

Ajuste de pareja en padres de hijos toxicómanos. Estudio comparativo

Begoña Pumar*, Alberto Espina**, Ana Ayerbe***

Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. San Sebastián (España)

* Doctora en Medicina. Licenciada en Psicología. Profesora del máster de Terapia Familiar y de Pareja. ** Psiquiatra. Profesor titular y director del máster de Terapia Familiar y de Pareja.

*** Doctora en Psicología. Profesora asociada.

Resumen: Este estudio investiga las relaciones de pareja de padres de toxicómanos. Para ello se ha evaluado una muestra de 60 parejas con un hijo toxicómano y 36 parejas de padres con hijos sin patología. Además de las variables sociodemográficas, se ha evaluado el ajuste de pareja mediante la Escala de Ajuste Diádico (DAS) de Spanier et al. (1976). Los resultados indican que en los padres de toxicómanos existe un peor ajuste de pareja, sobre todo en los padres y en la escala de EA, lo cual puede jugar algún papel en la toxicomanía ya sea a nivel de mantenimiento del problema y/o como efecto de la carga familiar que supone el tener un hijo toxicómano. Teniendo en cuenta ambas posibilidades se resalta la necesidad de incidir terapéuticamente en el desajuste de pareja.

Palabras clave: Toxicomanía. Ajuste diádico. Relación de pareja. Variables sociodemográficas.

Summary: This study investigates the relationships of parents of drug abusers. For it we have evaluated a sample of 60 couples with a drug abuser child and 36 couples of parents with children without pathology. We have used the Dyadic Adjustment Scale (DAS) by Spanier et al. (1976) and the results indicate that in the parents of drug users there is a worse adjustment in the couple, which can play a role in the drug abuse, either at a level of keeping the problem or/and as an effect of the family burden that creates having a drug abuser child. Having into account both possibilities, the necessity of incide therapeutically in the bad adjustment of the couple is pointed out.

Key words: Drug users. Dyadic adjustment. Couple relations. Sociodemographic factors.

CORRESPONDENCIA A:

Alberto Espina Eizaguirre
Facultad de Psicología. Máster de Terapia Familiar y de Pareja
Avenida de Tolosa, 70
20009 Donostia-San Sebastián (España)
Tel. (943) 448 317

Résumé: Dans cet article on étudie les relations du couple chez les parents d'un fils toxicomane. Nous avons évalué dans un échantillon de 60 couples avec un fils toxicomane et 36 couples de parents avec un fils sans pathologie, les variables sociodémographiques et l'entente du couple avec l'Echelle de l'Entente Dyadique (DAS) de Spanier et al. (1976). Les résultats montrent que chez les parents de toxicomanes il existe un rapport pire, surtout chez les hommes et dans l'échelle d'Expression d'Affection. Ceci peut-être causé par la charge que suppose avoir un fils toxicomane et/ou jouer un rôle dans l'entretien du problème. En tenant compte des deux possibilités on remarque la nécessité de traiter la mésentente du couple de parents de toxicomanes.

Mots clé: Toxicomanie. Entente dyadique. Accord du couple. Variables sociodémographiques.

1. Introducción

La relación marital de los padres de adictos, en general, no ha sido suficientemente estudiada, lo cual resulta llamativo pues muchos de los investigadores de las relaciones familiares de los toxicómanos se basaron en teorizaciones de los terapeutas familiares y estos destacaban el conflicto conyugal y la implicación del hijo en el mismo como un factor etiológico importante.

Según varios autores (Kirschenbaum et al., 1974; Schwartzman, 1975; Haley, 1980; Stanton y Todd, 1982; Friesen, 1983; Reilly, 1984; Textor, 1987) la drogadicción del hijo permite a los padres desplazar el conflicto marital del centro de atención. Así, cumple una función equilibradora en el sistema neutralizando de alguna manera el aislamiento emocional existente entre ambos. Cuando el hijo intenta independizarse o mostrar conductas más autónomas (por ejemplo, buscar un empleo, casarse, iniciar un programa de desintoxicación, etc.), los conflictos irresueltos de los padres vuelven a surgir, creando mayor tensión y surge la amenaza de separación. El adicto entonces, se comporta de un modo llamativo o autodestructivo, desviando la atención de sus padres hacia su toxicomanía. A medida

que se elude la crisis conyugal el adicto abandona su actitud provocativa y comienza a comportarse en forma más competente, instaurándose el ciclo nuevamente.

Esta sucesión de acontecimientos se repite con tanta regularidad que pone en evidencia la interdependencia entre el drogadicto y su familia (Stanton y Todd, 1982; Vella, 1985). Según Jorge (1986) existe una brusca contradicción entre una independencia desafiante y una dependencia regresiva, siendo la relación defectuosa entre el padre y la madre una muestra más de la privación afectiva que se da en todos los niveles dentro del seno familiar.

Para Reilly (1984), la drogadicción del hijo parece jugar un papel clave en regular la homeostasis marital incrementando o reduciendo la distancia de la relación. De modo similar a un termostato, la conducta adictiva del hijo puede enfriar una relación marital que está siendo *asfixiante* o, alternativamente, puede servir para unir a cónyuges que han vivido separados para unirse de nuevo por el problema del hijo.

Estos autores (Reilly, 1984; Jorge, 1986; Rodríguez y Sanz, 1987) coinciden en que los problemas más destacados en los toxicómanos suelen coincidir con situaciones

relacionadas con el crecimiento o intento de independizarse de los hijos, provocados por el miedo a volver a la situación de pareja. El padre queda fuera tanto del subsistema parental como del conyugal, perfilándose en la familia dos núcleos diferenciados: por una parte el padre (a veces con algún hijo) y, por otra, la madre con los hijos.

Toda esta situación de falta de jerarquías y de ambigüedad creada por la ruptura de poder a la madre pero al mismo tiempo ella intentará compensar su soledad con el aglutinamiento de los hijos o delegando en alguno de éstos las funciones no atendidas por el padre (Rodríguez y Sanz, 1987).

Otro factor importante de la relación de pareja que influye en la conducta adictiva del hijo, como Mercer et al. (1978) señalan, es el respeto que los padres se manifiestan entre sí, el cual correlaciona negativamente con la ingestión de drogas.

En lugar de atribuir la toxicomanía a la mala relación de pareja y verla como cumpliendo una función estabilizadora en el sistema familiar, otra forma de enfocar el problema es pensar en la carga que supone para los padres el tener un hijo toxicómano (Orford et al. 1992; Velleman et al. 1993) y cómo esta carga puede ir minando la relación de pareja.

Es decir, la mala relación de pareja sería la consecuencia de tener un estresor crónico en el hogar, como es el tener un hijo toxicómano, que va minando personalmente a los padres provocándoles en muchos casos ansiedad, depresión y trastornos psicosomáticos y consecuentemente les hace menos tolerantes en los problemas cotidianos que surgen en toda relación de pareja.

En el presente trabajo se trata de comprobar si las relaciones de pareja de los padres con

hijos adictos a la heroína se diferencian de las de padres con hijos sin patología. Teniendo en cuenta los estudios revisados sobre el tema, podemos hipotetizar que los padres de toxicómanos percibirán una relación de pareja más insatisfactoria, con menor ajuste y de peor calidad que los padres del grupo control.

2. Material y método

2.1. Muestra

El grupo índice de muestra consta de 60 familias con un hijo adicto a heroína, extraído de dos centros de rehabilitación de toxicómanos de Guipúzcoa (Proyecto Hombre y Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas AGIPAD). Los toxicómanos en el momento de ser evaluados llevaban entre uno y dos meses en fase de admisión del programa rehabilitador que habían iniciado y cumplían los criterios del DSM-III-R de dependencia de sustancias psicoactivas, más concretamente de dependencia a heroína.

