

Variable	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Convivencia conyugal (años) ^a	146	32.18 (9.56)
Número de hijos	75	2.35 (1.16)
Número de hijos que conviven	74	1.64 (0.76)
<i>Comunidad autónoma española de residencia</i>		
Cataluña	73	97.3
Islas Baleares	1	1.3
Aragón	1	1.3

Nota. *N* = 75. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

^a*N* = 150

Es preciso poner énfasis en los hijos con trastornos relacionados con sustancias de las familias clínicas, los cuales se distribuyeron entre 56 hombres y 17 mujeres. La edad del total de los hijos osciló entre 13 y 48 años ($M = 25.56$, $DE = 8.67$). En relación al nivel de estudios, el 13.3% de los hijos cursó estudios primarios, el 70.6% estudios secundarios y el 10.7% estudios superiores.

A nivel clínico, predominó el diagnóstico de la subcategoría trastorno por consumo de cannabis en el 46.7% de los hijos, trastorno por consumo de alcohol en el 33.3%, trastorno por consumo de estimulantes en el 17.3% y trastorno por consumo de opiáceos en el 1.3%, según los criterios diagnósticos del *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Asimismo, cabe resaltar que existieron diferentes trastornos por consumo de sustancias asociados en el 56% de los hijos. En el 98.7% de los casos el trastorno por consumo de sustancias se inició cuando los hijos tenían entre 12 y 28 años ($M = 16.64$, $DE = 3.85$), con una evolución de 0 a 29 años ($M = 9.03$, $DE = 7.00$) en el momento de participar en el estudio.

Ante los trastornos relacionados con sustancias, las familias solicitaron tratamiento: el 24% realizó el tratamiento en el Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de Rubí, el 21.3% en el Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències SPOTT de Barcelona, el 9.3% en la Fundació Salut i Comunitat de Barcelona y en el Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida, respectivamente. Por último, el 8% realizó el tratamiento en el Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sarrià - Sant Gervasi de Barcelona, en la Comunitat Terapèutica La Coma de Barcelona y en Projecte Home Catalunya, respectivamente; el 5.3% en el Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Garbí - Vent de Barcelona, el 2.7% en la Comunitat Terapèutica Can Serra de Girona y en el Centre d'Atenció i

Seguiment a les Drogodependències Sants de Barcelona, respectivament; y el 1.3% en el Servei Coordinador de Drogodependències de Menorca.

Referente al tiempo en tratamiento, el 36% de las familias no realizó ningún tratamiento superior a los tres meses o 100 días, mientras que el 45.3% restante sí. La modalidad de tratamiento principal fue la terapia individual en el 74.7% de los casos; la terapia familiar quedó íntegramente excluida.

En la Tabla 5 se concretan, con mayor detalle, los datos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas.

Tabla 5.

Descriptivos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas del Primer Estudio

Variable	n	M (DE) o %
Datos sociodemográficos		
<i>Género</i>		
Hombre	56	74.7
Mujer	17	22.7
Sin datos	2	2.7
Edad (años)	75	25.56 (8.67)
<i>Nivel de estudios</i>		
Primarios	10	13.3
Secundarios	53	70.6
Superiores	8	10.7
Sin datos	4	5.3
Datos clínicos de los trastornos relacionados con sustancias		
<i>Subcategoría diagnosticada</i>		
Trastorno por consumo de cannabis	35	46.7
Trastorno por consumo de alcohol	25	33.3
Trastorno por consumo de estimulantes	13	17.3
Trastorno por consumo de opiáceos	1	1.3
Sin datos	1	1.3
<i>Trastornos por consumo de sustancias asociados</i>		
Existencia	42	56.0
Inexistencia	32	42.7
Sin datos	1	1.3
Edad de inicio (años)	74	16.64 (3.85)
Evolución (años)	74	9.03 (7.00)
<i>Centro de tratamiento</i>		
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de Rubí	18	24.0
Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències SPOTT	16	21.3
Fundació Salut i Comunitat	7	9.3
Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida	7	9.3
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sarrià - Sant Gervasi	6	8.0
Comunitat Terapèutica La Coma	6	8.0
Projecte Home Catalunya	6	8.0
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Garbí - Vent	4	5.3
Comunitat Terapèutica Can Serra	2	2.7
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sants	2	2.7
Servei Coordinador de Drogodependències de Menorca	1	1.3
<i>Modalidad de tratamiento e intervención</i>		
Terapia individual	56	74.7
Terapia grupal	10	13.3
Terapia individual y grupal	8	10.7
Sin datos	1	1.3
<i>Tiempo en tratamiento</i>		
Hasta 3 meses o 100 días	27	36.0
Más de 3 meses o 100 días	34	45.3
Sin datos	14	18.7

Nota. N = 75. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

La comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias se registró en el 20% de los hijos, por el contrario, no se registró en el 28%. Dicha comorbilidad se distribuyó entre los trastornos mentales con un 66.6% y entre los trastornos de la personalidad con un 33.3%, según los criterios diagnósticos del *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En la Tabla 6 se concretan, con mayor detalle, los datos psicopatológicos de los hijos de las familias clínicas. Asimismo, en la Tabla 6 se especifican los datos psicopatológicos del resto de miembros de las familias clínicas. Acorde con estos datos, se observa que no existió diagnóstico psicopatológico en el 33.3% de las mismas, en contraposición con el 14.7%. Cabe destacar que predominó el diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias en el 4% de los padres y en el 2.7% de la fratría, así como también de trastornos depresivos en el 4% de las madres.

Tabla 6.
Descriptivos psicopatológicos según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) de los miembros de las familias clínicas del Primer Estudio

Variable	Hijo							
	con TRS		Padre		Madre		Fratría	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ausencia de diagnóstico psicopatológico			31	41.3	31	41.3	29	38.7
Trastornos relacionados con sustancias (en remisión total)			2	2.7			1	1.3
<i>Trastornos mentales</i>								
Trastornos del neurodesarrollo	4	5.3					1	1.3
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	4	5.3					1	1.3
Trastorno bipolar y trastornos relacionados			1	1.3				
Trastornos depresivos	2	2.7	1	1.3	3	4.0	1	1.3
Trastornos de ansiedad					1	1.3		
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos					1	1.3		
Disfunciones sexuales	1	1.3						
Trastornos relacionados con sustancias	75	100	3	4.0	1	1.3	2	2.7
Fallecido/a por sobredosis							1	1.3
Sin datos	39	52.0	38	50.7	38	50.7	40	53.3
<i>Trastornos de la personalidad</i>								
Grupo B	3	4.0						
Grupo C	2	2.7						
Sin datos	39	52.0	38	50.7	38	50.7	40	53.3

Nota. *N* = 75. TRS = trastornos relacionados con sustancias.

Descripción de los participantes grupo control sin diagnóstico psicopatológico⁶

Los participantes, que pertenecieron a su vez a parejas como unidad familiar, se distribuyeron entre 186 hombres y 186 mujeres. La edad del 97.8% de los hombres osciló entre 39 y 68 años ($M = 53.52$, $DE = 5.62$) y del 97.3% de las mujeres entre 38 y 66 años ($M = 50.30$, $DE = 5.27$).

En relación al nivel de estudios, el 7% de los hombres y el 6.5% de las mujeres cursó estudios primarios, el 52.1% de los hombres y el 49.9% de las mujeres estudios secundarios, y el 36.5% de los hombres y el 35.4% de las mujeres estudios superiores.

⁶ Los participantes grupo control del Primer Estudio son los mismos que integraron el grupo control del Segundo Estudio.

El 48.9% de los hombres y el 44.6% de las mujeres nació en Cataluña y el 47.3% de los hombres y el 51% de las mujeres en otras comunidades autónomas españolas.

En lo que concierne al estado civil de las parejas, el 95.2% de los cónyuges estaban casados y el 1.6% vivía en pareja. El tiempo de convivencia del 94.6% de las parejas osciló entre 16 y 43 años ($M = 26.31$, $DE = 5.26$). El 98.9% de las parejas, constituidas como familias, tenía entre 1 y 4 hijos ($M = 2.15$, $DE = 0.71$), 97.8% de las cuales tenía una media de 1.78 ($DE = 0.70$) hijos que convivían con la familia de origen en el momento de participar en el estudio.

El 58.6% del total de las familias residía en Cataluña, mientras que el 39.7% restante residía en otras seis comunidades autónomas españolas.

En las Tablas 7 y 8 se concretan, con mayor detalle, los datos sociodemográficos del total de las familias control y sus miembros.

Tabla 7.

Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias control del Primer y Segundo Estudio

Variable	Padre		Madre	
	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Edad (años)	182	53.52 (5.62)	181	50.30 (5.27)
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	13	7.0	12	6.5
Secundarios	97	52.1	93	49.9
Superiores	68	36.5	66	35.4
Sin datos	8	4.3	15	8
<i>Comunidad autónoma española de nacimiento</i>				
Cataluña	91	48.9	83	44.6
Islas baleares	33	17.7	37	19.9
Galicia	19	10.2	22	11.8
Andalucía	8	4.3	15	8.1
Aragón	6	3.2	2	1.1
Castilla y León	5	2.7	1	0.5
Castilla-La Mancha	4	2.2	3	1.6
Extremadura	4	2.2	2	1.1
Comunidad Valenciana	3	1.6	1	0.5
Comunidad de Madrid	3	1.6	2	1.1
Principado de Asturias	2	1.1	3	1.6
País Vasco	1	0.5	2	1.1
La Rioja			3	1.6
Región de Murcia			1	0.5
Comunidad Foral de Navarra			1	0.5
Sin datos	7	3.8	8	4.3
<i>Estado civil</i>				
Vive en pareja	3	1.6	3	1.6
Casado/a 1 ^{er} matrimonio	169	90.9	169	90.9
Casado/a 2 ^{as} nupcias o más	8	4.3	8	4.3
Sin datos	6	3.2	6	3.2

Nota. *N* = 186. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

Tabla 8.

Descriptivos sociodemográficos de las familias control del Primer y Segundo Estudio

Variable	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Convivencia conyugal (años) ^a	352	26.31 (5.26)
Número de hijos	184	2.15 (0.71)
Número de hijos que conviven	182	1.78 (0.70)
<i>Comunidad autónoma española de residencia</i>		
Cataluña	109	58.6
Islas Baleares	46	24.7
Galicia	22	11.8
Comunidad de Madrid	2	1.1
País Vasco	2	1.1
Principado de Asturias	1	0.5
Comunidad Valenciana	1	0.5
Sin datos	3	1.6

Nota. *N* = 186. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

^a*N* = 372

Los hijos de las familias control se distribuyeron entre 52 hombres y 94 mujeres. La edad del 79% de los hijos osciló entre 11 y 29 años ($M = 19.82$, $DE = 3.49$).

En la Tabla 9 se concretan, con mayor detalle, los datos sociodemográficos de los hijos de las familias control.

Tabla 9.
Descriptivos sociodemográficos de los hijos de las familias control del Primer y Segundo Estudio

Variable	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
<i>Género</i>		
Hombre	52	28.0
Mujer	94	50.5
Sin datos	40	21.5
Edad (años)	147	19.82 (3.49)

Nota. $N = 186$. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

4.2.2. Análisis de datos

Preliminarmente, se garantizó el control del efecto de potenciales variables extrañas en las puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*, Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y Cuidado y Sobreprotección del *PBI* (Ballús-Creus, 1991) de las familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico.

En las familias grupo clínico dichas variables aludieron al tiempo en tratamiento (inferior a los tres meses o 100 días vs. superior a los tres meses o 100 días), a la existencia o ausencia de comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias (Schuckit, 2006; Torrens, Gilchrist, Domingo-Salvany, & PsyCoBarcelona Group, 2011) y a la existencia o ausencia de diagnóstico psicopatológico en otros miembros del núcleo familiar (Becoña et al., 2009; Hodgins et al., 2007).

En las familias grupo control la variable extraña aludió al formato (papel vs. online) de participación en el estudio (Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004; Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012).

La normalidad de las puntuaciones de Conyugalidad, Parentalidad, Ajuste Diádico, Cuidado y Sobreprotección, según las variables extrañas citadas, se verificó mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($n \leq 50$) o Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$). La normalidad en la comparación de medias de dos grupos también se asumió aplicando el teorema del límite central, en la casuística de tamaños de muestra suficientemente grandes ($n > 90$).

Por lo tanto, se utilizó la prueba paramétrica t de Student para la comparación de medias de Conyugalidad, Parentalidad, Ajuste Diádico, Cuidado y Sobreprotección - según las variables extrañas- con dos muestras independientes cuando se cumplía la condición de normalidad ($p > .01$) o se aplicaba el teorema del límite central. Asimismo, se utilizó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney en aquellos casos que no se cumplía la condición de normalidad ($p < .01$).

Adicionalmente, se realizó un ANOVA para evaluar y controlar el efecto de la interacción entre la comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias y el diagnóstico psicopatológico de otros miembros del núcleo familiar.

En dichos análisis previos no se registró ningún efecto de las potenciales variables extrañas, pudiendo proceder a la realización de los análisis estadísticos con la muestra total del Primer Estudio.

En primer lugar, los datos descriptivos de los participantes se calcularon y se expresaron en media (M) y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas, y en porcentaje (%) para las variables cualitativas o categóricas.

En segundo lugar, se determinó la validez de constructo del *CERFB* en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias mediante un *análisis factorial exploratorio (AFE)*, con el propósito de agrupar los ítems del cuestionario en los componentes principales.

El tamaño de la muestra de participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias ($n = 150$) -en cuyos datos proporcionados se puso a prueba la estructura factorial subyacente del *CERFB*- se ajustó a las recomendaciones clásicas de carácter amplio que recogen Kline (2011), Rial, Varela, Abalo y Lévy (2006) y Worthington y Whittaker (2006) -basadas en ratios mínimas de participantes por ítem (5:1 o 10:1)-.

La preparación de los datos para el AFE incluyó el análisis y tratamiento de los valores perdidos y de la normalidad de los datos. La exploración de la frecuencia y distribución de los valores perdidos identificó un total de 31 valores perdidos (0.8% del total de los datos). Dichos valores no alcanzaron un porcentaje superior al 2% en ningún ítem. Por lo tanto, los valores perdidos se sustituyeron por la media del ítem, pudiendo incluir el total de los datos en los análisis (George & Mallery, 2003; Kline, 2011).

Se exploró la normalidad univariada a partir de los coeficientes univariantes de asimetría y curtosis de cada ítem del *CERFB*. Los valores entre ± 1.0 son considerados excelentes y entre ± 2.0 aceptables (George & Mallery, 2003). Asimismo, se obtuvieron los estadísticos de contraste univariantes de asimetría y curtosis (z) -y sus valores p asociados- y los estadísticos de contraste conjuntos de asimetría y curtosis univariantes (chi-cuadrado [χ^2]) -y sus correspondientes valores p -. Se exploró también la normalidad multivariada a partir del coeficiente multivariante de asimetría y curtosis -y su correspondiente estadístico de contraste multivariante (z) y su valor p asociado- y del estadístico de contraste conjunto de asimetría y curtosis multivariante (χ^2) -y su

correspondiente valor p -. Los valores z que se ajustan al valor crítico ± 1.96 y los valores χ^2 inferiores a 5.99 no significativos ($p > .05$) son indicativos del cumplimiento de la condición de normalidad (González, Abad, & Lévy, 2006).

Los ítems del *CERFB* presentaron un ajuste a la normalidad variable. En términos de normalidad univariada, se apreció una posible desviación de la normalidad - algunos ítems presentaron coeficientes de asimetría y curtosis con valores z que no se ajustaron al valor crítico ± 1.96 y valores p asociados significativos-. En lo que refiere a la mayoría de estadísticos de contraste conjuntos de asimetría y curtosis univariantes, también se apreció una posible desviación de la normalidad -a partir de valores χ^2 superiores a 5.99 y valores p asociados significativos-. En términos de normalidad multivariada, el conjunto de valores obtenidos sugirió una posible desviación de la normalidad. En contraposición, la medida de curtosis multivariante relativa fue de 1.126, evidenciando un ajuste razonable de los datos colectivos a la normalidad. Los estadísticos de contraste univariantes de asimetría y curtosis (z) y sus valores p asociados revelaron que, en la posible desviación de la normalidad mencionada, la asimetría resultaba más problemática que la curtosis: 19 ítems presentaron coeficientes de asimetría con valores z mayores que ± 1.96 y valores p asociados significativos, y 6 ítems presentaron coeficientes de curtosis con dichos valores z y p asociados (ver Tabla M1, Apéndice M).

A partir de aquí, se puso a prueba la estructura factorial subyacente del *CERFB* utilizando el método de estimación de probabilidad máxima (Maximum Likelihood Estimation, MLE) mediante una matriz de varianzas-covarianzas de los ítems del *CERFB* (Bollen, 1989; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006; Stewart, Barnes, Cote, Cudeck, & Malthouse, 2001). En la Tabla M2 (ver Apéndice M) se presentan -en la diagonal de la matriz- las varianzas de cada variable observable (o

ítem) del *CERFB* y -por debajo de la diagonal de la matriz- las covarianzas entre los distintos ítems (Tabachnick & Fidell, 2007). La varianza de los factores se fijó a la unidad y no se permitió la correlación entre los términos de error.

Teniendo en cuenta que el método de estimación factorial seleccionado asume la normalidad multivariada y el potencial sesgo en la estimación de parámetros, los resultados del test de normalidad de los ítems del *CERFB* podrían suponer una contradicción. Bollen (1989) justificó el uso del MLE cuando -como en el caso del presente estudio- la distribución de las variables observables no tuvo un exceso marcado de curtosis. Cudeck (en Stewart et al., 2001), partiendo de la fiabilidad de los resultados sujetos a la premisa de que raramente las variables siguen una distribución normal, también sugirió el uso del MLE cuando -como en el caso en particular- las distribuciones no se desviaron completamente de la normalidad.

Como procedimiento exploratorio se realizó el análisis de componentes principales (ACP) del *CERFB*.

Previamente, se evaluó la adecuación muestral de los datos de la muestra de participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias a través de índice del Test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y del Test de Esfericidad de Bartlett. Los valores del índice KMO oscilan entre 0 y 1, y son indicativos de mayor adecuación muestral aquellos valores próximos a 1, mientras que los valores del índice del Test de Esfericidad de Bartlett deben ser significativos ($p < .05$; Hair et al., 2006).

Para estimar el número de componentes (o factores latentes) del conjunto de variables observables (o ítems) del *CERFB* se aplicó la regla de Kaiser (1958) de valores propios superiores a 1.0 y el gráfico de sedimentación o *scree plot* de Cattell (1966) -basado en la representación gráfica de la magnitud de los valores propios-. A través de la matriz resultante de comunalidades, previa selección de los factores, se

procedió a verificar si el modelo de estructura factorial hipotetizado del CERFB representaba adecuadamente el conjunto de ítems. Cada variable o ítem debe presentar una puntuación $\geq .10$. Una puntuación $< .10$ indica que la variable no está bien reproducida en la solución factorial. A partir de estos fundamentos, se analizó la matriz de los componentes principales del CERFB con el propósito de identificar los ítems que componían cada factor. Se utilizó el método de rotación ortogonal Varimax (Kaiser, 1958).

La determinación de la validez de constructo del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias se complementó con el análisis de la *validez convergente* entre dicho instrumento y la DAS (Bornstein & Bornstein, 1992) y el PBI (Ballús-Creus, 1991). Para ello, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de las escalas Conyugalidad del CERFB y Ajuste Diádico de la DAS y entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del CERFB y Cuidado y Sobreprotección del PBI. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre ± 1 , y son indicativos de relación aquellos diferentes a 0, aumentando la fuerza cuanto más próximos a ± 1 . En concreto, los valores $r = .10$ a $.29$ son indicativos de una fuerza pequeña, $.30$ a $.49$ media y $> .50$ grande (Cohen, 1988). Asimismo, los valores positivos deben interpretarse en el marco de la tendencia de aumento o disminución proporcional de las puntuaciones de las escalas pertinentes a ambos instrumentos, mientras que los valores negativos en el marco de la tendencia de aumento o disminución inversamente proporcional (Pallant, 2013).

En tercer lugar, se analizó la *fiabilidad* del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) de cada escala, Conyugalidad y Parentalidad, como indicadores de consistencia interna. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre 0 y 1,

y son indicativos de mayor consistencia interna aquellos valores próximos a 1. Los valores alpha de Cronbach $> .90$ son indicativos de una consistencia interna excelente, $> .80$ buena, $> .70$ aceptable, $> .60$ cuestionable, $> .50$ pobre y $< .50$ no aceptable (George & Mallery, 2003).

Finalmente, siguiendo las indicaciones de Burgueño, García-Bastos y González-Buitrago (1995) -referentes al conocimiento de la calidad de una prueba diagnóstica en el marco de los *puntos de corte*-, se elaboraron curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) para analizar los índices de sensibilidad y especificidad de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del CERFB y se calculó el área bajo la curva (ABC). Además, se realizaron tablas de contingencia para distribuir las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones de ambas escalas del CERFB en función de los puntos de corte establecidos y los grupos clasificados a partir de los criterios diagnósticos de trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Para los análisis estadísticos del presente estudio se utilizó el software IBM SPSS Statistics 22. El porcentaje del intervalo de confianza se estableció en 95% ($p < .05$).

4.3. Segundo Estudio

4.3.1. Participantes

Descripción de los participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias

Los participantes se distribuyeron entre 77 hombres y 77 mujeres. Dado que el

estudio se centra en la evaluación de las parejas como unidad familiar, existió equidad entre el número de participantes de ambos géneros. La edad del 96.1% de los hombres osciló entre 37 y 70 años ($M = 55.20$, $DE = 8.08$) y del 96.1% de las mujeres entre 35 y 70 años ($M = 53.15$, $DE = 7.99$).

En relación al nivel de estudios, el 22.1% de los hombres y el 16.9% de las mujeres cursó estudios primarios, el 62.4% de los hombres y el 74.1% de las mujeres estudios secundarios, y el 13% de los hombres y el 6.5% de las mujeres estudios superiores.

El 49.4% de los hombres y el 42.9% de las mujeres nació en Cataluña y el 45.5% de los hombres y el 52% de las mujeres en otras comunidades autónomas españolas.

En lo que concierne al estado civil de las parejas, el 96.1% de los cónyuges estaban casados y el 3.9% vivía en pareja. El tiempo de convivencia del 90.9% de las parejas osciló entre 15 y 48 años ($M = 31.04$, $DE = 8.43$). El total de las parejas, constituidas como familias, tenía entre 1 y 6 hijos ($M = 2.19$, $DE = 0.79$) y una media de 1.60 ($DE = 0.69$) hijos que convivían con la familia de origen en el momento de participar en el estudio.

El total de las familias residía en cuatro comunidades autónomas españolas, destacando con el 63.6% Cataluña y con el 27.3% Galicia.

En las Tablas 10 y 11 se concretan, con mayor detalle, los datos sociodemográficos de las familias clínicas y sus miembros.

Tabla 10.

