



ORIGINAL

El efecto de relajación en la percepción de la dinámica familiar de pacientes con trastornos de personalidad

J.M. Martínez-González

Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, Granada, España

Recibido el 28 de agosto de 2009; aceptado el 14 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Dinámica familiar;
Trastornos de la
personalidad;
Relajación;
Tratamiento

Resumen

Objetivo: Los objetivos de este estudio fueron conocer la percepción de la dinámica familiar de los pacientes en el primer y tercer mes de tratamiento y saber si existen diferencias entre los pacientes atendiendo a la presencia de trastornos de la personalidad.

Material y métodos: La percepción de la dinámica familiar se evaluó a través del cuestionario FAP-FACES-IV, y un cuestionario de elaboración propia. El estudio se realizó en 76 pacientes.

Resultados: Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones al inicio y a los tres meses de tratamiento. En todas las escalas del FAP han sido menores en la segunda evaluación. Estas diferencias y el nivel moderado de estrés percibido de los pacientes en la primera evaluación permiten confirmar la hipótesis de otros investigadores que atribuye a la percepción de la dinámica familiar un efecto de relajación que experimentan los pacientes al iniciar el tratamiento. Este efecto influye igualmente a los pacientes con trastornos de la personalidad.

Conclusiones: El estudio muestra la importancia que tiene evaluar la dinámica familiar no solo al iniciar el tratamiento sino también en una etapa más avanzada del proceso terapéutico.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Family dynamics;
Personality disorders;
Relaxation;
Therapy

The effect of relaxation on the perception of family dynamics of patients with personality disorders

Abstract

Objectives: The aims of this study were to know the perception of the family dynamics of the patients in abstinence during the first and third month of treatment, and whether differences exist between patient responses to the presence of personality disorders.

Material and methods: The perception of family dynamics were evaluated by questionnaire FAP-FACES-IV, and a questionnaire of own elaboration. The study was carried out 76 patients.

Results: We have found statistically significant differences between the scores at the start and three months of treatment. At all FAP scales has been lower in the second evaluation. Along with these differences and the moderate level of stress perceived by patients in the first evaluation, to confirm the hypothesis of other researchers who attributed the perception of family dynamics of a relaxation effect experienced by patients when starting treatment. This effect also affects patients with personality disorders.

Conclusions: The study shows the importance of assessing family dynamics not only in the initiation of treatment but also in a more advanced stage of the therapeutic process.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

La evaluación de las relaciones familiares permite conocer las conductas manifiestas de sus miembros, sus hábitos y sobre todo, la percepción que tienen de esta dinámica los miembros de la familia, en particular el propio paciente¹.

Se sabe que la familia ocupa un papel muy importante en el tratamiento de la drogadicción. Tan es así, que muchos autores consideran que la dinámica familiar puede facilitar o entorpecer el proceso de recuperación, porque la participación de la familia en el tratamiento, bajo determinadas condiciones, se asocia a una mejor evolución de éste²⁻⁴.

La patología dual en pacientes drogodependientes tiene un impacto claro en la dinámica familiar⁵, aunque la drogodependencia en sí misma constituya un factor muy estresante para la familia. Se han identificado niveles elevados de estrés en estas familias⁶⁻⁷, por lo que la dinámica familiar percibida puede convertirse en factor de riesgo del consumo, toda vez que el nivel de estrés experimentado es un predictor de recaídas en el consumo⁸.

La dinámica familiar adquiere mayor peso en el tratamiento cuando los pacientes presentan patología dual, en especial cuando se trata de trastornos psicóticos o algunos trastornos de la personalidad. Se sabe que las personas con trastornos de la personalidad tienen considerables problemas familiares⁹⁻¹¹, lo que implica tener que priorizar las indicaciones terapéuticas que contemplan las variables más relevantes en esta dinámica familiar¹².

Se sabe que cuando coexiste la drogodependencia junto a un trastorno de la personalidad, los miembros de la familia deben conocer la existencia de la psicopatología concomitante, las características del trastorno de personalidad, su evolución previsible en abstinencia y, fundamentalmente, las estrategias más adecuadas para relacionarse con el paciente.