El grupo control de la muestra consta de 36 familias seleccionadas entre 46 de la población general de la Comunidad Autónoma Vasca que cumplían los criterios de selección requeridos. La selección de estas 36 familias se basó tanto en la fiabilidad de la información obtenida como en el despistaje de casos subclínicos de patología en padres e hijos realizado mediante una batería de pruebas (*Escala de Goldberg*, escalas de ansiedad y depresión). En la selección de las familias que componen la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: todas ellas son familias residentes en la Comunidad Autónoma Vasca, con por lo menos un/a hijo/a de edad comprendida entre 15 y 35 años, soltero y residiendo en el hogar parental.

2.2. Características sociodemográficas de la muestra

Para el grupo índice, todas las familias seleccionadas pertenecen a medio urbano, la mayoría son de nivel económico medio (70%) repartiéndose el resto por igual en alto y bajo nivel económico según los ingresos familiares. La familia nuclear estaba formada por una media de 5,4 miembros (rango de 3 a 9) permaneciendo en el domicilio en el momento de la evaluación una media de 4,2 sujetos (rango de 3 a 7).

Los padres de toxicómanos tienen una media de edad de 58 años (DT=6,2); casi un 50% de ellos estaban jubilados en el momento que se recogieron los datos, con profesiones en su mayoría de tipo cualificado (50%) y semi o no cualificado en un 32%, quedando la minoría distribuida entre empresarios y ejecutivos. El nivel de estudios de los padres era bajo: el 40% no tenían estudios o iniciaron la Educación General Básica (EGB) y no la acabaron; el 36,5% finalizaron la EGB y el resto terminaron estudios de Formación Profesional o Bachillerato. En cuanto a las creencias religiosas, un 53% de los padres se declaran católicos practicantes y el resto no practicantes; el 57% eran inmigrantes en la Comunidad Autónoma Vasca.

La edad media de las madres es de 55 años (DT=6,2); amas de casa de profesión en un 67% y las 20 madres que trabajaban fuera lo hacían en puestos no cualificados; el 50% de las madres de la muestra no tenían estudios, otro 38% completaron la EGB y sólo un 12% de ellas iniciaron estudios de bachiller; el 65% se declaran como católicas practicantes y, al igual que los padres, el 58% eran inmigrantes.

Los hijos adictos a la heroína objeto de estudio son varones en el 90% del total

muestral y seis son mujeres, con una media de edad de 25 años (DT=2,7), la mayoría en paro (63%), ninguno estudiaba y de los que trabajaban, el 82% lo hacían en puestos semi o no cualificados. El 70% eran consumidores sólo de heroína (28% de politoxicómanos) desde hace unos siete años de media (82,8 meses de media de consumo), con inicio entre los 14 y 23 años de edad (media de 18 años) y con una media de dos intentos de tratamiento antes del actual (rango de 1 a 7).

El grupo control está formado por 36 familias de medio urbano, la mitad de ellas de nivel económico medio y un 30% alto. Son familias con 4,6 miembros de media, de los cuales permanecían en casa en el momento de la evaluación una media de 3,9 sujetos (rango de 3 a 7). Los padres tienen una media de edad de 56 años (DT=5,7), el 22% están jubilados, con profesiones distribuidas del siguiente modo: 42% de empresarios o ejecutivos, 44% de trabajadores cualificados o propietarios de pequeños negocios y el resto de profesiones semi o no cualificadas. El nivel de estudios era en el 38% de ellos de EGB finalizada y un 25% con Bachillerato o estudios superiores; el 70% son católicos practicantes y hay cinco padres que se declaran ateos; son inmigrantes el 35%. Las madres, de 52 años de media en edad, son la mayoría amas de casa (86%) con estudios primarios en el 56% de los casos, el 30% sin estudios, 79% católicas practicantes y el 53% inmigrantes.

2.3. Variables e instrumentos

Las variables sociodemográficas fueron recogidas mediante una entrevista con los padres y con una ficha codificada realizada para tal fin. Además, se utilizó la *Escala de Ajuste Diádico* (DAS) de Spanier et al. (1976). Este cuestionario autoaplicado,

pasado a cada padre, recoge las siguientes áreas de la relación de pareja: *Consenso* se refiere al grado de acuerdo que percibe cada miembro en la toma de decisiones y otros aspectos de la vida familiar. *Satisfacción* refleja el grado de satisfacción de cada uno en la relación de pareja. *Expresión de Afecto* (EA), recoge dos aspectos: las relaciones sexuales y las demostraciones afectivas, tanto su frecuencia como el grado de desacuerdo. *Cohesión*, se valora según la frecuencia de las actividades que realizan en común. La escala permite estudiar de forma cuantitativa las siguientes variables:

- a) Cantidad de ajuste que percibe cada miembro de la pareja (suma total de los ítems de la escala).
- b) Grado de consenso, satisfacción, EA y cohesión (puntuación en cada subescala).
- c) Calidad de ajuste, entendida como la diferencia en valor absoluto entre la cantidad de ajuste total percibida por cada miembro de la pareja.

2.4. Procedimiento

Antes de pasar a la exposición de resultados, señalaremos algunas diferencias halladas entre ambos grupos (índice y control) en cuanto a las variables sociodemográficas ya que, como veremos, el ajuste de pareja está influenciado por algunas variables de tipo ambiental que fue preciso controlar debido a la falta de homogeneidad de los grupos. Entendemos que estas diferencias en los grupos son debidas a las características de las muestras a estudio (familias de toxicómanos) y no son susceptibles de control mediante selección muestral ya que esas mismas características definen al grupo de estudio (familias más desfavorecidas socialmente). Entre las variables que diferencian los grupos tenemos: la profesión del padre y de la madre, la inmigración del padre, el número de miembros de la familia

nuclear y la movilidad social (entendida como el número de cambios de domicilio de la familia de una a otra ciudad desde que se formó la pareja matrimonial. Esta variable se dicotomizó en dos categorías: "sin cambios" o "algún cambio").

Mediante el test de la chi cuadrado se ha observado que en las familias del grupo índice hay mayor movilidad social, es decir, más frecuencia de algún cambio de domicilio frente al grupo control que es más estable ($p=0,02$). Los padres del grupo índice tienen o tenían más frecuentemente un nivel profesional medio o bajo y el grupo control un nivel alto ($p=0,00$). Además, hay mayor proporción de padres del grupo índice jubilados en el momento del estudio frente al grupo control ($p=0,01$) y también más padres inmigrantes entre las familias de toxicómanos ($p=0,04$). En cuanto a las madres, la única diferencia reside en que en el grupo índice hay más madres que trabajan frente al grupo control, en donde predominan las amas de casa ($p=0,03$). Mediante t-test también se ha hallado mayor número de miembros de la familia nuclear en el grupo índice frente al grupo control ($p=0,002$), aunque no había diferencias en el número de miembros que permanecían en casa en el momento de la evaluación.

3. Resultados

3.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el ajuste de pareja en cada grupo a estudio

Padres: La edad, profesión y creencia religiosa de los padres del grupo de toxicómanos se relacionan con las escalas de ajuste de pareja, mientras que en el grupo control sólo la profesión muestra alguna relación.