Descriptivos sociodemográficos de los cónyuges de las familias clínicas del Segundo Estudio

Variable	Padre		Madre	
	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Edad (años)	74	55.20 (8.08)	74	53.15 (7.99)
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	17	22.1	13	16.9
Secundarios	48	62.4	57	74.1
Superiores	10	13.0	5	6.5
Sin estudios	1	1.3	1	1.3
Sin datos	1	1.3	1	1.3
<i>Comunidad autónoma española de nacimiento</i>				
Cataluña	38	49.4	33	42.9
Galicia	18	23.4	17	22.1
Andalucía	4	5.2	6	7.8
Islas Baleares	4	5.2	6	7.8
Castilla - La Mancha	2	2.6	1	1.3
Extremadura	2	2.6	3	3.9
Castilla y León	1	1.3		
Aragón	1	1.3	2	2.6
Cantabria	1	1.3		
País Vasco	1	1.3		
Región de Murcia	1	1.3	2	2.6
Comunidad Valenciana			2	2.6
Comunidad de Madrid			1	1.3
Sin datos	4	5.2	4	5.2
<i>Estado civil</i>				
Vive en pareja	3	3.9	3	3.9
Casado/a 1 ^{er} matrimonio	72	93.5	72	93.5
Casado/a 2 ^{as} nupcias o más	2	2.6	2	2.6

Nota. *N* = 77. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

Tabla 11.

Descriptivos sociodemográficos de las familias clínicas del Segundo Estudio

Variable	<i>n</i>	<i>M (DE) o %</i>
Convivencia conyugal (años) ^a	140	31.04 (8.43)
Número de hijos	77	2.19 (0.79)
Número de hijos que conviven	77	1.60 (0.69)
<i>Comunidad autónoma española de residencia</i>		
Cataluña	49	63.6
Galicia	21	27.3
Islas Baleares	6	7.8
Aragón	1	1.3

Nota. *N* = 77. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

^a*N* = 154

Es preciso poner énfasis en los hijos con trastornos relacionados con sustancias de las familias clínicas, los cuales se distribuyeron entre 63 hombres y 14 mujeres. La edad del total de los hijos osciló entre 13 y 48 años ($M = 26.35$, $DE = 9.05$). En relación al nivel de estudios, el 15.6% de los hijos cursó estudios primarios, el 74.1% estudios secundarios y el 9.1% estudios superiores.

A nivel clínico, predominó el diagnóstico de la subcategoría trastorno por consumo de cannabis en el 49.4% de los hijos, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de estimulantes en el 22.1%, respectivamente; y trastorno por consumo de opiáceos en el 6.5%, según los criterios diagnósticos del *DSM-5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Asimismo, cabe resaltar que existieron diferentes trastornos por consumo de sustancias asociados en el 76.6% de los hijos. En el total de los casos el trastorno por consumo de sustancias se inició cuando los hijos tenían entre 11 y 29 años ($M = 16.32$, $DE = 3.44$), con una evolución de 0 a 31 años ($M = 10.03$, $DE = 7.45$) en el momento de participar en el estudio.

Ante los trastornos relacionados con sustancias, las familias solicitaron tratamiento: el 31.2% realizó el tratamiento en el Hospital de Mataró, el 27.3% en la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña, el 10.4% en el Hospital d'Igualada, el 9.1% en el Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de Rubí. Por último, el 7.8% realizó el tratamiento en el Servei Coordinador de Drogodependències de Menorca, el 6.5% en la Fundació Salut i Comunitat de Barcelona, el 5.2% en el Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències SPOTT de Barcelona, y el 1.3% en el Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sarrià - Sant Gervasi de Barcelona y en la Comunitat Terapèutica Can Serra de Girona, respectivamente.

Referente al tiempo en tratamiento, el 33.8% de las familias no realizó ningún tratamiento superior a los tres meses o 100 días, mientras que el 64.9% restante sí. La modalidad de tratamiento principal fue la terapia individual en el 87% de los casos; la terapia familiar quedó íntegramente excluida.

En la Tabla 12 se concretan, con mayor detalle, los datos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas.

Tabla 12.

Descriptivos sociodemográficos y clínicos de los hijos de las familias clínicas del Segundo Estudio

Variable	<i>n</i>	<i>M (DE)</i> o %
Datos sociodemográficos		
<i>Género</i>		
Hombre	63	81.8
Mujer	14	18.2
Edad (años)	77	26.35 (9.05)
<i>Nivel de estudios</i>		
Primarios	12	15.6
Secundarios	57	74.1
Superiores	7	9.1
Sin datos	1	1.3
Datos clínicos de los trastornos relacionados con sustancias		
<i>Subcategoría diagnosticada</i>		
Trastorno por consumo de cannabis	38	49.4
Trastorno por consumo de alcohol	17	22.1
Trastorno por consumo de estimulantes	17	22.1
Trastorno por consumo de opiáceos	5	6.5
<i>Trastornos por consumo de sustancias asociados</i>		
Existencia	59	76.6
Inexistencia	18	23.4
Edad de inicio (años)	77	16.32 (3.44)
Evolución (años)	77	10.03 (7.45)
<i>Centro de tratamiento</i>		
Hospital de Mataró	24	31.2
Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD)	21	27.3
Hospital d'Igualada	8	10.4
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de Rubí	7	9.1
Servei Coordinador de Drogodependències de Menorca	6	7.8
Fundació Salut i Comunitat	5	6.5
Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències SPOTT	4	5.2
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sarrià - Sant Gervasi	1	1.3
Comunitat Terapèutica Can Serra	1	1.3
<i>Modalidad de tratamiento e intervención</i>		
Terapia individual	67	87.0
Terapia individual y grupal	7	9.1
Hospital de día	2	2.6
Terapia grupal	1	1.3
<i>Tiempo en tratamiento</i>		
Hasta 3 meses o 100 días	26	33.8
Más de 3 meses o 100 días	50	64.9
Sin datos	1	1.3

Nota. *N* = 77. Las unidades de medidas de las variables están entre paréntesis.

La comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias se registró en el 42.9% de los hijos, por el contrario, no se registró en el 44.2%. Dicha comorbilidad se distribuyó entre los trastornos mentales con un 72.7% y entre los trastornos de la personalidad con un 12.1%, según los criterios diagnósticos del *DSM-5* (Asociación

Americana de Psiquiatría, 2014); el 15.1% restante correspondió a la comorbilidad existente entre los trastornos relacionados con sustancias y ambos trastornos, mentales y de la personalidad, conjuntamente.

En la Tabla 13 se concretan, con mayor detalle, los datos psicopatológicos de los hijos de las familias clínicas. Asimismo, en la Tabla 13 se especifican los datos psicopatológicos del resto de miembros de las familias clínicas. Acorde con estos datos, se observa que no existió diagnóstico psicopatológico en el 51.9% de las mismas, en contraposición con el 32.5%. Cabe destacar que predominó el diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias en el 3.9% de los padres y en el 7.8% de la fratría, así como también de trastornos depresivos en el 13% de las madres.

Tabla 13.

Descriptivos psicopatológicos según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) de los miembros de las familias clínicas del Segundo Estudio

Variable	Hijo							
	con TRS		Padre		Madre		Fratría	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ausencia de diagnóstico psicopatológico			57	74.0	46	59.7	57	74.0
Trastornos relacionados con sustancias (en remisión total)					2	2.6		
<i>Trastornos mentales</i>								
Trastornos del neurodesarrollo	10	13.0						
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	6	7.8			2	2.6		
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	3	3.9	1	1.3	1	1.3	1	1.3
Trastornos depresivos	7	9.1	2	2.6	10	13.0	1	1.3
Trastornos de ansiedad	8	10.4	3	3.9	7	9.1	2	2.6
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	2	2.6						
Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	3	3.9						
Trastornos relacionados con sustancias	77	100	3	3.9	2	2.6	6	7.8
Sin datos	11	14.3	12	15.6	12	15.6	12	15.6
<i>Trastornos de la personalidad</i>								
Grupo A	1	1.3						
Grupo B	6	7.8						
Grupo C	2	2.6						
Sin datos	11	14.3	12	15.6	12	15.6	12	15.6

Nota. *N* = 77. TRS = trastornos relacionados con sustancias.

Descripción de los participantes grupo control sin diagnóstico psicopatológico

La descripción de los participantes grupo control del Segundo Estudio se detalla en el apartado 4.2.1. Participantes del Primer Estudio (p. 144).

4.3.2. Análisis de datos

Preliminarmente, se garantizó el control del efecto de potenciales variables extrañas en las puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*, Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y Cuidado y Sobreprotección del *PBI* (Ballús-Creus, 1991) de las familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico.

En las familias grupo clínico dichas variables aludieron al tiempo en tratamiento (inferior a los tres meses o 100 días vs. superior a los tres meses o 100 días), a la existencia o ausencia de comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias (Schuckit, 2006; Torrens et al., 2011) y a la existencia o ausencia de diagnóstico psicopatológico en otros miembros del núcleo familiar (Becoña et al., 2009; Hodgins et al., 2007).

En las familias grupo control la variable extraña aludió al formato (papel vs. online) de participación en el estudio (Gosling et al., 2004; Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012).

La normalidad de las puntuaciones de Conyugalidad, Parentalidad, Ajuste Diádico, Cuidado y Sobreprotección, según las variables extrañas citadas, se verificó mediante la prueba de Shapiro-Wilk ($n \leq 50$) o Kolmogorov-Smirnov ($n > 50$). La normalidad en la comparación de medias de dos grupos también se asumió aplicando el

teorema del límite central, en la casuística de tamaños de muestra suficientemente grandes ($n > 90$).

Por lo tanto, se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student para la comparación de medias de Conyugalidad, Parentalidad, Ajuste Diádico, Cuidado y Sobreprotección - según las variables extrañas- con dos muestras independientes cuando se cumplía la condición de normalidad ($p > .01$) o se aplicaba el teorema del límite central. Asimismo, se utilizó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney en aquellos casos que no se cumplía la condición de normalidad ($p < .01$).

Adicionalmente, se realizó un ANOVA para evaluar y controlar el efecto de la interacción entre la comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias y el diagnóstico psicopatológico de otros miembros del núcleo familiar.

En dichos análisis previos no se registró ningún efecto de las potenciales variables extrañas, pudiendo proceder a la realización de los análisis estadísticos con la muestra total del Segundo Estudio.

En primer lugar, los datos descriptivos de los participantes se calcularon y se expresaron en media (*M*) y desviación estándar (*DE*) para las variables cuantitativas, y en porcentaje (%) para las variables cualitativas o categóricas.

En segundo lugar, se determinó la validez de constructo del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias mediante un ***análisis factorial confirmatorio (AFC)***, en concreto, a través de la modelización de ecuaciones estructurales (Structural Equation Modelling, SEM).

Con la utilización del AFC se puso a prueba el modelo de estructura bifactorial hipotetizado del CERFB, que emergió de los resultados del AFE en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias (Mercadal et al., 2018) y, que a su vez, sustentó la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002,

2007, 2012) -modelo teórico del instrumento- (Rial et al., 2006; Worthington & Whittaker, 2006).

Como indican diversos autores, en la presente investigación, se siguió la tendencia dominante -utilización conjunta del AFE y el AFC- referida a la validez de constructo de un instrumento. Batista-Foguet y Coenders (1998) y Batista-Foguet et al. (2004) concluyeron categóricamente que el AFE es insuficiente para garantizar la validez de constructo de un instrumento de ámbito sanitario. Para ello, dichos autores propusieron el AFC -en concreto, la SEM- como alternativa complementaria apropiada. Worthington y Whittaker (2006) evidenciaron que en la validez de constructo de un instrumento nuevo los investigadores deben evaluar la estructura factorial subyacente -mediante AFE- y seguidamente efectuar el AFC. Además, Worthington y Whittaker añadieron un aspecto clave en la validez de constructo: replicar el modelo de estructura factorial hipotetizado utilizando una nueva muestra de participantes. Así pues, estos autores propusieron utilizar el AFC, después de que un instrumento haya sido evaluado a través del AFE, para verificar si el modelo de estructura factorial hipotetizado encaja con una nueva muestra de participantes.

El tamaño de la nueva muestra de participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias ($n = 154$) -en cuyos datos proporcionados se replicó el modelo de estructura bifactorial hipotetizado del *CERFB*, que emergió de los resultados del AFE- se ajustó a las recomendaciones clásicas de carácter amplio que recogen Kline (2011), Rial et al. (2006) y Worthington y Whittaker (2006) -basadas en ratios mínimas de participantes por ítem (5:1 o 10:1)-.

La preparación de los datos para el AFC incluyó el análisis y tratamiento de los valores perdidos y de la normalidad de los datos. La exploración de la frecuencia y distribución de los valores perdidos identificó un total de 81 valores perdidos (2% del

total de los datos). Dichos valores no alcanzaron un porcentaje superior al 4.5% en ningún ítem. Por lo tanto, los valores perdidos se sustituyeron por la media del ítem, pudiendo incluir el total de los datos en los análisis (George & Mallery, 2003; Kline, 2011).

Se exploró la normalidad univariada a partir de los coeficientes univariantes de asimetría y curtosis de cada ítem del *CERFB*. Los valores entre ± 1.0 son considerados excelentes y entre ± 2.0 aceptables (George & Mallery, 2003). Asimismo, se obtuvieron los estadísticos de contraste univariantes de asimetría y curtosis (z) -y sus valores p asociados- y los estadísticos de contraste conjuntos de asimetría y curtosis univariantes (chi-cuadrado [χ^2]) -y sus correspondientes valores p -. Se exploró también la normalidad multivariada a partir del coeficiente multivariante de asimetría y curtosis -y su correspondiente estadístico de contraste multivariante (z) y su valor p asociado- y del estadístico de contraste conjunto de asimetría y curtosis multivariante (χ^2) -y su correspondiente valor p -. Los valores z que se ajustan al valor crítico ± 1.96 y los valores χ^2 inferiores a 5.99 no significativos ($p > .05$) son indicativos del cumplimiento de la condición de normalidad (González et al., 2006).

Los ítems del *CERFB* presentaron un ajuste a la normalidad variable. En términos de normalidad univariada, se apreció una posible desviación de la normalidad -algunos ítems presentaron coeficientes de asimetría y curtosis con valores z que no se ajustaron al valor crítico ± 1.96 y valores p asociados significativos-. En lo que refiere a la mayoría de estadísticos de contraste conjuntos de asimetría y curtosis univariantes, también se apreció una posible desviación de la normalidad -a partir de valores χ^2 superiores a 5.99 y valores p asociados significativos-. En términos de normalidad multivariada, el conjunto de valores obtenidos sugirió una posible desviación de la normalidad. En contraposición, la medida de curtosis multivariante relativa fue de

1.111, evidenciando un ajuste razonable de los datos colectivos a la normalidad. Los estadísticos de contraste univariantes de asimetría y curtosis (z) y sus valores p asociados revelaron que, en la posible desviación de la normalidad mencionada, la asimetría resultaba más problemática que la curtosis: 16 ítems presentaron coeficientes de asimetría con valores z mayores que ± 1.96 y valores p asociados significativos, y 5 ítems presentaron coeficientes de curtosis con dichos valores z y p asociados (ver Tabla N1, Apéndice N).

A partir de aquí, se puso a prueba el modelo de estructura bifactorial hipotetizado del *CERFB* utilizando el método de estimación de probabilidad máxima (Maximum Likelihood Estimation, MLE) mediante una matriz de varianzas-covarianzas de los ítems del *CERFB* (Bollen, 1989; Hair et al., 2006; Stewart et al., 2001). En la Tabla N2 (ver Apéndice N) se presentan -en la diagonal de la matriz- las varianzas de cada variable observable (o ítem) del *CERFB* y -por debajo de la diagonal de la matriz- las covarianzas entre los distintos ítems (Tabachnick & Fidell, 2007). La varianza de los factores se fijó a la unidad y no se permitió la correlación entre los términos de error.

Teniendo en cuenta que el método de estimación factorial seleccionado asume la normalidad multivariada y el potencial sesgo en la estimación de parámetros, los resultados del test de normalidad de los ítems del *CERFB* podrían suponer una contradicción. Bollen (1989) justificó el uso del MLE cuando -como en el caso del presente estudio- la distribución de las variables observables no tuvo un exceso marcado de curtosis. Cudeck (en Stewart et al., 2001), partiendo de la fiabilidad de los resultados sujetos a la premisa de que raramente las variables siguen una distribución normal, también sugirió el uso del MLE cuando -como en el caso en particular- las distribuciones no se desviaron completamente de la normalidad.

En la SEM, siguiendo las recomendaciones de Hooper, Coughlan y Mullen

(2008), se valoró la bondad de ajuste del modelo de estructura bifactorial hipotetizado del CERFB a partir de la combinación de diversos índices, sujetos a dos tipologías de *índices de ajuste global (índices de ajuste absoluto e índices de ajuste incremental)*. Los índices descritos a continuación se eligieron, con respecto a otros, por su menor sensibilidad al tamaño muestral, a errores del modelo y a estimaciones de los parámetros.

Por un lado, de entre los índices de ajuste absoluto -los cuales determinan el ajuste del modelo a los datos, es decir, a la matriz de varianzas-covarianzas observadas a partir de los parámetros estimados- se calcularon:

- El estadístico chi-cuadrado (χ^2), su valor p y sus grados de libertad (gl). Son indicativos de un buen ajuste los valores p de χ^2 no significativos al nivel .05 (Barrett, 2007).
- La razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/gl) -que minimiza el impacto del tamaño muestral-. Son indicativos de un buen ajuste, según Tabachnick y Fidell (2007), los valores iguales o inferiores a 2.0 y, según Wheaton, Muthén, Alwin y Summers (1977), los valores iguales o inferiores a 5.0.
- El error de aproximación de la media cuadrática (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) y su intervalo de confianza asociado. Los valores del índice RMSEA oscilan entre 0 y 1, y son indicativos de mayor ajuste los valores pequeños. Los autores que inicialmente consideraron los valores de .05 a .10 indicativos de ajuste, más tarde los matizaron; consideraron los valores de hasta .08 indicativos de un buen ajuste y los valores de .08 a .10 indicativos de un ajuste mediocre (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). Asimismo, recientemente y de manera consensuada, los valores del índice RMSEA indicativos de un buen ajuste han sido acotados a valores cercanos a .06 (Hu & Bentler, 1999) o a .07 (Steiger,

2007). Los valores de referencia del intervalo de confianza asociado al índice RMSEA, según Hooper et al. (2008), comprenden el rango de 0 (límite inferior) a .08 (límite superior). En otras palabras, para Byrne (1998) cuanto menor sea el intervalo de confianza, mayor precisión denotará el valor del índice RMSEA.

- El residuo estandarizado de la media cuadrática (Standardized Root Mean Square Residual, SRMR). Los valores del índice SRMR oscilan entre 0 y 1, y son indicativos de un ajuste bueno los valores inferiores a .05 (Byrne, 1998; Diamantopoulos & Siguaw, 2000) y de un ajuste aceptable los valores de hasta .08 (Hu & Bentler, 1999).

Y, por otro lado, de entre los índices de ajuste incremental -los cuales comparan el ajuste global del modelo propuesto con un modelo hipotético nulo sin relación entre variables- se calculó:

- El índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI). Los valores del índice CFI oscilan entre 0 (ajuste nulo del modelo a los datos) y 1 (ajuste perfecto), considerándose .95 un umbral de ajuste apropiado (Hu & Bentler, 1999).

La determinación de la validez de constructo del *CERFB* en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias se complementó con el análisis de la **validez convergente** entre dicho instrumento y la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y el *PBI* (Ballús-Creus, 1991). Para ello, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* y entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado y Sobreprotección del *PBI*. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre ± 1 , y son indicativos de relación aquellos diferentes a 0, aumentando la fuerza cuanto más próximos a ± 1 . En concreto, los valores $r = .10$ a $.29$ son indicativos de una fuerza pequeña, $.30$ a $.49$ media y $> .50$ grande (Cohen, 1988). Asimismo, los valores positivos

deben interpretarse en el marco de la tendencia de aumento o disminución proporcional de las puntuaciones de las escalas pertinentes a ambos instrumentos, mientras que los valores negativos en el marco de la tendencia de aumento o disminución inversamente proporcional (Pallant, 2013).

Finalmente, se analizó la *fiabilidad* del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) de cada escala, Conyugalidad y Parentalidad, como indicadores de consistencia interna. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre 0 y 1, y son indicativos de mayor consistencia interna aquellos valores próximos a 1. Los valores alpha de Cronbach $> .90$ son indicativos de una consistencia interna excelente, $> .80$ buena, $> .70$ aceptable, $> .60$ cuestionable, $> .50$ pobre y $< .50$ no aceptable (George & Mallery, 2003).

Para los análisis estadísticos del presente estudio se utilizó el software IBM SPSS Statistics 22 y, específicamente, para el AFC el software MPlus (Muthén & Muthén 1998 - 2014). El porcentaje del intervalo de confianza se estableció en 95% ($p < .05$).

4.4. Baremación

4.4.1. Análisis de datos

Los baremos del CERFB en los trastornos relacionados con sustancias, sujetos a la muestra total de participantes grupo clínico ($n = 304$) -resultante de la suma de los participantes grupo clínico del Primer y Segundo Estudio-, se obtuvieron a partir de puntuaciones directas, puntuaciones en base 10 y puntuaciones tipificadas (T).

De un lado, las puntuaciones directas de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* se transformaron a puntuaciones en base 10 a través del algoritmo (*puntuación directa de la escala – mínima puntuación posible de la escala*) * (*10 / rango de la escala*). De otro lado, las puntuaciones directas de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* se transformaron a puntuaciones T a través del algoritmo (*puntuación directa de la escala – media del grupo clínico de la escala*) / *desviación típica de la escala*.

Seguidamente, las puntuaciones directas, las puntuaciones en base 10 y las puntuaciones T se convirtieron a una escala percentil estableciendo los baremos para Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias. El escalamiento de las puntuaciones consistió en asignarles a las mismas el porcentaje de sujetos que obtuvieron puntuaciones inferiores, lo cual permitió interpretar dichas puntuaciones respecto al grupo de referencia. Los percentiles constituyeron una escala ordinal desigual entre los intervalos de puntuaciones (Muñiz, 1994).

4.5. Comparación entre grupo clínico y grupo control

4.5.1. Análisis de datos

El análisis comparativo de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, estuvo sujeto a la muestra total de participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias ($n = 304$) y a la muestra total de participantes grupo control sin diagnóstico psicopatológico ($n = 372$). Dicho análisis -a partir de las puntuaciones de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*- se realizó a través de la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes; con la muestra total

de participantes de la investigación ($N = 676$) como variable independiente y las escalas del *CERFB* como variables dependientes.

5. Resultados

5.1. Primer Estudio

5.1.1. Validez de constructo

5.1.1.1. Análisis factorial exploratorio

5.1.1.2. Validez convergente

5.1.2. Análisis de fiabilidad

5.1.3. Puntos de corte

5.2. Segundo Estudio

5.2.1. Validez de constructo

5.2.1.1. Análisis factorial confirmatorio

5.2.1.2. Validez convergente

5.2.2. Análisis de fiabilidad

5.3. Baremación

5.4. Comparación entre grupo clínico y grupo control

5. Resultados

5.1. Primer Estudio⁷

5.1.1. Validez de constructo

5.1.1.1. Análisis factorial exploratorio (AFE)

La adecuación muestral de los datos de la muestra de participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias fue buena, tal como indicaron el índice KMO igual a .87 y la significación del índice del Test de Esfericidad de Bartlett ($\chi^2(300) = 1758.40; p < .001$).