Por otro lado, la psicopatología en los familiares de pacientes es también una variable significativa porque explica, en parte, las respuestas de sus miembros a diferentes circunstancias de la vida familiar a lo largo del tratamiento. En uno de nuestros trabajos en el que la muestra estaba compuesta por pacientes que gozaban de diferentes periodos de abstinencia, pudimos comprobar que valoraban positivamente la dinámica familiar, creían que la familia sabía cómo ayudarles y se sentían más apoyados por ésta cuando llevaban más tiempo abstinentes, no presentaban patología dual y el familiar, que habitualmente lo acompañaba al tratamiento, presentaba un nivel de gravedad de ajuste psicológico menor⁵.

Además, existen otras variables que también han demostrado tener cierto impacto en la dinámica familiar como son la comunicación, la satisfacción y los recursos familiares. Las familias de drogodependientes suelen caracterizarse por tener una comunicación deficitaria, un nivel de satisfacción menor y menos recursos familiares, entendidos estos últimos como aspectos sociales, emocionales y físicos que protegen a la familia ante el estrés¹³⁻¹⁶.

Un estudio muy interesante del funcionamiento familiar tuvo en cuenta la severidad de la adicción a opiáceos¹⁷. Los autores utilizaron para evaluar el funcionamiento familiar el cuestionario FAP y observaron que el estrés familiar, los recursos familiares, la comunicación entre los miembros de la familia y la satisfacción familiar mantienen una relación lineal con el funcionamiento familiar¹⁸. Las asociaciones son positivas entre la comunicación, la satisfacción y los recursos, y negativas entre éstas y el estrés familiar. Un mayor nivel de comunicación familiar se asocia a una mayor satisfacción mientras que un mayor nivel de estrés se relaciona con un nivel de satisfacción más deficitario. Comprobaron que los pacientes, cuando inician el tratamiento, presentan un nivel de estrés bajo y puntuaciones moderadas en las escalas de comunicación, satisfacción familiar y recursos familiares. Los autores creen que este bajo nivel de estrés detectado en el estudio, cuando se esperaba lo contrario, podría deberse a la relajación que la familia y los pacientes experimentan al iniciar un proceso terapéutico. Según esto, al iniciar el tratamiento podríamos obtener una impresión sesgada de la dinámica familiar toda vez que el propio paciente, por los motivos comentados, hace una evaluación que sobrevalora lo positivo y minimiza lo negativo. Por este motivo, las diferencias en la dinámica familiar de personas con o sin patología dual podrían no ser tan evidentes a simple vista al verse contaminadas por la relajación experimentada al inicio del tratamiento.

El estudio de la dinámica familiar en drogodependientes debería contemplar también aspectos tan relevantes como las personas con las que conviven habitualmente estos pacientes; esto es, la familia de origen o con la familia propia. Al contrario de lo que sucedía hace años, los pacientes ya no conviven mayoritariamente con su familia de origen, ni presentan como adicción principal los opiáceos. El papel que ocupa el paciente en su familia es diferente y, por tanto, también es diferente su percepción de la dinámica familiar.

Por tanto, la dinámica familiar percibida es un aspecto fundamental para el desarrollo de las estrategias terapéuticas, porque no solo se constituye en un factor de riesgo de recaída, sino que además favorece o entorpece la colabora-

ción de la familia. Hasta el momento se sabe que la dinámica familiar percibida al iniciar el tratamiento puede estar sesgada, pero también es necesario conocer qué sucede tras algunos meses de tratamiento así como el impacto que tiene sobre ella la patología dual.

Los objetivos de este estudio fueron varios:

1. Comprobar si la percepción de la dinámica familiar de los pacientes difiere según presenten o no patología dual.
2. Conocer la percepción de la dinámica familiar dependiendo de si conviven con su familia de origen o con su familia propia.
3. Evaluar algunos aspectos de la dinámica familiar que frecuentemente son motivo de confrontación entre sus miembros.
4. Saber si la percepción de la dinámica familiar suele estar distorsionada en las primeras etapas del tratamiento, comparando la percepción al inicio y a los tres meses de tratamiento.

Material y métodos

Participantes

La muestra la componen 76 pacientes, con una edad media de 41,58 años y una evolución media de la adicción de 11,28 años, que inician tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. La demanda de tratamiento se hace por adicción al alcohol en el 85,5% de los casos, cannabis en el 3,9%, cocaína en el 2,6%, psicofármacos en el 2,6% y *speedball* en el 5,3%. El 71,1% son hombres, mientras que el 28,9% son mujeres. El 65,3% convive con familia propia o pareja, mientras que el 34,2% lo hace con su familia de origen. Presenta patología dual (eje I, II o I y II) el 65% de los casos. El 56% de los casos presenta un trastorno en el eje II: el 1,3% un trastorno paranoide de la personalidad, el 2,7% histriónico, el 5,3% límite, el 26,7% obsesivo-compulsivo de la personalidad, el 14,7% por dependencia, el 1,3% por evitación y el 4% un trastorno de la personalidad no especificado.