En el grupo índice, la edad del padre

	catól. practic. (media)	catól. no pract (media)	t	p
Ajuste total	118,38	107,77	3,04	.004
Cohesión	19,93	12,28	1,31	.194
Consenso	53,34	48,47	3,06	.004
Satisfacción	41,27	38,38	1,97	.056
	Rango medio		Z	
Expresión afecto	32,14	23,38	-2,05	.039

Tabla 1: Analisis t-test entre las creencias religiosas de los padres del grupo de toxicómanos y las escalas de ajuste diádico.

correlaciona de forma positiva con la cantidad de ajuste ($r=0,31$; $p=0,02$), determinada sobre todo por las escalas de EA ($r=0,34$; $p=0,012$) y Consenso ($r=0,32$; $p=0,014$). De modo que a mayor edad de los padres, mayor puntúan en EA y Consenso. En cuanto a las creencias religiosas, tenemos que los padres católicos practicantes puntúan más alto en cantidad de Ajuste que los católicos no practicantes, lo que se refleja en las escalas de consenso, EA y algo menos en satisfacción (Tabla 1: T-test de la DAS del padre y del

Mann-Whitney para la escala de EA). El análisis de varianza con la profesión del padre categorizada en tres niveles nos muestra que los padres de nivel bajo profesional tienden a puntuar más alto (mejor) en cantidad de ajuste y en Consenso, frente a los otros dos niveles profesionales (Anova no paramétrico de Kruskal-Wallis, $p=0,052$ y $p=0,06$).

En el grupo control, los padres de bajo nivel profesional puntúan bajo en Cohesión, y los de nivel medio son los que más

Grupo (N)	Variables de Ajuste Diádico (rango medio)				
	cohesión	consenso	afecto	satisfac.	total
Bachiller (5)	36,5	31,6	38,4	20,2	28,3
EGB (22)	28,9	21,6	21,4	23,7	22,3
sin estudios (29)	26,7	33,1	32,1	33,5	33,1
X ²	1,54	6,44	7,66	5,95	5,51
p	0,46	0,03	0,02	0,05	0,06

Tabla 2: Analisis de Kruskal-Wallis entre las escalas del DAS de las madres del grupo índice y el nivel de estudios.

cohesión de pareja perciben, siendo significativas estas diferencias (Anova de Kruskal-Wallis, $X^2=6,49$; $p=0,04$).

Madres: El ajuste de pareja está influido por las creencias religiosas para ambos grupos, y por los estudios alcanzados sólo para el grupo de toxicómanos.

La religión influye en la percepción de las madres en la escala de EA pero en sentido opuesto, según el grupo a estudio.

Así, las madres del grupo índice que se declaran católicas practicantes, puntúan más alto en EA que las no practicantes (*Test de Mann-Whitney*, $Z=-2,62$ $p=0,008$), mientras que en el grupo control son las católicas no practicantes las que más EA perciben de sus parejas (*Test de Mann-Whitney*, $Z=-1,93$; $p=0,05$).

En cuanto al nivel de estudios, las madres del grupo índice muestran diferentes resultados según las escalas que estudiamos del ajuste de pareja. Las que completaron estudios primarios son las que menos consenso y EA perciben en la pareja, mientras que las que no tienen estudios o no han completado la EGB son las más satisfechas, siendo en este grupo de estudios donde el ajuste de pareja es mejor en cantidad (Tabla 2).

Finalmente, señalar que una de las variables sobre características familiares como es el lugar que ocupa el hijo toxicómano entre

los hermanos (mayor, menor u otros lugares) se relaciona con la percepción de la madre del ajuste diádico, de forma que cuando el toxicómano es el menor de los hermanos, la cantidad de ajuste percibido por la madre es mayor (mejor) que cuando ocupa otras posiciones en la familia (Anova de Kruskal-Wallis, $X^2=6,58$; $p=0,04$).

3.2. Correlaciones entre las subescalas del DAS en cada grupo a estudio

Las correlaciones intragrupalas entre las subescalas del ajuste de pareja son semejantes en ambos grupos. En el grupo control, Consenso (CONS) y EA (EA) en la percepción de los padres correlacionan de forma positiva y significativa con Satisfacción (SATIS): (CONS-SATIS $r=0,40$; EA-SATIS $r=0,42$; $p=0,015$ para ambas). En las madres del grupo control estas relaciones no son significativas.

En el grupo índice las correlaciones son más altas, destacando al igual que en el otro grupo las tres escalas ya citadas. En los padres las correlaciones significativas son entre las subescalas de Consenso, EA y Satisfacción; y en las madres, la más significativa es la relación entre EA y Satisfacción (Tabla 3).

3.3. Comparación intergrupos

El MANOVA realizado con las escalas del ajuste diádico de los padres muestran que

Padre	cons	EA	satis	Madre	cons	EA	satis
cohesión	-.23	.14	.15		.01	.14	.01
consenso		.68**	.65**			.42*	.52**
EA			.52**				.42*
* < 0,05 ** p < 0,005							

Tabla 3: Correlaciones entre las escalas de DAS de padre y madre del grupo de toxicómanos

el grupo control e índice se diferencian de forma significativa (T^2 de Hotelling=0,14; $p=0,02$), siendo mayor las puntuaciones para el grupo control, es decir, mejor ajuste de pareja. Estas diferencias son debidas, sobre todo, a la escala de EA (F univariada=4,41; $p=0,04$).

En la madre el MANOVA no es significativo, aunque la F univariada indica que también la puntuación en la escala de EA es menor en el grupo de madres de toxicómanos que en el control ($F=4,41$; $p=0,04$). En calidad de ajuste no hay diferencias entre los grupos.

Debido a la influencia de las variables sociodemográficas en la percepción del ajuste diádico, se han controlado dichas variables para comprobar si las diferencias intergrupos halladas en EA de afecto son debidas al efecto

extraño de dichas características socio-demográficas o si, por el contrario, otras diferencias han quedado solapadas bajo la no homogeneidad de los grupos.

En el padre se ha controlado la edad, religión y profesión mediante los siguientes análisis estadísticos:

1) Análisis de covarianza. Tomando como variable independiente la pertenencia al grupo, como variable dependiente las escalas del DAS del padre y como covariante la edad. Se ha visto que el control de la edad aporta información relevante para la escala de Expresión de afecto, de modo que aumenta las diferencias en la puntuación de esta escala entre los grupos. Al ajustar las puntuaciones en EA a la edad de los padres, aumenta la media del grupo control y disminuye la del grupo índice.

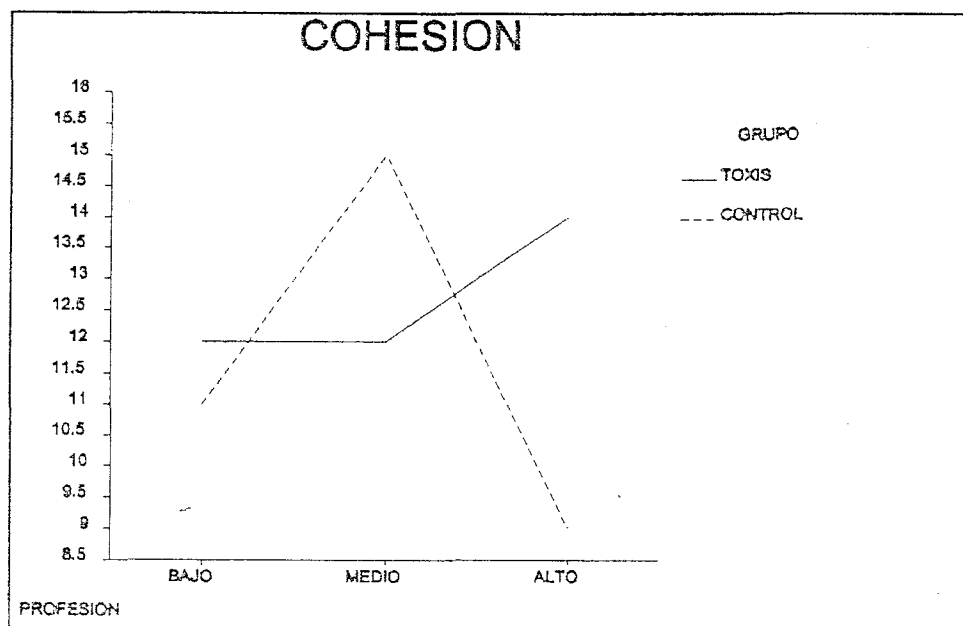


Figura 1: Interacción entre el nivel profesional de los padres, cohesión en el ajuste diádico y pertenencia a grupo (toxicomanía o control).

2) Análisis factorial de varianza. Utilizando como factores la profesión del padre (tres niveles) y la pertenencia al grupo (dos grupos) y como variable dependiente las escalas del DAS, se ha realizado el análisis factorial de 3x2. El control de la profesión aporta información relevante en las escalas de Cohesión y Consenso.

En cuanto a Cohesión, se obtiene que la interacción entre profesión y pertenencia a grupo es significativa ($F=3,70; p=0,029$), de forma que los padres de toxicómanos tienen mayor puntuación en Cohesión a medida que baja su nivel profesional, mientras que en el grupo control la mayor media en Cohesión se da en el nivel medio profesional, cayendo en el bajo; con lo cual en este último grupo de nivel profesional (bajo) las

diferencias entre el grupo índice y el control aumentan, de forma que los padres de toxicómanos presentan mayor cohesión que los del grupo control. La media para los padres de toxicómanos en Cohesión en el nivel bajo profesional es de 14,11; y para el grupo control de 9,46 (Figura 1).

En Consenso, la interacción entre profesión y grupo no es significativa. Tampoco lo es la pertenencia al grupo, pero el nivel profesional de los padres determina las diferencias halladas en esta escala. En ambos grupos a estudio la puntuación menor en Consenso pertenece a los padres de nivel profesional alto, aumentando progresivamente el consenso a medida que bajamos en el nivel profesional.

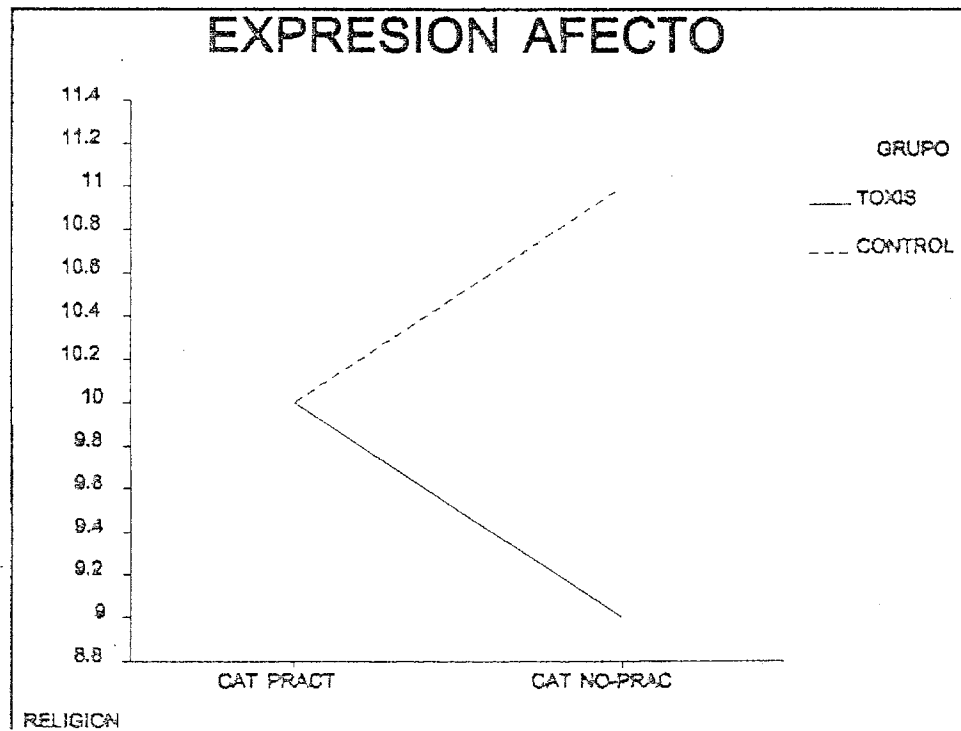


Figura 2. Interacción entre las creencias religiosas de los padres, expresión de afecto en la pareja y pertenencia a grupo.

3) Anova bidireccional realizado con los dos niveles de creencia religiosa y los dos grupos a estudio. Añade información valiosa para todas las escalas del DAS del padre, excepto la de Cohesión.

En EA, la pertenencia al grupo no alcanza significación estadística ($p=0,09$); la creencia religiosa tampoco; pero sí la interacción entre ambas ($F=4,74$; $p=0,032$). En los padres católicos practicantes no hay apenas diferencias en las puntuaciones en EA entre los grupos a estudio, mientras que cuando los padres no son practicantes las diferencias en esta escala del DAS aumentan, de forma que los padres de toxicómanos bajan y los del grupo control aumentan (**Figura 2**).

En Consenso, el efecto principal del Anova es significativo pero las diferencias vienen marcadas por la variable religión ($F=9,39$;

$p=0,003$); el grupo no marca diferencias y la interacción tampoco. Los católicos practicantes puntúan más alto en Consenso que los no practicantes en ambos grupos.

En Satisfacción ocurre de forma similar a lo hallado en EA: el efecto de grupo y de religión no es significativo, pero sí lo es la interacción entre ambos factores ($F=3,62$; $p=0,06$). La **Figura 3** muestra cómo las diferencias en Satisfacción entre el grupo control y el de toxicómanos aumenta si nos centramos en el de católicos no practicantes, con bajas puntuaciones en padres del grupo índice y mayores en los del grupo control.

En la cantidad de ajuste diádico total, la creencia religiosa marca diferencias significativas siendo los católicos practicantes los que más puntúan frente a los no practicantes, pero en las gráficas de la interacción entre grupo y religión (**Figura**

Consenso	BUP	EGB	Prim.	Total
Control	10,20	10,04	10,36	10,16
Toxicóm	10,60	7,96	9,90	9,20
Total	10,40	8,95	10,02	
F= 4,62 , p=0,012				
Ajuste total	BUP	EGB	PRIM.	TOTAL
Control	119,20	112,59	116,21	114,61
Toxicóm	113,20	106,65	116,39	112,28
Total	116,20	109,48	116,34	
F= 4,62 , p=0,012				

Tabla 4: Análisis factorial de varianza (3x2) de nivel de estudios y pertenencia a grupo en las escalas del DAS de la madre (Consenso y Ajuste total)

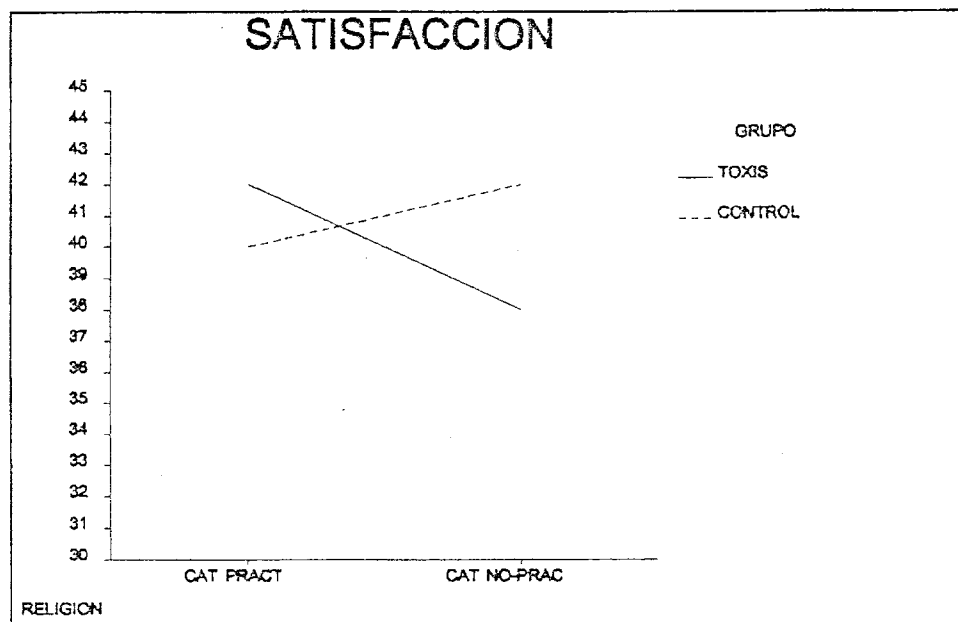


Figura 3. Interacción entre satisfacción en la relación de pareja de los padres, las creencias religiosas y la pertenencia al grupo.

4) se puede apreciar cómo en el grupo control no hay grandes diferencias en ajuste de pareja entre los católicos practicantes y no practicantes sino que estas diferencias se deben a las puntuaciones de los padres de toxicómanos, como se aprecia mejor en la Figura 5. En las madres las dos variables que se han controlado son estudios y religión, mediante los siguientes análisis:

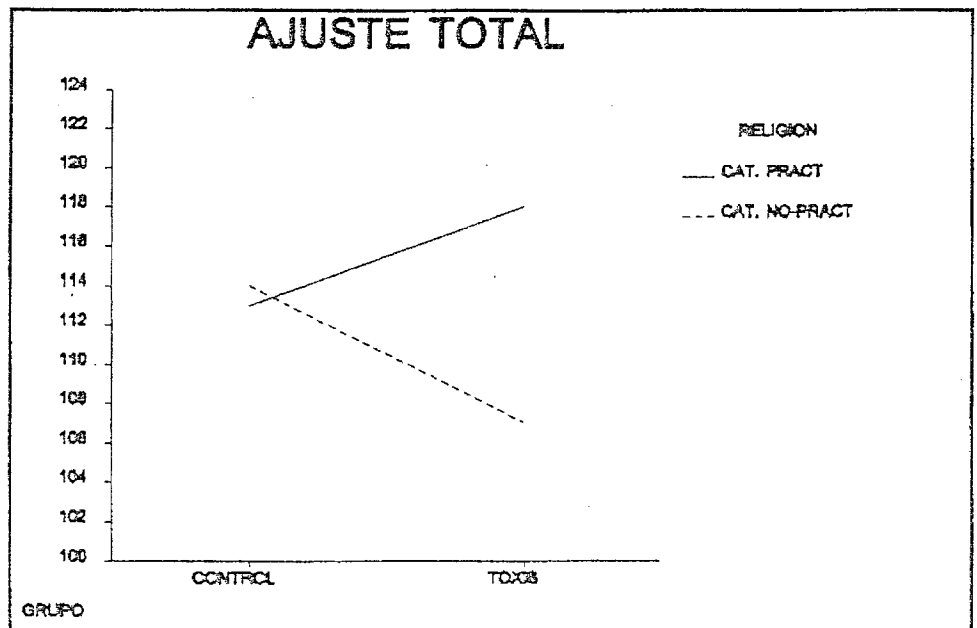
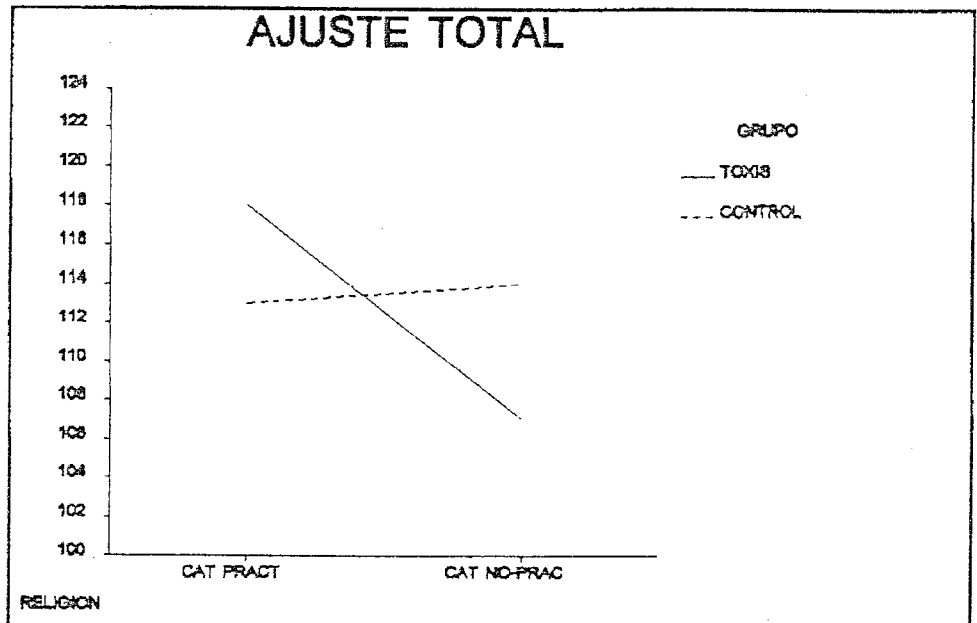
1) Anova factorial. Diseño de 3x2 con tres niveles de estudios y dos grupos, tomando como variable dependiente las escalas del DAS de las madres. Este análisis añade información relevante para todas las escalas del DAS, excepto Cohesión.

En Consenso y Ajuste total, las diferencias halladas vienen determinadas por el nivel de estudios de las madres. Para ambos grupos (control e índice) la puntuaciones en Consenso y Ajuste diádico son menores

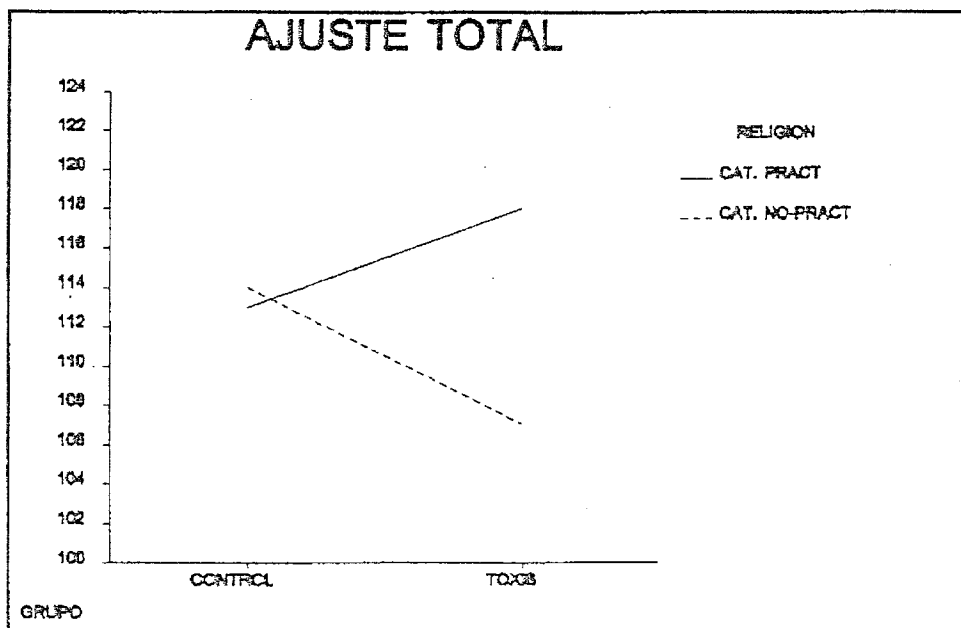
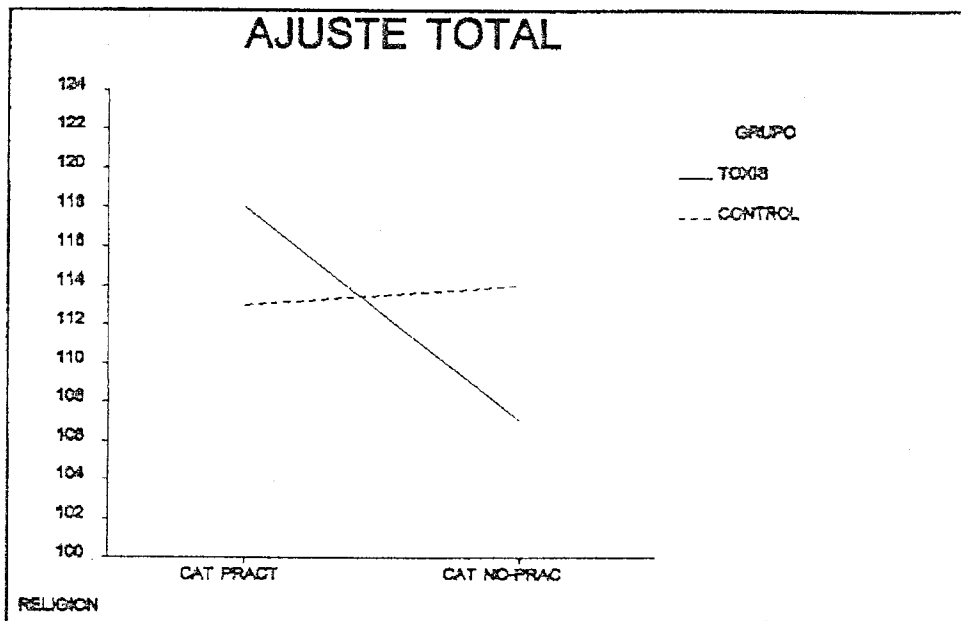
en las madres con nivel de estudios de EGB, frente a los otros dos niveles de escolarización (Tabla 4).

En EA, tanto el grupo como el nivel de estudios permite diferenciar en esta escala a las madres, pero no es significativa la interacción. Las madres del grupo índice tienen menor puntuación en EA que las del grupo control, y además las madres con estudios de EGB puntúan menos en esta escala que las de los otros dos niveles de estudios.

En Satisfacción, tanto la pertenencia al grupo como la interacción entre éste y el nivel de estudios marca diferencias importantes en las madres. Las diferencias mayores aparecen en las madres con nivel superior de estudios (Bachillerato o superior), de modo que las madres del grupo control puntúan en Satisfacción por encima de la media y las



Figuras 4 y 5. Interacción entre creencias religiosas de los padres, cantidad de ajuste total de pareja y pertenencia a grupo (toxicomanía o control).



Figuras 4 y 5. Interacción entre creencias religiosas de los padres, cantidad de ajuste total de pareja y pertenencia a grupo (toxicomanía o control).

de toxicómanos muy por debajo. En el nivel dos de estudios (EGB) las medias de ambos grupos se acercan, y en el nivel tres (estudios primarios o sin estudios), las madres de toxicómanos superan ligeramente en Satisfacción a las del grupo control. (Figura 6).

2) Anova bidireccional, realizado tomando como factores religión y grupo a estudio (con dos categorías cada uno) y las escalas del DAS como variable dependiente. La única variable a considerar tras los resultados de este análisis es la escala de EA, siendo significativa la interacción entre la creencia religiosa y la pertenencia al grupo (Figura 7). En las madres católicas practicantes, no hay muchas diferencias en EA entre los

grupos control y toxicómanos, pero en las no practicantes las diferencias en puntuación media entre ambos grupos aumenta, al igual que ocurría en los padres. Las madres del grupo control católicas no practicantes perciben mayor EA de sus parejas que las practicantes, mientras que en las madres de toxicómanos ocurre a la inversa.

4. Discusión

4.1. Influencia de las variables socio-demográficas en el ajuste diádico

Respecto a las prácticas religiosas hemos hallado que en los padres de toxicómanos católicos practicantes el ajuste total de pareja (cuantitativo), Consenso, EA y Satisfacción

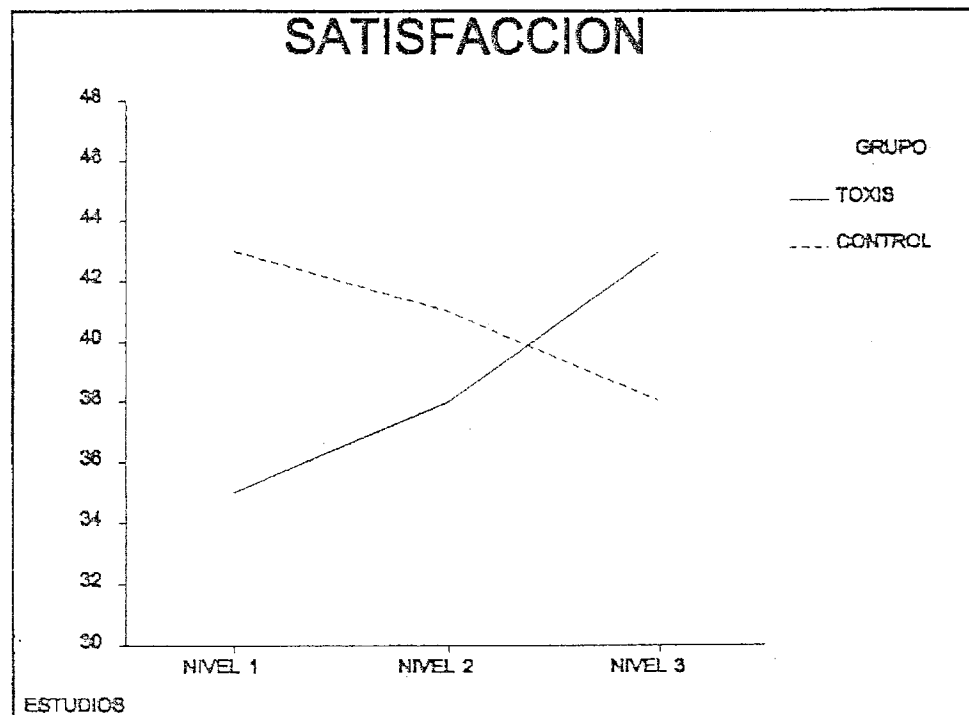


Figura 6. Interacción entre el nivel de estudios de las madres, su satisfacción en la relación de pareja y la pertenencia al grupo.

son mayores que en los padres no practicantes. En España, los católicos practicantes realizan actividades (ir a misa, confesarse, etc.) que conllevan apoyo social, sentimiento de integración en grupo y apoyo moral en la figura del confesor. Por otro lado, el sistema de creencias católico implica que las desgracias de la vida son cargas que debemos sobrellevar, pruebas divinas que tenemos que pasar, lo cual disminuye la atribución de culpabilidad en cada miembro de la pareja y en el otro. Ante esto, se puede percibir al otro miembro de la pareja como el/la compañero/a que "sufrir la misma cruz" y juntos tienen que recorrer ese camino. Todo esto puede determinar que ante las dificultades que plantea tener un hijo toxicómano, la pareja aumente su ajuste

mediante una mayor tolerancia hacia el otro, ante "la cruz divina" que les une.

Tenemos, pues, que la práctica religiosa implica para los padres de toxicómanos factores importantes que facilitan un mejor ajuste de pareja: apoyo social, no culpabilización del otro, mayor tolerancia a las conductas del cónyuge (aún con falta de acuerdo) y unión en el sufrimiento. La pareja se vería así menos invadida por la conducta disruptiva del hijo.

Respecto a las madres, vemos como las creencias religiosas no influyen tanto en la relación de pareja, aunque también las madres de toxicómanos católicas practicantes tienen mejor ajuste que las no

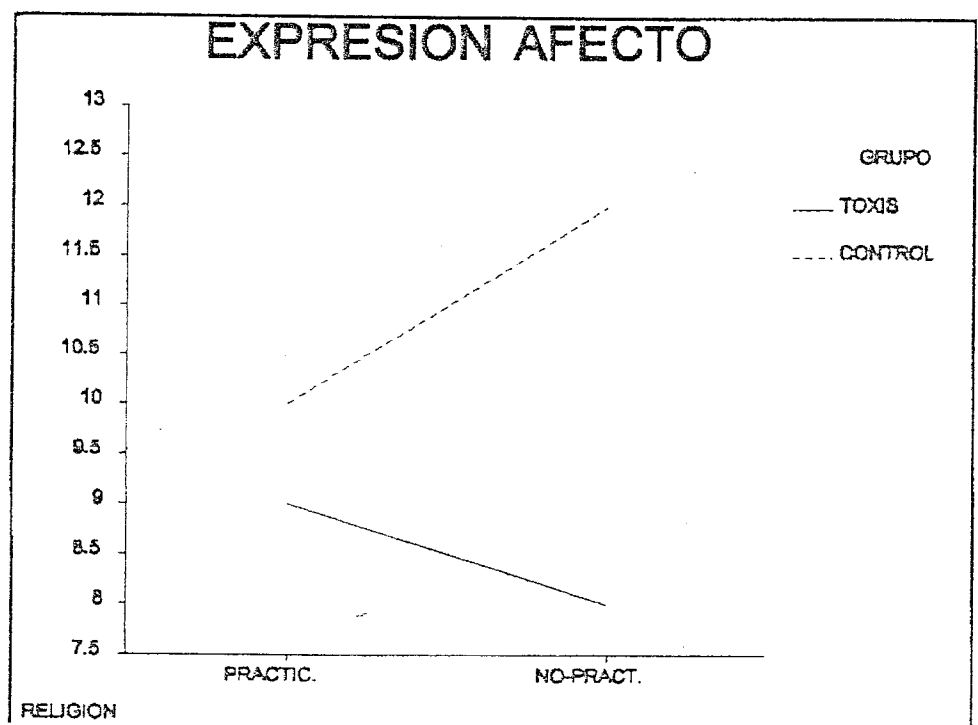


Figura 7. Interacción entre creencias religiosas de las madres, la pertenencia al grupo y la escala de Expresión de Afecto.

practicantes del mismo grupo. Esto puede corresponder con lo expuesto anteriormente para los padres. En el estudio de Roth (1988) también se halló que la orientación religiosa se relaciona con el ajuste de pareja, de modo que el bienestar espiritual correlaciona positivamente con todas las escalas del DAS y sobre todo con Satisfacción, pero encuentra variaciones según los años de matrimonio; en las mujeres, la relación entre orientación religiosa y ajuste de pareja es mayor en el grupo de 10 a 20 años de matrimonio, y en los hombres en los grupos de 20 a 30 años y de 30 a 40 años de matrimonio. Esta relación entre años de matrimonio y la importancia de las creencias y valores en el ajuste de pareja es confirmado en el trabajo de Medling y Mc Carrey (1981), quienes hallaron que tras 25 años de matrimonio la similitud de valores en la pareja tiene impacto sobre el ajuste diádico, en el sentido de a mayor similitud mayor ajuste. En nuestra muestra, debido a los criterios de selección de la muestra, los matrimonios tenían un mínimo de 20 años de duración, con lo cual estaríamos en este grupo de parejas donde el ajuste está influido por las creencias y los valores. De hecho, encontramos mayor ajuste en los padres más mayores.

Otros autores (Houseknecht y Macke, 1981) hallaron que en las mujeres no influye la religión en el ajuste de la pareja, sino que es más el factor educación, de forma que a mayor nivel educativo mayor puntuación en la escala de Consenso. Nosotros también hemos visto que el nivel educativo es importante en las mujeres de nuestra muestra, en el sentido de que las madres de toxicómanos con bajo nivel de estudios (sin estudios o estudios primarios incompletos) están más satisfechas de la relación y las madres de nivel educativo medio puntúan más bajo en EA y Consenso. Esto puede deberse a una aceptación mayor del rol tradicional de la mujer, lo cual hace que se planteen menos

exigencias cara a la relación con el marido. En los padres de toxicómanos de menor nivel profesional, el ajuste total de pareja y el consenso es mayor que en los padres de niveles profesionales más elevados. Aquí podemos decir lo mismo que se planteaba con las mujeres, a mayor nivel educativo o profesional, más exigencia hacia la pareja y peor ajuste. Otra posible explicación, siguiendo los trabajos de Filsinger y Wilson (1983) sería la responsabilidad profesional como factor estresante en la pareja. Estos autores hallaron que en los hombres, a mayor ansiedad social (relacionada con la competencia social) menor ajuste de pareja, en todas las escalas menos en EA.

Dentro de las escalas de ajuste de pareja, las correlaciones en el grupo índice muestran que en los padres correlacionan Consenso, EA y Satisfacción, lo cual puede deberse a que los aspectos instrumentales (Cohesión) son importantes para los hombres, junto con los expresivos (EA y Satisfacción), mientras que para las mujeres correlacionan los aspectos expresivos de acuerdo con el rol expresivo socialmente asignado. Es decir, que para el hombre estar de acuerdo en las cosas cotidianas está relacionado con la satisfacción y el afecto, mientras que para las mujeres la satisfacción y el afecto están relacionados entre sí pero no con estar de acuerdo o no en otras áreas de la vida de pareja.

4.2. Diferencias en ajuste diádico entre los grupos control y padres de toxicómanos

Al comparar los grupos, encontramos que los padres del grupo control tienen más ajuste total y más EA que los padres de toxicómanos y en las madres del grupo control más EA que las de toxicómanos. Este peor ajuste de los padres y madres de toxicómanos puede deberse a la carga que implica tener un hijo toxicómano y/o jugar algún papel en la aparición y/o mantenimiento de la toxicomanía, como sugieren

varios autores. Estos resultados coinciden con los hallados en el estudio de Faleide et al. (1988) con padres de asmáticos (menor ajuste de pareja y menor EA en los padres). Estos autores hipotetizaron que la carga familiar que supone la presencia de un hijo enfermo puede inducir esta percepción en la pareja pero también el reparto de roles en la familia. Así, la madre, más volcada en el hijo enfermo, centra su atención en él, y el padre queda en un segundo plano ("abandonado"), lo cual se puede reflejar en su percepción de una menor EA por parte de su pareja. En nuestra muestra de toxicómanos también comprobamos este dato de los padres, pero las madres también perciben menor EA, mientras que en la muestra de Faleide et al. no es así, atribuyendo los autores este dato a una "negación de conflictos" por parte de las madres de asmáticos, que en toxicomanías no se daría.

Controlando las variables sociodemográficas encontramos que en el nivel profesional bajo es mayor la cohesión en los padres de toxicómanos que en los padres del grupo control, lo cual nos habla de una variable que puede modular algún aspecto del ajuste de pareja. Este factor puede ser importante de cara a la intervención ya que la realización de actividades conjuntas en este grupo profesional nos ayudaría en la implicación de los padres en los tratamientos rehabilitadores de las toxicomanías.

Por otro lado encontramos que la variable religión es importante en la comparación intergrupos, pues los padres no practicantes difieren en ambos grupos en el ajuste diádico. Parece que la práctica de la religión ayuda a los padres de toxicómanos a sobrellevar la carga que supone tener un hijo drogadicto, mientras que cuando no existe ese apoyo el ajuste de pareja es peor que en el grupo control. En cambio, en el grupo control la variable *práctica religiosa* no influye apenas en el ajuste de pareja. En las madres de toxicómanos no practicantes la EA es

menor que en el grupo control, lo cual es semejante a lo hallado en los padres.

En resumen podemos decir que las variables *práctica religiosa, nivel profesional y nivel escolar* influyen en el ajuste diádico y que, al comparar los grupos, las parejas con un hijo toxicómano tienen en general peor ajuste que las del grupo control. El apoyo mutuo es importante en el funcionamiento de la pareja, y el estrés de tener un hijo toxicómano repercute negativamente en los padres, y si además no tienen el apoyo de la religión, confluyen una serie de factores que empeoran el ajuste diádico. Este ajuste de la pareja influirá a su vez en el hijo toxicómano, pues se encontrará con unos padres menos satisfechos y unidos frente al problema que presenta. No podemos saber si el ajuste diádico era inadecuado antes de que el hijo desarrollara la toxicomanía, pero la interacción de la problemática del hijo y el mal ajuste de pareja potenciará seguramente un círculo vicioso negativo para el toxicómano, al no tener unos padres unidos y que se apoyan para ayudarlo, y para los padres mismos al no encontrar suficiente ayuda en el otro.

En este sentido, Aquilino (1986) halló que la EA y la Cohesión de la pareja se relaciona con el apoyo que perciben los hijos; si la EA y la Cohesión son buenas, los hijos perciben más apoyo parental, lo cual es fundamental para el desarrollo del hijo. Block et al. (1981) encontraron que si hay desacuerdo parental, los hijos muestran menor control en los impulsos y en el yo, mientras que las hijas se muestran más inhibidas y controladas. En las adicciones el problema del control es fundamental, esto apoyaría la interrelación apuntada anteriormente entre el ajuste de pareja y la toxicomanía del hijo (que en nuestra muestra es del 90% de varones). Otro dato interesante es que las madres de los toxicómanos de nuestra muestra presentan mejor ajuste de pareja si el hijo enfermo es el menor de los hermanos,

frente a los que ocupan otras posiciones en la familia.

En este sentido, el trabajo de Brody et al. (1987) que estudia la relación entre el estrés marital y la interacción entre los hermanos, constata que la conducta de los hijos menores se ve más afectada que la de los mayores por los problemas maritales. Uniendo estos datos con los hallados por Faleide et al. (1988), podría explicarse este hecho por la función del hijo menor de amortiguador del conflicto, de ahí la percepción de las madres de mejor ajuste. Es decir, los padres se muestran más inconsistentes en su rol cuanto menos satisfechos están en su matrimonio (Stoneman et al., 1989). No así las madres ya que pueden volcar sus expectativas y conflictos en los hijos. En nuestro estudio también son los padres los que perciben el peor ajuste de pareja.

A nivel terapéutico, si intervenimos en la familia, dado que las relaciones familiares son muy importantes en el curso de las toxicomanías (García et al., 1996), el conocer los problemas que pueden surgir al encontrarnos con parejas con mal ajuste puede ser de gran ayuda para la intervención. Los clínicos ya han descrito los conflictos de pareja que se encuentran en los padres de toxicómanos. Quizás el error cometido es el atribuir a la mala relación de pareja el origen de la toxicomanía, lo cual culpabiliza a los padres y les hace menos eficaces en la colaboración en el tratamiento. Nuestros resultados aconsejan incluir a los padres en el tratamiento, pues pueden ayudar mucho a su hijo y más si su ajuste diádico mejora, ya que podrán hacer un frente común y se sentirán más apoyados el uno en el otro. 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 crónico. Todo ello es muy importante para

el tratamiento, sobre todo si hacemos terapia familiar, pero sin atribuir a ese conflicto el origen de la toxicomanía sino tomándolo como un factor que puede dificultar el proceso de recuperación del hijo en el que pueden colaborar mejor unos padres con una buena relación de pareja.

Bibliografía

- Aquilino, W.S.** (1986). Children's perception of marital interaction. *Child Study Journal*, 16 (3), 159-172.
- Block, J.H.; Block, J.; Morrison, A.** (1981). Parental agreement-disagreement on child-rearing orientations and gender related personality correlates in children. *Child Development*, 52, 965-974.
- Brody, G.H.; Stoneman, Z.; Burke, M.** (1987). Family system and individual child correlates of sibling behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 561-569.
- Brook, J.S.; Whiteman, M.; Gordon, A.S.** (1983). Stages of drug use in adolescence: personality, peer, and family correlates. *Developmental Psychology*, 2, 269-277.
- Faleide, A.O.; Galtung, V.K.; Unger, S.; Watten, R.G.** (1988) Children at risk of allergic development: The parents' dyadic relationship. *Psychother. Psychosom.*, 49, 223-229.
- Filsinger, E.E.; Wilson, M.R.** (1983) Social anxiety and marital adjustment. *Family Relations*, 32 (Oct), 513-519.
- Friesen, V.I.** (1983). The family in the etiology and treatment of drug abuse: toward a balanced perspective. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2 (4), 77-89.
- García, E.; Espina, A., Pumar, B.; Ayerbe, A.; Santos, A.** (1996). *La emoción expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías*. San Sebastián. AGIPAD.
- Haley, J.** (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires. Amorrotu.
- Houseknecht, S.K.; Macke, A.S.** (1981) Combining marriage and career: The marital adjustment of professional women. *Journal of Marriage and the Family*, 43 (August),

651-661.

- Jorge, J.J.** (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
- Kirschenbaum, M.; Leonoff, G.; Maliano, A.** (1974). Characteristic patterns in drug abuse families. *Family Therapy*, 1, 43-62.
- Medling, J.M.; McCarrey, M.** (1981). Marital adjustment over segments of the family life cycle: The issue of spouses' value similarity. *Journal of Marriage and the Family*, 43 (Feb), 195-203.
- Mercer, G.W.; Hundleby, J.D.; Carpenter, R.A.** (1978). Adolescent drug use and attitudes toward the family. *Canadian J. Behav. Sci.*, 10, 79-90.
- Orford, J.; Rigby, K.; Miller, T.; Tod, A.; Bennet, G.; Velleman, R.** (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: a provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2, 163-183.
- Reilly, D.M.** (1984). Family therapy with adolescent drug abusers and their families: Defying gravity and achieving escape velocity. *Journal of Drug Issues*, 2, 381-391.
- Rodríguez, M.; Sanz, M.R.** (1987). Estudio sobre drogadicción: Una aproximación a la estructura familiar del toxicómano. *Clinica y Análisis Grupul*, 9 (3), nº 45, 380-409.
- Roth, P.D.** (1988). Spiritual well-being and marital adjustment. *Journal of Psychology and Theology*, 16 (2), 153-158.
- Rutter, M.** (1977). «Other family influences». En: Rutter, M., Hersov, L. (eds.) *Child psychiatry: Modern approaches*. London: Blackwell.
- Rutter, M.; Graham, P.; Chadwick, O.F.D.; Yule, W.** (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56.
- Schwartzman, J.** (1975). The addict, abstinence and the family. *American Journal of Psychiatry*, 132 (2), 154-157.
- Spanier, G.B.; Cole, C.L.** (1976). Toward clarification and investigation of marital adjustment. *Int. J. Soc. Fam.*, 6, 121-146.
- Spanier, G.B.; Thompson, L.** (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, August, 731-738.
- Stanton, M.D.; Todd, T.C.** (1982). *The family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press.
- Stoneman, Z.; Brody, G.H.; Burke, M.** (1989). Marital quality, depression and inconsistent parenting: Relationship with observed mother-child conflict. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (1), 105-117.
- Textor, M.R.** (1987). Family therapy with drug addicts: An integrated approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (4), 495-507.
- Vella, G.** (1985). Droga y relaciones familiares. Revista del *Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12 (7-E), 427-439.
- Velleman, R.; Bennett, G.; Miller, T.; Orford, J.; Rigby, K.; Tod, A.** (1993). The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88 (9), 1281-1289.