La regla de Kaiser (1958) de valores propios superiores a 1.0 determinó extraer dos componentes (o factores latentes), los cuales explicaron el 47.3% de la varianza total de respuesta al CERFB. Asimismo, el gráfico de sedimentación o *scree plot* de Cattell (1966) indicó extraer dos factores (ubicados por encima de la curva del gráfico de sedimentación). Estos factores respondieron a Conyugalidad y Parentalidad. Las comunalidades finales -entre .20 y .80- indicaron que cada variable observable (o ítem) estaba representada adecuadamente por el modelo de estructura bifactorial hipotetizado del CERFB. En la Tabla 14 se presenta la matriz de los componentes principales del CERFB -extraída del AFE-, así como también el valor propio y el porcentaje de varianza explicada de cada factor, a saber, Conyugalidad y Parentalidad.

⁷ Resultados presentados en la publicación: Mercadal, L., Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Cano, M. e Ibáñez, N. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias*. Manuscrito presentado para su publicación.

Tabla 14.

Matriz de los componentes principales del CERFB

Ítem	Factor Conyugalidad	Factor Parentalidad	Cr _{pb}
Ítem 3_Conyugalidad	0.79		.73
Ítem 6_Conyugalidad	-0.37		.41
Ítem 7_Conyugalidad	-0.72		.66
Ítem 9_Conyugalidad	-0.74		.65
Ítem 10_Conyugalidad	-0.46		.52
Ítem 11_Conyugalidad	0.79		.75
Ítem 12_Conyugalidad	0.86		.83
Ítem 14_Conyugalidad	-0.52		.52
Ítem 16_Conyugalidad	0.86		.84
Ítem 17_Conyugalidad	0.72		.71
Ítem 19_Conyugalidad	0.82		.77
Ítem 22_Conyugalidad	-0.60		.53
Ítem 24_Conyugalidad	-0.67		.63
Ítem 25_Conyugalidad	0.76		.73
Ítem 1_Parentalidad		-0.63	.39
Ítem 2_Parentalidad		-0.64	.53
Ítem 4_Parentalidad		-0.47	.34
Ítem 5_Parentalidad		0.67	.65
Ítem 8_Parentalidad		0.52	.54
Ítem 13_Parentalidad		0.44	.41
Ítem 15_Parentalidad		-0.71	.65
Ítem 18_Parentalidad		-0.48	.45
Ítem 20_Parentalidad		0.42	.38
Ítem 21_Parentalidad		-0.72	.68
Ítem 23_Parentalidad		-0.51	.40
Valor propio	9.27	2.58	
Varianza explicada	37%	10.3%	

Nota. N = 150

En la Tabla 14 se aprecia el modelo de estructura bifactorial hipotetizado del CERFB, compuesto por los dos factores latentes correspondientes a Conyugalidad y Parentalidad, en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.

De un lado, los ítems (variables observables) de la escala Conyugalidad del *CERFB* saturaron en un único factor, correspondiente a Conyugalidad. De acuerdo con la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico, y teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Conyugalidad Armoniosa, saturación positiva y Conyugalidad Disarmónica, saturación negativa. El factor Conyugalidad está formado por 14 ítems (3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 22, 24 y 25) que evalúan la percepción de los progenitores de la relación familiar con el cónyuge.

De otro lado, los ítems (variables observables) de la escala Parentalidad del *CERFB* saturaron en un único factor, correspondiente a Parentalidad. De acuerdo con la visión bidimensional de máxima positividad y negatividad del constructo teórico, y teniendo en cuenta los signos correspondientes a las saturaciones, se distinguieron los dos polos que coinciden con: Parentalidad Primariamente Conservada, saturación positiva y Parentalidad Primariamente Deteriorada, saturación negativa. El factor Parentalidad está formado por 11 ítems (1, 2, 4, 5, 8, 13, 15, 18, 20, 21 y 23) que evalúan la percepción de los progenitores de la relación familiar con los hijos.

Es necesaria una puntualización respecto a la correlación positiva y significativa entre ambos factores ($r(148) = .53, p < .001$).

5.1.1.2. Validez convergente

La correlación entre las puntuaciones de las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) fue positiva y significativa ($r(94) = .85, p < .001$), reportando una fuerza de relación grande. La tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de ambos instrumentos fue proporcional.

La correlación entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* (Ballús-Creus, 1991) fue positiva y significativa ($r(118) = .53, p < .001$) y entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* fue negativa y significativa ($r(119) = -.55, p < .001$), reportando una fuerza de relación grande en ambos casos. La tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* fue proporcional, a diferencia de la tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* que fue inversamente proporcional.

El conjunto de los coeficientes de correlación de Pearson reportaron una adecuada validez convergente entre las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* y entre las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado y Sobreprotección del *PBI* en los trastornos relacionados con sustancias.

5.1.2. Análisis de fiabilidad

El coeficiente alpha de Cronbach para la escala Conyugalidad del *CERFB* fue de .93 y para la escala Parentalidad del *CERFB* fue de .82, reportando una consistencia interna excelente y buena, respectivamente. Se obtuvieron coeficientes de buena consistencia interna del *CERFB* que no mejoraron suprimiendo ningún ítem y que reportaron, por lo tanto, resultados satisfactorios.

5.1.3. Puntos de corte

En la Tabla 15 se presentan los puntos de corte de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*, a partir de los cuales las puntuaciones iguales o inferiores correspondieron a las familias pertenecientes al grupo con peor valoración de las funciones de conyugalidad y parentalidad.

De un lado, el punto de corte de la escala Conyugalidad -que discriminó entre familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico- fue de 56, con una sensibilidad del 56.4% y una especificidad del 41.2% y con una área bajo la curva ROC de .60 (discriminó con una probabilidad del 60%).

De otro lado, el punto de corte de la escala Parentalidad -que discriminó entre familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico- fue de 41, con una sensibilidad del 67.4% y una especificidad del 29.9% y con una área bajo la curva ROC de .75 (discriminó con una probabilidad del 75%).

Tabla 15.

Punto de corte, porcentaje de sensibilidad y especificidad, área bajo la curva ROC, grado de significación e intervalo de confianza de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB

	Grupo N	Grupo clínico (%)	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	ABC	p	95% IC
<i>Grupo clínico^a frente a grupo control^b</i>								
Conyugalidad	496	27.8	56	56.4	41.2	.60	.001*	[.54, .65]
Parentalidad	499	27.4	41	67.4	29.9	.75	.000*	[.70, .80]

Nota. N = 522. ABC = área bajo la curva ROC; IC = intervalo de confianza.

^a n = 150; ^b n = 372

* p ≤ .001

La distribución de las frecuencias y porcentajes de las puntuaciones en las escalas Conyugalidad y Parentalidad del CERFB -en función de los grupos clasificados a partir de los criterios diagnósticos de trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)- se encuadró en los puntos de corte establecidos en cuanto a la consecución de resultados deseables.

De un lado, en las familias grupo clínico, en comparación con las familias grupo control, se determinó un mayor porcentaje de puntuaciones en las escalas Conyugalidad

y Parentalidad del CERFB por debajo de los puntos de corte establecidos. De otro lado, en las familias grupo control, en comparación con las familias grupo clínico, se determinó un mayor porcentaje de puntuaciones en ambas escalas del CERFB por encima de los puntos de corte establecidos.

5.2. Segundo Estudio

5.2.1. Validez de constructo

5.2.1.1. Análisis factorial confirmatorio (AFC)

La bondad de ajuste del modelo de estructura bifactorial hipotetizado del CERFB a los datos de la muestra de participantes grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias fue buena, tal como indicaron los índices de ajuste global obtenidos (ver Tabla 16).

Tabla 16.

Índices de ajuste del modelo de estructura bifactorial del CERFB

χ^2	gl	p	χ^2/gl	RMSEA IC 90%	SRMR	CFI
475.20	274	.000	1.73	.06 [.05, .07]	.07	.87

Nota. N = 154

El estadístico chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/gl) -que minimizó el impacto del tamaño muestral- refirió un buen ajuste del modelo a los datos, a pesar de que chi-cuadrado (χ^2) presentó el modelo como significativamente distinto a lo datos.

El valor del índice RMSEA fue indicativo de un ajuste bondadoso. Asimismo, los límites inferior y superior del intervalo de confianza (IC) del 90% -asociado al

índice RMSEA- se encuadraron dentro del rango deseable, con un tamaño de intervalo indicativo de precisión en cuanto al ajuste bondadoso del valor .06 del índice RMSEA.

El valor del índice SRMR se encuadró dentro del valor indicativo de un ajuste aceptable.

Por último, el valor del índice CFI fue levemente inferior al valor considerado como un umbral de ajuste apropiado.

En la Figura 3 se presenta la representación gráfica -en un diagrama de flujos (*path diagram*)- del modelo de estructura bifactorial del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.

El conjunto de ítems (variables observables) del cuestionario -representados en los rectángulos- evalúan las dos funciones familiares básicas propias de la teoría de Linares (1996, 2002, 2007, 2012) -factores latentes y representadas en las elipses-, tal como indican las flechas unidireccionales que los unen con los correspondientes parámetros de estimación estandarizados y errores de medida. A su vez, la flecha bidireccional indica que los dos factores correspondientes a Conyugalidad y Parentalidad están correlacionados.

En concreto, los 14 ítems relativos a la función de conyugalidad miden el factor Conyugalidad, mientras que los 11 ítems relativos a la función de parentalidad miden el factor Parentalidad.

El AFC presenta la validez del modelo de estructura bifactorial del CERFB, que emergió de los resultados del AFE, en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Del mismo modo, dicho modelo sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), dado que refirió un buen ajuste a los datos de las familias objeto de estudio (Hooper et al., 2008).

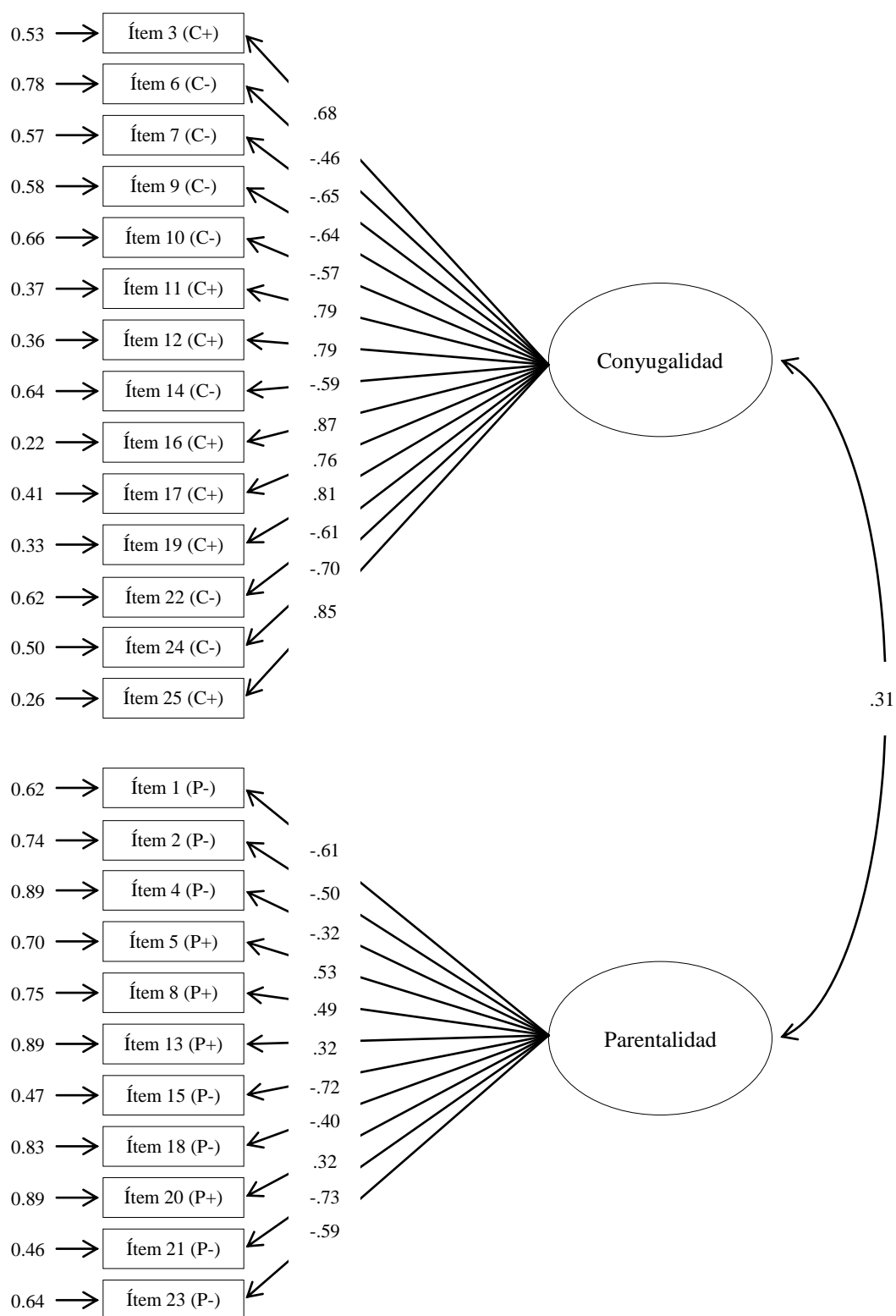


Figura 3. Representación del modelo de estructura bifactorial del CERFB en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.

5.2.1.2. Validez convergente

La correlación entre las puntuaciones de las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) fue positiva y significativa ($r(106) = .83, p < .001$), reportando una fuerza de relación grande. La tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de ambos instrumentos fue proporcional.

La correlación entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* (Ballús-Creus, 1991) fue positiva y significativa ($r(120) = .47, p < .001$) y entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* fue negativa y significativa ($r(121) = -.50, p < .001$), reportando una fuerza de relación media y grande, respectivamente. La tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* fue proporcional, a diferencia de la tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* que fue inversamente proporcional.

El conjunto de los coeficientes de correlación de Pearson reportaron una adecuada validez convergente entre las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* y entre las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado y Sobreprotección del *PBI* en los trastornos relacionados con sustancias.

5.2.2. Análisis de fiabilidad

El coeficiente alpha de Cronbach para la escala Conyugalidad del *CERFB* fue de .93 y para la escala Parentalidad del *CERFB* fue de .80, reportando una consistencia interna excelente y buena, respectivamente. Se obtuvieron coeficientes de buena consistencia interna del *CERFB* que no mejoraron suprimiendo ningún ítem y que reportaron, por lo tanto, resultados satisfactorios.

5.3. Baremación

En la Tabla 17 se presentan los baremos en percentiles para las puntuaciones directas, las puntuaciones en base 10 y las puntuaciones tipificadas (T) de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.

Tabla 17.

Baremos de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB en los trastornos relacionados con sustancias

Percentil	Conyugalidad			Parentalidad		
	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T
1	25.75	1.32	25.72	20.00	0.28	23.29
2	28.50	1.86	28.24	23.00	1.11	27.91
3	29.25	2.01	28.92	24.10	1.42	29.60
4	30.00	2.16	29.61	26.00	1.94	32.53
5	31.00	2.35	30.52	26.50	2.08	33.29
6	33.00	2.75	32.35			
7	33.25	2.79	32.58	27.00	2.22	34.06
8	34.00	2.94	33.27	28.00	2.50	35.60
9	35.00	3.14	34.18			
10	35.50	3.24	34.64	29.00	2.78	37.14
15	40.00	4.12	38.75	31.00	3.33	40.22
20	42.00	4.51	40.58	32.00	3.61	41.76
25	44.00	4.90	42.41	33.00	3.89	43.30
30	46.50	5.39	44.70	34.00	4.17	44.84
35	49.00	5.88	46.98	35.00	4.44	46.38
40	51.00	6.27	48.81	36.00	4.72	47.92
45	53.00	6.67	50.64			
50	54.00	6.86	51.55	37.00	5.00	49.46
55	56.00	7.25	53.38	38.00	5.28	51.00
60	57.00	7.45	54.30	39.00	5.56	52.54
65	58.00	7.65	55.21	40.00	5.83	54.08
70	60.00	8.04	57.04	41.00	6.11	55.62
75	61.00	8.24	57.95	42.00	6.39	57.16
80	62.00	8.43	58.87	43.00	6.67	58.70
85	64.00	8.82	60.70	44.00	6.94	60.24
90						
91	65.00	9.02	61.61			
92				46.00	7.50	63.32
93	66.00	9.22	62.53	46.10	7.53	63.47
94						
95	67.00	9.41	63.44	47.00	7.78	64.86
96	68.00	9.61	64.35	48.00	8.06	66.40
97	68.75	9.75	65.04	49.00	8.33	67.94
98	69.00	9.80	65.27	50.60	8.78	70.40
99				53.00	9.44	74.10
100	70.00	10.00	66.18	55.00	10.00	77.17

Nota. N = 304

5.4. Comparación entre grupo clínico y grupo control

El análisis comparativo de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, reveló que las puntuaciones de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del CERFB de las familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias fueron significativamente inferiores a las puntuaciones de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico.

En concreto, la puntuación media de las familias grupo clínico fue de 3.73 ($DE = 0.79$), mientras que la puntuación media de las familias grupo control fue de 4.01 ($DE = 0.61$) en la escala Conyugalidad ($t(674) = -5.11; p < .001$). Asimismo, la puntuación media de las familias grupo clínico fue de 3.40 ($DE = 0.57$), mientras que la puntuación media de las familias grupo control fue de 3.94 ($DE = 0.52$) en la escala Parentalidad ($t(674) = -12.78; p < .001$).

6. Discusión

6. Discusión

El objetivo principal de la presente tesis doctoral fue validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en familias clínicas españolas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. La consecución de dicho objetivo es la principal fortaleza de la investigación. Es necesario puntualizar que esta fortaleza obedece a las recomendaciones de la American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education (2014). Cuyas recomendaciones se fundamentan en analizar las propiedades psicométricas de un instrumento de medición en una población específica, con el propósito de obtener la evidencia empírica necesaria para su uso en dicha población. Asimismo, resulta preciso referir que en el caso en particular de la población clínica objeto de estudio se han identificado déficits psicométricos en los instrumentos existentes que evalúan la familia (Sanz et al., 2002). En consecuencia, los resultados en esta línea de estudio permiten generalizar la validez y fiabilidad del *CERFB*, y, por consiguiente, consolidar el mismo para su uso y aplicación.

La existencia del *CERFB* de Ibáñez et al. (2012) resultó determinante en el diseño de la presente investigación. Se trata del primer y único instrumento construido y validado en población general española que evalúa y diferencia simultáneamente -desde la epistemología sistémica- la conyugalidad y la parentalidad, funciones familiares propias de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). A partir de la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad, el *CERFB* proporciona información de la atmósfera relacional familiar relativa al grado de funcionalidad conyugal y parental y, por consiguiente, contribuye al rigor del diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.

La especificación del trastorno por consumo de sustancias se deriva de la marcada incidencia de dicho trastorno en la actualidad (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017), y severidad asociada (Degenhardt et al., 2011; Mathers et al., 2013; Miguel-Arias et al., 2016; Waal & Gossop, 2014). De acuerdo con los datos de prevalencia a nivel estatal, el trastorno por consumo de sustancias es entendido como un grave problema de salud pública que requiere de intervenciones prioritarias entre los diferentes trastornos psicopatológicos (Direcció General de Planificació en Salut de la Generalitat de Catalunya, 2016; Direcció General de Planificació i Avaluació de la Generalitat de Catalunya, 2006; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Asimismo, la especificación del trastorno por consumo de sustancias se deriva de la necesidad identificada de instrumentos, con garantías de validez y fiabilidad, para evaluar la familia en dicho trastorno (Sanz et al., 2002).

Otra fortaleza importante de la investigación radica en el tamaño de la muestra, que estuvo integrada por 338 parejas como unidad familiar ($N = 676$ participantes) -152 familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y 186 familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico-. Las 152 familias grupo clínico se dividieron en dos estudios; se utilizaron 75 familias para realizar el Primer Estudio y 77 familias para el Segundo Estudio. Las familias grupo clínico procedieron de una gran variedad de centros y hospitales especializados en el tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias, y las familias grupo control de diferentes comunidades autónomas españolas. Esta fortaleza es indicativa de la viabilidad de los resultados.

En su conjunto, tal como precisó Campreciós (2016), Campreciós et al. (2018), Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012), la presente investigación reporta el avance de la

validación y aplicabilidad clínica del *CERFB* en una población clínica española específica, en concreto, en los trastornos relacionados con sustancias. En este sentido, siguiendo a Keszei et al. (2010), resulta obvio considerar que la investigación aquí expuesta contribuye al avance del proceso de acumulación de evidencias del *CERFB* en población general y clínica española.

En respuesta al primer objetivo general de la presente tesis doctoral, el análisis de las propiedades psicométricas del *CERFB* determina que este puede ser considerado válido y fiable para evaluar las funciones de conyugalidad y parentalidad en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Es alentador que el *CERFB* mantenga unas propiedades psicométricas satisfactorias en su segundo uso expandido a la población clínica española. Además, es imprescindible resaltar que dichas propiedades psicométricas son consistentes en relación a la versión original en población general española (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012) y a la versión en población clínica española en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA; Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2018).

Respecto al primer y segundo objetivo específico, el análisis factorial confirmatorio (AFC) presenta la validez del modelo de estructura bifactorial del *CERFB*, que emergió de los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE; Mercadal et al., 2018), en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Del mismo modo, dicho modelo sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), dado que refirió un buen ajuste a los datos de las familias objeto de estudio (Hooper et al., 2008).

De acuerdo con estos dos objetivos específicos, se confirma la hipótesis planteada referente al ajuste del modelo de estructura bifactorial del *CERFB* a la muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias,

según los criterios de inclusión muestral. Actualmente, no existen publicaciones científicas que apoyen el uso de esta estructura factorial en el análisis de las familias objeto de estudio.

En cuanto a los criterios de inclusión muestral de la investigación, no fueron consideradas todas las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Sirvan de ejemplo aquellas familias cuyos cónyuges estaban separados, divorciados o que no convivían habitualmente, por no poseer una dimensión de conyugalidad evaluable según la conceptualización teórica de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). No obstante, fueron incluidas todas las familias clínicas susceptibles de ser evaluadas mediante el *CERFB*.

A propósito del tercer objetivo específico, el *CERFB* presenta -tanto en el Primer Estudio como en el Segundo Estudio- una apropiada validez convergente entre la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) y el *PBI* (Ballús-Creus, 1991). De un lado, las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* correlacionan positiva y significativamente. De otro lado, las escalas Parentalidad del *CERFB* y Cuidado del *PBI* correlacionan positiva y significativamente, y las escalas Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* negativa y significativamente. La consecución de dicho objetivo confirma la hipótesis planteada en esta línea. La *DAS* y el *PBI* son dos instrumentos ampliamente utilizados en la práctica clínica y la investigación para evaluar las relaciones familiares, en concreto, el ajuste diádico y el vínculo parental.

La funcionalidad de los constructos evaluados por las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*, la escala Ajuste Diádico de la *DAS* y la escala Cuidado del *PBI* aumenta a partir de puntuaciones elevadas; las correlaciones positivas evidencian la similitud de los constructos (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012; Parker et al., 1979; Spanier, 1976). En cambio, la funcionalidad del constructo evaluado por la escala

Sobreprotección del *PBI* aumenta a partir de puntuaciones bajas, dado que la sobreprotección hace referencia a un exceso de protección. Por lo tanto, la correlación negativa entre las escalas Parentalidad del *CERFB* y Sobreprotección del *PBI* evidencia la similitud de los constructos (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012; Parker et al., 1979).