Instrumentos

Para la evaluación y diagnóstico de los trastornos de la personalidad se utilizó la entrevista semiestructurada Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)⁹. Dispone de un *screening* con respuestas de verdadero/falso, y una entrevista clínica. El cuestionario identifica conductas relevantes en la evaluación del trastorno de la personalidad y la entrevista matiza la presencia o no de trastornos de la personalidad según criterios DSM. Algunas investigaciones previas muestran la validez del instrumento para su uso en población de drogodependientes al superar los problemas inherentes a la evaluación de los trastornos de la personalidad en esta población.

La evaluación del eje I se llevó a cabo a través de la entrevista clínica, para la confirmación de criterios DSM²⁰.

La dinámica familiar percibida por el paciente se evaluó a través del FAP-FACES-IV (*Family Assessment Package-Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*)¹⁸. El instrumento evalúa el funcionamiento familiar de las subescalas:

estrés familiar, comunicación familiar, recursos familiares, satisfacción familiar, desapego, apego, rigidez y caos, y las dimensiones cohesión y adaptabilidad. La respuesta es de tipo Likert de cinco niveles que van desde nunca a muy frecuentemente. Un amplio estudio psicométrico de los autores indica que las escalas de estrés, comunicación, satisfacción y recursos familiares es aceptable, y confirma su utilidad para la evaluación del funcionamiento familiar de personas que presentan un problema de adicción. No ocurre lo mismo con el resto del cuestionario.

Para complementar la evaluación de la dinámica familiar se utilizó un cuestionario de elaboración propia CFR⁵, que evalúa las creencias de los pacientes sobre aspectos relacionados con la dinámica familiar que frecuentemente se convierten en motivo de confrontación con el resto de los miembros de la familia. El cuestionario recoge información sobre cómo cree el paciente que le está ayudando su familia, la influencia de su familia en la recuperación, el apoyo de sus padres, pareja o hermanos, el grado de confianza que deposita en él su familia, el miedo a la recaída, la opinión de su familia en torno a su relación con otros consumidores de drogas y el grado de confianza de su familia en que nunca volverá a consumir. Las respuestas son de tipo Likert de cuatro niveles.

Procedimiento

Los pacientes, al iniciar el tratamiento, fueron asignados aleatoriamente a un psicólogo clínico del centro, y completaron los cuestionarios en dos momentos: en el primer mes y a los tres meses de tratamiento. Completaron los cuestionarios en abstinencia del consumo de drogas dentro del primer mes de tratamiento, para que su percepción de la dinámica familiar no se viese influenciada por el efecto de la terapia. De este modo, la evaluación inicial muestra la percepción de la dinámica familiar del paciente según su experiencia en el momento de iniciar el tratamiento y su perfil psicopatológico. Los pacientes volvieron a completar los cuestionarios a los tres meses de tratamiento.

La evaluación y el tratamiento del paciente los realiza el mismo psicólogo.

Diseño y análisis de datos

Se empleó una metodología cuasi-experimental, concretada ésta en distintos diseños unifactoriales inter- e intra grupos. Se realizó un contraste sobre diferencias de medias, utilizando para tal efecto el estadístico t de Student, con un nivel de significación establecido para tomar decisión estadística de 0,05. También se han estudiado diferentes correlaciones bivariadas, así como un análisis de regresión. El análisis se realizó con el programa SPSS.15.0.

También se analizaron los ítems del cuestionario FAP-FACES-IV por separado para profundizar en algunos aspectos de la dinámica familiar.

