

La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad



Psychoeducation as a strategy to improve family support perceived from patient with alcohol dependence and personality disorder

JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ-GONZÁLEZ*,^a, NATALIA ALBEIN-URIOS^b, PILAR MUNERA^c, ANTONIO VERDEJO-GARCÍA^a

^a Centro Provincial de Drogodependencias. Diputación de Granada, España

^b Universidad de Granada, España

^c Hospital Clínico de Granada, España

ABSTRACT

The aim of this study was to prospectively analyze the impact of psychoeducation with relatives of addicted patients with personality disorders. We measured the impact of the psychoeducational intervention using a self-report questionnaire designed to assess perceived familiar support. The sample was composed by 37 patients with alcohol dependence following outpatient treatment. They underwent a cognitive-behavioral therapy relapse prevention program especially tailored for addicted individuals with comorbid personality disorders. 56.8% of patients followed individual therapy, and 43.2% followed group therapy. The relatives of the subgroup patients following group therapy simultaneously received the psychoeducational intervention. The analyses of the familiar support questionnaire across treatment showed a significant difference between groups as a function of treatment modality. Patients whose relatives followed the psychoeducational intervention had greater perception of familiar support throughout the treatment process.

Key Words: Personality Disorders, Psychoeducation, Familiar Support, Alcohol, Alcohol dependence.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar longitudinalmente el impacto de la psicoeducación con familiares de pacientes que presentan un trastorno de la personalidad. Para medir parcialmente el efecto de la intervención se utilizó un cuestionario que evalúa el apoyo familiar percibido. La muestra estaba compuesta por 37 pacientes con trastorno por dependencia del alcohol en tratamiento ambulatorio. Se llevó a cabo un programa de prevención de recaídas en el marco del modelo cognitivo conductual adaptado a las peculiaridades de la adicción en pacientes con trastornos de la personalidad. El 56.8 % de los pacientes siguieron tratamiento individual, mientras que el 43.2% lo hizo a nivel grupal. Los familiares de los pacientes que siguieron tratamiento grupal fueron objeto paralelamente de una intervención familiar individual basada en la psicoeducación. El análisis de las puntuaciones a lo largo del tratamiento mostró una clara diferencia entre los dos grupos de pacientes en función de la modalidad terapéutica. Los pacientes cuyos familiares fueron objeto de una intervención psicoeducativa sistemática adaptada a las particularidades de los rasgos de la personalidad en dependientes del alcohol, presentaron mejor percepción de apoyo familiar a lo largo del tratamiento.

Palabras Clave: Trastornos de la personalidad, psicoeducación, apoyo familiar, alcohol, dependencia al alcohol.

Recibido/Received: Enero 30 de 2012

Revisado/Revised: Febrero 20 de 2012

Aceptado/Accepted: Abril 19 de 2012

*Correspondence / Correspondencia:

José Miguel Martínez González, Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, Hospital de San Juan de Dios. C/ San Juan de Dios, 11, 18001 - Granada (España), Email: jmmgonz@dipgra.es

Indexing / indexaciones

International Journal of Psychological Research se encuentra incluida en: Scopus, EBSCO (Academic Search Complete), Dialnet, Imbiomed, Doaj, Scirus, New Jour, Ulrichsweb, Pserinfo, Journal Seek, Google scholar, y está en proceso de inclusión en diversas bases de datos internacionales.

INTRODUCCION

La familia es un factor clave en la génesis, persistencia y disminución del consumo de drogas (Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2004), aunque el impacto de la relación familiar en el tratamiento depende también de otras variables como la patología dual, y de una manera muy especial los trastornos de la personalidad (TP) por la especificidad que procuran al desarrollo de la terapia. En estos casos, son habituales los conflictos en la interacción entre los pacientes y su familia (Martínez-González y Trujillo, 2005; Phillips y Gunderson, 1996; Gunderson, 2002; Groot, Franken, van der Meer y Hendiks, 2003).

El hecho de que la relación entre los pacientes y familia esté en gran medida determinada por variables cognitivas (Barton, Alexander y Robins, 1998), convierte la percepción del paciente respecto del apoyo recibido de su familia en una variable muy útil para la comprensión de la evolución a lo largo del tratamiento y abandono del consumo de drogas. En el caso de los pacientes con TP se sabe que la relación entre paciente y familia se caracteriza por la presencia de conflictos (Pirooz, 2007) en la mayoría de los casos por el profundo desconocimiento en la familia de las estrategias que deben seguir en el acompañamiento del paciente. Por este motivo, puede decirse que el apoyo familiar percibido de los pacientes constituye un pilar elemental en el proceso de recuperación. En este contexto, el apoyo familiar puede conceptualizarse como la disponibilidad y accesibilidad de los miembros de la familia para ayudar al paciente en el afrontamiento de las dificultades a las que debe enfrentarse. No obstante, en el caso de familias de drogodependientes con TP las relaciones no siempre procuran el apoyo que el paciente necesita, caracterizándose, por el contrario, por ser interacciones en las que se utilizan amenazas, la decepción, la traición y el castigo para controlar a sus miembros (Espy, 1994). Esto es, la dinámica familiar favorece el apoyo a los pacientes o por el contrario lo entorpece (Graña, 1994; McCrady, Rodríguez y Otero-López, 1998; Martínez-González, Molina, Ruiz y Torres, 2001).

Por otro lado, el apoyo familiar percibido también está influido por el tiempo de abstinencia y la presencia de patología dual. Con respecto al tiempo de abstinencia se ha visto que conforme aumenta los pacientes creen en mayor medida que su familia sabe cómo ayudarles, creen tener mejor relación con su familia, éstos confían más en ellos cuando salen a la calle y consideran que su familia confía en que no van a volver a consumir. La patología dual parece estar asociada al hecho de que los pacientes crean que su familia presenta más dificultad para ayudarles, se sienten menos apoyados y en general creen tener peor relación en comparación a los pacientes sin patología dual (Martínez-González y Trujillo, 2005).

Algunos estudios han evidenciado la importancia de evaluar la dinámica familiar no solo al iniciar el

tratamiento sino también a lo largo del tratamiento, porque se ha visto que al iniciar el tratamiento el paciente suele presentar una percepción subjetiva de la dinámica familiar en la que está inmerso. Esta percepción sesgada se ha denominado efecto de relajación (Iraurgi, Sanz y Martínez-Pampliega, 2004; Martínez-González, 2010). Según este efecto los pacientes con TP no tienen una percepción objetiva del nivel de conflictividad en la relación con su familia, porque la abstinencia del consumo eclipsa aspectos de la dinámica familiar menos favorables. Esto indica que la evaluación de la dinámica relacional entre los miembros de la familia de drogodependientes exige una observación constante a lo largo de la psicoterapia, porque si al iniciar el tratamiento la dinámica familiar no garantiza el apoyo familiar, tras unos meses las interacciones entre sus miembros se tornan conflictivas.

El tratamiento familiar de drogodependientes con TP exige una adecuación pormenorizada de las estrategias relacionales por parte de los miembros colaboradores de la familia. En los casos de patología dual, se debe emplear paralelamente una intervención psicoterapéutica con la familia que aborde en su conjunto todos los aspectos que influyen en la dinámica relacional y particularmente relacionados con el apoyo que proporcionan al paciente (Pirooz, 2007). Por ejemplo, la desinformación de los familiares respecto de la clínica de la psicopatología concomitante a la adicción, en especial de los TP, puede provocar conflictos difíciles de resolver porque la familia generalmente no interpreta las conductas molestas en términos sintomáticos.

La psicoeducación familiar es una estrategia que tiene como objetivo atender debidamente estas cuestiones y gira en torno a los siguientes componentes básicos: naturaleza, etiología, curso, consecuencias eventuales del TP, posibilidades terapéuticas y resultados esperables. Mediante la psicoeducación se persigue: educar a los miembros de la familia en torno a la clínica de los TP, sus factores etiológicos, factores que alivian o exacerban los síntomas o la gravedad, opciones de tratamiento, evolución esperada y recursos de la comunidad; enseñar habilidades de afrontamiento y habilidades familiares para manejar el TP y sus efectos, y minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento; ofrecer un contexto para resolver problemas donde la familia aprenda a aplicar el conocimiento y proporcionar apoyo continuado a los miembros de la familia (Hoffman y Fruzzetti, 2007). Tal es la importancia de la psicoeducación en el tratamiento que esta estrategia aparece como componente fundamental de las psicoterapias que han demostrado su efectividad en el tratamiento de los TP (Hadppavlov, y Ogrodmiczak, 2010).

Este estudio forma parte de una investigación más amplia (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2010, 2011) y tiene como objetivo evaluar la percepción del apoyo familiar de los pacientes con TP y trastorno por dependencia al alcohol a lo largo del tratamiento y valorar el efecto de la intervención familiar sistemática basada en

la psicoeducación sobre el nivel de apoyo familiar percibido de los pacientes.

MÉTODO.

Participantes

Este trabajo constituye el estudio parcial de una investigación más amplia que tiene como objetivo evaluar el seguimiento de una submuestra formada por 37 pacientes que cumplían criterios para la dependencia del alcohol y que a su vez presentaban un TP (DSM-IV-TR, 2002). La distribución de trastornos del Eje II fue la siguiente: obsesivo-compulsivo (32.8%), por dependencia (12.5%), trastorno límite de la personalidad (4.7%), no especificado (3.1%), histriónico (1.6%) y por evitación (1.6%).

Para la selección de la muestra se han tenido en cuenta los siguientes criterios: (a) debían ser personas que no habían estado en tratamiento, al menos, en los dos meses anteriores al inicio de esta investigación; (b) debían estar abstinentes al menos durante dos semanas para poder hacer el diagnóstico dual, y (c) encontrarse en el primer mes de tratamiento para evitar que la evaluación se viese influida por el efecto de la intervención terapéutica.

Los pacientes estaban siendo tratados a nivel ambulatorio en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

La edad media era de 43.11 años, siendo el 75.7% (n = 28) hombres y el 24.3% (n = 9) mujeres. El 25% de los pacientes presentaban a su vez algún trastorno del Eje I además de la adicción. La media de los años de evolución fue de 13.08 (DT = 8.836) y el tiempo medio de abstinencia en el momento de hacer la primera evaluación fue de 33.86 días (DT = 36.917). El 53.3 % (n = 16) finalizó el tratamiento con alta terapéutica, el 13.3 (n = 4) alta voluntaria y el 33.3. % (n = 10) abandonó el tratamiento.

Procedimiento

En todos los casos se llevó a cabo una intervención psicológica que consistió en la aplicación de un programa de prevención de recaídas con un enfoque cognitivo-conductual (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009) adecuada a los casos con TP y con una duración aproximada de 12 meses. De los 37 pacientes, en el 56.8% de los casos (n = 21) se intervino mediante psicoterapia individual, mientras que el 43.3% (n = 16) fue a nivel grupal. Los pacientes que fueron tratados en grupo lo hicieron de acuerdo con los siguientes criterios: asistían a terapia de grupo una vez en semana con una duración de sesenta minutos cada sesión, a la vez que sus familiares acudían una vez al mes a nivel individual. Las sesiones de seguimiento con la familia, con una duración aproximada de cuarenta minutos, las llevó a cabo el mismo psicólogo clínico que atendía a los pacientes. Paralelamente, se llevó

a cabo una intervención individual estructurada y sistemática dirigida a los familiares que habitualmente conviven con los pacientes basada en la psicoeducación. A los pacientes se les pedía permiso para llevar a cabo las entrevistas mensuales con su familiar y fueron ellos los que designaban a la persona que debía acudir a las sesiones. El objetivo de estas sesiones era que los familiares colaboraran activamente en el tratamiento y los aspectos que se abordaban en las mismas fueron: las características clínicas de los trastornos duales, para que la familia conozca la influencia bidireccional entre la clínica de la dependencia de alcohol y el Eje II; conocer las características de los TP más que la etiqueta; la supervisión de la toma de psicofármacos prescritos en el tratamiento; conocer la evolución esperable del TP en abstinencia; la reagudización de síntomas; evitar respuestas inadecuadas de la familia en situaciones de conflicto; entrenamiento en estrategias específicas para que la familia adecúe su estilo relacional a los cambios que se producen durante el tratamiento; evaluar la consecución de instrucciones, la estabilidad de cambios conductuales y cognitivos a lo largo del tiempo, los indicios de posibles consumos de alcohol para constatar la abstinencia del consumo de alcohol, las dificultades para progresar en la terapia y la evolución de los rasgos de personalidad. Además, en las sesiones mensuales de seguimiento se indaga en el miedo de la familia a una posible recaída, en aspectos de la patología dual que afrontan con más dificultad, en la motivación del paciente y confianza en el programa de tratamiento, así como en el modelo terapéutico empleado. Se persigue que la familia discrimine entre hábitos actuales y los que precedieron recaídas previas.

Se realizaron 4 mediciones a lo largo del tratamiento. La primera durante el primer mes, la segunda a los tres meses, la tercera a los seis meses y la cuarta a los nueve meses.

Se solicitó a todos los participantes el consentimiento informado para la utilización de los datos en esta investigación.

Instrumentos.

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron en esta investigación fueron los siguientes:

Para la evaluación y diagnóstico de los TP se utilizó la entrevista semiestructurada "Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)" (Loranger, Sartorius, Andreoli et al. 1994; versión española de López-Ibor, Pérez Urdániz y Rubio, 1996).

La evaluación del Eje I se llevó a cabo a través de la *entrevista clínica*, atendiendo a criterios DSM-IV-TR (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2002).

La percepción del apoyo familiar se evaluó a través de del cuestionario CFR (Martínez-González y

Trujillo, 2005) (ver Anexo). La respuesta fue tipo Likert con cuatro niveles que van desde 1 al 4, siendo uno el menor nivel de identificación y el cuatro el máximo. El cuestionario recoge por medio de ocho ítems aspectos de la dinámica familiar que frecuentemente son objeto de conflicto entre familia y paciente: que el paciente crea que su familia sabe cómo actuar, tener la certeza de que el tipo de relación que tiene con su familia influye en su proceso de recuperación, el apoyo percibido por parte de los padres, hermanos o pareja, la confianza de la familia en el paciente cuando éste sale a la calle como muestra de autonomía y la conciencia de los familiares respecto de la decisión del paciente de abandonar definitivamente el consumo de alcohol. La consistencia interna del cuestionario fue de .64 medida a través del Alpha de Cronbach, por lo que utilizamos el valor de la media de los ítems para mostrar el grado con el que los pacientes se sienten apoyados por su familia.

Para analizar el vínculo de la percepción del apoyo familiar recibido con el resultado del tratamiento se utilizó como referencia la tipificación que establece el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones de la Junta de Andalucía en relación a esta cuestión: alta terapéutica, que se refiere a los casos que han logrado los objetivos terapéuticos y muestran una abstinencia de al menos 12 meses; alta voluntaria, circunstancia en la que se describen mejoras significativas en variables relevantes de la clínica que nos ocupa y tras al menos dos meses en abstinencia; y abandono, para referirse a los casos que no consiguieron terminar con éxito la desintoxicación o volvieron a consumir con independencia del tiempo transcurrido de tratamiento o tiempo que pudiesen llevar abstinentes. También se consideraron como abandonos aquellos casos que dejaron el tratamiento tras una recaída.

Diseño y análisis estadístico

Se empleó una metodología cuasi-experimental, consistente en la utilización de distintos diseños unifactoriales intrasujetos. Se realizaron distintos contrastes sobre diferencias de medias mediante el estadístico *t* – Student, y regresiones lineales para conocer la capacidad predictiva de algunas variables. El análisis se realizó con el programa SPSS .19.0.

RESULTADOS.

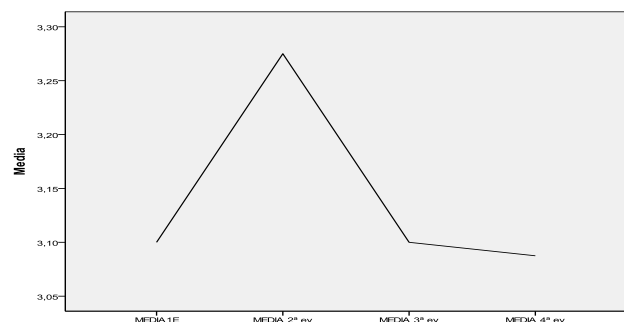
Las creencias que se evalúan aquí, representativas del grado con el que los pacientes se sienten apoyados por su familia al inicio del tratamiento, no se ven influidas por los años de evolución de la drogodependencia, dado que los años de evolución no predicen el nivel de apoyo percibido.

Con la finalidad de conocer el vínculo entre el apoyo familiar percibido y el resultado del tratamiento se realizó un análisis de regresión lineal que evidenció como la percepción de apoyo al iniciar el tratamiento predice el

tipo de finalización del tratamiento –abandono 0, alta voluntaria 1 y alta terapéutica 3-. Esto es, en la medida en que los pacientes se sienten más apoyados por su familia mejoran los resultados de la intervención terapéutica (Beta= .387; *p* = .043; R^2 = .150).

La percepción de ayuda recibida de los pacientes con TP al iniciar el tratamiento es relativamente alta (Media = 3.05 sobre 4). Téngase en cuenta que la primera evaluación se lleva a cabo a lo largo del primer mes, lo que evidencia el estado de partida de estos pacientes toda vez que en ese momento es muy limitado el impacto de la psicoterapia. A los tres meses del inicio del tratamiento el apoyo recibido aumenta considerablemente, mientras que a los seis meses decrece hasta el nivel inicial, donde se mantiene hasta los nueve meses (Figura 1).

Figura 1. Evolución a lo largo del tratamiento de las puntuaciones medias del cuestionario de percepción de apoyo familiar en pacientes con TP



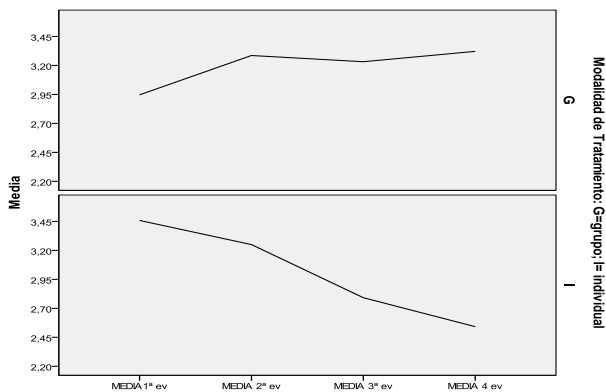
(Escala eje y = 3.05 -3.30).

La comparación ítem a ítem entre la primera y segunda evaluación muestra diferencias estadísticamente significativas solamente en uno de ellos. Se constata que los pacientes con TP ($t = -2.881$; $p = 0.009$) creen al iniciar el tratamiento (MD= 2.91; DT = 0.868) que su familia confía menos cuando sale a la calle en comparación a la confianza que presentan a los tres meses del inicio (MD = 3.32; DT = 0.568).

Para conocer el efecto o influencia de las estrategias psicoeducativas estructuradas y pautadas se compararon las puntuaciones medias del cuestionario atendiendo a la modalidad terapéutica: grupal vs individual. La asignación de los pacientes a estos dos grupos obedece al hecho de que los familiares que fueron objeto de una intervención psicoeducativa familiar fueron aquellos cuyos pacientes fueron tratados en grupo. El análisis de ambas gráficas (figura 1) muestra que a partir de los tres meses las puntuaciones de los dos grupos siguen una evolución totalmente diferente. Mientras que en el caso de los pacientes tratados en grupo el apoyo percibido mejora progresivamente hasta estabilizarse en puntuaciones altas, lo que se observa respecto a las puntuaciones de pacientes tratados a nivel individual es justo lo contrario. Puede verse que a pesar de que el grupo

de pacientes que siguen tratamiento individual parten de puntuaciones más elevadas respecto al otro grupo, la percepción de apoyo familiar decrece progresivamente a lo largo del tratamiento hasta situarse en niveles muy bajos en la última evaluación.

Figura 2. Evolución de la media de las puntuaciones del cuestionario en función de la modalidad de tratamiento: individual vs grupal.



DISCUSIÓN

Nuestros resultados indican, en consonancia con los de estudios previos, que al inicio del tratamiento se produce un efecto de relajación incluso cuando se trata de pacientes con TP (Martínez-González, 2010); el apoyo familiar percibido, como indicador parcial de la dinámica familiar, es considerablemente elevado. Asimismo, nuestros resultados extienden la evidencia previa demostrando que la percepción de apoyo sigue aumentando a lo largo de los tres primeros meses de tratamiento, si bien estas diferencias no son estadísticamente significativas. Este incremento de los niveles de apoyo percibido a los tres primeros meses podría deberse a que los pacientes experimentan habitualmente en esta etapa mejoras importantes que afectan a la calidad de vida, el *craving* o niveles de ajuste psicológico (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2011) lo que lleva consigo probablemente también una mejora en la dinámica familiar.

El hecho de que a los tres meses de iniciar el tratamiento los pacientes con TP crean que su familia confían más cuando salen a la calle, demuestra la posibilidad de lograr mejoras que podrían influir favorablemente en la clínica del Eje II además de en la adherencia al tratamiento. A su vez, los cambios animan a la familia a admitir más fácilmente los logros obtenidos.

Se ha constatado que los pacientes que siguieron tratamiento grupal a la vez que sus familiares asisten a sesiones de seguimiento, mejoran su percepción de apoyo familiar en comparación a los que han sido tratados a nivel individual. De estos resultados puede concluirse que la intervención familiar estructurada y

periódica basada en la psicoeducación tiene un efecto muy positivo sobre la colaboración de la familia. El incremento del apoyo familiar percibido, por tanto, puede atribuirse al hecho de que un miembro de la familia haya sido objeto de una intervención familiar sistemática. Además, la percepción de apoyo progresivamente menor en el grupo de pacientes que han sido tratados a nivel individual es un reflejo de la importancia de mantener intervenciones familiares a lo largo del tratamiento, particularmente cuando los pacientes presentan a su vez un TP. Todo indica que cuando no se dedica el tiempo suficiente a la intervención familiar afloran mayor número de conflictos como cabe esperar por el impacto de la psicopatología en el Eje II (Martínez-González y Trujillo, 2003).

Si la psicoterapia familiar no atiende permanentemente y de forma sistematizada las dificultades de los familiares, se observa un descenso progresivo del apoyo familiar percibido. Esto puede atribuirse a la inoperancia de la familia para apoyar la intervención en los términos que la peculiaridad clínica que estos casos requiere. No obstante, sorprende la enorme diferencia en la evolución de las puntuaciones de ambos grupos lo que muestra la utilidad de la intervención, que como se ha descrito, se ocupa no solo de variables implicadas en la adicción, sino que también se ocupa de variables vinculadas con los rasgos de personalidad. La intervención familiar debe mantenerse a lo largo de todo el tratamiento en los términos indicados en este estudio.

Puede decirse que la psicoeducación familiar para pacientes con TP es efectiva en la medida en que se ha podido comprobar que los drogodependientes cuyos familiares son objeto de esta intervención, tal y como se ha llevado a cabo en esta ocasión, perciben un mayor nivel de apoyo familiar a lo largo de todo el tratamiento. Todo indica que la psicoeducación consiguió a lo largo del tratamiento proporcionar educación a la familia sobre como incentivar comportamientos favorables en el proceso de recuperación del paciente, facilitó habilidades de afrontamiento y familiares, así como el desarrollo de estrategias para la reducción de los problemas (Hoffman y Fruzzeti, 2007).

Por otro lado, el cuestionario que se ha utilizado podría utilizarse como medida del efecto de la intervención familiar con pacientes que presentan un TP dado que es capaz de identificar los cambios que se producen a lo largo del tratamiento. Además, el cuestionario incorpora un ítem para evaluar la ayuda percibida por parte de los hermanos de los pacientes, los grandes ausentes de los estudios sobre dinámica familiar en adicciones.

El estudio, no obstante, presenta una limitación que se refiere al tamaño de la muestra dado que en esta ocasión no hemos podido conocer el impacto de la psicoeducación dependiendo de los *cluster* del Eje II.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana [APA]. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Barton C., Alexander J.F. y Robins M.S. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas familiares. En V.E. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). Madrid: Siglo XXI.
- Espy, J. (1994). The character disordered family system. *Gestalt Journal*, 17, 93-105.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Groot, M., Franken, I., van der Meer, C. y Hendiks, V. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 115-120.
- Gunderson, J. *Trastorno límite de la personalidad. Guía práctica*. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- Hadppavlov, G. y Ogrodniczak, K. (2010). Promising Psychotherapies for Personality Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (4), 202-2210.
- Hoffman, P. y Fruzzetti, A. (2007). Psicoeducación. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender, *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.
- Iraurgi, I., Sanz, M. y Martínez-Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16, 185-195.
- López-Ibor, J., Pérez, A., y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV*. Versión Española. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. & Regier, D.A. (1994). The International Personality Disorder Examination, IPDE. The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Martínez-González J.M. (2010). El efecto de relajación en la percepción de la dinámica familiar de pacientes con trastornos de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 12, 27-32.
- Martínez-González, J.M., Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez-González, J.M., Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2010). La calidad de vida en alcohólicos con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y el *craving*. *Psicothema*, 2, 562-567.
- Martínez-González, J.M., Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2011). Estudio longitudinal sobre la calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23, 227-235.
- Martínez-González, J.M., Molina, B., Ruiz, M. y Torres, A. (2001). *La familia en el tratamiento del drogodependiente*. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez-González, J.M. y Trujillo, H.M. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 43-66.
- McCrary, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Phillips, K.A. y Gunderson, J.G. (1996). Trastornos de la personalidad. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (dirs). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora; pp. 760-762.
- Pirooz, G. (2007). Terapia familiar. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender, *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.

ANEXO I. (Martínez-González y Trujillo, 2005).

1. Mi familia sabe cómo ayudarme a superar mi drogodependencia.
1 nunca 2 muy pocas veces 3 bastantes veces 4 siempre
2. El modo en que se comporta mi familia conmigo influye en la evolución de mi drogodependencia.
1 nada 2 poco 3 bastante 4 totalmente
3. Me siento apoyado verdaderamente por mis padres / pareja.
1 nada 2 poco 3 bastante 4 totalmente
4. Me siento apoyado verdaderamente por mis hermanos.
1 nada 2 poco 3 bastante 4 totalmente
5. La relación con mi familia es:
1 muy mala 2 mala 3 buena 4 muy buena
6. Creo que mi familia confía en mí cuando salgo a la calle.
1 nada 2 poco 3 bastante 4 totalmente
7. Mi familia tiene miedo a mi recaída.
1 nada 2 poco 3 bastante 4 tienen mucho miedo
8. Mi familia confía en que nunca volveré a consumir.
1 nada 2 poco 3 bastante 4 totalmente