Los resultados del AFE, los resultados del AFC y los resultados de la validez convergente, en su conjunto, recogen las evidencias de validez de constructo del *CERFB*, siguiendo las recomendaciones de Keszei et al. (2010), Martínez (1995) y Moss (1992).

En relación al cuarto objetivo específico, el análisis de la consistencia interna del *CERFB* -tanto en el Primer Estudio como en el Segundo Estudio-, mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demuestra una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad y una buena homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad. Estos resultados confirman la hipótesis planteada referente a la adecuada fiabilidad del *CERFB* en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.

Es necesaria una puntualización respecto a la consistencia de las propiedades psicométricas del *CERFB*, validez y fiabilidad, en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Sustentan dicha afirmación los resultados obtenidos en el Primer Estudio y los resultados homólogos obtenidos tras la réplica en el Segundo Estudio con una nueva muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. En concreto, como indican Batista-Foguet y Coenders (1998), Batista-Foguet et al. (2004) y Worthington y Whittaker (2006), se siguió la tendencia dominante -utilización conjunta del AFE y el AFC- referida a la validez de constructo de un instrumento.

En respuesta al segundo objetivo general y al quinto y octavo objetivo específico de la presente tesis doctoral, la capacidad evaluativa y discriminativa, a nivel empírico, del *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar de mayor disarmonía conyugal y deterioro de la parentalidad de las familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, respecto de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico, se establece a partir del punto de corte de 56 para Conyugalidad y de 41 para Parentalidad.

Para determinar la calidad del *CERFB* en el marco de los puntos de corte, siguiendo las indicaciones de Burgueño et al. (1995), se elaboraron curvas ROC (Receiver Operating Characteristic), pues constituyen una herramienta fundamental y unificadora en el proceso de evaluación y uso de pruebas diagnósticas. Teniendo en cuenta que los puntos de corte del *CERFB* -con su respectiva sensibilidad y especificidad- no discriminan al 100%, los resultados podrían suponer una contradicción. Ahora bien, tales resultados se ajustan a la realidad familiar en los trastornos relacionados con sustancias. Siguiendo a Cancrini (1982), Cancrini y La Rosa (1991), Cancrini et al. (1988) y Cirillo et al. (1993, 1996), existe una tipología de familias en dichos trastornos trazada a partir de la diversidad de dinámicas familiares. Asimismo, Linares (1996) refirió que los trastornos relacionados con sustancias no tienen una ubicación propia y específica en relación a la conyugalidad y la parentalidad.

En respuesta al tercer objetivo general y al sexto y séptimo objetivo específico de la presente tesis doctoral, se proporcionan los baremos de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias, basados en los datos de la muestra total de familias clínicas de la investigación. De un lado, la baremación en percentiles de las puntuaciones totales directas de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* permite comparar las puntuaciones del *CERFB* de las familias

clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. De otro lado, la baremación en percentiles de las puntuaciones totales de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*, en base 10 y tipificadas (T), también permite comparar las puntuaciones del *CERFB* de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Dicha baremación permite, además, interpretar las puntuaciones del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias en relación a las puntuaciones en base 10 y tipificadas (T) de otros instrumentos.

Los resultados de los puntos de corte y los resultados de la baremación, en su conjunto, permiten interpretar las puntuaciones de las familias objeto de estudio.

Respecto al octavo objetivo específico, el análisis comparativo de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, revela que las puntuaciones de las escalas Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* de las familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias son significativamente inferiores a las puntuaciones de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico. Dichos resultados encajan con las observaciones de Linares (1996, 2007, 2012) de mayor disfunción relacional en las familias con un hijo con diagnóstico psicopatológico, respecto de las familias con capacidad de nutrición relacional plena. Asimismo, convergen con las observaciones del resto de publicaciones científicas en la misma línea de investigación, a saber, la naturaleza de las relaciones intrafamiliares a nivel conyugal y parental y el funcionamiento familiar.

De acuerdo con el segundo objetivo general y con el quinto y octavo objetivo específico, se confirma la última hipótesis de la investigación: las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico difieren significativamente, debido a la disfunción de la conyugalidad y

la parentalidad en las familias clínicas, valoradas por el *CERFB* a partir del punto de corte de 56 para Conyugalidad y de 41 para Parentalidad.

Llegados a este punto, es imprescindible hacer referencia a la investigación pionera de Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2018) sobre la validación y aplicabilidad clínica del *CERFB* en población clínica española, en concreto, en los TCA. Sin ninguna duda, las propiedades psicométricas del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias son consistentes con las propiedades psicométricas del *CERFB* en los TCA.

Además, como en el caso en particular, Campreciós (2016), Campreciós et al. (2018) y Campreciós et al. (2014) describieron mayor disarmonía conyugal y deterioro de la parentalidad de las familias grupo clínico con un hijo con TCA, respecto de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico. Por consiguiente, se concluye que las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas objeto de estudio de ambas investigaciones son similares. Dicha conclusión coincide con las aportaciones de Cancrini y La Rosa (1991) y Linares (1996) de una dinámica familiar coincidente en los trastornos relacionados con sustancias y los TCA.

Las puntuaciones que han permitido (a) determinar las propiedades psicométricas del *CERFB* en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, (b) evaluar la capacidad discriminativa, a nivel empírico, del *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar de dichas familias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, y (c) constituir los baremos del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias, no han estado influenciadas por el efecto de potenciales variables extrañas, tales como: el tiempo en tratamiento (inferior a los tres meses o 100 días vs. superior a los tres meses o 100 días), la existencia o ausencia de comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias (Schuckit, 2006; Torrens et

al., 2011), la existencia o ausencia de diagnóstico psicopatológico en otros miembros del núcleo familiar (Becoña et al., 2009; Hodgins et al., 2007) y el formato (papel vs. online) de participación (Gosling et al., 2004; Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012). El control del efecto de dichas variables extrañas permite afirmar con mayor contundencia la consecución del objetivo principal de la investigación referido en la presente tesis doctoral, a saber, validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en familias clínicas españolas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.

En conclusión, del conjunto de resultados de la presente tesis doctoral se desprende la posibilidad de utilizar el *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar -a partir de la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad, como relaciones familiares básicas (Linares, 1996, 2002, 2007, 2012)- de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, en relación a las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, tanto en contextos clínicos como de investigación.

Limitaciones

Para la adecuada interpretación de las aportaciones de la presente tesis doctoral se destacan y discuten algunas limitaciones.

Las limitaciones del sesgo muestral que se presentan a continuación, deben entenderse como limitaciones propias del fenómeno objeto de estudio, a saber, los trastornos relacionados con sustancias.

Todas las familias clínicas, en el momento de participar en la investigación, estaban en tratamiento en centros u hospitales especializados en trastornos relacionados con sustancias. En este sentido, fueron incluidas aquellas familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias adheridas a los diferentes servicios y

dispositivos implicados en el tratamiento de dichos trastornos; desde la atención especializada ambulatoria hasta el ingreso clínico. No obstante, fueron excluidas aquellas familias clínicas que, por no estar en tratamiento, no pudieron acceder a formar parte de la muestra de la investigación. Asimismo, es necesario mencionar que la participación de las familias, tanto clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias como funcionales sin diagnóstico psicopatológico, estuvo subordinada a su voluntariedad.

Pese a que las condiciones de la muestra, antes mencionadas, limitan la generalidad de los resultados a las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias no incluidas en la investigación, permiten mayor homogeneidad muestral, y, por consiguiente mayor representatividad. En efecto, las familias clínicas que acuden a los diferentes servicios y dispositivos implicados en el tratamiento de los trastornos relacionados con sustancias son las que desean, y pueden, beneficiarse de intervenciones familiares precisas, previo diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.

Siguiendo con las limitaciones del sesgo muestral, es necesario destacar la marcada desigualdad en cuanto al género de los hijos con trastornos relacionados con sustancias de las familias clínicas. Se registró una diferencia entre hombres (78.25%) y mujeres (20.45%) de casi sesenta puntos porcentuales. No obstante, esta desigualdad propia del fenómeno converge con los datos de prevalencia referentes a las diferencias según el género (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2017), y, por consiguiente, es representativa de la realidad. Resulta preciso subrayar que no era objeto de estudio la diferencia relacional familiar en los trastornos relacionados con sustancias según el género del hijo.

A propósito del método de selección muestral -muestreo no probabilístico de tipo intencional, según los criterios de inclusión definidos para las familias objeto de estudio (Hibberts et al., 2012)-, este presenta las limitaciones propias de los muestreos no probabilísticos. Sirva de ejemplo, como en el caso en particular, no seleccionar al azar una muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, con la finalidad de ofrecer a dichas familias clínicas iguales oportunidades de selección.

Otra limitación radica en la falta de verificación de ausencia de psicopatología en las familias grupo control (familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico). Es más, hubiera resultado aconsejable la administración de un cuestionario a ambos grupos de familias, clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y funcionales sin diagnóstico psicopatológico.

La combinación de dos formatos (papel y online) de participación en la investigación únicamente resultó beneficioso para aumentar la representatividad de familias de diferentes comunidades autónomas españolas y facilitar la participación a las familias objeto de estudio, a pesar de que se pudiera contemplar como una limitación (Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012). A continuación, se discute cómo el empleo del formato online, como opción alternativa por parte de las familias que explicitaron su preferencia, superó la mayoría de desventajas.

La combinación de dos formatos de participación permitió superar la ausencia de representatividad muestral como limitación del formato online como único formato de participación. En este sentido, las familias que recibieron la propuesta de participación en ambos formatos fueron las mismas. Además, se incrementó la representatividad muestral a partir de la recogida de datos online, al facilitar la participación de familias de todas las comunidades autónomas españolas. Por el contrario y debido al

procedimiento de recogida de datos diseñado, no se aprovechó la ventaja que destacaron Granello y Wheaton (2004), en cuanto a la recogida de datos digitalizada de la población clínica que no acude a los centros u hospitales.

El material de evaluación y el procedimiento de recogida de datos online, diseñados a partir de los resultados de las publicaciones científicas en este línea, optimizaron el proceso de recogida de acuerdo con sus ventajas (Granello & Wheaton, 2004; Hunter, 2012).

De forma análoga, las publicaciones científicas registran con frecuencia evidencias empíricas que sostienen que no existe distorsión psicométrica entre los instrumentos tradicionales en papel y su réplica digitalizada (Gosling et al., 2004; Hunter, 2012). Dichas evidencias se registran después de verificar que no existen diferencias entre los resultados obtenidos a partir de ambos formatos. En esta línea, resulta preciso resaltar que las puntuaciones de Conyugalidad y Parentalidad del CERFB no han estado influenciadas por el efecto del formato (papel vs. online) de participación en la investigación.

Considerando los resultados del estudio descriptivo, comparativo y correlacional de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, estos deben ser interpretados con cautela. Por un lado, el diseño transversal de la investigación únicamente permite trazar un mapa relacional familiar en los trastornos relacionados con sustancias en el momento de la evaluación. Es decir, en presencia del diagnóstico y sin haber tenido la posibilidad de reflexión en un contexto de terapia familiar en torno a la dimensión relacional familiar. Por otro lado, la percepción del mapa relacional familiar está sesgada; únicamente ofrece una evaluación de las relaciones familiares básicas desde la percepción de los progenitores.

Líneas futuras de investigación

La presente tesis doctoral, centrada en validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias, precisaría de un estudio complementario longitudinal. Dicho estudio debería analizar la fiabilidad *test-retest* del *CERFB*, con el objetivo de determinar la consistencia de la valoración de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, después de un intervalo de tiempo. Asimismo, debería analizar la validez predictiva del *CERFB*, con la finalidad de proporcionar un instrumento que permita evaluar la efectividad de las intervenciones (Keszei et al., 2010; Martínez, 1995).

En esta línea de estudios complementarios, la validez convergente entre las escalas Conyugalidad del *CERFB* y Ajuste Diádico de la *DAS* (Bornstein & Bornstein, 1992) -obtenida tanto en el Primer Estudio como en el Segundo Estudio de la presente investigación- debería ser corroborada con la versión de la *DAS* (Spanier, 1976) traducida, adaptada y validada por Martín-Lanas, Cano-Prous y Beunza-Nuin (Spanier, 2017) al español.

Los resultados de la investigación aquí referida, en su conjunto y en general, deberían ser reevaluados en el transcurso del tiempo, preferiblemente, con muestras de mayor tamaño que incluyan participantes de todas las comunidades autónomas españolas, menos representadas hasta la fecha. Tal propuesta se fundamenta en las transformaciones familiares (Valdivia, 2008) y en la concepción del proceso psicométrico entendido como un proceso continuo de acumulación de evidencias actualizadas (Keszei et al., 2010).

Con el objetivo de determinar la especificidad de las relaciones familiares básicas en los trastornos relacionados con sustancias, en concreto, en la subcategoría de trastorno por consumo de sustancias, según los criterios diagnósticos del *DSM-5*

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) -que engloba nueve tipos de drogas: alcohol; cannabis; alucinógenos; inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes; tabaco; y otras sustancias (o sustancias desconocidas)-, mediante el *CERFB*, sería conveniente diseñar la presente investigación en muestras de familias clínicas con hijos con trastorno por consumo de sustancias -diferenciadas por los tipos de drogas-. De acuerdo con los cambios incorporados en el diagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias según el *DSM-5*, se podría incorporar la subcategoría trastornos no relacionados con sustancias, que incluye el juego patológico.

Siguiendo con el objetivo de determinar la especificidad de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, en los trastornos relacionados con sustancias mediante el *CERFB*, también sería conveniente diseñar la investigación aquí expuesta en muestras de familias clínicas con hijos con distintos trastornos psicopatológicos. En relación a dicha propuesta, resulta preciso referir que ya se ha validado y determinado la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los TCA (Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2018; Campreciós et al., 2014). Asimismo, se está validando y determinando la aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y en el trastorno de la personalidad límite.

Esclarecer de manera simultánea y comparativa las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, implicadas en los diferentes trastornos psicopatológicos permitirá reproducir el diagrama de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2007, 2012). Asimismo, la evaluación del *CERFB* en la práctica clínica actual permitirá validar empíricamente dicha teoría.

La presente investigación podría servir de modelo para las sucesivas investigaciones en población clínica española. Como se ha mencionado en el párrafo anterior, estas investigaciones son necesarias para interrelacionar los resultados

derivados de las mismas con los resultados de la investigación en los TCA (Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2018; Campreciós et al., 2014) y los resultados de la investigación en los trastornos relacionados con sustancias (Mercadal et al., 2018). Sin embargo, en cuanto al procedimiento de recogida de datos de las diferentes poblaciones clínicas, el formato online diseñado se podría mejorar a favor de la calidad de los datos obtenidos. Por ejemplo, sistematizar el envío de recordatorios, posicionar la recogida de datos sociodemográficos y clínicos al final del material de evaluación -junto con determinadas preguntas diseñadas para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión muestral-, aprovechar el registro de la ratio de visitas vs. número de participantes y datos relativos al período de participación, entre otros.

La línea centrada en validar y determinar la aplicabilidad clínica del *CERFB* en diferentes poblaciones clínicas españolas permitirá obtener unas adecuadas y ampliamente reportadas propiedades psicométricas para elaborar un *manual*, de acuerdo con el modelo presentado en el *Cuestionario de Evaluación de Tests (CET)* de la Comisión de Tests de la European Federation of Psychological Associations (EFPA), adaptado por Prieto y Muñiz (2000) al español, y, posteriormente, revisado por Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto y Elosua (2016). Indudablemente, se incluiría la validación y aplicabilidad clínica del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias. Siguiendo a Batista-Foguet et al. (2004), los tests o cuestionarios, con notorio rigor psicométrico, devienen una pieza clave en la evaluación de la evidencia científica a favor de los efectos de un tratamiento.

La viabilidad de la elaboración del manual del *CERFB* se inscribe en el marco del proyecto *Diagnóstico relacional familiar en salud mental. Aportaciones a la prevención, evaluación y tratamiento* -presentado a la *Convocatoria 2017 Proyectos de I+D+i* del Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los

Retos de la Sociedad-. El proyecto recibió dicha ayuda pública en diciembre de 2017 (PSI2017-83146-R). Los investigadores principales del mismo son la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens y el Dr. Josep Antoni Castillo Garayoa.

Relacionado con el contenido de los resultados de la investigación, a propósito del sesgo en la percepción familiar de las relaciones familiares básicas en los trastornos relacionados con sustancias, resultaría interesante en futuros estudios enriquecer el análisis con la percepción de otros miembros, además de la de los progenitores. Estos estudios se ajustarían a las recomendaciones de Bellon-Champel y Varescon (2017), que se fundamentan en investigar el entorno de los consumidores en su totalidad. Por ejemplo, en el caso en particular, realizar un estudio descriptivo, comparativo y correlacional de la percepción de los hijos con trastornos relacionados con sustancias, respecto a las actitudes y conductas parentales de cada progenitor y de los progenitores, respecto a sus propias actitudes y conductas parentales. En este sentido, ya se dispone de los datos referentes a la percepción de los hijos de las familias, tanto clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias como funcionales sin diagnóstico psicopatológico, participantes. Dichos datos se obtuvieron tras la administración de la versión española, cruzada y actual, del *PBI* (Ballús-Creus, 1991). El protocolo diseñado para el proyecto de investigación del *CERFB* justifica la recogida de tales datos.

La relación entre la percepción de los hijos con trastornos relacionados con sustancias, respecto a las actitudes y conductas parentales de cada progenitor y de los progenitores, respecto a sus propias actitudes y conductas parentales contribuiría a la comprensión de la complejidad de los trastornos relacionados con sustancias a nivel relacional. El estudio correlacional de las percepciones del vínculo parental entre padres e hijo a partir del *PBI* (Ballús-Creus, 1991) también se podría efectuar a partir del *CERFB*, obteniendo así, mayor especificidad clínica. Una vez realizados estos estudios,

se procedería a correlacionar las percepciones del vínculo parental de los hijos con cada progenitor y de parentalidad de los hijos, también con cada progenitor.

Pese a que el proyecto de investigación del *CERFB* se ha desarrollado de forma intencionada en población general y clínica española, este hecho limita la generalidad de los resultados a otras culturas y poblaciones (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014). Por lo tanto, resulta interesante plantear la expansión del *CERFB* a partir de su traducción, adaptación y validación a otras poblaciones, generales y clínicas. En respuesta a dicho planteamiento, ya se ha realizado un estudio centrado en la traducción, adaptación y validación del *CERFB* en población general italiana (Vilaregut et al., 2018), y otro centrado en la traducción, adaptación y validación del *CERFB* en población general portuguesa (Lima et al., 2018). Cabe señalar, teniendo en cuenta las indicaciones de Vilaregut et al., que ya se ha iniciado la fase de recogida de datos del *CERFB* en población clínica italiana.

Finalmente, el estudio en torno a la implicación de la familia en los trastornos relacionados con sustancias no se debería limitar únicamente a determinar la influencia de las relaciones familiares en dichos trastornos y viceversa. Así pues, se debería ampliar para incluir el papel de la familia en el tratamiento y recuperación de los trastornos relacionados con sustancias, dado que la familia repercute directamente en el desarrollo del proceso terapéutico de dichos trastornos (Bellon-Champel & Varescon, 2017). Es imprescindible que los futuros estudios en torno a la temática examinen las variables relacionales familiares utilizando instrumentos útiles. A este propósito, indudablemente, contribuye la presente investigación: proporciona un instrumento -el *CERFB*-, en la clínica de los trastornos relacionados con sustancias, que, a partir de la evaluación simultánea de la conyugalidad y la parentalidad, ofrece información de la

atmósfera relacional familiar relativa al grado de funcionalidad conyugal y parental. Cuya contribución será mayor a partir de nuevas propuestas de estudio.

Una línea futura de investigación que atañe al proyecto de investigación del CERFB, responde a la adaptación y validación del instrumento a las múltiples transformaciones de la familia en su estructura y organización (Linares, 2002). De acuerdo con esta línea futura de investigación, se ha empezado a desarrollar una escala complementaria al CERFB, a saber, el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas-CoP (CERFB-CoP)*. Dicha escala se ha trazado para posibilitar la evaluación de la coparentalidad en familias con progenitores separados o divorciados. La viabilidad del CERFB-CoP se contempla como uno de los objetivos generales del proyecto *Diagnóstico relacional familiar en salud mental. Aportaciones a la prevención, evaluación y tratamiento* -presentado a la *Convocatoria 2017 Proyectos de I+D+i* del Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad-.

Implicaciones teóricas y clínicas

La presente tesis doctoral revela importantes implicaciones a nivel teórico y clínico.

En efecto, la investigación aquí referida reporta unas propiedades psicométricas satisfactorias del CERFB y evidencia la aplicabilidad clínica del mismo en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, en relación a las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, a partir de una guía de interpretación y discusión sujeta a los puntos de corte y a la baremación.

Las características generales del CERFB facilitan su inclusión en sistemas de evaluación, ya sea en combinación con otros instrumentos autoadministrados o con la

entrevista clínica y la observación (Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández-Ballesteros, 1993), tanto para fines clínicos como de investigación.

A tener en cuenta, la valiosa brevedad y facilidad del *CERFB*, tanto de administración y respuesta -únicamente son necesarios 10 minutos, papel y bolígrafo- como de corrección. Así pues, existe un bajo coste asociado al uso del instrumento y no precisa de competencias especializadas para su administración y, posterior, corrección. No obstante, el *CERFB* precisa de conocimientos específicos para su adecuada interpretación.

Previo al desarrollo y validación del *CERFB*, ningún otro instrumento, con garantías de validez y fiabilidad, había evaluado las relaciones familiares básicas propias de la teoría de Linares (1996, 2002, 2007, 2012) en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. El uso consistente de un instrumento válido y fiable que evalúe de forma específica las relaciones familiares en los trastornos relacionados con sustancias es imprescindible a nivel teórico para fortalecer el conocimiento en relación a la temática. Y, en particular, resulta esencial en relación a la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares, con el propósito de actualizar su validación a nivel empírico en función de la práctica clínica actual.

En contextos clínicos, el *CERFB* puede ser empleado como una herramienta de *screening* complementaria a otros tipos de evaluación clínica. Asimismo, el *CERFB* aumentará su utilidad en el marco de una evaluación en profundidad y específica para cada familia en función de los distintos trastornos psicopatológicos. En esta línea, el *CERFB* se ha diseñado como un instrumento orientativo a nivel familiar para diferenciar las particularidades de cada tipo de familia.

El *CERFB* contribuye a la evaluación que permite elaborar un diagnóstico relacional del funcionamiento familiar de las familias clínicas con un hijo con trastornos

relacionados con sustancias, y, posteriormente, realizar una intervención eficaz. En este sentido, el *CERFB* puede ser incluido en los protocolos y guías de promoción, prevención e intervención en salud mental y, en concreto, en adicciones, considerando la relevancia de las relaciones familiares en los trastornos relacionados con sustancias (Bellon-Champel & Varescon, 2017).

Estas implicaciones clínicas resultan especialmente relevantes en los trastornos relacionados con sustancias, dada la evidencia de la eficacia de la terapia familiar en dichos trastornos. La importancia y eficacia de la intervención familiar se destaca en el marco de un proceso terapéutico multidimensional (Garrido-Fernández, Marcos-Sierra, López-Jiménez, & de Alda, 2017; Henderson, Dakof, Greenbaum, & Liddle, 2010; Liddle, Rodríguez, Dakof, Kanzki, & Marvel, 2005).