Resultados

Para conocer la percepción del paciente de la dinámica familiar se calculó el porcentaje respecto a la puntuación máxima de cada escala del cuestionario FAP con el que se identificaba el paciente. Se observa lo siguiente: la comuni-

cación familiar presenta un valor medio de 61,68% con respecto al nivel máximo que el paciente cree poder alcanzar, los recursos familiares un 63,63%, la satisfacción familiar un 75,68%, lo que indica que son relativamente altos. El estrés, por el contrario, puntúa menos (44,91%) lo que significa que los pacientes, a pesar de llevar poco tiempo de abstinencia, no consideran que el nivel de estrés soportado en la dinámica familiar sea elevado. Las puntuaciones en el resto de las dimensiones y escalas muestran los siguientes porcentajes: desapego 49,36%, apego 49,36%, rigidez 46,76%, caos 44,66%, dimensión cohesión 49,93% y en la dimensión adaptabilidad, 45,36%.

Las correlaciones entre las escalas del cuestionario FAP muestran que mientras que las dimensiones comunicación familiar, recursos familiares y satisfacción correlacionan entre sí de forma positiva y estadísticamente significativa, lo hacen de forma negativa con el estrés.

También se ha hecho un análisis de regresión para conocer la capacidad predictiva del tiempo de abstinencia y de los años de evolución de la drogodependencia sobre las escalas del apartado FAP del cuestionario. Ni el tiempo de abstinencia ni la evolución predicen el estrés, la comunicación, los recursos familiares y la satisfacción.

Las puntuaciones de las escalas del cuestionario así como de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad son moderadas, sin diferencias estadísticamente significativas dependiendo de la presencia de trastornos de la personalidad. En el análisis individualizado de cada ítem del cuestionario FAP-FACES, se han obtenido diferencias estadísticamente significativas solamente en el ítem *en nuestra familia, resulta difícil saber quién es el responsable de cada cosa*, con un valor de la media mayor en el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad ($t = 2,007$; $p = 0,034$).

Al comparar las puntuaciones del cuestionario en función de la presencia de patología dual (eje I, II o I y II) se obtienen diferencias estadísticamente significativas en nueve ítems. Los pacientes sin patología dual, a diferencia de los que sí la presentan, refieren que se sienten más capaces de afrontar los problemas cuando surgen ($t = -2,260$; $p = 0,033$); creen que sus familias tienen más capacidad para afrontar las situaciones de tensión ($t = -2,225$; $p = 0,025$); consideran que los miembros de la familia pasan más tiempo juntos ($t = -2,031$; $p = 0,048$) y creen que las críticas que se hacen son justas ($t = 2,499$; $p = 0,008$). Los pacientes con patología dual, por el contrario, se enfrentan en mayor número de ocasiones con enfermedades físicas o la muerte ($t = 2,921$; $p = 0,002$); creen que sufren la falta de tiempo para relajarse o desconectarse ($t = 2,448$; $p = 0,013$); sufren más problemas de adaptación por cambios de domicilio ($t = 2,792$; $p = 0,006$); creen que los miembros de la familia nunca consiguen organizarse para resolver las tareas diarias o atender cuestiones nuevas ($t = 2,332$; $p = 0,014$) y consideran que en su familia es difícil saber quién es el responsable de cada cosa ($t = 2,258$; $p = 0,027$).

No se obtienen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los ítems del cuestionario CFR en función de la presencia de trastornos de la personalidad o de patología dual en general. Sin embargo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en varios ítems si se comparan en función de con quién convive el paciente, esto es, con su propia familia o con la familia de origen. Los pacientes que viven con su propia familia o pareja consideran, a diferencia

de otros, que su familia sabe cómo ayudarle ($t = 2,523$; $p = 0,004$) y que confían en ellos cuando salen ($t = 3,165$; $p = 0,002$).

Si analizamos el cuestionario FAP-FACES en función del tipo de convivencia, familia propia o de origen, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en seis ítems. Los pacientes que viven con su familia de origen tienen más discusiones con el resto de los miembros ($t = -2,499$; $p = 0,015$); existe más preocupación a causa del consumo de drogas ($t = -2,542$; $p = 0,014$) y creen que los padres tienen más dificultad para emplear la disciplina ($t = 2,324$; $p = 0,024$). Los que viven con su familia propia o pareja están más satisfechos con el estilo de comunicación ($t = 2,771$; $p = 0,007$); creen que comparten más los valores y creencias ($t = 2,442$; $p = 0,017$) y creen disfrutar de una mejor dinámica familiar ($t = 2,361$; $p = 0,021$).

Se ha calculado el índice de la correlación de Pearson entre los valores de los ítems del cuestionario CFR y las dimensiones del apartado del cuestionario FAP. Se observa que algunos ítems del cuestionario CFR correlacionan de forma estadísticamente significativa con todas las escalas del cuestionario FAP, aunque no en el mismo sentido. Una valoración positiva de la dinámica familiar correlaciona de forma negativa con el estrés y positivamente con la comunicación, los recursos familiares y la satisfacción familiar. Otros ítems como *mi familia sabe cómo ayudarme, me siento apoyado por mis padres/pareja, me siento apoyado por mi hermano, la relación con mi familia es buena* correlacionan de forma positiva con la comunicación, los recursos y la satisfacción. La satisfacción familiar correlaciona de forma estadísticamente significativa y de forma positiva con la creencia de que *mi familia tiene miedo a la recaída*. Esto puede guardar relación con el grado de conocimiento que el paciente tiene del miedo a la recaída que experimentan los miembros de la familia, de modo que la satisfacción familiar vendría determinada por la capacidad de sus miembros para expresar el miedo experimentado (tabla 1).

Se estudió la capacidad predictiva analizando también la relación entre los ítems del cuestionario CFR y las escalas del FAP-FACES. Los resultados muestran que la comunicación entre los miembros ($\text{Beta} = 0,396$; $p = 0,000$), los recursos familiares ($\text{Beta} = 0,406$; $p = 0,000$) y la satisfacción ($\text{Beta} = 0,382$; $p = 0,001$) predicen, en sentido positivo, el hecho de que el paciente crea que la relación con su familia es buena. El estrés, por el contrario, la predice en sentido negativo ($\text{Beta} = -0,377$; $p = 0,001$), lo que les lleva a creer que existe peor dinámica familiar en la medida en que aumenta el estrés.

La comparación de las puntuaciones del cuestionario FAP a través del contraste para muestras relacionadas entre la primera y la segunda evaluaciones mostró que existían diferencias estadísticamente significativas en las cuatro escalas del cuestionario: estrés familiar ($t = 14,101$; $p = 0,000$), comunicación ($t = 20,983$; $p = 0,000$), recursos familiares ($t = 30,316$; $p = 0,000$), satisfacción ($t = 19,354$; $p = 0,000$) y las dimensiones cohesión ($t = 26,194$; $p = 0,000$) y adaptabilidad ($t = 25,746$; $p = 0,000$). En todos los casos la media de las respuestas fue menor en la segunda evaluación, cuando se observa con claridad que las puntuaciones del cuestionario de percepción de dinámica familiar son significativamente más bajas a los tres meses de iniciar el tratamiento.

Tabla 1 Correlaciones bivariadas significativas entre los ítems del cuestionario CFR y las escalas del cuestionario FAP

	Mi familia sabe cómo ayudarme	Me siento apoyado por padres/pareja	Me siento apoyado por mi hermano	La relación con mi familia es buena	Mi familia tiene miedo a la recaída
FAP Estrés familiar				-0,392**	
FAP Comunicación familiar	0,530**	0,273*	0,323**	0,424**	
FAP Recursos familiares	0,526**	0,267*	0,385**	0,452**	
FAP Satisfacción familiar	0,434**	0,456**	0,365**	0,420**	0,305*

*La correlación es significativa al nivel $p > 0,05$; **La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$.

Al comparar solo las puntuaciones de los pacientes que presentan un trastorno de la personalidad, se obtienen también diferencias estadísticamente significativas en las cuatro escalas del cuestionario FAP: estrés familiar ($t = 18,806$; $p = 0,000$), comunicación ($t = 17,231$; $p = 0,000$), recursos familiares ($t = 24,817$; $p = 0,000$) y satisfacción ($t = 15,215$; $p = 0,000$), con la media de las puntuaciones menor en la segunda evaluación. Se observa que no solo disminuyen significativamente las puntuaciones de comunicación, recursos y satisfacción sino también el estrés.

También se compararon exclusivamente las puntuaciones de los pacientes que continuaban abstinentes a los tres meses, para evitar que las recaídas pudiesen influir en la percepción de la dinámica familiar, y se obtuvieron, de igual forma, diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda evaluaciones. En todas las escalas del cuestionario FAP y dimensiones se obtuvieron puntuaciones más bajas a los tres meses del tratamiento.