A nivel clínico, es preciso recordar que el *CERFB* únicamente ofrece una evaluación de las relaciones familiares básicas desde la percepción de los progenitores. No obstante, los futuros estudios propuestos contemplan enriquecer el análisis con la percepción de otros miembros, en concreto, de los hijos. Todo ello, contribuirá a la especificidad de la utilidad clínica del *CERFB*.

Finalmente, la mayor disfunción relacional registrada en las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, en comparación con las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, evidencia que el desarrollo de programas de prevención e intervención familiar en los trastornos relacionados con sustancias se puede ver enriquecido a partir de la inclusión del *CERFB* -por sus potenciales contribuciones a la investigación y por su rigurosidad en la evaluación familiar en dichos trastornos-. Sirva de ejemplo la relación nutricia entre la investigación y la clínica establecida en la presente tesis doctoral.

7. Conclusiones

7. Conclusiones

Las principales conclusiones e implicaciones clínicas de la presente tesis doctoral se resumen a continuación:

1. El *CERFB* deviene el único instrumento disponible y útil en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar -a partir de la cuantificación de la conyugalidad y la parentalidad, como relaciones familiares básicas- de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, en relación a las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, tanto en contextos clínicos como de investigación.
2. El *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias, y consistentes en relación a la versión original en población general española y a la versión en población clínica española en los trastornos de la conducta alimentaria.
3. La mayor disfunción relacional registrada en las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, en comparación con las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, evidencia que el desarrollo de programas de prevención e intervención familiar en los trastornos relacionados con sustancias se puede ver enriquecido a partir de la inclusión del *CERFB* -por sus potenciales contribuciones a la investigación y por su rigurosidad en la evaluación familiar en dichos trastornos-.
4. El *CERFB* puede ser incluido en los protocolos y guías de promoción, prevención e intervención en salud mental y, en concreto, en adicciones, para favorecer la

evaluación holística considerando la relevancia de las relaciones familiares en los trastornos relacionados con sustancias.

5. Las características propias del *CERFB* y su evidencia empírica -favorable a nivel psicométrico- alientan a la investigación para complementar la validación y para aumentar la especificidad clínica del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias. Asimismo, inducen a la inclusión de este instrumento en la investigación centrada en el papel de la familia en el tratamiento y recuperación de los trastornos relacionados con sustancias.

Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Angel, S. y Angel, P. (2002). *Les toxicomanes et leurs familles*. Paris, Francia: Armand Colin.
- Ariza, C. y Nebot M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 227-38.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed.). *Texto revisado*. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: Autor.
- Ayerbe, A., Espina, A., Pumar, B., García, E. y Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones*, 9, 375-390.
- Bahr, S. J., Hoffmann, J. P. y Yang, X. (2005). Parental and Peer Influences on the Risk of Adolescent Drug Use. *The Journal of Primary Prevention*, 26, 529-551. doi: 10.1007/s10935-005-0014-8

- Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S. y Hawkins, J. D. (2009). Parenting practices and problem behavior across three generations: Monitoring, harsh discipline, and drug use in the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1214-1226. doi: 10.1037/a0016129
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F. y Tafà, M. (2013). Factorial and Construct Validity of FACES IV Among Italian Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 962-970. doi: 10.1007/s10826-012-9658-1
- Ballester, R., Gil, M. D. y Guirado, M. C. (2000). Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de 15 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 855-895.
- Ballús-Creus, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument a la població barcelonesa* (Tesis de maestría inédita). Escola Professional de Psicologia Clínica, Barcelona, España.
- Barkin, S. L., Smith, K. S. Y DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 30, 448-454. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00405-0
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42, 815-824. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.018
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (1998). Introducción a los modelos estructurales. Utilización del análisis factorial confirmatorio para la depuración de un cuestionario. En J. Renom (Ed.), *Tratamiento informatizado de datos* (pp.229-286). Barcelona, España: Masson.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la

salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl 1), 21-27.

Becoña, E. y Cortes, M. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. España, Socidrogalcohol.

Becoña, E., Fernández, E., Calafat, A., y Fernández-Hermiada, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26, 76-86.

Becoña, E., López, A., Míguez, M. C., Lorenzo, M. C. y Fernández, E. (2009). ¿La depresión y ansiedad de las madres se relaciona con el consumo de drogas de sus hijos adolescentes? *Anales de Psicología*, 25, 339-343.

Bellon-Champel, L. y Varescon, I. (2017). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence: Facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-Psychologiques*, 175, 313-319. doi: 10.1016/j.amp.2015.06.005

Black Dog Institute. (s.f.). *The Parental Bonding Instrument by Professor Gordon Parker*. Recuperado de http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PBI_AnnotatedBibliography.pdf?q=parental-bonding-instrument-pbi

Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York; NY: John Wiley & Sons.

Bornstein, P. H. y Bornstein, M. T. (1992). *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico* (2ª ed.; Trad. E. Echeburúa y P. de Corral). Madrid, España: Pirámide.

Bryant, A. L., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. y Johnston, L. D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6-Year, Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 361-397. doi:

10.1111/1532-7795.1303005

- Burgueño, M. J., García-Bastos, J. L. y González-Buitrago, J. M. (1995). Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Medicina Clínica*, *104*, 661-670.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications and Programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Adicciones*, *17*(Supl. 2), 299-320.
- Calafat, A. y Monserrat, J. (2003). De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas. *Adicciones*, *15*(Supl. 2), 261-287.
- Calafat, A., Mantecón, A., Juan, M., Adrover, D., Blay, N., Hughes, K., Bellis, M. y Rosal, F. (2011). Violent behaviour, drunkenness, drug use and social capital in nightlife. *Psychosocial Intervention*, *20*, 45-51.
- Campreciós, M. (2016). *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis doctoral). Recuperada de TDR, Tesis Doctorales en Red. (<http://hdl.handle.net/10803/352474>)
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Calleja, A., Mercadal, L. y Virgili, C. (2018). *El Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria: validación y normas en familias españolas*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L. e Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta

- alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44, 311-326.
Recuperado de <http://www.ub.edu/psicologia/castellano/anuario-de-psicologia/>
- Cancrini, L. (1973). *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*. Milán, Italia: Arnoldo Mondadori.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma, Italia: La Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *Il vaso di Pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*. Roma, Italia: La Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A Typology of Heroin Addicts and Their Families. *Family Process*, 27, 261-271. doi:10.1111/j.1545-5300.1988.00261.x
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, J. R., García, E., Erraste, J. M. et al. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674-679. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Cattell, R. B. (1966). The Scree Test For The Number Of Factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276. doi: 10.1207/s15327906mbr0102_10
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1993). Familia e tossicomanie. Un modello eziopatogenetico relazionale della tossicodipendenza da eroina nei maschi. *Ecologia della Mente*, 16, 11-37.

- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La familia del tossicodipendente*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coletti, M. (1987). Teoría y epistemología del tratamiento relacional de las toxicodependencias. A Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Enfoque relacional en toxicomanías*, (pp.75-79). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schindler, H. S. (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 613-625. doi: 10.1007/s10802-007-9205-5
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez, J. A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19, 357-372. doi: 10.20882/adicciones.295
- Costa, D., Luján, M., del Arca, D., del Masjuan, N. y Olson, D. H. (2013). Propiedades psicométricas del FACES IV: estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 7, 119-132. Recuperado de <http://ojs.ucu.edu.uy/index.php/portal/>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. doi: 10.1007/BF02310555
- Checa, J., Vilaregut, A. y Gibert, F. (2006). *Posar fil a l'agulla: Del tractament a la prevenció en els trastorns per ús de drogues*. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya.

- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M. y Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 505-520.
- De Lucas, M. T. y Montañés, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18, 377-3865. doi: 10.20882/adicciones.334
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. y McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32-51. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x.
- D'Elio, M. A., O'Brien, R. W., Iannotti, R. J., Bush, P. J. y Galper, D. I. (1996). Early adolescents' substance use and life stress: Concurrent and prospective relationships. *Substance Use & Misuse*, 31, 873-894. doi: 10.3109/10826089609063961
- Diamantopoulos, A. y Siguaw, J. A. (2000). *Introducing LISREL. A Guide for the Uninitiated*. Londres, Reino Unido: Sage Publications.
- Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. y Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107, 1363-1368.
- Direcció General de Planificació en Salut de la Generalitat de Catalunya (2016). *Pla de Salut de Catalunya (2016-20209. Un sistema centrat en la persona: públic universal i just*. Recuperado de:
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut

[_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf/](#)

Direcció General de Planificació i Avaluació de la Generalitat de Catalunya. (2006).

Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rgspain_es.pdf/

Doba, K. y Nandrino, J.-L. (2010). Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie Française*, 55, 355-371. doi: 10.1016/j.psfr.2010.10.001

Dorius, C. J., Bahr, S. J., Hoffmann, J. P. y Harmon, E. L. (2004). Parenting practices as moderators of the relationship between peers and adolescent marijuana use. *Journal of Marriage and Family*, 66, 163-178. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00012.x

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 91-96. doi: 10.20882/adicciones.196

Edelstein, G., Faus, G., Martínez, F., Menéndez, M., Paino, M. y Puig, E. (1994). *Parentalidad y Conyugalidad en las relaciones familiares básicas: validación de la escala y comparación entre población "normal" y población "patológica"* (Tesis de maestría inédita). Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Dr. Robert, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

Eitle, D. (2005). The moderating effects of peer substance use on the family structure-

- adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addictive Behaviors*, 30, 963-980. doi:10.1016/j.addbeh.2004.09.015
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., Klein, D. J. y McGuigan, K. A. (2001). Prospective risk factors for alcohol misuse in late adolescence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 773-782. doi: 10.15288/jsa.2001.62.773
- Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20, 531-537. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/>
- Espina, A., Ayerbe, A., Pumar, B. y García, E. (1996). La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*, 8, 203-217.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Técnicas de evaluación ambiental. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Introducción a la evaluación psicológica* (T.II. pp. 443-472). Madrid, España: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). La evaluación psicológica en sus contextos de aplicación. *Revista de Historia de la Psicología*, 14(2), 97-115. Recuperado de <http://www.revistahistoriapsicologia.es/>
- Garrido-Fernández, M., Marcos-Sierra, J. A., López-Jiménez, A. y de Alda, I. O. (2017). Multi-Family Therapy with a Reflecting Team: A Preliminary Study on Efficacy among Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43, 338-351. doi: 10.1111/jmft.12195
- Gearon, J. S., Nidecker, M., Bellack, A. y Bennett, M. (2003). Gender Differences in Drug Use Behavior in People with Serious Mental Illnesses. *The American Journal on Addictions*, 12, 229-241. doi: 10.1080/105504903901201812
- George, D. y Mallery, M. (2003). *SPSS for Windows step by step. A simple guide and*

reference, 11.0 update (4ª ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Gomez, R. y Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, 26, 625-638. doi: 10.14417/ap.522

González, N., Abad, J. y Lévy, J. P. (2006). Normalidad y otros supuestos en análisis de covarianzas. En J. P. Lévy (Dir.), *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales. Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales* (pp. 31-57). España: Netbiblo.

Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S. y John, O. P. (2004). Should We Trust Web-Based Studies? A Comparative Analysis of Six Preconceptions About Internet Questionnaires. *American Psychologist*, 59, 93-104. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.93

Granello, D. H. y Wheaton, J. E. (2004). Online Data Collection: Strategies for Research. *Journal of Counseling & Development*, 82, 387-393. doi: 10.1002/j.1556-6678.2004.tb00325.x

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª ed.). New Jersey, NJ: Pearson Education.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª ed.). New Jersey, NJ: Pearson Education.

Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy: New Strategies for Effective Family Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Haley, J. (1980). *Leaving Home: The Therapy of Disturbed Young People*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A. y Alati, R. (2006). Do parents' marital circumstances predict young adults' DSM-IV cannabis use disorders? A prospective study. *Addiction*, *101*, 1778-1786. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01620.x
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. y Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 885-897. doi: 10.1037/a0020620
- Hernández, A., Ponsoda, V., Muñiz, J., Prieto, G. y Elosua, P. (2016). Revisión del modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, *37*, 192-197. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/>
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S. y Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, *27*, 205-213. doi: 10.20882/adicciones.707
- Hibberts, M., Johnson, R. B. y Hudson, K. (2012). Common Survey Sampling Techniques. En L. Gideon (Ed.), *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences* (pp. 53-74). doi: 10.1007/978-1-4614-3876-2_5
- Hodgins, S., Tengström, A., Bylin, S., Göranson, M., Hagen, L., Jansson, M., . . . Pedersen, H. (2007). Consulting for substance abuse: Mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, *61*, 379-386. doi: 10.1080/08039480701643423
- Hooper, D., Coughlan, J. y Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*, 53-60. Recuperado de <http://www.ejbrm.com/>

- Hoyle, R. H. y Isherwood, J. C. (2013). Reporting results from structural equation modeling analyses in Archives of Scientific Psychology. *Archives of Scientific Psychology, 1*, 14-22. doi: 10.1037/arc0000004
- Hu, L.-T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hunter, L. (2012). Challenging the reported disadvantages of e-questionnaires and addressing methodological issues of online data collection. *Nurse Researcher, 20*(1), 11-20. doi: 10.7748/nr2012.09.20.1.11.c9303
- Ibáñez, N. (2016). *Validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* (Tesis doctoral). Recuperada de TDR, Tesis Doctorales en Red. (<http://hdl.handle.net/10803/350314>)
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema, 24*, 489-494. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Jackson, D. L., Gillaspay, J. A., Jr. y Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. *Psychological Methods, 14*, 6-23. doi: 10.1037/a0014694
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Rivera, F. y García-Moya, I. (2013). The role of the family in promoting responsible substance use in adolescence. *Journal of Child and Family Studies, 22*, 585-602. doi: 10.1007/s10826-013-9737-y
- Justícia, M. J. y Cantón, J. (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y

- delictiva en los hijos. *Psicothema*, 23, 20-25. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23, 187-200. doi: 10.1007/BF02289233
- Kassel, J. D., Wardle, M. y Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164-1176. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.08.005
- Keszei, A. P., Novak, M. y Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 319-323. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006
- Kliwer, W. y Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*, 40, 448-455. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.148
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3ª ed.). New York, NY: Guilford.
- Kostecky, K. L. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence*, 28, 665-669. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.12.006
- Ledoux, S., Sizaret, A., Hassler, C. y Choquet, M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. *Adicciones*, 12, 255-279.
- Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E. y Marvel, F. A. (2005). *Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment for Adolescent*

- Drug Abuse. En J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (pp. 128-163). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Lima, V. S., Dias, P., Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M. y Mercadal, L. (2018). *Measuring the family relations: Portuguese validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud, 18*, 381-399.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona, España: Herder.
- Linares, J. L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema, 22*, 568-573. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/>
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. J. y Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones, 15*, 127-136. doi: 10.20882/adicciones.436
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: Factores de

- protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, *16*, 261-266.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. y Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, *1*, 130-49. doi: 10.1037/1082-989X.1.2.130
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, *28*, 1006-1017. doi: 10.1037/0012-1649.28.6.1006
- Malkus, B. M. (1994). Family dynamic and structural correlates of adolescent substance abuse: A comparison of families of non-substance abusers and substance abusers. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *3*, 39-52. doi: 10.1300/J029v03n04_03
- Marcos, A. C. y Bahr, S. J. (1995). Drug progression model: A social control test. *International Journal of the Addictions*, *30*(11), 1383-1405. doi: 10.3109/10826089509055839
- Marcos-Sierra, J. A. y Garrido-Fernández, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, *27*(2-3), 339-362.
- Mares, S. H. W., van der Vorst, H., Engels, R. C. M. E. y Lichtwarck-Aschoff, A. (2011). Parental alcohol use, alcohol-related problems, and alcohol-specific attitudes, alcohol-specific communication, and adolescent excessive alcohol use and alcohol-related problems: An indirect path model. *Addictive Behaviors*, *36*, 209-216. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.10.013
- Marshall, S. K., Tilton-Weaver, L. C. y Bosdet, L. (2005). Information management: Considering adolescents' regulation of parental knowledge. *Journal of*

Adolescence, 28, 633-647. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.08.008

Martínez, J. L., Fuertes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/>

Martínez, M. R. (1995). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid, España: Síntesis.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 317-338. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>

Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L. y Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 102-123. doi:10.2471/BLT.12.108282

McArdle, P., Wieggersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., . . . Quensel, S. (2002). European adolescent substance use: The roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97, 329-336. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00066.x

McQueen, A., Getz, J. G. y Bray, J. H. (2003). Acculturation, substance use, and deviant behavior: Examining separation and family conflict as mediators. *Child Development*, 74, 1737-1750. doi: 10.1046/j.1467-8624.2003.00635.x

Mercadal, L., Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Cano, M. e Ibáñez, N. (2018). *Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las*

Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias. Manuscrito presentado para su publicación.

Mielgo, S., Lorigados, D., Calleja, A. y Cachero, P. A. (2012). Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas. *Psicología de las Adicciones*, 1, 7-11.

Miguel-Arias, D., Gómez, C. P., Bermejo Barrera, A. M., de Abajo Rodríguez, B. L., y Prieto, M. S. (2016). Mortalidad por reacción aguda tras consumo de drogas en Galicia: 1997-2011. *Adicciones*, 28, 80-89.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Guía sobre Drogas*. Recuperado de: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/guiaDrogas.pdf/>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía de Prevención de las Drogodependencias*. Recuperado de: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/GuiaPrevencion.pdf/>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013)*. Recuperado de <http://www.msps.es/>

Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Rosman, B. y Shumer, F. (1967). *Families of the slums: An Exploration of Their Structure and Treatment*. Nueva York, NY: Basic Books, Inc.

Mixão, M. L., Leal, I. y Maroco, J. (2010). Escala de Stress Parental. En I. Leal y J. Maroco (Eds.), *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade* (pp. 187-206). Porto, Portugal: Livpsic.

- Molnar, D. S., Sadava, S. W., DeCourville, N. H. y Perrier, C. P. K. (2010). Attachment, motivations, and alcohol: Testing a dual-path model of high-risk drinking and adverse consequences in transitional clinical and student samples. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 42, 1-13. doi: 10.1037/a0016759
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid, España: Plan Nacional sobre Drogas.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Moos, R. H. y Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moral, M. V. y Ovejero, A. (2003). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de Secundaria. *Entemu*, 15, 151-175.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Moral, M. V., Sirvent, C. y Rodríguez, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 6, 248-261.

- Moss, P. A. (1992). Shifting Conceptions of Validity in Educational Measurement: Implications for Performance Assessment. *Review of Educational Research*, 62, 229-258. doi: 10.2307/1170738
- Muñiz, J. (2015). “Nuestro objetivo es intentar que los tests sean de calidad y se usen de forma adecuada”/Entrevista de INFOCOP. *INFOCOP*, 68, 7-10.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25, 151-157. doi: 10.7334/psicothema2013.24
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94. Recuperado de: Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J. M., y Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. *Salud y Drogas*, 5, 67-80.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide*. (7ª ed.) Los Angeles, CA: Autor.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). *Informe 2017 - Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017). *Informe Europeo sobre Drogas 2017*. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/>
- Olson, D. H., Tiese, J. W., Gorall, D. M. y Fitterer, C. (1996). *Family Assessment Package*. Unpublished Manuscript. University Of Minnesota, St. Paul.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la*

Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra, Suiza: Autor.

Pallant, J. (2013). *SPSS Survival manual. A Step by Step Guide to Data Analysis using IBM SPSS* (5ª ed.). Londres, Reino Unido: McGraw-Hill.

Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x

Pears, K., Capaldi, D. M. y Owen, L. D. (2007). Substance use risk across three generations: The roles of parent discipline practices and inhibitory control. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 373-386. doi: 10.1037/0893-164X.21.3.373

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173. Recuperado de: <http://revistas.cardenalcisneros.es/>

Pérez, E. J., López, M. P. Cuesta, S. E. y Caballero, C. G. (2005). Validación del cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP): Hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas guiado por la personalidad. *Trastornos adictivos*, 7, 166-186.

Pinheiro, R. T., Pinheiro, K. A. T., Da Silva Magalhães, P. V., Horta, B. L., Da Silva, R. A., Sousa, P. L. R. y Fleming, M. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction: A case-control study in Southern Brazil. *Substance Use & Misuse*, 41, 307-316. doi: 10.1080/10826080500409167

Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el

consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.

Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/>

Pumar, B., Ayerbe, A., Espina, A., García, E. y Santos, A. (1995). Percepción del clima familiar en toxicómanos. *Anales de psicología*, 11, 143-152. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/>

Pumar, B., Espina, A. y Ayerbe, A. (1997). Ajuste de pareja en padres de hijos toxicómanos. Estudio comparativo. *Revista española de drogodependencias*, 22, 293-310. Recuperado de <http://www.aesed.com>

Recio, J. L., Santos, C., Sanchez, M. A., Escamilla, J. P., Barahona, M. J. y Plaza, L. A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid, España: Cruz Roja Española.

Rial, A., Varela, J., Abalo, J. y Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En J. P. Lévy (Dir.), *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales. Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales* (pp. 119-143). España: Netbiblo.

Rodrigo, M. J., Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid, España: Alianza editorial.

Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10, 157-162.

Sakylis, K. S., Melchior, M., Chollet, A. y Surkan, P. J. (2012). The combined effects of parental divorce and parental history of depression on cannabis use in young

adults in France. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(1-2), 195-199. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.05.012

Sánchez, M. I., Moreno, M. C., Muñoz, M. V. y Pérez, P. J. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*, 25, 305-324.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>

Sanz, M., Iraurgi, I. y Martínez-Pampliega, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en toxicomanías: Adaptación española y características de adecuación métrica del FAP-FACES IV. En: I. Iraurgi y F. González-Saiz (Eds.), *Instrumentos de Evaluación en drogodependencias* (pp.403-434). Madrid, España: Aula Médica.

Sanz, M., Iraurgi, I., Martínez-Pampliega, A. y Cosgaya, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 13, 39-48. Recuperado de <http://www.adicciones.es/>

Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(Suppl 1), 76-88. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x

Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2001). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español* (pp. 58-113). Madrid, España: Plan Nacional de Drogas.

- Shand, F. L., Degenhardt, L., Slade, T. y Nelson, E. C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 27-36. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.08.008
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-28. doi: 10.2307/350547
- Spanier, G. B. (2017). *DAS. Escala de Ajuste Diádico* (R. Martín-Lanas, A. Cano-Prous y M. I. Beunza-Nuin, adaptadores). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Stanton, M. D. y Todd, T. (1985). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Essex, Reino Unido: Mark Paterson.
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42, 893-898. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.017
- Stewart, D., Barnes, J., Cote, J., Cudeck, R. y Malthouse, E. (2001). Factor analysis. *Journal of Consumer Psychology*, 10, 75-82. doi: 10.1207/S15327663JCP1001&2_07
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M. y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.02.014
- Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya. (2008). *Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya: Consum de Drogues i Problemes Associats*. Recuperado de:
http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/guies_i_m

anuals/arxiu/llibre_blanco_prevenio_drogues.pdf/

Subdirecció General de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya. (2011).