Discusión

La comunicación, los recursos de los que dispone la familia y la satisfacción influyen de manera determinante en el tipo de valoración que hacen los pacientes sobre la dinámica familiar, lo que las convierte en variables claves en la intervención. En relación con las escalas del cuestionario FAP-FACES se han obtenido asociaciones estadísticamente significativas positivas entre la comunicación, la satisfacción y los recursos, y negativas entre éstas y el estrés familiar. Un mayor nivel de comunicación familiar se asocia a una mayor satisfacción, a la vez que un mayor nivel de estrés se relaciona con un nivel de satisfacción más deficitario¹⁷. El bajo nivel de estrés y las puntuaciones moderadas en las escalas de comunicación, satisfacción familiar y recursos familiares observados muestran que, por alguna razón, al menos al inicio del tratamiento, la percepción de la dinámica familiar se caracteriza por su subjetividad, lo que puede influir negativamente en las atribuciones causales del paciente y los miembros de la familia. El hecho de que los recursos familiares correlacionen de forma negativa con el estrés, convierten a las familias con mejores recursos en modelos positivos de afrontamiento del estrés.

Las puntuaciones de los pacientes en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad son moderadas, lo que significa que la percepción de la dinámica familiar al iniciar el tratamiento no muestra un nivel de conflictividad preocupante.

Según el modelo circuplejo estas puntuaciones corresponden a un nivel de funcionamiento efectivo¹⁸, lo cual es un resultado inesperado si tenemos en cuenta la inmediatez del periodo de consumo de los pacientes. Sin embargo, el estrés, que debería ser mayor, no lo es, lo cual apoya la hipótesis de la relajación propuesta por Iraurgi et al¹⁷, que se refieren al hecho de que al iniciar el tratamiento, tanto el paciente como la familia experimentan una relajación que les lleva a percibir la dinámica familiar de forma sesgada. En esta línea, las puntuaciones en las escalas de comunicación, recursos familiares y satisfacción al iniciar el tratamiento son moderadas y disminuyen de forma estadísticamente significativa a los tres meses. Según este mecanismo, el paciente en la evaluación prima su abstinencia inicial eclipsando aspectos de la dinámica familiar menos favorables.

Sorprende poderosamente el hecho de que no existan diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la dinámica familiar de los pacientes en función de la presencia de trastornos de la personalidad, toda vez que se sabe que este tipo de patología dual suele acompañarse de conflictos y problemas en la relación familiar.

Por otro lado, el hecho de que no se obtengan diferencias estadísticamente significativas dependiendo de la presencia de trastornos de la personalidad y patología dual en general, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (del cuestionario FAP-FACES-IV) y en las puntuaciones del cuestionario CFR, podría indicar que la relajación experimentada al inicio del tratamiento afecta por igual a todos los pacientes, con independencia de la presencia de patología dual. En un estudio de Martínez-González y Trujillo⁵ en el que, a diferencia de esta muestra, los pacientes gozaban de diferentes periodos de abstinencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en algunos ítems del cuestionario CFR en función del tiempo de abstinencia y de la presencia de patología dual.

A pesar de las conocidas dificultades que se observan en las relaciones familiares de los pacientes con un trastorno del eje II, en este estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de estos pacientes en comparación con el resto. A pesar del efecto de relajación mencionado, deberían observarse diferencias entre los pacientes en función de la presencia de trastornos de la personalidad. Esto podría ser un indicador de egosintonía, como mecanismo que impide al paciente ser consciente de la dinámica familiar real en la que está inmerso. Los drogodependientes con trastornos de la personalidad no sue-

len ser conscientes de las consecuencias derivadas de su comportamiento ni de las vivencias de las personas con las que conviven. Esta percepción infravalorada de las dificultades relacionales entre los miembros puede generar en el paciente expectativas poco realistas e inadecuadas, así como un desconocimiento de las expectativas de su familia en relación con su conducta.

También se ha visto que la percepción de la calidad de los recursos familiares depende en parte del tipo de convivencia. Los que viven con su familia propia o pareja creen que sus familias son más conscientes de cómo ayudarles, y creen que confían más en ellos cuando salen a la calle. Por tanto, la percepción del paciente de la dinámica familiar está influenciada por el tipo de relación que tiene, al ser para ellos más accesibles determinados beneficios cuando viven con su propia familia en comparación a cuando viven con su familia de origen.

Además, se ha comprobado que la satisfacción familiar podría estar en función, no tanto del nivel de miedo a la recaída experimentado por los miembros de la familia, como por la posibilidad que tienen de comunicar este miedo al paciente.

El estudio muestra la importancia de evaluar la dinámica familiar no solo al iniciar el tratamiento sino también en una etapa más avanzada del proceso terapéutico. Al parecer, la dinámica familiar no se corresponde con la percepción que tienen los pacientes al iniciar el tratamiento, dado que los casos en que el drogodependiente tiene un trastorno de la personalidad suelen presentar un nivel de conflictividad mayor⁹. Particularmente, en los casos con trastornos de la personalidad se sabe que la evaluación debe ser retrospectiva, sabiendo que cuando se evalúa en el primer mes de tratamiento es probable que la información obtenida sobre la dinámica familiar real esté sesgada o, al menos, teniendo en cuenta que los resultados del cuestionario deben analizarse bajo el prisma de la patología dual o del efecto de relajación.

Este trabajo ha permitido dar respuesta a los objetivos propuestos, por lo que podemos concluir que tanto si presentan un trastorno de la personalidad como si no, los pacientes al iniciar el tratamiento perciben la dinámica familiar de forma sesgada. Al parecer estos cambios en la valoración de la dinámica familiar se explican por la existencia de un efecto de relajación al comenzar el tratamiento que eclipsa las dificultades de la dinámica relacional entre los miembros de la familia. Por otro lado, en la práctica clínica debería tenerse en cuenta el impacto que sobre la percepción de la dinámica familiar tiene la egosintonía en drogodependientes con trastornos de la personalidad. Además, la valoración que hacen los pacientes parece estar influida por la comunicación, los recursos de los que dispone la familia y la satisfacción, lo que convierte estas variables en objetivo de intervención.

Una limitación del estudio guarda relación con el tamaño de la muestra, toda vez que no nos ha permitido conocer las diferencias entre los distintos trastornos de la personalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ellis A, McInerney JF, Digiuseppe R, Yeager R. *Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992.
2. Graña JL. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate; 1994.
3. McCrady B, Rodríguez R, Otero-López JM. *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide; 1998.
4. Martínez-González JM, Molina B, Ruiz M, Torres A. *La familia en el tratamiento del drogodependiente*. Granada: Diputación Provincial de Granada; 2000.
5. Martínez-González JM, Trujillo HM. *Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento*. *Int J Clin Health Psy*. 2005;5:43-66.
6. Olsson C, Coffey C, Toumbourou J, Bond L, Thomas L, Patton G. *Family risk factors for cannabis use: a population-based survey of Australian secondary school students*. *Drug Alcohol Rev*. 2003;22:143-52.
7. Coviello D, Alterman A, Cacciola J, Rutherford M, Zanis D. *The role of family history in addiction severity and treatment response*. *J Subst Abuse Treat*. 2004;2:303-13.
8. Goldstein MJ, Doane JA. *Interventions with families and the course of schizophrenia*. En: Alpert M, editor. *Controversies in schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press; 1985. p. 381-97.
9. Phillips KA, Gunderson JG. *Trastornos de la personalidad*. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Áncora; 1996. p. 760-2.
10. Gunderson J. *Trastorno límite de la personalidad*. Guía práctica. Barcelona: Ars Médica; 2002.
11. Groot M, Franken I, van der Meer C, Hendiks V. *Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment*. *J Subst Abuse Treat*. 2003;24:115-20.
12. Martínez-González JM, Trujillo HM. *Tratamiento del drogodependiente con trastorno de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003.
13. Malkus B. *Family dynamic and structural correlates of adolescent substance abuse: A comparison of families of non-substance abusers and substance abusers*. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 1994;3:39-52.
14. Carvalho V, Pinsky I, de Souza R, Carlini-Cotrim B. *Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students*. *Addiction*. 1995;90:65-72.
15. Spooner C. *Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment*. *Drug Alcohol Rev*. 1999;18:453-75.
16. Vielva I, Pantoja L, Abeijón J. *El funcionamiento de la familia con hijos (consumidores y no consumidores) de comportamientos no problemáticos*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2001.
17. Iraurgi I, Sanz M, Martínez-Pampliega A. *Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento*. *Adicciones*. 2004;16:185-95.
18. Sanz M, Iraurgi I, Martínez P. *Evaluación del funcionamiento familiar en toxicomanías: adaptación española y características de adecuación métrica del FAP-FACES-IV*. En: Iraurgi I, González F, editores. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 403-34.
19. López-Ibor J, Pérez A, Rubio V. *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1996.
20. *APA Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2002.