Guía de Práctica Clínica sobre el Tratamiento de la Dependencia de la Cocaína. Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_480_dependencia_cocaina_compl.pdf/

Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5° ed.). Boston, MA: Pearson Education.

Tafà, M. y Baiocco, R. (2009). Addictive behavior and family functioning during adolescence. *American Journal of Family Therapy*, 37, 388-395. doi: 10.1080/01926180902754745

Thompson, M., y Petrovic, M. (2009). Gendered transitions: Within-person changes in employment, family, and illicit drug use. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 46, 377-408. doi: 10.1177/0022427809335172

Todd, T. (1985). Developmental Cycles and Substance Abuse. En C. J. Falicov (Comp.), *Family Transitions. Continuity and Change Over the Life Cycle*. Essex, Reino Unido: Mark Paterson.

Torrens, M., Gilchrist, G., Domingo-Salvany, A. y PsyCoBarcelona Group. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 147-156. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report 2017*. Recuperado de <http://www.unodc.org/>

Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.

- Varescon, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie: Que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection? *Bulletin de Psychologie*, 63, 441-444. doi: 10.3917/bupsy.510.0441
- Velleman, R. D. y Templeton, L. J. (2007). Understanding and modifying the impact of parents substance misuse on children . *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 79-89. doi: 10.1192/apt.bp.106.002386
- Velleman, R. D., Templeton, L. J. y Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93-109. doi: 10.1080/09595230500167478
- Vilaregut, A. (2003). *Família i Addiccions: dinàmica familiar, vincle conjugal i parental en famílies amb un membre jove-adult drogoaddicte* (Tesis doctoral). Recuperada de TDR, Tesis Doctorales en Red. (<http://hdl.handle.net/10803/52307>)
- Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Mercadal, L. y Mateu, C. (2018). *Measuring the family relations: Italian validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Waal, H. y Gossop, M. (2014). Making sense of differing overdose mortality: contributions to improved understanding of European patterns. *European Addiction Research*, 20, 8-15. doi:10.1159/000346781
- Waldron, M., Vaughan, E. L., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Sartor, C. E., Duncan, A. E., . . . Heath, A. C. (2014). Risks for early substance involvement associated with parental alcoholism and parental separation in an adolescent female

cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 130-136. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.02.020

Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D. F. y Summers, G. F. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136.

Windle, M. (1991). The difficult temperament in adolescence: Associations with substance use, family support, and problem behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 310-315. doi: 10.1002/1097-4679(199103)47:2<310::AID-JCLP2270470219>3.0.CO;2-U

Worthington, R. L. y Whittaker, T. A. (2006). Scale Development Research. A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806-838. doi: 10.1177/0011000006288127

Zamboanga, B. L., Schwartz, S. J., Jarvis, L. H. y Van Tyne, K. (2009). Acculturation and substance use among Hispanic early adolescents: Investigating the mediating roles of acculturative stress and self-esteem. *The Journal of Primary Prevention*, 30(3-4), 315-333. doi: 10.1007/s10935-009-0182-z

Apéndice

Apéndice A

Resumen en castellano

El objetivo principal de la presente tesis doctoral fue validar y determinar la aplicabilidad clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* en familias clínicas españolas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Por un lado, dicha investigación contribuye al proceso de acumulación de evidencias sobre el *CERFB* en una población clínica española particular. Por otro lado, ofrece una respuesta a la necesidad de especificidad de instrumentos para evaluar la familia en los trastornos relacionados con sustancias.

El *CERFB* es el primer instrumento construido y validado en población general española que evalúa y diferencia simultáneamente la conyugalidad y la parentalidad, funciones familiares propias de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares. Los trastornos relacionados con sustancias representan en la sociedad actual española un problema sociosanitario de gran magnitud.

La muestra total de la investigación estuvo integrada por 338 parejas como unidad familiar ($N = 676$ participantes); 152 familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y 186 familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico. Las 152 familias grupo clínico se dividieron en dos estudios; se utilizaron 75 familias para el Primer Estudio y 77 familias para el Segundo Estudio.

Los resultados indicaron que el *CERFB* presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias en los trastornos relacionados con sustancias, y consistentes en relación a la versión original en población general española y a la versión en población clínica española en los trastornos de la conducta alimentaria.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) presenta la validez del modelo de estructura bifactorial del *CERFB*, que emergió de los resultados del análisis factorial

exploratorio (AFE), en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Del mismo modo, dicho modelo sustenta la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares, dado que refirió un buen ajuste a los datos de las familias objeto de estudio.

Complementan la validez de constructo las correlaciones que reportaron la validez convergente entre el CERFB y dos medidas ampliamente utilizadas en la práctica clínica y la investigación para evaluar las relaciones familiares, en concreto, el ajuste diádico y el vínculo parental. En el Primer Estudio: se establecieron correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad del CERFB y Ajuste Diádico de la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; $r(94) = .85, p < .001$) y las escalas Parentalidad del CERFB y Cuidado del *Parental Bonding Instrument* (PBI; $r(118) = .53, p < .001$). A su vez, se constató una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad del CERFB y Sobreprotección del PBI ($r(119) = -.55, p < .001$). En el Segundo Estudio: se establecieron correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad del CERFB y Ajuste Diádico de la DAS ($r(106) = .83, p < .001$) y las escalas Parentalidad del CERFB y Cuidado del PBI ($r(120) = .47, p < .001$). A su vez, se constató una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad del CERFB y Sobreprotección del PBI ($r(121) = -.50, p < .001$).

El análisis de la consistencia interna del CERFB, mediante el coeficiente alpha de Cronbach, demostró una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad y una buena homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad. En el Primer Estudio, los resultados del coeficiente fueron: Conyugalidad ($\alpha = .93$) y Parentalidad ($\alpha = .82$). En el Segundo Estudio, los resultados del coeficiente fueron: Conyugalidad ($\alpha = .93$) y Parentalidad ($\alpha = .80$).

La capacidad evaluativa y discriminativa del CERFB de mayor disarmonía

conyugal y deterioro de la parentalidad de las familias grupo clínico con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, respecto de las familias grupo control sin diagnóstico psicopatológico, se estableció a partir del punto de corte de 56 para Conyugalidad y de 41 para Parentalidad.

Se proporcionan los baremos de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias. La baremación en percentiles de las puntuaciones totales directas de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB* permite comparar las puntuaciones del *CERFB* de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. La baremación en percentiles de las puntuaciones totales de Conyugalidad y Parentalidad del *CERFB*, en base 10 y tipificadas (T), también permite comparar las puntuaciones del *CERFB* de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. Dicha baremación permite, además, interpretar las puntuaciones del *CERFB* en los trastornos relacionados con sustancias en relación a las puntuaciones en base 10 y tipificadas (T) de otros instrumentos.

Los resultados de los puntos de corte y los resultados de la baremación, en su conjunto, permiten interpretar las puntuaciones de las familias objeto de estudio. Los resultados relativos a la comparación entre ambos grupos de familias encajan con las observaciones de Linares de mayor disfunción relacional en las familias con un hijo con diagnóstico psicopatológico, respecto de las familias con capacidad de nutrición relacional plena. Estas conclusiones convergen también con las observaciones del resto de publicaciones científicas en la misma línea de investigación.

En conclusión, del conjunto de resultados de la presente tesis doctoral se desprende la posibilidad de utilizar el *CERFB* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar a partir de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y

parentalidad, de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, tanto en contextos clínicos como de investigación.

Las características generales del *CERFB* facilitan su inclusión en sistemas de evaluación, ya sea en combinación con otros instrumentos autoadministrados o con la entrevista clínica y la observación. A tener en cuenta, la valiosa brevedad y facilidad, tanto de administración y respuesta -únicamente son necesarios 10 minutos, papel y bolígrafo- como de corrección del instrumento.

El uso consistente de un instrumento válido y fiable que evalúe de forma específica la familia en los trastornos relacionados con sustancias es imprescindible a nivel teórico para fortalecer el conocimiento en relación a la temática. Y, en particular, resulta esencial en relación a la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares, con el propósito de actualizar su validación a nivel empírico en función de la práctica clínica actual. La mayor disfunción relacional registrada en las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, en comparación con las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, evidencia que el desarrollo de programas de prevención e intervención familiar en los trastornos relacionados con sustancias se puede ver enriquecido a partir de la inclusión del *CERFB*.

Finalmente, se destacan y discuten algunas limitaciones para la adecuada interpretación de las aportaciones de la investigación y se presentan futuras líneas de investigación que permitirán expandir y especificar la utilidad del *CERFB* en población general y clínica.

Palabras clave: *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* • Diagnóstico relacional • Conyugalidad • Parentalidad • Trastornos relacionados con sustancias • Psicometría

Apéndice A

Resumen en catalán

L'objectiu principal de la present tesi doctoral va ser validar i determinar l'aplicabilitat clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* en famílies clíniques espanyoles amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies. Per una banda, aquesta investigació contribueix al procés d'acumulació d'evidències sobre el *CERFB* en una població clínica espanyola particular. Per altra banda, ofereix resposta a la necessitat d'especificitat d'instruments per avaluar la família en els trastorns relacionats amb substàncies.

El *CERFB* és el primer instrument construït i validat en població general espanyola que avalua i diferencia simultàniament la conjugalitat i la parentalitat, funcions familiars pròpies de la teoria de les relacions familiars bàsiques de Linares. Els trastorns relacionats amb substàncies representen en la societat actual espanyola un problema sociosanitari de gran magnitud.

La mostra total de la investigació va estar integrada per 338 parelles com a unitat familiar ($N = 676$ participants); 152 famílies grup clínic amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies i 186 famílies grup control sense diagnòstic psicopatològic. Les 152 famílies grup clínic es van dividir en dos estudis; es van utilitzar 75 famílies per realitzar el Primer Estudi i 77 famílies per al Segon Estudi.

Els resultats van indicar que el *CERFB* presenta unes propietats psicomètriques satisfactòries en els trastorns relacionats amb substàncies, i consistents en relació a la versió original en població general espanyola i a la versió en població clínica espanyola en els trastorns de la conducta alimentària.

L'anàlisi factorial confirmatòria (AFC) presenta la validesa del model d'estructura bifactorial del *CERFB*, que va emergir dels resultats de l'anàlisi factorial

exploratori (AFE), en famílies clíniques amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies. A més, aquest model d'estructura recolza la teoria de les relacions familiars bàsiques de Linares, donat que va referir un bon ajust a les dades de les famílies objecte d'estudi.

Complementen la validesa de constructe les correlacions que van reportar la validesa convergent entre el CERFB i dues mesures àmpliament utilitzades en la pràctica clínica i la investigació per avaluar les relacions familiars, en concret, l'ajust diàdic i el vincle parental. En el Primer Estudi: es van establir correlacions positives i significatives entre les escales Conjugalitat del CERFB i Ajust Diàdic de la *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*; $r(94) = .85, p < .001$) i les escales Parentalitat del CERFB i Cures del *Parental Bonding Instrument (PBI)*; $r(118) = .53, p < .001$). Així mateix, es va constatar una correlació negativa i significativa entre les escales Parentalitat del CERFB i Sobreprotecció del PBI ($r(119) = -.55, p < .001$). En el Segon Estudi: es van establir correlacions positives i significatives entre les escales Conjugalitat del CERFB i Ajust Diàdic de la DAS ($r(106) = .83, p < .001$) i les escales Parentalitat del CERFB i Cures del PBI ($r(120) = .47, p < .001$). Així mateix, es va constatar una correlació negativa i significativa entre les escales Parentalitat del CERFB i Sobreprotecció del PBI ($r(121) = -.50, p < .001$).

L'anàlisi de la consistència interna del CERFB, mitjançant el coeficient alpha de Cronbach, va demostrar una excel·lent homogeneïtat entre els ítems de l'escala Conjugalitat i una bona homogeneïtat entre els ítems de l'escala Parentalitat. En el Primer Estudi, els resultats del coeficient van ser: Conjugalitat ($\alpha = .93$) i Parentalitat ($\alpha = .82$). En el Segon Estudi, els resultats del coeficient van ser: Conjugalitat ($\alpha = .93$) i Parentalitat ($\alpha = .80$).

La capacitat avaluativa i discriminativa del *CERFB* de major disharmonia conjugal i deteriorament de la parentalitat de les famílies grup clínic amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies, respecte de les famílies grup control sense diagnòstic psicopatològic, es va establir a partir del punt de tall de 56 per a Conjugalitat i de 41 per a Parentalitat.

Es proporcionen els barems de Conjugalitat i Parentalitat del *CERFB* en els trastorns relacionats amb substàncies. La baremació en percentils de les puntuacions totals directes de Conjugalitat i Parentalitat del *CERFB* permet comparar les puntuacions del *CERFB* de les famílies clíniques amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies. La baremació en percentils de les puntuacions totals de Conjugalitat i Parentalitat del *CERFB*, en base a 10 i tipificades (T), també permet comparar les puntuacions del *CERFB* de les famílies clíniques amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies. Aquesta baremació permet, a més, interpretar les puntuacions del *CERFB* en els trastorns relacionats amb substàncies en relació a les puntuacions en base a 10 i tipificades (T) d'altres instruments.

Els resultats dels punts de tall i els resultats de la baremació, en el seu conjunt, permeten interpretar les puntuacions de les famílies objecte d'estudi. Els resultats relatius a la comparació entre ambdós grups de famílies encaixen amb les observacions de Linares de major disfunció relacional en les famílies amb un fill amb diagnòstic psicopatològic, respecte de les famílies amb capacitat de nutrició relacional plena. Aquestes conclusions convergeixen també amb les observacions de la resta de publicacions científiques en la mateixa línia d'investigació.

En conclusió, del conjunt de resultats de la present tesi doctoral es desprèn la possibilitat d'utilitzar el *CERFB* en el diagnòstic relacional del funcionament familiar a partir de les relacions familiars bàsiques, conjugalitat i parentalitat, de les famílies

clínicas amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies, tant en contextos clínics com d'investigació.

Les característiques generals del *CERFB* faciliten la seva inclusió en sistemes d'avaluació, ja sigui en combinació amb altres instruments autoadministrats o amb l'entrevista clínica i l'observació. A tenir en compte, la valuosa brevetat i facilitat, tant d'administració i resposta -únicament són necessaris 10 minuts, paper i bolígraf- com de correcció de l'instrument.

L'ús consistent d'un instrument vàlid i fiable que avaluï de forma específica la família en els trastorns relacionats amb substàncies és imprescindible a nivell teòric per enfortir el coneixement en relació a la temàtica. I, en particular, resulta essencial en relació a la teoria de les relacions familiars bàsiques de Linares, amb el propòsit d'actualitzar la seva validació a nivell empíric en funció de la pràctica clínica actual. La major disfunció relacional registrada en les famílies clíniques amb un fill amb trastorns relacionats amb substàncies, en comparació amb les famílies funcionals sense diagnòstic psicopatològic, evidencia que el desenvolupament de programes de prevenció i intervenció familiar en els trastorns relacionats amb substàncies es pot veure enriquit a partir de la inclusió del *CERFB*.

Finalment, es destaquen i es discuteixen algunes limitacions per a l'adequada interpretació de les aportacions de la investigació i es presenten futures línies d'investigació que permetran expandir i especificar la utilitat del *CERFB* en població general i clínica.

Paraules clau: *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* • Diagnòstic relacional • Conjugalitat • Parentalitat • Trastorns relacionats amb substàncies • Psicometria

Apéndice A

Resumen en inglés

The main objective of the doctoral thesis presented was to validate and determine the clinical applicability of the *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* in Spanish clinical families with a child suffering from substance related disorders. On the one hand, this research contributes to the evidence accumulation process around the *CERFB* in a particular Spanish clinical population. On the other hand, it offers a response to the need of specific instruments to evaluate the family where there are substance related disorders.

The *CERFB* is the first instrument to be drawn up and validated in Spanish general population which evaluates and simultaneously differentiates marital and parental functions, namely family functions according to the Linares basic family relations theory. Substance related disorders represent a major public health problem in the current Spanish society.

The total sample of the research was made up of 338 couples as a family unit ($N = 676$ participants); 152 clinical group families with a child suffering from substance related disorders and 186 control group families with no psychopathological diagnosis. The 152 clinical group families were divided in two studies; 75 families were used to carry out the First Study and 77 families for the Second Study.

The results indicated that the *CERFB* presents satisfactory psychometric properties in substance related disorders consistent with the original version in Spanish general population, and likewise with the version in Spanish clinical population in eating disorders.

The confirmatory factor analysis (CFA) demonstrates the validity of the bi-factor structure model of the *CERFB*, which emerged from the results of the exploratory

factor analysis (EFA), in clinical families with a child suffering from substance related disorders. Likewise, the structure model fits with the Linares basic family relations theory given that it reflected a good adjustment to the data corresponding of the families which are the object of study.

Complementing the construct validity are the correlations which reported the convergent validity between the *CERFB* and two widely used measurements utilized in clinical practice and research to evaluate family relationships, as are the dyadic adjustment and the parental bond. In the First Study, positive and significant correlations were established between the Marital scale of the *CERFB* and the Dyadic Adjustment scale of the *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*; $r(94) = .85, p < .001$ and the Parental scale of the *CERFB* and the Care scale of the *Parental Bonding Instrument (PBI)*; $r(118) = .53, p < .001$. At the same time, a negative and significant correlation was established between the Parental scale of the *CERFB* and the Overprotection scale of the *PBI* ($r(119) = -.55, p < .001$). In the Second Study, positive and significant correlations were established between the Marital scale of the *CERFB* and the Dyadic Adjustment scale of the *DAS* ($r(106) = .83, p < .001$) and the Parental scale of the *CERFB* and the Care scale of the *PBI* ($r(120) = .47, p < .001$). At the same time, a negative and significant correlation was established between the Parental scale of the *CERFB* and the Overprotection scale of the *PBI* ($r(121) = -.50, p < .001$).

The analysis of the internal consistency of the *CERFB* through the Cronbach alpha coefficient demonstrated an excellent homogeneousness among the items of the Marital scale and a good homogeneousness among the items of the Parental scale. In the First Study, the results of the coefficient were: Marital ($\alpha = .93$) and Parental ($\alpha = .82$). In the Second Study, the results of the coefficient were: Marital ($\alpha = .93$) and Parental ($\alpha = .80$).

Through the cut-off point of 56 for Marital and 41 for Parental, was established the evaluative and discriminative capacity of the *CERFB* for major marital relationship disharmony and the deterioration of parental relationships of the clinical group families with a child suffering from substance related disorders, with respect to the control group families with no psychopathological diagnosis.

The Marital and Parental reference scales of the *CERFB* are provided in substance related disorders. The percentile scaling of the total direct Marital and Parental scores of the *CERFB* enables comparison of the *CERFB* scores of the clinical families with a child suffering from substance related disorders. The percentile scaling of the total Marital and Parental scores of the *CERFB*, with respect to the base 10 and the typified scores (T), also enables comparison of the *CERFB* scores of the clinical families with a child suffering from substance related disorders. At the same time, this same scaling enables interpretation of the *CERFB* scores in substance related disorders in relation to the base 10 and typified scores (T) of other instruments.

The results of the cut-off points and the references scales, together enables interpretation the scoring of the families which are the object of study. The relative results to the comparison between both family groups fit with the Linares observations of major relational dysfunction in families with a child with psychopathological diagnosis, with respect to the families with full relational nurture. These conclusions also converge with the observations of the rest of scientific publications in the same line of research.

In conclusion, from the whole set of results of this doctoral thesis presented arises the possibility of utilizing the *CERFB* in the relational diagnosis of family functioning established through the basic family relations, marital and parental

functions, of the clinical families with a child suffering from substance related disorders, equally in clinical and research contexts.

The general characteristics of the *CERFB* facilitate their inclusion in evaluation systems, be they in combination with other self administered instruments or with clinical interviews and observations. To be taken into account is the valuable brevity and easiness in administration and response, and likewise the correcting of the instrument.

The consistent use of a valid and reliable instrument to evaluate in a specific way the family in substance related disorders is indispensable at a theoretical level in order to strengthen the knowledge in relation to the issue. And in particular, it is essential in relation to the Linares basic family relations theory with the purpose of updating validation at an empirical level as regards current clinical practice. The major relational dysfunction registered in clinical families with a child suffering from substance related disorders, in comparison with the functional families with no psychopathological diagnosis provides evidence that the development of prevention programmes and family intervention in substance related disorders can be enriched after including the *CERFB*.

Finally, some limitations stand out and are discussed for the adequate interpretation of the research contributions. Also are presented future research lines which will enable expanding and specifying the utility of the *CERFB* in general and clinical population.

Key words: *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* • Relational diagnosis • Marital functions • Parental functions • Substance related disorders • Psychometrics

Apéndice B

Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES BÁSICAS

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario trata sobre las relaciones familiares, es decir, su principal objetivo es medir la calidad de la relación entre los diferentes miembros de la familia.

Al tratarse de un estudio de ámbito nacional está redactado en castellano, disculpe las molestias que este hecho pueda ocasionar.

A continuación, encontrará una serie de frases cortas que nos permitirán conocer sus actitudes, intereses y comportamientos habituales en su vida familiar.

No existen contestaciones correctas o incorrectas dado que las personas tienen distintos puntos de vista, razón por la cual rogamos que se conteste el cuestionario adjunto con la máxima sinceridad.

Anote sus contestaciones en la hoja de respuestas que aparece a continuación. No olvide rellenar sus datos personales.

Cada frase tiene cinco posibles respuestas, ordenadas de menos frecuente (1 = *nunca*) a más frecuente (5 = *siempre*). Marque con una X la que describe mejor su **situación personal en la actualidad**.

No emplee demasiado tiempo en contestar cada frase y evite dejar alguna sin contestar.

Tal vez algunas frases le parezcan muy personales, no se preocupe, y recuerde que las hojas de respuesta son documentos totalmente confidenciales.

El equipo investigador le da las gracias por su colaboración.

CERFB - 25 ÍTEMS					
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES BÁSICAS					
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1. Estoy seguro/a de que mi/s hijo/s solo piensan en salirse con la suya.	1	2	3	4	5
2. Opino que mi/s hijo/s tienen defectos importantes.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja me ayuda a afrontar los problemas cotidianos.	1	2	3	4	5
4. Creo que mi/s hijo/s no son responsable/s.	1	2	3	4	5
5. Siento que mi/s hijo/s me corresponde/n afectivamente.	1	2	3	4	5
6. Creo que mi pareja no me comprende.	1	2	3	4	5
7. Mi pareja estropea las cosas con su indelicadeza.	1	2	3	4	5
8. Dialogo tranquilamente con mi/s hijo/s.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja tiene más en cuenta las opiniones de los demás que las mías propias.	1	2	3	4	5
10. Me resulta difícil disfrutar en la intimidad con mi pareja.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja y yo hacemos un buen equipo.	1	2	3	4	5
12. Mi pareja sabe cómo tratarme.	1	2	3	4	5
13. Me gusta compartir el tiempo libre con mi/s hijo/s.	1	2	3	4	5
14. Mi pareja me dedica poco tiempo.	1	2	3	4	5
15. Suelo tener que gritar a mi/s hijo/s para que me obedezcan.	1	2	3	4	5
16. Mi pareja me sabe escuchar.	1	2	3	4	5
17. Mi pareja se muestra muy cariñoso/a conmigo.	1	2	3	4	5
18. Pienso que mi/s hijo/s no sabe/n cómo tratarme.	1	2	3	4	5
19. Mi pareja me ayuda a ser más fuerte.	1	2	3	4	5
20. Reconozco abiertamente cuando mi/s hijo/s actúan correctamente.	1	2	3	4	5
21. Siento que mi/s hijo/s me sacan de quicio muy a menudo.	1	2	3	4	5
22. Mi pareja y yo discutimos acaloradamente a diario por cualquier tema.	1	2	3	4	5
23. Estoy convencido/a de que mi/s hijo/s solo atiende/n cuando se le/s amenaza con ser castigado/s.	1	2	3	4	5
24. Pienso que mi pareja y yo estamos en desacuerdo en la mayoría de las cosas.	1	2	3	4	5
25. Mi pareja y yo dialogamos tranquilamente sobre cualquier cosa.	1	2	3	4	5

Apéndice C

Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS) - Hombre

La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	A veces en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo	
1. Manejo de la economía doméstica	5	4	3	2	1	0	
2. Tiempo de ocio	5	4	3	2	1	0	
3. Religión	5	4	3	2	1	0	
4. Demostraciones de cariño	5	4	3	2	1	0	
5. Amistades	5	4	3	2	1	0	
6. Relaciones sexuales	5	4	3	2	1	0	
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas)	5	4	3	2	1	0	
8. Filosofía de la vida	5	4	3	2	1	0	
9. Relaciones con los familiares próximos	5	4	3	2	1	0	
10. Cosas y objetivos considerados importantes	5	4	3	2	1	0	
11. Cantidad de tiempo pasado juntos	5	4	3	2	1	0	
12. Toma de decisiones importantes	5	4	3	2	1	0	
13. Tareas domésticas	5	4	3	2	1	0	
14. Intereses y actividades de ocio	5	4	3	2	1	0	
15. Decisiones en relación con el futuro de uno	5	4	3	2	1	0	
		Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o de poner fin a su relación?	0	1	2	3	4	5	
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña?	0	1	2	3	4	5	
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente?	5	4	3	2	1	0	
19. ¿Confía usted en su pareja?	5	4	3	2	1	0	
20. ¿Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)?	0	1	2	3	4	5	
21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?	0	1	2	3	4	5	
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión?	0	1	2	3	4	5	
		Todos los días	Casi todos los días	A veces	Casi nunca	Nunca	
23. ¿Besa usted a su pareja?	4	3	2	1	0		

	En casi todas	En la mayoría	En algunas	En casi ninguna	En ninguna
24. ¿Participan usted y su pareja juntos en actividades externas a la familia?	4	3	2	1	0

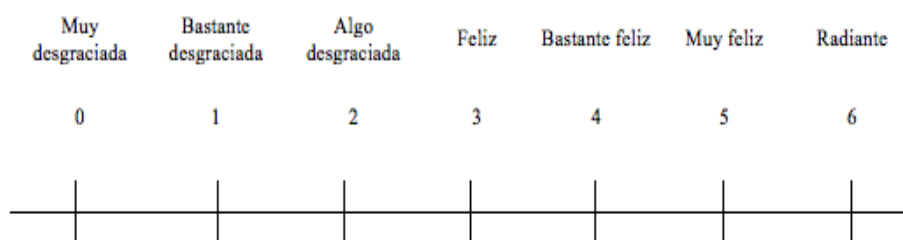
¿Con qué frecuencia diría usted que lo siguiente ocurre entre usted y su pareja?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Más a menudo
25. Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas	0	1	2	3	4	5
26. Se ríen juntos	0	1	2	3	4	5
27. Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa	0	1	2	3	4	5
28. Colaboran juntos en un proyecto	0	1	2	3	4	5

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión de pareja en las últimas semanas. (Señale *sí* o *no*).

	Sí	No
29. Demasiado cansancio para practicar el sexo	0	1
30. Ausencia de muestras de cariño	0	1

31. Los puntos que aparecen debajo de estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. El punto central ("feliz") representa el grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, el punto que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.



32. ¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?

- | | |
|---|--|
| 5 | Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo. |
| 4 | Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo. |
| 3 | Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo. |
| 2 | Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien. |
| 1 | Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien. |
| 0 | Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito. |

Apéndice C

Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS) - Mujer

La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdo en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	A veces en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo	
1. Manejo de la economía doméstica	5	4	3	2	1	0	
2. Tiempo de ocio	5	4	3	2	1	0	
3. Religión	5	4	3	2	1	0	
4. Demostraciones de cariño	5	4	3	2	1	0	
5. Amistades	5	4	3	2	1	0	
6. Relaciones sexuales	5	4	3	2	1	0	
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas)	5	4	3	2	1	0	
8. Filosofía de la vida	5	4	3	2	1	0	
9. Relaciones con los familiares próximos	5	4	3	2	1	0	
10. Cosas y objetivos considerados importantes	5	4	3	2	1	0	
11. Cantidad de tiempo pasado juntos	5	4	3	2	1	0	
12. Toma de decisiones importantes	5	4	3	2	1	0	
13. Tareas domésticas	5	4	3	2	1	0	
14. Intereses y actividades de ocio	5	4	3	2	1	0	
15. Decisiones en relación con el futuro de uno	5	4	3	2	1	0	
		Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o de poner fin a su relación?		0	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña?		0	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente?		5	4	3	2	1	0
19. ¿Confía usted en su pareja?		5	4	3	2	1	0
20. ¿Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)?		0	1	2	3	4	5
21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?		0	1	2	3	4	5
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión?		0	1	2	3	4	5
		Todos los días	Casi todos los días	A veces	Casi nunca	Nunca	
23. ¿Besa usted a su pareja?		4	3	2	1	0	

	En casi todas	En la mayoría	En algunas	En casi ninguna	En ninguna
24. ¿Participan usted y su pareja juntos en actividades externas a la familia?	4	3	2	1	0

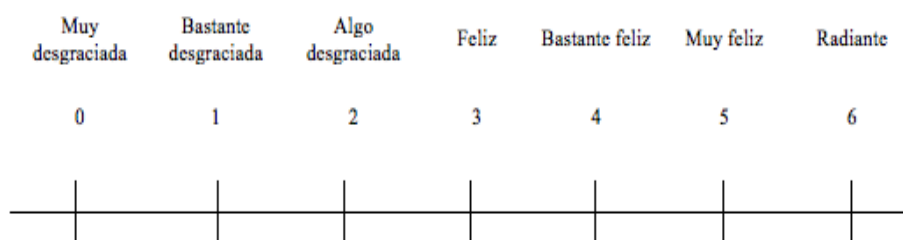
¿Con qué frecuencia diría usted que lo siguiente ocurre entre usted y su pareja?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Más a menudo
25. Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas	0	1	2	3	4	5
26. Se ríen juntos	0	1	2	3	4	5
27. Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa	0	1	2	3	4	5
28. Colaboran juntos en un proyecto	0	1	2	3	4	5

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión de pareja en las últimas semanas. (Señale *sí* o *no*).

	Sí	No
29. Demasiado cansancio para practicar el sexo	0	1
30. Ausencia de muestras de cariño	0	1

31. Los puntos que aparecen debajo de estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. El punto central ("feliz") representa el grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, el punto que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.



32. ¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?

5	Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo.
4	Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo.
3	Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo.
2	Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien.
1	Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que yo hago para contribuir a que la pareja vaya bien.
0	Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito.

Apéndice D

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

Versión Cruzada - Actual __ Padre - Hijo

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una X la casilla que considere más parecida para caracterizar como usted se comporta con su hijo (a) en la actualidad.

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. Le hablo con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita.	()	()	()	()
3. Le dejo hacer las cosas que a él (ella) le gusta hacer.	()	()	()	()
4. Soy emocionalmente frío, seco con él (ella).	()	()	()	()
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Soy cariñoso con él (ella).	()	()	()	()
7. Me gusta que él (ella) tome sus propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiero que crezca, quiero que él (ella) siga siendo un niño (a).	()	()	()	()
9. Intento controlar todo lo que él (ella) hace.	()	()	()	()
10. Invado su vida privada.	()	()	()	()
11. Me gusta comentar las cosas con él (ella).	()	()	()	()
12. Le sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiendo a tratarle como a un niño (a).	()	()	()	()
14. No entiendo qué es lo que él (ella) necesita o quiere.	()	()	()	()
15. Le dejo tomar sus propias decisiones.	()	()	()	()
16. No le hago sentirse querido (a).	()	()	()	()
17. Le consuelo cuando él (ella) está mal.	()	()	()	()
18. Hablo muy poco con él (ella).	()	()	()	()
19. Trato que él (ella) dependa de mí.	()	()	()	()
20. Creo que él (ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca.	()	()	()	()
21. Le doy toda la libertad que él (ella) quiere.	()	()	()	()
22. Le dejo salir cuantas veces él (ella) quiere.	()	()	()	()
23. Soy sobreprotector con él (ella).	()	()	()	()
24. No le alabo, ni felicito ni elogio.	()	()	()	()
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	()	()	()	()

Apéndice D

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

Versión Cruzada - Actual __ Madre - Hijo

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una X la casilla que considere más parecida para caracterizar como usted se comporta con su hijo (a) en la actualidad.

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. Le hablo con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No le ayudo lo suficiente en lo que él (ella) necesita.	()	()	()	()
3. Le dejo hacer las cosas que a él (ella) le gusta hacer.	()	()	()	()
4. Soy emocionalmente fría, seca con él (ella).	()	()	()	()
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Soy cariñosa con él (ella).	()	()	()	()
7. Me gusta que él (ella) tome sus propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiero que crezca, quiero que él (ella) siga siendo un niño (a).	()	()	()	()
9. Intento controlar todo lo que él (ella) hace.	()	()	()	()
10. Invado su vida privada.	()	()	()	()
11. Me gusta comentar las cosas con él (ella).	()	()	()	()
12. Le sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiendo a tratarle como a un niño (a).	()	()	()	()
14. No entiendo qué es lo que él (ella) necesita o quiere.	()	()	()	()
15. Le dejo tomar sus propias decisiones.	()	()	()	()
16. No le hago sentirse querido (a).	()	()	()	()
17. Le consuelo cuando él (ella) está mal.	()	()	()	()
18. Hablo muy poco con él (ella).	()	()	()	()
19. Trato que él (ella) dependa de mí.	()	()	()	()
20. Creo que él (ella) no puede cuidarse a menos que yo esté cerca.	()	()	()	()
21. Le doy toda la libertad que él (ella) quiere.	()	()	()	()
22. Le dejo salir cuantas veces él (ella) quiere.	()	()	()	()
23. Soy sobreprotectora con él (ella).	()	()	()	()
24. No le alabo, ni felicito ni elogio.	()	()	()	()
25. Le dejo vestirse de acuerdo con sus gustos.	()	()	()	()

Apéndice D

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

Versión Cruzada - Actual __ Hijo - Padre

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una X la casilla que considere más parecida para caracterizar como usted ve a su padre en la actualidad.

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4. Me parece emocionalmente frío, seco conmigo.	()	()	()	()
5. Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Es cariñoso conmigo.	()	()	()	()
7. Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño (a).	()	()	()	()
9. Intenta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10. Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11. Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12. Me sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiende a tratarme como a un niño (a).	()	()	()	()
14. No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15. Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16. No me hace sentir querido (a).	()	()	()	()
17. Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18. Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19. Trata que yo dependa de él.	()	()	()	()
20. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que él esté cerca.	()	()	()	()
21. Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22. Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23. Es sobreprotector conmigo.	()	()	()	()
24. No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

Apéndice D

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

Versión Cruzada - Actual __ Hijo - Madre

En el siguiente cuestionario se enumeran diferentes actitudes y comportamientos de los padres. Marque con una X la casilla que considere más parecida para caracterizar como usted ve a su madre en la actualidad.

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
1. Me habla con una voz cálida y amigable.	()	()	()	()
2. No me ayuda lo suficiente.	()	()	()	()
3. Me deja hacer las cosas que a mí me gustan.	()	()	()	()
4. Me parece emocionalmente fría, seca conmigo.	()	()	()	()
5. Parece entender mis problemas y preocupaciones.	()	()	()	()
6. Es cariñosa conmigo.	()	()	()	()
7. Le gusta que yo tome mis propias decisiones.	()	()	()	()
8. No quiere que yo crezca, quiere que yo siga siendo un niño (a).	()	()	()	()
9. Intenta controlar todo lo que yo hago.	()	()	()	()
10. Invade mi vida privada.	()	()	()	()
11. Le gusta comentar las cosas conmigo.	()	()	()	()
12. Me sonrío con frecuencia.	()	()	()	()
13. Tiende a tratarme como a un niño (a).	()	()	()	()
14. No parece entender qué es lo que yo necesito o quiero.	()	()	()	()
15. Me deja tomar mis propias decisiones.	()	()	()	()
16. No me hace sentir querido (a).	()	()	()	()
17. Sabe consolarme cuando yo estoy mal.	()	()	()	()
18. Habla muy poco conmigo.	()	()	()	()
19. Trata que yo dependa de ella.	()	()	()	()
20. Cree que yo no puedo cuidarme a menos que ella esté cerca.	()	()	()	()
21. Me da toda la libertad que yo quiero.	()	()	()	()
22. Me deja salir cuantas veces yo quiero.	()	()	()	()
23. Es sobreprotectora conmigo.	()	()	()	()
24. No me alaba, ni felicita ni elogia.	()	()	()	()
25. Me deja vestir de acuerdo con mis gustos.	()	()	()	()

Apéndice E

Cuestionario ad-hoc sociodemográfico del CERFB - Padres

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES
FAMILIARES BÁSICAS**

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FECHA DE LA ENCUESTA

 - -

GÉNERO

 Masculino - Femenino

AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA _____

FECHA DE NACIMIENTO - -

LUGAR DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL _____

ESTADO CIVIL

- Vive en pareja
 Casado/a - 1^{er} Matrimonio
 Casado/a - 2^{as} Nupcias o más

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primarios (hasta 6° de E.G.B.) | <input type="checkbox"/> Curso de Orientación Universitaria (C.O.U.) |
| <input type="checkbox"/> Graduado escolar | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> Formación Profesional (F.P.) | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato Unificado Polivalente (B.U.P.) | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

 NÚMERO DE HIJOS NÚMERO DE HIJOS QUE CONVIVEN CON USTED EN CASA

EDAD DE LOS HIJOS ORDENADOS DE MAYOR A MENOR

1^{er} Hijo: ____ años 4^o Hijo: ____ años 7^o Hijo: ____ años
 2^o Hijo: ____ años 5^o Hijo: ____ años Otros hijos: ____ años
 3^{er} Hijo: ____ años 6^o Hijo: ____ años

 ¿Está tomando usted algún tipo de medicación? SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor el nombre del fármaco _____

Apéndice F**Cuestionario ad-hoc clínico - Padres**

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS sí NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor el tipo _____

PSICOPATOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD sí NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor el tipo _____

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS DE LOS HIJOS sí NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor el tipo:

1^{er} Hijo _____

2^o Hijo _____

3^{er} Hijo _____

4^o Hijo _____

5^o Hijo _____

6^o Hijo _____

7^o Hijo _____

PSICOPATOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD DE LOS HIJOS sí NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor el tipo:

1^{er} Hijo _____

2^o Hijo _____

3^{er} Hijo _____

4^o Hijo _____

5^o Hijo _____

6^o Hijo _____

7^o Hijo _____

Apéndice G

Cuestionario ad-hoc sociodemográfico y clínico - Hijo

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FECHA DE LA ENCUESTA

 - -

GÉNERO

 Masculino - Femenino
FECHA DE NACIMIENTO - -

LUGAR DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL _____

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) | <input type="checkbox"/> Licenciatura/Grado |
| <input type="checkbox"/> Formación Profesional (F.P.) | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

OCUPACIÓN ACTUAL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Baja temporal |
| <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Baja permanente |
| <input type="checkbox"/> Estudiante + Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado | |

DATOS CLÍNICOS

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa,

TIPO DE TRATAMIENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunidad terapéutica | <input type="checkbox"/> Terapia grupal |
| <input type="checkbox"/> Hospital de día | <input type="checkbox"/> Terapia familiar |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

TIEMPO APROXIMADO EN TRATAMIENTO EN EL CENTRO ACTUAL _____

EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS _____

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (principal) _____

EXISTENCIA DE DIFERENTES TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor los tipos _____

Apéndice H**Cuestionario ad-hoc sociodemográfico y clínico - Hijo****DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

FECHA DE LA ENCUESTA

 - -

GÉNERO

 Masculino - FemeninoFECHA DE NACIMIENTO - -

LUGAR DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL _____

NIVEL DE ESTUDIOS CURSADOS (marque con una X el nivel más alto que haya cursado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Diplomatura |
| <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) | <input type="checkbox"/> Licenciatura/Grado |
| <input type="checkbox"/> Formación Profesional (F.P.) | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

OCUPACIÓN ACTUAL

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Baja temporal |
| <input type="checkbox"/> Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Baja permanente |
| <input type="checkbox"/> Estudiante + Trabajo remunerado | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Voluntariado | |

DATOS CLÍNICOS¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa,

TIPO DE TRATAMIENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comunidad terapéutica | <input type="checkbox"/> Terapia grupal |
| <input type="checkbox"/> Hospital de día | <input type="checkbox"/> Terapia familiar |
| <input type="checkbox"/> Terapia individual | <input type="checkbox"/> Otros niveles (indicar) _____ |

TIEMPO APROXIMADO EN TRATAMIENTO EN EL CENTRO ACTUAL _____

NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIA FAMILIAR _____

EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS _____

TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DIAGNOSTICADO (principal)

- Trastorno por consumo de alcohol
- Trastorno por consumo de cannabis
- Trastorno por consumo de fenciclidina o de otros alucinógenos
- Trastorno por consumo de inhalantes
- Trastorno por consumo de opiáceos
- Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno por consumo de estimulantes
- Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DIAGNOSTICADOS (trastornos por consumo de sustancias asociados)

- Trastorno por consumo de alcohol
- Trastorno por consumo de cannabis
- Trastorno por consumo de fenciclidina o de otros alucinógenos
- Trastorno por consumo de inhalantes
- Trastorno por consumo de opiáceos
- Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno por consumo de estimulantes
- Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

EXISTENCIA DE OTRA PSICOPATOLOGIA EN LA ACTUALIDAD SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa, indique por favor el tipo _____

Apéndice I

Informe de la Comissió d'Ètica i Recerca de la FPCEE Blanquerna de la URL



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull

El Dr. Xavier Pujadas i Martí, Vicedegà d'Estudis de Postgrau i de Recerca i secretari de la Comissió d'Ètica i Recerca de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull,

F A C O N S T A R

Que després de valorar la qualitat i aspectes ètics, així com la rellevància científica i tècnica de l'estudi "Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias" presentat per Laura Mercadal Salort, la Comissió que representa emet un informe favorable del mateix.

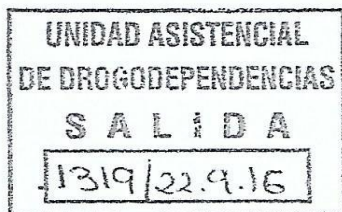
I perquè consti als efectes oportuns, a petició de la interessada, el signa a Barcelona, el vint-i-vuit de novembre de dos mil setze.



C. Cister, 34
08022 Barcelona

Apéndice J

Ejemplo de convenio específico de colaboración



Convenio específico entre la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña y la Fundació Blanquerna para colaborar en la realización del estudio *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias*

ENTIDADES QUE INTERVIENEN

ASOCIACIÓN CIUDADANA DE LUCHA CONTRA LA DROGA (ACLAD) de A Coruña, con domicilio a efectos del presente convenio en la calle Ermita, 2, 15008, de A Coruña; representada por D. Miguel [REDACTED] con NIF: [REDACTED], director - gerente de la Asociación Ciudadana de Lucha contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.

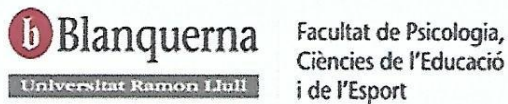
FUNDACIÓ BLANQUERNA, con domicilio a efectos del presente convenio en la calle del Císter, 34, 08022 de Barcelona y con NIF: [REDACTED]; representada por el Dr. Josep [REDACTED], decano de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, facultad integrada en la Universitat Ramon Llull, [REDACTED].

ANTECEDENTES Y MOTIVACIÓN

Que desde la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, de la Universitat Ramon Llull, se está realizando un estudio para contribuir a la validación y aplicabilidad clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* como instrumento de diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.

Que dicha validación y aplicabilidad clínica supone administrar varios cuestionarios a un número suficiente de familias, las cuales deben cumplir los criterios de inclusión para la muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, para ser comparados con los cuestionarios de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico.

Que la Fundació Blanquerna solicita la participación de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña en el presente estudio para que facilite muestra de familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.



Que facilitar dicha muestra para que participe en el estudio de validación y aplicabilidad clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* supone colaborar en la validación de un instrumento que en un futuro ayudará a prevenir determinadas problemáticas referentes a las relaciones familiares básicas, y favorecerá la intervención psicológica en el ámbito de la prevención y tratamiento con problemáticas de consumo de sustancias y conductas de riesgo asociadas.

Que la minuta del presente convenio ha sido aprobada por decreto del director - gerente de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña a fecha 01/09/2016.

Conforme a todo lo expuesto, ambas partes, de común acuerdo, y reconociéndose plena capacidad para este acto, formalizan el presente convenio, que se registrá por lo siguiente:

PACTOS

Primero - Objeto del convenio

El presente convenio tiene por objeto establecer la colaboración entre la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña y la Fundació Blanquerna en el estudio *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias*.

Para llevar a cabo dicho estudio se ha desarrollado un estudio instrumental, clasificado entre los estudios empíricos con metodología cuantitativa, dada su contribución al proceso de validación de un instrumento, el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. En particular, mediante el análisis de las propiedades psicométricas y la aplicabilidad clínica en familias con un hijo con trastornos relacionados con sustancias. La muestra de familias clínicas estará formada por familias con un hijo con trastornos relacionados con sustancias, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR o DSM-5.

Segundo - Actuaciones objeto del convenio

- Analizar las propiedades psicométricas del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*, validez y fiabilidad, en familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias.
- Constituir los baremos del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* en los trastornos relacionados con sustancias, con la finalidad de disponer de un grupo de referencia para ubicar y con el que comparar las puntuaciones del



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



Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias u otras familias.

- Evaluar la capacidad discriminativa, a nivel empírico, del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* en el diagnóstico relacional del funcionamiento familiar de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias y de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico según la hipótesis teórica de Linares.

Tercero - Compromisos de colaboración que asume la Fundació Blanquerna

- Facilitar a la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña el material de evaluación perteneciente al estudio.
- Recoger de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña el material de evaluación debidamente cumplimentado.
- Velar por el análisis de los datos recogidos para el estudio.
- Realizar las conclusiones del estudio mencionando, siempre, la participación de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.
- Facilitar a la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña los resultados del estudio.

Cuarto - Compromisos de colaboración que asume la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña

- Seleccionar aquellas familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias que cumplan los criterios de inclusión muestral.
- Informar a las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias del contenido del estudio.
- Facilitar a cada miembro participante de la familia (padre, madre e hijo) el material de evaluación a cumplimentar.
- Explicar que los cuestionarios son autoadministrados y que una vez cumplimentados deben devolverse a la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.



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



- Indicar a cada miembro participante de la familia que debe firmar el consentimiento informado de participación en el estudio.
- Recoger el material de evaluación de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias seleccionadas.
- Devolver a la Fundació Blanquerna el material de evaluación de las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias seleccionadas.
- Agradecer a todas las familias clínicas con un hijo con trastornos relacionados con sustancias su participación.

Quinto - Circuitos y procedimiento

- La Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña seleccionará aquellas familias que cumplan los criterios de inclusión muestral y acepten participar.
- Una vez seleccionadas las familias, la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña les facilitará el material de evaluación proporcionado por la Fundació Blanquerna. Dicho material, administrado en un sobre corporativo de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, de la Universitat Ramon Llull, contiene la presentación por escrito del estudio y los bloques de cuestionarios - precedidos por el consentimiento informado para cada miembro participante de la familia: el padre, la madre y el hijo diagnosticado de trastornos relacionados con sustancias-
- El bloque de cuestionarios del padre y de la madre incluye el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*, la *Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS)*, el *Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)* y el cuestionario ad-hoc sociodemográfico y clínico.
- El bloque de cuestionarios del hijo incluye el *Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)* para contestar en relación al padre y a la madre, y los cuestionarios ad-hoc sociodemográficos y clínicos.
- Es imprescindible que la participación de cada miembro de la familia vaya precedida por el cumplimiento y la firma del consentimiento informado, con el propósito de regular la información proporcionada y la voluntariedad y garantizar la confidencialidad.
- El retorno del material de evaluación, debidamente cumplimentado, puede facilitarse en el mismo contexto de la propuesta y participación o en otro momento que se acuerde, según el

GA



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



funcionamiento y la organización de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.

- Recogido por la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña, el material de evaluación será devuelto a la Fundació Blanquerna.
- La Fundació Blanquerna será la encargada de analizar los datos y de presentar los resultados, siempre mencionando la participación de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.

Sexto - Comisión técnica de seguimiento

Para la realización de las actuaciones objeto del presente convenio se constituirá una comisión técnica de seguimiento integrada por un representante de la Fundació Blanquerna y otro de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.

Las personas que compongan la comisión técnica de seguimiento del presente convenio velaran por la buena coordinación y funcionamiento, así como también, intervendrán en el caso que existan discrepancias durante el proceso.

Séptimo - Propiedad de los trabajos realizados

La propiedad del estudio será de la Fundació Blanquerna, pero la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña podrá mencionar el estudio indicando la participación en el mismo.

La Fundació Blanquerna hará referencia a la participación de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña siempre que se haga divulgación del estudio.

Octavo - Confidencialidad

Ambas partes convienen que cualquier información o material que se intercambie entre ellas, con objeto del presente convenio, tendrá carácter estrictamente confidencial, siendo tratado como tal por las entidades firmantes y sus profesionales, obligándose expresa y mutuamente a respetar y hacer respetar a aquellos dicho carácter confidencial, empleando para tal fin todos los dispositivos, medidas y procedimientos de seguridad necesarios para proteger la información confidencial. Por lo tanto, ambas partes se comprometen a dictar las instrucciones oportunas a los profesionales que tengan acceso a la información confidencial, con el fin de conseguir su conformidad y el cumplimiento de las mismas.



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



Los deberes de confidencialidad derivados de lo establecido en el presente convenio y aplicables a ambas partes, subsistirán de forma indefinida, aún extinguida la relación entre las mismas. Asimismo, la Fundació Blanquerna se compromete a devolver a la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña o a destruir la información confidencial de esta última. La Fundació Blanquerna también se compromete a destruir cuanta información haya podido generar en base a la que es objeto del presente convenio, buscando y haciendo desaparecer cualquier referencia a la misma.

La Fundació Blanquerna se compromete a no copiar, reproducir, ni por cualquier otro procedimiento, ceder a terceros la información confidencial o el material facilitado por la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña, así como a no permitir a ninguna otra persona, empresa o sociedad la copia, reproducción o divulgación de información o materiales facilitados por la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña en cualquier momento y que obren en poder de la Fundació Blanquerna, sin la autorización previa de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña, manifestada expresamente y por escrito.

En virtud de lo anterior, la Fundació Blanquerna asume la obligación de no revelar, ni permitir a nadie revelar la información confidencial, así como a restringir el acceso a ella solo a un número limitado de profesionales cuya intervención sea necesaria para el desarrollo del estudio con los fines antes mencionados y solo después de que cada uno de esos profesionales haya asumido la obligación de mantener su carácter confidencial.

La Fundació Blanquerna responderá directamente frente a la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña de la divulgación o uso ilegal que de la información confidencial puedan hacer los profesionales responsabilidad de la Fundació Blanquerna que hayan tenido acceso a ella.

Noveno - Protección de datos de carácter personal

En el caso que se acceda de manera accidental a datos de carácter personal, la Fundació Blanquerna estará obligada a cumplir con las prescripciones que se prevén a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal y, en especial, a las contenidas al artículo 12, números 2 a 4 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y al Reglamento de Desarrollo de la Ley de Protección de Datos, aprobado por RD 1720/2007, de 21 de diciembre.



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



En cualquier caso, la Fundació Blanquerna no podrá acceder a los documentos, archivos, sistemas y soportes que contengan datos de carácter personal sin la autorización expresa de la Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.

Décimo - Vigencia

El presente convenio será vigente desde su firma y hasta el 31 de marzo de 2017.

Undécimo - Incumplimiento

El incumplimiento del presente convenio por cualquiera de las partes firmantes puede dar lugar a su resolución.

La resolución del presente convenio y cualquier otro litigio o controversia que se suscite, requiere que la parte interesada o considerada lesionada formule una solicitud en este sentido ante la otra parte.

Duodécimo - Causas de extinción

El presente convenio puede extinguirse por las siguientes causas:

- a) Por la realización de su objeto o por la expiración de su plazo.
- b) Por resolución, de acuerdo con el décimo pacto.
- c) Por desavenencia de las partes firmantes.

Decimotercero - Jurisdicción competente

La naturaleza administrativa del presente convenio hace que sean competentes los órganos del orden jurisdiccional contencioso administrativo para resolver, en última instancia, los conflictos e incidencias que puedan suscitarse.

Decimocuarto - Responsabilidad ante terceros

La responsabilidad que se pueda generar frente a terceros, a consecuencia de las actuaciones derivadas del presente convenio, corresponde al ente ejecutor material de las actuaciones.

GA



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



Y, en prueba de conformidad, las personas que lo otorgan firman el presente convenio, por duplicado en el lugar y fecha que se señalan.

Barcelona, 01/09/2016

A Coruña, 01/09/2016

Por la Fundació Blanquerna

Por la Asociación Ciudadana de Lucha
Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña

El decano de la Facultat de Psicologia,
Ciències de l'Educació i de l'Esport -
Universitat Ramon Llull

El director - gerente de la Asociación
Ciudadana de Lucha Contra la Droga
(ACLAD) de A Coruña

Dr. Josep

Firmado digitalmente
por
MIGUEL CARLOS -
MIGUEL CARLOS
Fecha: 2016.09.21
13:18:39 +02'00'

D. Miguel



Apéndice K

Carta de presentación



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

(Provincia, fecha: mes y año)

Apreciados padres y madres,

Nos gustaría solicitar su participación y la de su hijo en la investigación *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias*.

Desde la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, en colaboración con (nombre del centro u hospital), se está realizando esta investigación con la finalidad de contribuir a la validación y aplicabilidad clínica del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* como instrumento de diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.

Su participación consistiría en contestar a tres cuestionarios, el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*, la *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* y el *Parental Bonding Instrument (PBI)*. Dichos instrumentos evalúan la conyugalidad (relación de pareja) y la parentalidad (relación entre padres e hijos). Los cuestionarios serán autoadministrados y la información recogida será totalmente anónima y confidencial; únicamente será utilizada para los fines de la investigación.

Consideramos muy importante profundizar en el conocimiento de las relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastornos relacionados con sustancias para elaborar y desarrollar nuevas líneas de acción en el ámbito de la prevención y el tratamiento.

Agradecemos de antemano su colaboración.

LES AGRADECERÍAMOS QUE ANTES DE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN
FIRMASEN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ADJUNTO

Apéndice L

Consentimiento informado



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE Y APELLIDOS:

Declaro haber estado informado sobre los objetivos y el contenido de la investigación *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias*, que se está llevando a cabo en la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, bajo la supervisión de la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens.

Una vez recibida la información necesaria, doy mi consentimiento para participar en la investigación anteriormente citada y respondo de manera voluntaria y anónima a los cuestionarios que evalúan la conyugalidad y la parentalidad, sabiendo que se preservará la confidencialidad de los datos que se obtengan y que estos únicamente serán utilizados para los fines de la investigación.

No hay ningún inconveniente en cambiar la decisión que ahora tomo de participar en la investigación y sé que en el momento que lo manifieste por escrito a la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens (FPCEE Blanquerna - C. Císter, 34 - 08022 - Barcelona) mis datos serán eliminados de la base de datos de la investigación.

A todo esto, libremente, doy mi consentimiento

_____, a _____ de _____ de 201 ____

Firma del participante

Firma del responsable de la investigación

En virtud de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que los datos de los cuestionarios sean incluidos en un fichero propiedad de la Fundació Blanquerna y puedan ser utilizados con la finalidad de recoger información estadística para validar el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*, y declaro haber sido informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, que podré ejercer dirigiéndome a la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens, profesora titular de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull.

Apéndice M

Preparación de los datos para el AFE

Tabla M1.

Test de normalidad de los ítems del CERFB (Análisis factorial exploratorio)

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Asimetría	<i>z</i>	<i>p</i>	Curtosis	<i>z</i>	<i>p</i>	Asimetría y Curtosis	
									χ^2	<i>p</i>
<i>Normalidad univariada</i>										
<i>Conyugalidad</i>										
Ítem 3	4.07	1.01	-0.86	-4.52	.000	-0.20	-0.51	.385	15.90	.000
Ítem 6	3.51	1.05	-0.49	-2.57	.005	-0.25	-0.64	.261	6.22	.045
Ítem 7	3.99	1.12	-0.89	-4.68	.000	-0.06	-0.15	.440	16.58	.000
Ítem 9	3.90	1.04	-0.96	-5.05	.000	0.44	1.12	.131	20.05	.000
Ítem 10	3.43	1.29	-0.24	-1.26	.104	-1.05	-2.69	.004	32.07	.000
Ítem 11	3.83	1.06	-0.77	-4.05	.000	0.16	0.41	.341	13.40	.001
Ítem 12	3.79	1.08	-0.62	-3.26	.000	-0.27	-0.69	.246	9.43	.009
Ítem 14	3.46	1.26	-0.42	-2.21	.014	-0.84	-2.15	.016	16.89	.000
Ítem 16	3.71	1.15	-0.59	-3.10	.000	-0.58	-1.48	.069	12.02	.002
Ítem 17	3.60	1.23	-0.40	-2.10	.018	-0.90	-2.30	.011	20.34	.000
Ítem 19	3.87	1.25	-0.74	-3.89	.000	-0.66	-1.69	.046	17.87	.000
Ítem 22	4.03	0.96	-0.92	-4.84	.000	0.41	1.05	.147	18.61	.000
Ítem 24	3.58	1.01	-0.47	-2.47	.007	-0.34	-0.87	.221	6.30	.043
Ítem 25	3.64	1.10	-0.50	-2.63	.004	-0.54	-1.38	.084	9.21	.010
<i>Parentalidad</i>										
Ítem 1	2.64	1.07	0.36	1.89	.029	-0.39	-1.00	.159	4.63	.099
Ítem 2	3.23	1.05	-0.33	-1.73	.042	-0.32	-0.82	.206	3.61	.164
Ítem 4	2.88	0.94	0.10	0.52	.301	-0.30	-0.76	.224	0.88	.644
Ítem 5	3.73	1.01	-0.36	-1.89	.029	-0.63	-1.61	.054	8.25	.016
Ítem 8	3.33	1.01	-0.30	-1.57	.058	-0.28	-0.71	.239	2.94	.230
Ítem 13	3.92	0.95	-0.73	-3.84	.000	0.34	0.87	.192	12.86	.002
Ítem 15	3.38	1.10	-0.15	-0.78	.218	-0.75	-1.92	.027	9.00	.011
Ítem 18	3.28	1.03	0.07	0.36	.356	-0.53	-1.35	.088	3.06	.217
Ítem 20	4.11	0.93	-0.76	-4.00	.000	-0.15	-0.38	.352	12.87	.002
Ítem 21	3.09	0.96	-0.04	-0.21	.417	-0.36	-0.92	.179	0.99	.608
Ítem 23	3.81	1.07	-0.43	-2.26	.014	-0.95	-2.43	.007	24.73	.000
<i>Normalidad multivariada</i>										
			192.66	20.76	.000	759.72	9.29	.000	517.25	.000

Nota. *N* = 150

Tabla M2.

Matriz de varianzas - covarianzas de los ítems del CERFB (Análisis factorial exploratorio)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1	0.99																										
2	0.46	0.80																									
3	0.13	0.21	1.08																								
4	0.39	0.28	0.03	1.09																							
5	0.37	0.27	0.18	0.13	1.03																						
6	0.14	0.18	0.34	0.15	0.18	1.09																					
7	0.01	0.17	0.50	0.14	-0.01	0.47	0.96																				
8	0.28	0.17	0.16	0.09	0.55	0.14	-0.02	0.89																			
9	-0.04	0.02	0.42	-0.03	0.12	0.47	0.48	0.17	1.22																		
10	0.14	0.17	0.43	0.19	0.19	0.47	0.41	0.07	0.49	1.34																	
11	0.02	0.20	0.63	-0.08	0.22	0.34	0.41	0.21	0.54	0.49	0.99																
12	0.01	0.11	0.68	-0.02	0.15	0.40	0.52	0.15	0.56	0.53	0.69	1.06															
13	0.21	0.19	0.20	0.22	0.33	0.17	0.06	0.37	0.24	0.15	0.19	0.15	0.89														
14	0.13	0.15	0.46	0.12	0.15	0.42	0.47	0.11	0.47	0.49	0.60	0.58	0.21	1.33													
15	0.40	0.23	0.13	0.18	0.35	0.07	0.07	0.30	0.04	0.27	0.18	0.16	0.09	0.15	1.06												
16	0.01	0.16	0.63	-0.04	0.20	0.39	0.63	0.11	0.71	0.62	0.71	0.78	0.18	0.60	0.19	1.16											
17	0.05	0.19	0.54	0.00	0.28	0.38	0.53	0.12	0.62	0.64	0.62	0.72	0.23	0.53	0.11	0.80	1.18										
18	0.27	0.09	0.11	0.14	0.17	0.17	0.12	0.16	0.07	0.18	0.12	0.09	0.06	0.11	0.33	0.07	0.13	0.87									
19	-0.06	0.15	0.69	-0.04	0.26	0.41	0.57	0.14	0.67	0.56	0.79	0.82	0.21	0.63	0.16	0.95	0.85	0.05	1.42								
20	0.02	0.10	0.11	0.03	0.15	0.06	0.03	0.25	0.11	0.09	0.22	0.11	0.24	0.18	0.17	0.12	0.15	0.12	0.18	0.50							
21	0.41	0.29	0.26	0.21	0.33	0.22	0.09	0.25	0.20	0.34	0.18	0.21	0.19	0.21	0.58	0.24	0.16	0.28	0.09	0.09	0.87						
22	-0.01	0.19	0.32	-0.04	0.06	0.27	0.39	0.05	0.45	0.43	0.47	0.41	0.07	0.33	0.20	0.60	0.47	0.13	0.58	0.06	0.24	0.95					
23	0.32	0.27	0.12	0.14	0.16	0.12	0.13	0.19	0.10	0.23	0.12	0.11	-0.05	0.16	0.67	0.18	0.08	0.24	0.11	0.14	0.48	0.28	1.07				
24	0.12	0.22	0.55	0.10	0.21	0.51	0.56	0.17	0.62	0.49	0.50	0.50	0.28	0.54	0.08	0.68	0.59	0.05	0.66	0.08	0.29	0.55	0.13	1.08			
25	0.05	0.18	0.61	0.01	0.16	0.36	0.53	0.22	0.57	0.63	0.73	0.69	0.19	0.58	0.20	0.84	0.71	0.16	0.86	0.23	0.20	0.55	0.16	0.66	1.05		

Nota. N = 150

Apéndice N

Preparación de los datos para el AFC

Tabla N1.

Test de normalidad de los ítems del CERFB (Análisis factorial confirmatorio)

	M	DT	Asimetría	z	p	Curtosis	z	p	Asimetría y Curtosis	
									χ^2	p
<i>Normalidad univariada</i>										
<i>Conyugalidad</i>										
Ítem 3	3.96	1.04	-0.83	-4.36	.000	0.12	0.31	.378	18.54	.000
Ítem 6	3.56	1.04	-0.17	-0.89	.187	-0.59	-1.55	.125	5.24	.073
Ítem 7	3.87	0.98	-0.52	-2.73	.003	-0.34	-0.89	.187	8.28	.016
Ítem 9	3.87	1.10	-0.84	-4.42	.000	0.12	0.31	.061	19.29	.000
Ítem 10	3.43	1.15	-0.15	-0.78	.281	-0.95	-2.50	.006	22.35	.000
Ítem 11	3.89	0.99	-0.70	-3.68	.000	0.03	0.07	.472	13.12	.001
Ítem 12	3.85	1.02	-0.75	-3.94	.000	0.06	0.15	.440	15.12	.001
Ítem 14	3.43	1.15	-0.25	-1.31	.095	-0.76	-2.00	.023	11.45	.003
Ítem 16	3.74	1.07	-0.68	-3.57	.000	-0.21	-0.55	.299	12.68	.002
Ítem 17	3.64	1.08	-0.48	-2.52	.006	-0.49	-1.28	.100	8.91	.012
Ítem 19	3.83	1.19	-0.68	-3.57	.000	-0.67	-1.76	.039	18.40	.000
Ítem 22	3.89	0.97	-0.71	-3.73	.000	-0.01	-0.02	.498	13.66	.001
Ítem 24	3.54	1.04	-0.49	-2.57	.005	-0.11	-0.28	.390	6.79	.034
Ítem 25	3.74	1.02	-0.64	-3.36	.000	-0.11	-0.28	.390	11.08	.004
<i>Parentalidad</i>										
Ítem 1	2.49	0.99	0.41	2.15	.016	0.00	0.00	.500	5.37	.068
Ítem 2	3.06	0.89	0.04	0.21	.417	-0.14	-0.36	.359	0.12	.940
Ítem 4	2.85	1.04	0.13	0.68	.248	-0.28	-0.73	.233	0.88	.646
Ítem 5	3.86	1.01	-0.62	-3.26	.000	-0.36	-0.94	.174	11.32	.003
Ítem 8	3.43	0.94	-0.21	-1.10	.136	-0.33	-0.86	.195	1.91	.385
Ítem 13	3.99	0.94	-0.68	-3.57	.000	0.03	0.07	.472	12.35	.002
Ítem 15	3.42	1.03	-0.16	-0.84	.200	-0.47	-1.23	.109	2.92	.233
Ítem 18	3.32	0.93	0.30	1.57	.058	-0.50	-1.31	.095	5.14	.076
Ítem 20	4.31	0.70	-0.98	-5.15	.000	1.30	3.42	.000	29.07	.000
Ítem 21	3.01	0.93	-0.16	-0.84	.200	-0.02	-0.05	.048	0.68	.712
Ítem 23	3.80	1.03	-0.58	-3.05	.000	-0.19	-0.50	.308	9.62	.008
<i>Normalidad multivariada</i>										
			170.31	16.45	.000	749.702	8.75	.000	347.18	.000

Nota. N = 154

Tabla N2.

Matriz de varianzas - covarianzas de los ítems del CERFB (Análisis factorial confirmatorio)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	0.99																									
2	0.45	0.79																								
3	0.12	0.21	1.07																							
4	0.39	0.27	0.03	1.08																						
5	0.37	0.26	0.18	0.12	1.02																					
6	0.13	0.18	0.33	0.15	0.18	1.09																				
7	0.00	0.17	0.50	0.13	-0.01	0.46	0.95																			
8	0.29	0.16	0.14	0.07	0.55	0.13	-0.03	0.89																		
9	-0.04	0.01	0.41	-0.03	0.11	0.46	0.47	0.17	1.21																	
10	0.11	0.17	0.42	0.19	0.19	0.46	0.41	0.06	0.48	1.33																
11	0.01	0.20	0.63	-0.08	0.21	0.33	0.41	0.20	0.53	0.48	0.98															
12	0.00	0.10	0.67	-0.02	0.14	0.39	0.51	0.14	0.55	0.53	0.68	1.04														
13	0.20	0.18	0.20	0.21	0.32	0.17	0.05	0.35	0.23	0.14	0.18	0.14	0.88													
14	0.10	0.14	0.47	0.11	0.14	0.41	0.47	0.11	0.47	0.48	0.60	0.58	0.20	1.32												
15	0.40	0.22	0.12	0.18	0.34	0.07	0.06	0.29	0.03	0.26	0.16	0.15	0.08	0.13	1.06											
16	-0.00	0.15	0.62	-0.03	0.19	0.38	0.62	0.11	0.70	0.60	0.70	0.77	0.17	0.60	0.18	1.15										
17	0.03	0.18	0.53	-0.00	0.28	0.38	0.51	0.12	0.61	0.63	0.61	0.71	0.22	0.52	0.10	0.79	1.17									
18	0.26	0.09	0.11	0.14	0.16	0.17	0.12	0.15	0.06	0.18	0.11	0.09	0.05	0.10	0.31	0.05	0.12	0.86								
19	-0.06	0.15	0.68	-0.04	0.25	0.39	0.57	0.12	0.66	0.55	0.78	0.81	0.21	0.63	0.15	0.94	0.84	0.05	1.40							
20	0.02	0.10	0.10	0.03	0.15	0.06	0.03	0.24	0.11	0.08	0.22	0.11	0.23	0.18	0.17	0.12	0.15	0.11	0.17	0.49						
21	0.40	0.28	0.26	0.20	0.33	0.21	0.09	0.25	0.19	0.33	0.17	0.20	0.18	0.19	0.56	0.23	0.15	0.27	0.09	0.09	0.86					
22	-0.01	0.18	0.32	-0.04	0.06	0.26	0.38	0.03	0.44	0.42	0.46	0.41	0.07	0.33	0.18	0.58	0.46	0.12	0.57	0.05	0.23	0.94				
23	0.31	0.26	0.12	0.14	0.16	0.11	0.13	0.17	0.09	0.22	0.12	0.11	-0.04	0.16	0.65	0.18	0.08	0.23	0.11	0.14	0.47	0.27	1.06			
24	0.10	0.21	0.54	0.09	0.21	0.51	0.56	0.16	0.62	0.49	0.50	0.49	0.27	0.54	0.06	0.67	0.58	0.04	0.66	0.08	0.28	0.53	0.13	1.07		
25	0.03	0.17	0.60	0.01	0.16	0.35	0.53	0.20	0.56	0.62	0.72	0.68	0.19	0.58	0.18	0.83	0.71	0.15	0.85	0.22	0.19	0.54	0.16	0.65	1.04	

Nota. N = 154

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ d_____ de 201__ en el Centro _____ de la Universitat Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras abajo firmante, y ha obtenido la calificación:

Presidente/a

Vocal

Vocal *

Vocal *

Secretario/a

Doctorando/a

(*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros

