

ORIGINAL

Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en el trastorno por consumo de sustancias: Relación conyugal y parental

Psychometric properties of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) in substance use disorder: Marital and parental relationships

LAURA MERCADAL^{*}; MERITXELL CAMPRECIÓS^{*}; ANTONINO CALLEA^{**}; MAURIZIO COLETTI^{***}; ANNA VILAREGUT^{*}.

^{*} FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

^{**} LUMSA Università, Roma, Italia.

^{***} IEFECOS, Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica, Roma, Italia.

Resumen

Entre los principales tratamientos psicoterapéuticos en el trastorno por consumo de sustancias destaca la terapia familiar. No obstante, cabe señalar un déficit de instrumentos psicométricos de evaluación familiar específicamente validados en población española en dicho trastorno. Es necesario disponer de cuestionarios para evaluar las dinámicas familiares, a partir de la cuantificación de la relación conyugal y el ejercicio de la parentalidad, y, por consiguiente, diseñar intervenciones apropiadas. El presente estudio tiene como objetivo validar y determinar la aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en el trastorno por consumo de sustancias. Ciento cincuenta y dos parejas de nacionalidad española ($N = 304$ participantes) con un hijo con trastorno por consumo de sustancias completaron el CERFB y otras medidas de evaluación familiar. Los resultados del AFC presentaron la validez del modelo de estructura de dos factores del CERFB de la versión original en población general española. Los resultados de la invarianza factorial según el sexo permitieron asumir la invarianza configuracional entre los grupos. No obstante, no pudo asumirse la invarianza métrica en función del sexo. Las evidencias de validez de relación determinaron correlaciones significativas entre el CERFB y la Escala de Ajuste Diádico y el Instrumento de Vínculo Parental. La fiabilidad de ambas escalas fue satisfactoria: Conyugalidad ($\alpha = .93$; $\omega = .93$) y Parentalidad ($\alpha = .82$; $\omega = .81$). Se proporcionan datos normativos. El CERFB deviene el primer instrumento validado en población clínica española que evalúa la familia en el trastorno por consumo de sustancias.

Palabras clave: validación, relaciones familiares, conyugalidad, parentalidad, trastorno por consumo de sustancias

Abstract

Family therapy stands out among the main psychotherapeutic treatments for substance use disorder. Nonetheless, we should point out a deficit of psychometric instruments for family evaluation, specifically validated for this disorder in Spanish population. It is necessary to have questionnaires available to evaluate family dynamics, commencing with the quantification of the marital relationship and the parenting exercise which result in design-suitable interventions. The present study aims to validate and determine the clinical applicability of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB; in English, Basic Family Relations Assessment Questionnaire) in substance use disorder. One hundred and fifty-two couples of Spanish nationality ($N = 304$ participants) with a child suffering from substance use disorder completed the CERFB as well as other means of family evaluation. The results of the CFA presented the validity of the two-factor structure model of the CERFB of the original version within the general Spanish population. The results of the invariance factor across sex allowed us to assume the configural invariance between the groups. However, the metric invariance based on the sex could not be assumed. The validity evidence based on relations to other variables determined significant correlations between the CERFB and the Dyadic Adjustment Scale and the Parental Bonding Instrument. The reliability of both scales was satisfactory: Marital ($\alpha = .93$; $\omega = .93$) and Parental ($\alpha = .82$; $\omega = .81$). Normative data are provided. The CERFB is the first instrument to come about which is validated within the clinical Spanish population and which evaluates the family within substance use disorder.

Keywords: validation, family relationships, marital relationship, parenting, substance use disorder

■ Recibido: Diciembre 2022; Aceptado: Mayo 2024.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Laura Mercadal, Departamento de Psicología, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. C/ Císter 34, 08022, Barcelona, España.
E-mail: lauraAMS@blanquerna.url.edu

El tratamiento del trastorno por consumo de sustancias presenta mayor complejidad, por su dimensionalidad biopsicosocial y por el impacto global en las áreas básicas de funcionamiento del individuo (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018). Es por ello que los programas de tratamiento eficaces se enmarcan en un proceso terapéutico multidimensional. Como apunta el NIDA, destaca la terapia familiar, especialmente para los adolescentes, como uno de los principales tratamientos psicoterapéuticos. En esta línea, los datos empíricos existentes, junto con la experiencia clínica, evidenciaron la eficacia de las intervenciones familiares en el trastorno por consumo de sustancias.

El estudio de la familia en el trastorno por consumo de sustancias -por su implicación en la génesis, mantenimiento, recuperación y tratamiento-, históricamente y hasta la actualidad, ha suscitado un amplio interés en el ámbito clínico y en el campo de la investigación (Pedroza et al., 2020). Como apuntan estos autores, las propuestas de intervención desde la terapia familiar sistémica que han evidenciado su eficacia son diversas.

Bellon-Champel y Varescon (2017), de forma genérica y en consonancia con las publicaciones centradas en el funcionamiento familiar en el trastorno por consumo de sustancias y en la naturaleza de las relaciones intrafamiliares -a nivel conyugal y parental-, sostuvieron que la mayor presencia de disfunción familiar es más representativa de familias con dicho trastorno, en comparación con las familias sin diagnóstico psicopatológico. En concreto, mayor disarmonía conyugal y mayor deterioro de la parentalidad. Teniendo en cuenta que las relaciones familiares son determinantes para la salud mental (Lebow, 2015; Staccini et al., 2015), resulta ineludible profundizar en el estudio de la relación conyugal y el ejercicio de la parentalidad en el trastorno por consumo de sustancias.

Coincidiendo con la tendencia mundial, en España se ha propuesto el trastorno por consumo de sustancias como un área prioritaria de intervención en el campo de la salud mental (Ministerio de Sanidad, 2022), considerando la marcada y creciente incidencia (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), y severidad asociada (Degenhardt et al., 2011; Mathers et al., 2013; Miguel-Arias et al., 2016; Waal y Gossop, 2014). Además, como apunta el Ministerio de Sanidad, diversos estudios nacionales e internacionales destacan el importante impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de la población. Las consecuencias más frecuentes en la salud mental se asociaron a depresión, ansiedad, trastorno de estrés posttraumático, conductas autolesivas o suicidio, y trastornos del sueño-vigilia (Brooks et al., 2020; Dubey et al., 2020; Marel et al., 2021). Czeisler et al. (2020) y Martinotti et al. (2020) plantearon un aumento de las conductas adictivas, relacionadas con y sin sustancias, debido al aumento de los niveles de estrés y de los problemas emocionales derivados del ais-

lamiento o confinamiento. Resultados similares obtuvieron Brooks et al. (2020) y Marel et al. (2021), quienes afirmaron que las consecuencias antes mencionadas incrementan la intención de consumo como estrategia de afrontamiento.

A pesar de la relevancia de la familia en la salud mental, y en concreto, en el trastorno por consumo de sustancias, existe un déficit de instrumentos de evaluación familiar específicamente validados en dicha población clínica española (Carretero-Dios y Pérez, 2007; Costa et al., 2013; Martínez-Pampliega et al., 2006; Muñoz et al., 2013). Siguiendo a Keszei et al. (2010), la psicometría en este campo resulta necesaria en la práctica clínica para diseñar intervenciones familiares cuando sea pertinente, y para proporcionar evidencias de progreso terapéutico, o en su defecto, de falta de cambio, en las relaciones familiares.

De acuerdo con la necesidad identificada de déficits psicométricos en los instrumentos existentes que evalúan la familia en el trastorno por consumo de sustancias (Sanz et al., 2002), el presente estudio se diseñó con la finalidad de proporcionar un instrumento válido y fiable, que obedece a las recomendaciones sobre evaluación en psicología (American Educational Research Association et al., 2014). Así pues, se pretende proporcionar evidencia empírica de las propiedades psicométricas de un instrumento en una población específica.

Hasta donde nuestro conocimiento alcanza, el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) de Ibáñez et al. (2012) es el primer y único instrumento -construido teóricamente y validado empíricamente en población española centrado en la familia- que evalúa y diferencia simultáneamente la relación conyugal y el ejercicio de la parentalidad, funciones familiares propias de la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2012). El CERFB permite distinguir entre parejas funcionales y disfuncionales, y entre un ejercicio adecuado e inadecuado de las funciones parentales. Se trata de un instrumento clínico -breve, conciso y de fácil administración y corrección- que evalúa las dinámicas familiares. Para Linares (2002) el único factor determinante en la construcción de una unidad familiar es la conjunción de dos funciones relacionales independientes: la conyugalidad y la parentalidad. Así pues, en familias contemporáneas el sexo ya no determina la estructura de las parejas, ni el hecho de que los hijos sean biológicos, adoptados o concebidos mediante técnicas de reproducción asistida. Por un lado, la conyugalidad hace referencia a la relación entre los miembros de la pareja y, por otro, la parentalidad a la relación entre padres e hijos. En la teoría de las relaciones familiares básicas, Linares (1996, 2012) estableció que las dos funciones convergen en la capacidad familiar de nutrición relacional. Se concibe la nutrición relacional como el motor que dirige la construcción de la personalidad y la salud mental de los hijos, estimulando los procesos madurativos del psiquismo de forma continuada.

La versión original del CERFB en población general española de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) fue validada con unas propiedades psicométricas satisfactorias. En el primer uso expandido a la población clínica española, en concreto, en los trastornos alimentarios, el CERFB presentó unas propiedades psicométricas satisfactorias (Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2014; Campreciós et al., 2020). Asimismo, Campreciós et al. (2014) reportaron la capacidad evaluativa y discriminativa del CERFB de mayor disarmonía conyugal y deterioro de la parentalidad de las familias con un hijo con trastornos alimentarios, respecto de las familias funcionales sin diagnóstico psicopatológico, a partir del punto de corte de 55 para Conyugalidad y de 42 para Parentalidad. Teniendo en cuenta tales resultados, Campreciós (2016) y Campreciós et al. (2020) alentaron a continuar el proceso psicométrico estudiando la adaptación y validación del CERFB en otras poblaciones clínicas españolas.

En respuesta a los planteamientos citados con anterioridad, el presente estudio tiene como objetivo validar y determinar la aplicabilidad clínica de la versión original española del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias, a través del análisis de las evidencias de validez y del análisis de la fiabilidad y confiabilidad del CERFB, y a través del estudio de la baremación para dicha población clínica.

Método

Participantes

La muestra estuvo integrada por 152 parejas de nacionalidad española, con una estructura familiar compuesta por un padre y una madre; 304 participantes divididos equitativamente por sexo con una edad comprendida entre 33 y 70 años ($M = 54,34$; $DT = 7,87$). En lo que concierne al estado civil de las parejas, el 95,4% de los cónyuges estaban casados y el 3,9% vivía en pareja; 0,7% de valores perdidos. La media del tiempo de convivencia de las parejas fue de 31,62 ($DT = 9,02$) años y la media de hijos que convivían con la familia de origen fue de 1,62 ($DT = 0,72$). En relación al nivel de estudios de los cónyuges, el 18,1% cursó estudios primarios, el 63,1% estudios secundarios, el 15,8% estudios superiores y el 1% no tenía estudios; 2% de valores perdidos.

Es preciso poner énfasis en los hijos con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, de los cuales el 78,3% fueron hombres y el 20,4% mujeres; 1,3% de valores perdidos. La edad del total de los hijos osciló entre 13 y 48 años ($M = 25,96$; $DT = 8,83$). En relación al nivel de estudios, el 14,5% de los hijos cursó estudios primarios, el 72,3% estudios secundarios y el 9,9% estudios superiores; 3,3% de valores perdidos. A nivel clínico, predominó el diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis en el 48% de los hijos, seguido por el trastorno por consumo de alcohol en el

27,7%, trastorno por consumo de estimulantes en el 19,7% y trastorno por consumo de opiáceos en el 3,9%, según los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014); 0,7% de valores perdidos. Asimismo, cabe resaltar que existieron diferentes trastornos por consumo de sustancias asociados en el 66,4% de los hijos. El inicio del consumo de sustancias de los hijos osciló entre 11 y 29 años ($M = 16,48$; $DT = 3,63$), con una media de 9,54 ($DT = 7,21$) años de evolución en el momento de participar en el estudio.

Muestreo y procedimiento

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, comparativo y correlacional. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, según los criterios de inclusión definidos para las familias objeto de estudio (Hibberts et al., 2012). Los criterios de inclusión para las familias fueron los siguientes: (a) Naturales y de nacionalidad española; (b) Formadas por una pareja heterosexual de adultos (entre 18 y 70 años, ambos incluidos) con, como mínimo, un hijo biológico en común (mayor de 12 años) que convive en la actualidad en el núcleo familiar y diagnosticado de trastorno por consumo de sustancias, según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014); (c) Formadas por parejas casadas, de hecho o que conviven habitualmente; (d) Los hijos no pueden ser padres o madres; (e) No haber realizado terapia familiar durante más de tres meses.

Las familias fueron seleccionadas de catorce centros y hospitales españoles, públicos y privados, especializados en el tratamiento de trastorno por consumo de sustancias, entre el mes junio de 2011 y el mes de octubre de 2016.

Todas las familias, en el momento de participar en la investigación, estaban en tratamiento. En este sentido, fueron incluidas aquellas familias con un hijo con trastorno por consumo de sustancias adheridas a los diferentes servicios y dispositivos implicados en el tratamiento de dicho trastorno. No obstante, fueron excluidas aquellas familias que, por no estar en tratamiento, no pudieron acceder a formar parte de la muestra de la investigación. En esta línea, se registró la participación de todas aquellas familias que voluntariamente aceptaron participar, y que previamente fueron seleccionadas por sus referentes clínicos. En su defecto, no se registró el número de familias que no aceptaron participar por negativa en la investigación.

La recogida de datos siguió siempre el mismo procedimiento, como aproximación a la estandarización del proceso. Previo al proceso de recogida de datos, se presentó la investigación y sus objetivos a, como mínimo, un miembro participante de la familia. Además, se especificó en qué consistía su participación y se entregó el material de evaluación, que requiere de un tiempo de dedicación aproximado de 30 minutos -en concreto, a destacar la valiosa brevedad y facilidad de administración y respuesta

del CERB; únicamente son necesarios 10 minutos-. Dicho material, dispuesto para cada unidad familiar, contenía la presentación por escrito de la investigación y los bloques de cuestionarios -precedidos por el consentimiento informado para cada miembro participante de la familia-. El proceso de recogida de datos se llevó a cabo por los miembros investigadores o por los profesionales de referencia de los centros y hospitales -dependiendo del funcionamiento y organización de los mismos-. En lo que refiere a los profesionales de referencia de los centros y hospitales, se realizaron diversas reuniones, una inicial y las otras de seguimiento. En la reunión inicial se desarrolló una formación que incluía la presentación de la investigación -con una breve referencia al marco teórico-, la presentación del material de recogida de datos, y el detalle del proceso de recogida de datos -con prevención de errores a partir de situaciones hipotéticas-. Asimismo, se mantuvieron coordinaciones regulares entre el equipo investigador y los centros y hospitales que accedieron a colaborar, con el objetivo de controlar la calidad del proceso de recogida de datos, así como también de resolver posibles dudas o cuestiones que pudieran surgir. En las familias no clínicas el material de recogida de datos se administró en dos formatos, papel y online. En este caso en particular, se llevó a cabo un control de calidad sobre el proceso de recogida de datos, controlando el efecto del formato de participación en la investigación (Gosling et al., 2004; Granello y Wheaton, 2004; Hunter, 2012).

Instrumentos

Los participantes reportaron información sociodemográfica propia referente al sexo, edad, lugar de residencia, nivel de estudios, y referente a su relación de pareja y familia (por ejemplo: estado civil, años de convivencia en pareja, número de hijos, sexo y edad de los hijos), y completaron las medidas de autoinforme que se presentan a continuación.

El Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) de Ibáñez et al. (2012) está formado por 25 ítems agrupados en dos escalas que evalúan la percepción de los progenitores de las relaciones familiares: Conyugalidad (14 ítems) y Parentalidad (11 ítems). La escala de respuesta a los ítems es tipo Likert, con un rango que varía de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*). La puntuación de Conyugalidad oscila entre 1 y 70 y la de Parentalidad entre 1 y 55. Las puntuaciones más elevadas indican mayor funcionalidad y viceversa. La consistencia interna de los ítems del CERFB en la versión original en población general española reportó una excelente fiabilidad para ambas escalas: Conyugalidad ($\alpha = ,91$) y Parentalidad ($\alpha = ,92$).

La Escala de Ajuste Diádico (*Dyadic Adjustment Scale*, DAS) de Spanier (1976) está formada por 32 ítems agrupados en cuatro subescalas que evalúan la percepción de ajuste diádico de cada miembro de la pareja: (13 ítems),

Cohesión (5 ítems), Satisfacción (10 ítems) y Expresión Afectiva (4 ítems). La escala de respuesta a los ítems es de tipo Likert con un rango que varía según la pregunta. La puntuación de Ajuste Diádico Total oscila entre 0 y 151. Las puntuaciones más elevadas indican mayor ajuste diádico y viceversa. Se administró la traducción, adaptación y validación en población española de la DAS (Spanier, 1976, 2017). La consistencia interna de los ítems de la versión española de la DAS presentó una excelente fiabilidad a partir del coeficiente alpha de Cronbach de ,94 para la escala Ajuste Diádico Total.

El Instrumento de Vínculo Parental (*Parental Bonding Instrument*, PBI) de Parker et al. (1979) está formado por 25 ítems agrupados en dos escalas que evalúan dos dimensiones parentales: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems). La escala de respuesta a los ítems es tipo Likert, con un rango que varía de 0 (*nada*) a 3 (*mucho*). La puntuación de Cuidado oscila entre 0 y 36 y la de Sobreprotección entre 0 y 39. Las puntuaciones más elevadas indican mayor cuidado y sobreprotección y viceversa. Se administró la versión del PBI que evalúa la percepción de cada progenitor en relación a sus propias actitudes y conductas parentales actuales. Se utilizó la traducción y adaptación en población española de Ballús-Creus (1991).

Los datos clínicos de los hijos, relacionados con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, según los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014), se obtuvieron a partir de un cuestionario ad hoc respondido por los profesionales de referencia de los centros y hospitales a partir de los registros clínicos.

Análisis de datos

Preliminarmente, para analizar las propiedades psicométricas de los ítems del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias, se realizó un análisis de los ítems. Para verificar la distribución normal de los ítems del CERFB se obtuvo la media, la desviación típica y el índice de asimetría y de curtosis de cada ítem. Para ello, la media no debe ser extrema, ni la desviación típica nula. Así como, el índice de asimetría y de curtosis no debe ser superior a 3,0 (Barbaranelli, 2007).

Adicionalmente, se utilizó el método de Mantel-Haenszel (Mantel y Haenszel, 1959) para analizar el funcionamiento diferencial de los ítems del CERFB en relación al sexo. Las cinco categorías en la escala de respuesta se combinaron para obtener un formato dicotómico (el rango de 1 a 3 que corresponde a 0, indica bajo acuerdo con el contenido del ítem, y el rango de 4 a 5 que corresponde a 1, indica alto acuerdo con el contenido del ítem). Este método permite evaluar el grado de acuerdo (bajo o alto) en relación al sexo (hombre o mujer), a través del cálculo de χ^2 y de *Odds Ratio* (OR). Si estos índices son significativos ($p < ,05$), el grado de acuerdo con el contenido del ítem varía en función del sexo.

Se determinó la evidencia de validez basada en la estructura interna del CERFB mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). Con la utilización del AFC se puso a prueba el modelo de estructura de dos factores hipotetizado del CERFB, que emergió de los resultados del análisis factorial exploratorio (AFE) con los datos de la población general española y que, a su vez, sustentó la teoría de las relaciones familiares básicas de Linares (1996, 2012) -modelo teórico del instrumento- (Rial et al., 2006; Worthington y Whittaker, 2006). Se trata de un modelo de dos factores latentes que representan dos constructos independientes, Conyugalidad y Parentalidad, aunque correlacionados entre sí. El tamaño de la muestra ($N = 304$) superó las recomendaciones clásicas conservadoras (Kline, 2011). La preparación de los datos para el AFC también incluyó el análisis y tratamiento de los valores perdidos y de la normalidad univariada y multivariada. La medida de curtosis multivariante relativa (*Relative Multivariate Kurtosis*, RMK) fue de 1,118, que evidencia un ajuste razonable de los datos colectivos a la normalidad. Por lo tanto, se puso a prueba el modelo de estructura de dos factores hipotetizado del CERFB utilizando el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados con media y varianza ajustada (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted Estimator*, WLSMV) mediante una matriz de varianzas-covarianzas de los ítems del CERFB (Hair et al., 2006). El modelo de dos factores se comparó con el modelo unidimensional, en el cual cada ítem cargó un único factor. Utilizando el método de estimación WLSMV, la comparación de los modelos se realizó siguiendo el procedimiento DIFFTEST.

Se valoró la bondad de ajuste del modelo de estructura de dos factores hipotetizado del CERFB a partir de la combinación de diversos índices, sujetos a dos tipologías de índices de ajuste global: índices de ajuste absoluto e índices de ajuste incremental. De entre los índices de ajuste absoluto se calcularon el error de aproximación de la media cuadrática (*Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA) y el residuo estandarizado de la media cuadrática (*Standardized Root Mean Square Residual*, SRMR). De entre los índices de ajuste incremental se calculó el índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index*, CFI) y el índice Tucker Lewis (*Tucker Lewis Index*, TLI). Según las recomendaciones de la literatura (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999), RMSEA < ,08; SRMR < ,10 y CFI y TLI mayor o cerca de ,90 sugieren un ajuste aceptable, mientras que RMSEA < ,05; SRMR < ,08 y CFI y TLI > ,95 sugieren un ajuste excelente.

Asimismo, con la finalidad de verificar el nivel de acuerdo de la estructura de dos factores en función del sexo se examinó la invarianza factorial. Siguiendo las recomendaciones y guías ampliamente aceptadas (Cheung y Rensvold, 2002; Vandenberg y Lance, 2000), se evaluó de forma secuencial la invarianza configuracional, de medida (i.e.,

métrica, escalar) y estructural. Para la invarianza se utilizó el método de estimación WLSMV y para la comparación de los modelos el procedimiento DIFFTEST.

La determinación de la evidencia de validez basada en la estructura interna del CERFB se complementó con las evidencias de validez de relación. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones de las escalas Conyugalidad del CERFB y Ajuste Diádico de la DAS, y entre las puntuaciones de las escalas Parentalidad del CERFB y Cuidado y Sobreprotección del PBI.

Se analizó la fiabilidad del CERFB a través de la consistencia interna de cada escala, Conyugalidad y Parentalidad, con el cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (1951) y del coeficiente omega de McDonald (1999).

Se obtuvieron los baremos para las dos escalas del CERFB, Conyugalidad y Parentalidad, en el trastorno por consumo de sustancias diferenciando según el sexo. Las puntuaciones totales directas, en base 10 y tipificadas se convirtieron a una escala percentil.

Para los análisis estadísticos se utilizó el software IBM SPSS Statistics Versión 21 y, específicamente para el AFC y la invarianza factorial, el M-PLUS Versión 8.54. El nivel de significación se estableció en $p < ,05$.

Cuestiones éticas

Previa presentación del estudio a las familias, se garantizó la voluntariedad de su participación en el mismo. Se obtuvo el consentimiento informado de cada miembro participante de la familia antes de administrar el material de evaluación, de acuerdo con la World Medical Association Declaration of Helsinki (2013), y no recibieron ninguna compensación por su participación. Además, se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. La Comissió d'Ètica i Recerca de la FPCEE Blanquerna de la URL, el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica del Consorci Sanitari del Maresme (código CEIC: E04PRN67B200-1023-001) y el Comitè de Recerca del Consorci Sanitari de l'Anoia (código: PRCSA0078) garantizaron la pertenencia e interés científico y la idoneidad de la investigación.

Resultados

Análisis descriptivo de los ítems

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de los 25 ítems del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias. Ningún ítem presentó una media extrema ni desviación típica cercana a 0. Además, los índices de asimetría y de curtosis fueron inferiores a 3,0, lo que indica una distribución normal (Barbaranelli, 2007). Para favorecer una lectura más comprensiva de los resultados, se incluye la descripción de los ítems en la Tabla 1.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los ítems, análisis de los ítems (n = 228)

Ítem	Descripción	M	DT	Asimetría	Curtosis
1	Estoy seguro/a de que mi/s hijo/s solo piensan en salirse con la suya.	2,58	1,07	0,34	-0,28
2	Opino que mi/s hijo/s tienen defectos importantes.	2,37	0,77	0,15	-0,30
3	Mi pareja me ayuda a afrontar los problemas cotidianos.	3,78	1,13	-0,72	-0,33
4	Creo que mi/s hijo/s no son responsable/s.	2,22	1,03	0,58	-0,31
5	Siento que mi/s hijo/s me corresponde/n afectivamente.	1,75	1,06	1,61	1,05
6	Creo que mi pareja no me comprende.	2,33	1,08	0,47	-0,41
7	Mi pareja estropea las cosas con su indelicadeza.	1,95	1,05	1,11	0,71
8	Dialogo tranquilamente con mi/s hijo/s.	3,94	1,04	-0,85	0,08
9	Mi pareja tiene más en cuenta las opiniones de los demás que las mías propias.	2,23	1,15	0,67	-0,42
10	Me resulta difícil disfrutar en la intimidad con mi pareja.	1,68	1,04	1,34	0,58
11	Mi pareja y yo hacemos un buen equipo.	3,89	1,10	-0,94	0,18
12	Mi pareja sabe cómo tratarme.	3,66	1,10	-0,69	-0,17
13	Me gusta compartir el tiempo libre con mi/s hijo/s.	4,32	0,82	-1,14	1,04
14	Mi pareja me dedica poco tiempo.	2,49	1,15	0,37	-0,72
15	Suelo tener que gritar a mi/s hijo/s para que me obedezcan.	2,54	1,12	0,41	-0,49
16	Mi pareja me sabe escuchar.	3,69	1,02	-0,47	-0,36
17	Mi pareja se muestra muy cariñoso/a conmigo.	3,58	1,21	-0,53	-0,73
18	Pienso que mi/s hijo/s no sabe/n cómo tratarme.	2,48	1,18	0,44	-0,70
19	Mi pareja me ayuda a ser más fuerte.	3,68	1,20	-0,57	-0,74
20	Reconozco abiertamente cuando mi/s hijo/s actúan correctamente.	4,40	0,87	-1,70	2,01
21	Siento que mi/s hijo/s me sacan de quicio muy a menudo.	2,59	0,89	0,63	0,32
22	Mi pareja y yo discutimos acaloradamente a diario por cualquier tema.	2,33	1,13	0,59	-0,53
23	Estoy convencido/a de que mi/s hijo/s solo atiende/n cuando se le/s amenaza con ser castigado/s.	2,18	1,20	0,75	-0,46
24	Pienso que mi pareja y yo estamos en desacuerdo en la mayoría de las cosas.	2,35	1,11	0,67	-0,26
25	Mi pareja y yo dialogamos tranquilamente sobre cualquier cosa.	3,81	1,04	-0,53	-0,58

Tabla 2
Funcionamiento diferencial de los ítems en relación al sexo

Ítem	Sexo	% de acuerdo	χ^2	<i>p</i>	OR
1	Hombre Mujer	36,6 34,2	0,28	NS	0,87
2	Hombre Mujer	26,2 25,5	0,01	NS	0,98
3	Hombre Mujer	38,2 28,6	12,02	<,001	0,42
4	Hombre Mujer	32,1 37,7	5,32	<,001	1,79
5	Hombre Mujer	23,8 23,5	0,01	NS	0,99
6	Hombre Mujer	35,0 32,0	0,80	NS	0,78
7	Hombre Mujer	35,0 30,7	1,88	NS	0,70
8	Hombre Mujer	25,9 24,9	0,01	NS	0,96
9	Hombre Mujer	34,4 29,8	1,97	NS	0,69
10	Hombre Mujer	28,2 28,2	0,00	NS	1,01
11	Hombre Mujer	33,3 31,3	0,36	NS	0,84
12	Hombre Mujer	36,4 36,8	0,00	NS	1,03
13	Hombre Mujer	28,1 28,5	0,02	NS	1,06
14	Hombre Mujer	31,8 30,8	0,06	NS	0,92
15	Hombre Mujer	7,9 8,6	0,02	NS	1,10
16	Hombre Mujer	19,5 16,8	0,57	NS	0,81
17	Hombre Mujer	12,5 11,5	0,07	NS	0,90
18	Hombre Mujer	31,5 31,5	0,01	NS	1,04
19	Hombre Mujer	20,7 26,4	3,22	NS	1,56
20	Hombre Mujer	30,0 39,6	12,81	<,001	2,59
21	Hombre Mujer	23,7 22,3	0,06	NS	0,92
22	Hombre Mujer	18,3 18,6	0,02	NS	1,06
23	Hombre Mujer	40,1 42,4	0,82	NS	1,38
24	Hombre Mujer	17,5 13,8	1,66	NS	0,70
25	Hombre Mujer	32,3 30,0	0,17	NS	0,88

Método de Mantel-Haenszel

Los resultados de la aplicación del método de Mantel-Haenszel (Mantel y Haenszel, 1959) se presentan en la Tabla 2. Los resultados evidenciaron índices significativos únicamente en 3 ítems, de un total de 25. Esto significa que el funcionamiento diferencial en relación al sexo es limitado para los 25 ítems del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias. Es decir, hombres y mujeres presentaron un grado de acuerdo muy similar con el contenido de cada ítem. Se examinó únicamente el funcionamiento diferencial de los ítems 3 y 4 (en los cuales los hombres están más de acuerdo con el contenido), y del ítem 20 (en el cual las mujeres están más de acuerdo con el contenido).

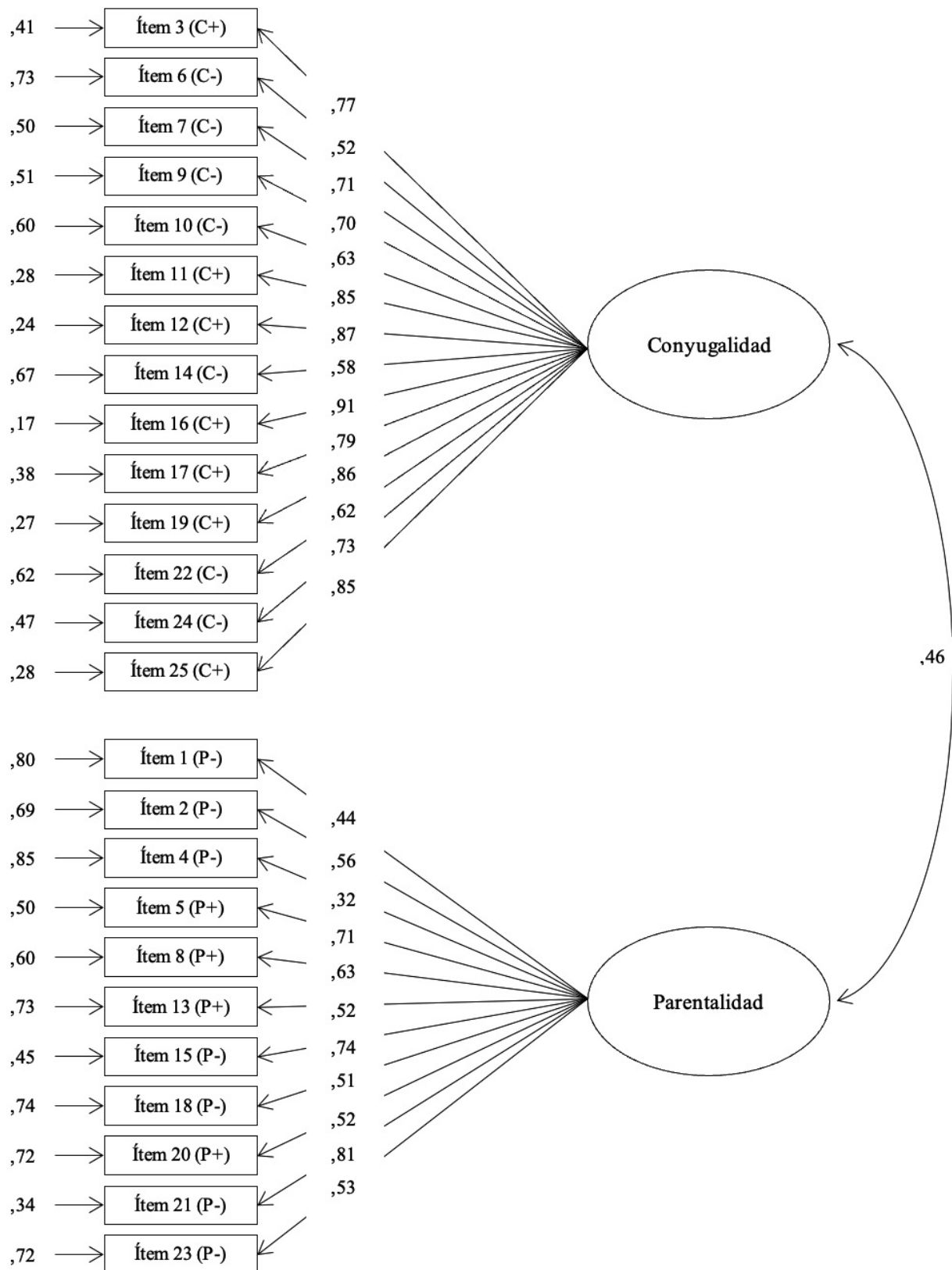
Análisis factorial confirmatorio

La bondad de ajuste del modelo de estructura de dos factores hipotetizado del CERFB a los datos de la muestra de participantes fue buena, tal como indicaron los índices de ajuste global obtenidos: $\chi^2_{(274)} = 690,78$; RMSEA = ,07 [90% CI = ,06; ,08], SRMR = ,06; CFI = ,96 y TLI = ,95. El modelo de dos factores fue comparado con el modelo unidimensional, el cual presentó los siguientes índices de ajuste global: $\chi^2_{(275)} = 1135,70$; RMSEA = ,13 [90% CI = ,12; ,14], SRMR = ,10; CFI = ,86 y TLI = ,85. La comparación entre los dos modelos mostró un valor del DIFF-TEST $\chi^2_{(1)} = 164,33$ significativo, sugiriendo que el modelo de dos factores mejora significativamente los índices de ajuste respecto del modelo unidimensional.

En efecto, el AFC presentó la validez del modelo de estructura de dos factores del CERFB, consistente con la versión original del CERFB en población general española de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012), en familias clínicas con un hijo con trastorno por consumo de sustancias. El modelo está compuesto por dos factores latentes, correspondientes a Conyugalidad y Parentalidad, y 25 variables observables (ítems). Las cargas factoriales (solución estandarizada) y errores de medida, y las correlaciones de los factores se presentan en la Figura 1.

Figura 1

Representación estructural del modelo de dos factores del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias



Nota. Los ítems (variables observables) se representan en los rectángulos, y los factores latentes en las elipses. Los números en las flechas de los factores latentes a sus indicadores reflejan los coeficientes de carga factorial, y los números a la izquierda los errores de medida (solución estandarizada). La flecha bidireccional representa una correlación, y las flechas unidireccionales relaciones direccionales o causales hipotetizadas. Estimaciones estandarizadas de probabilidad máxima. C+ = Ítem de Conyugalidad positivo; C- = Ítem de Conyugalidad negativo; P- = Ítem de Parentalidad negativo; P+ = Ítem de Parentalidad positivo.

Invarianza factorial según el sexo

En primer lugar, se examinó la invarianza configuracional (M0), es decir, un modelo de base sin restricciones en el cual todos los parámetros difieren entre hombres y mujeres. La bondad de ajuste de M0 a los datos fue buena, tal como indicaron los índices de ajuste global obtenidos: $\chi^2_{(648)} = 1064,82$; RMSEA = ,065; SRMR = ,060; CFI = ,978 y TLI = ,980.

En segundo lugar, se examinó la invarianza métrica (M1), es decir, un modelo en el cual todas las cargas factoriales son simultáneamente forzadas a ser equivalentes entre los dos grupos según el sexo; también se examinó y comparó con M0.

La comparación M1 *versus* M0 mostró un valor del DIFFTEST significativo. Dicho resultado sugirió diferencias entre grupos significativas en las cargas factoriales, refutando la invarianza métrica. Es decir, hombres y mujeres atribuyeron significados diferentes a los constructos latentes objeto de estudio. Como la invarianza métrica no se estableció, no se examinó la invarianza escalar ni la invarianza estructural. Los índices de bondad de ajuste y comparaciones entre modelos se presentan en la Tabla 3.

Evidencias de validez de relación

Las correlaciones que reportaron unas adecuadas evidencias de validez de relación entre el CERFB y la DAS y el PBI, complementaron las evidencias de validez. Se establecieron correlaciones positivas y significativas entre las escalas Conyugalidad del CERFB y Ajuste Diádico de la DAS ($r(202) = ,84$; $p < ,001$), y las escalas Parentalidad del

CERFB y Cuidado del PBI ($r(240) = ,50$; $p < ,001$). A su vez, se constató una correlación negativa y significativa entre las escalas Parentalidad del CERFB y Sobreprotección del PBI ($r(242) = -,52$; $p < ,001$).

Análisis de fiabilidad

El análisis de la consistencia interna del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias, mediante el coeficiente alpha de Cronbach y el coeficiente omega de McDonald, respectivamente, demostraron una excelente homogeneidad entre los ítems de la escala Conyugalidad ($\alpha = ,93$; $\omega = ,93$) y una buena homogeneidad entre los ítems de la escala Parentalidad ($\alpha = ,82$; $\omega = ,81$). Se asumió que los ítems de la escala Conyugalidad y de la escala Parentalidad miden correctamente el constructo, y que están altamente correlacionados entre sí. Se obtuvieron coeficientes de buena consistencia interna del CERFB que no mejoraron suprimiendo ningún ítem.

Baremación

En la Tabla 4 y en la Tabla 5 se presentan los baremos en percentiles para las puntuaciones directas, las puntuaciones en base 10 y las puntuaciones tipificadas (T) de la escala Conyugalidad y de la escala Parentalidad del CERFB de las familias clínicas con un hijo con trastorno por consumo de sustancias para hombres y para mujeres, respectivamente. Se facilitan los baremos diferenciando según el sexo, dado que hombres y mujeres atribuyen significados diferentes a los constructos latentes, correspondientes a Conyugalidad y Parentalidad, del CERFB.

Tabla 3

Pruebas de la invarianza factorial según el sexo (Hombres = 152 vs. Mujeres = 152)

Modelo	χ^2	df	CFI	TLI	SRMR	RMSEA	χ^2_{DIFFTEST}	df _{DIFFTEST}	p
M0. Invarianza configuracional	1064,82	648	,978	,980	,060	,065			
M1. Invarianza métrica	943,44	673	,986	,988	,051	,067	39,88	25	,02

Tabla 4

Baremos en percentiles de la escala Conyugalidad y de la escala Parentalidad del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias para hombres

Percentil	Conyugalidad			Parentalidad		
	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T
1	25,38	1,25	25,39	19,36	0,10	22,30
2	27,52	1,67	27,34	20,00	0,28	23,29
3	29,00	1,96	28,70	23,00	1,11	27,91
4	29,52	2,06	29,17	23,44	1,23	28,58
5	30,00	2,16	29,61	24,00	1,39	29,45
6	30,28	2,21	29,87	25,16	1,71	31,23
7	32,32	2,61	31,73	26,00	1,94	32,53
8	33,04	2,75	32,39	26,88	2,19	33,88
9	34,00	2,94	33,27	27,24	2,29	34,43
10	34,80	3,10	34,00	28,00	2,50	35,60
15	39,70	4,06	38,48	30,40	3,17	39,30
20	42,00	4,51	40,58	31,20	3,39	40,53
25	44,00	4,90	42,41	33,00	3,89	43,30
30	48,00	5,69	46,07	34,00	4,17	44,84
35	51,00	6,27	48,81	35,00	4,44	46,38
40	53,00	6,67	50,64	36,00	4,72	47,92
45	54,00	6,86	51,55			
50				37,00	5,00	49,46
55	55,00	7,06	52,47	38,00	5,28	51,00
60	57,00	7,45	54,30	38,60	5,44	51,92
65	58,00	7,65	55,21	39,00	5,56	52,54
70	61,00	8,24	57,95			
75	62,00	8,43	58,87	40,00	5,83	54,08
80	63,00	8,63	59,78	41,80	6,33	56,85
85	65,00	9,02	61,61	43,60	6,83	59,62
90						
91				46,00	7,50	63,32
92	66,00	9,22	62,53			
93	67,00	9,41	63,44			
94	67,72	9,55	64,10	47,00	7,78	64,86
95	68,00	9,61	64,35	48,00	8,06	66,40
96	68,48	9,70	64,79	48,56	8,21	67,26
97	69,00	9,80	65,27	49,92	8,59	69,35
98	69,24	9,85	65,49	51,56	9,04	71,88
99				54,28	9,80	76,07
100	70,00	10,00	66,18	55,00	10,00	77,17

Nota. Puntuación T = puntuación tipificada. El área sombreada en color gris es indicativa de disfunción familiar en el trastorno por consumo de sustancias, respecto de las familias no clínicas.

Tabla 5

Baremos en percentiles de la escala Conyugalidad y de la escala Parentalidad del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias para mujeres

Percentil	Conyugalidad			Parentalidad		
	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T	Puntuación directa	Puntuación en base 10	Puntuación T
1	21,66	0,52	21,99	23,40	1,22	28,52
2	28,28	1,82	28,04	26,00	1,94	32,53
3	31,00	2,35	30,52			
4	31,52	2,45	31,00			
5	32,90	2,73	32,26	27,00	2,22	34,06
6	33,28	2,80	32,61	27,20	2,28	34,37
7	34,00	2,94	33,27			
8	35,00	3,14	34,18			
9	35,42	3,22	34,57			
10	36,80	3,49	35,83	29,00	2,78	37,14
15	40,00	4,12	38,75	31,00	3,33	40,22
20	42,00	4,51	40,58	32,00	3,61	41,76
25	44,50	5,00	42,87	33,00	3,89	43,30
30	46,00	5,29	44,24	34,00	4,17	44,84
35	49,00	5,88	46,98	35,00	4,44	46,38
40	50,00	6,08	47,90	36,00	4,72	47,92
45	52,00	6,47	49,73	37,00	5,00	49,46
50	54,00	6,86	51,55	38,00	5,28	51,00
55	56,00	7,25	53,38	39,00	5,56	52,54
60	56,80	7,41	54,11	40,00	5,83	54,08
65	58,00	7,65	55,21	41,00	6,11	55,62
70	59,00	7,84	56,13	42,00	6,39	57,16
75	60,00	8,04	57,04	43,00	6,67	58,70
80	61,40	8,31	58,32			
85	63,00	8,63	59,78	44,00	6,94	60,24
90	64,00	8,82	60,70			
91	64,58	8,94	61,23			
92						
93						
94	65,00	9,02	61,61	46,00	7,50	63,32
95				47,00	7,78	64,86
96	67,00	9,41	63,44	47,60	7,94	65,78
97	67,86	9,58	64,23	48,95	8,32	67,86
98	69,24	9,85	65,49	50,20	8,67	69,78
99						
100	70,00	10,00	66,18	53,00	9,44	74,10

Nota. Puntuación T = puntuación tipificada. El área sombreada en color gris es indicativa de disfunción familiar en el trastorno por consumo de sustancias, respecto de las familias no clínicas.

Discusión

Incluir a la familia en el diagnóstico y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias resulta clave dentro de los programas psicoterapéuticos de intervención actuales (NIDA, 2018). Sin embargo, cabe señalar una contradicción; existe un déficit de instrumentos de evaluación válidos y fiables que evalúen de forma específica las relaciones familiares en población española en dicho trastorno. En respuesta a la necesidad identificada de nuevas medidas de evaluación, este estudio tiene como objetivo validar y determinar la aplicabilidad clínica del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias; principal fortaleza del estudio por obedecer las recomendaciones de la American Educational Research Association et al. (2014). De acuerdo con proporcionar evidencia empírica psicométrica de un instrumento para su uso en una población específica.

En general, los resultados indican que el CERFB presenta unas propiedades psicométricas adecuadas en el trastorno por consumo de sustancias, y consistentes en relación a la versión original en población general española (Ibáñez, 2016; Ibáñez et al., 2012) y a la versión en población clínica española en los trastornos de la conducta alimentaria (Campreciós, 2016; Campreciós et al., 2014; Campreciós et al., 2020). Es alentador que el CERFB mantenga unas propiedades psicométricas adecuadas en su segundo uso expandido a la población clínica española, que contribuye al avance del proceso de acumulación de evidencias empíricas (Keszei et al., 2010).

El AFC presenta en el trastorno por consumo de sustancias la validez del modelo de estructura de dos factores del CERFB, compuesto por las dos escalas correspondientes a Conyugalidad y Parentalidad. Este resultado es consistente con la versión original de Ibáñez (2016) e Ibáñez et al. (2012) en población general española, y sustenta la teoría de Linares (1996, 2012). El AFC demuestra un buen ajuste a los datos. Los resultados de la invarianza factorial según el sexo determinan la invarianza configuracional entre los grupos, pero no la invarianza métrica. Esto sugiere que hombres y mujeres atribuyen significados diferentes a las escalas del CERFB, Conyugalidad y Parentalidad como relaciones familiares básicas. Una explicación plausible a estos resultados, se explica siguiendo a Cancrini (1982), Cancrini y La Rosa (1991), Cancrini et al. (1988) y Cócola (2018). Estos autores refieren que la estructura familiar en el trastorno por consumo de sustancia se configura a partir de la fuerte implicación de uno de los progenitores (normalmente el del sexo opuesto), y el rol periférico del otro progenitor, por lo que es habitual que se generen dinámicas familiares específicas, que originen confusión de roles, y evidencien triangulaciones entre el hijo y un progenitor.

Complementan la evidencia de validez basada en la estructura interna las correlaciones que reportan las evidencias de validez de relación del CERFB con resultados satis-

factorios. Se asocia como se esperaba con la DAS (Spanier, 1976, 2017) y PBI (Ballús-Creus, 1991).

Los resultados de fiabilidad a través del coeficiente alpha de Cronbach y del coeficiente omega de McDonald sugieren buenos niveles para las dos escalas del CERFB.

Finalmente, los resultados de los baremos y los resultados de los puntos de corte establecidos para las escalas Conyugalidad y Parentalidad, en su conjunto, permiten interpretar las puntuaciones del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias. La capacidad discriminativa a nivel empírico del CERFB en el trastorno por consumo de sustancias, respecto de las familias no clínicas, se establece a partir del punto de corte de 57 en hombres y de 56 en mujeres para Conyugalidad, y de 40 en hombres y de 41 en mujeres para Parentalidad.

En la serie de procedimientos básicos para la validación y determinación de los baremos, las puntuaciones de los participantes se consideran diferenciando según el sexo, dada la divergencia registrada entre hombres y mujeres en la comprensión de las escalas Conyugalidad y Parentalidad, como relaciones familiares básicas, en el análisis de la invarianza factorial según el sexo. En consonancia con la presencia de dinámicas familiares específicas en el trastorno por consumo de sustancias (Cancrini, 1982; Cancrini y La Rosa, 1991; Cancrini et al., 1988; Cócola, 2018).

Los buenos resultados obtenidos deberían considerarse de acuerdo con algunas limitaciones. En concreto, las condiciones de la muestra limitan la generalidad de los resultados a las familias no incluidas en el estudio. Aquellas familias no incluidas responden a las nuevas formas de familia que derivan de las múltiples transformaciones en su organización y estructura (Linares, 2002). También, el análisis de la invarianza factorial no determina la invarianza escalar.

En respuesta a estas limitaciones, futuros estudios deberían considerar las nuevas formas de familia con un hijo con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias a partir del estudio de la coparentalidad. En esta línea, Mollà et al. (2020) destacan la importancia del estudio de la coparentalidad en la evaluación del funcionamiento familiar. Como respuesta a la necesidad identificada por los autores anteriores de desarrollar instrumentos psicométricos para evaluar la coparentalidad y contribuir al conocimiento teórico de la temática, Mollà et al. (2022) han desarrollado y validado el Cuestionario para la Evaluación de la Coparentalidad (CECOP). El CECOP posibilita la evaluación de la coparentalidad, de acuerdo con su conceptualización triádica madre-padre-hijo, en todos los tipos de estructura familiar. En la línea de futuros estudios, debería analizarse la existencia de diferencias en los resultados atendiendo al tipo de sustancia consumida. En lo que refiere a la invarianza factorial, debería examinarse en mayor profundidad. Este estudio, además, podría complementarse con un estudio longitudinal de análisis de la fiabilidad test-retest del CERFB, con el objetivo de determinar la consistencia de la valo-

ración de las relaciones familiares básicas, conyugalidad y parentalidad, después de un intervalo de tiempo. Además, debería analizarse la evidencia basada en relaciones con otras variables, tales como las relaciones prueba-criterio del CERFB, con la finalidad de proporcionar un instrumento que permita evaluar la efectividad psicoterapéutica (Keszei et al., 2010). Futuros estudios también deberían analizar la evidencia discriminante utilizando cuestionarios que evalúen otros tipos de relaciones familiares. Estos resultados, en su conjunto, pondrían de manifiesto la estabilidad de los puntos de corte, teniendo en cuenta las posibles adaptaciones de la familia al trastorno por consumo de sustancias, resultando eficaz en el tratamiento la terapia familiar (NIDA, 2018). Con el fin de determinar la especificidad de las relaciones familiares básicas en el trastorno por consumo de sustancias mediante el CERFB, sería conveniente diseñar la presente investigación en muestras de familias clínicas con hijos con trastorno por consumo de sustancias -diferenciadas por los tipos de drogas- para clarificar de forma simultánea los patrones relacionales de distintas muestras clínicas. De acuerdo con los cambios incorporados en el diagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM-5 (APA, 2014), se podría incorporar la subcategoría trastornos no relacionados con sustancias, que incluye el juego patológico.

En conclusión, el CERBF puede usarse en la evaluación de las dinámicas familiares a partir de la cuantificación de la relación conyugal y el ejercicio de la parentalidad en familias españolas con un hijo con trastorno por consumo de sustancias, en relación a las familias no clínicas, tanto en contextos clínicos como de investigación. Deviene el primer instrumento validado que evalúa la familia, en su conjunto, en el trastorno por consumo de sustancias en población española. A tener en cuenta, la valiosa brevedad y facilidad del CERFB, tanto de administración y respuesta como de corrección. Las características generales del CERFB facilitan su inclusión en sistemas de evaluación, ya sea en combinación con otros instrumentos autoadministrados o con la entrevista clínica y la observación (Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández-Ballesteros, 1993), tanto para fines clínicos como de investigación. El uso consistente de un instrumento válido y fiable que evalúe de forma específica las relaciones familiares en el trastorno por consumo de sustancias es imprescindible a nivel teórico para fortalecer el conocimiento en relación a la temática. El uso del CERFB permite una evaluación holística considerando la relevancia de las relaciones familiares en el trastorno por consumo de sustancias, entre otros aspectos.

Reconocimientos

Este estudio está apoyado por la Agencia Estatal de Investigación del Ministerio de Economía, Industria y

Competitividad del Gobierno de España para la ayuda a Proyectos de I + D + i con referencia número PSI 2017-83146-R.

Los autores agradecen la colaboración para la recogida de datos al Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències SPOTT de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Garbí - Vent de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sants de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències Sarrià - Sant Gervasi de Barcelona, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències de Rubí, Comunitat Terapèutica La Coma de Barcelona, Comunitat Terapèutica Can Serra de Girona, Fundació Salut i Comunitat de Barcelona, Projecte Home Catalunya, Hospital de Mataró, Hospital d'Igualada, Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida, Servei Coordinador de Drogodependències de Menorca y Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga (ACLAD) de A Coruña.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ª ed.). American Psychiatric Association.
- Ballús-Creus, C. (1991). *Adaptació del Parental Bonding Instrument a la població barcelonesa* [Tesis de maestría]. Escola Professional de Psicologia Clínica de Barcelona.
- Barbaranelli, C. (2007). *Analisi dei dati. Tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale*. LED Edizioni Universitarie.
- Bellon-Champel, L. y Varescon, I. (2017). Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence: Facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 175(4), 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.06.005>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp.136-162). Sage.

- Campreciós, M. (2016). *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria* [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. Repositorio Cooperativo TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <http://hdl.handle.net/10803/352474>
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Callea, A. y Mercadal, L. (2020). Clinical applicability of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) in eating disorders: Marital and parental relationships in traditional family structures. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(5), 191-199.
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L. e Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 44(3), 311-326.
- Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. La Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *Il vaso di Pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*. La Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Compagnoni, F., Costantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile drug addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00261.x>
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje de los trastornos por el uso de sustancias: Una revisión de la literatura sistémica. *Redes, Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 38, 47-64.
- Costa, D., González, M. L., del Arca, D., Masjuan, N. y Olson, D. H. (2013). Propiedades psicométricas del FACES IV: Estudio de validez en población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 119-132. <https://doi.org/10.22235/cp.v7i1.1053>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E. y Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 Pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. y McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106(1), 32-51. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x>
- Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S. y Dubey, S. (2020). COVID-19 and addiction. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 817-823. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.008>
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Técnicas de evaluación ambiental. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Introducción a la evaluación psicológica* (T. II, pp. 443-472). Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). La evaluación psicológica en sus contextos de aplicación. *Revista de Historia de la Psicología*, 14(2), 97-115.
- Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S. y John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59(2), 93-104. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.2.93>
- Granello, D. H. y Wheaton, J. E. (2004). Online data collection: Strategies for research. *Journal of Counseling & Development*, 82(4), 387-393. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00325.x>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. y Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª ed.). Pearson Education.
- Hibberts, M., Johnson, R. B. y Hudson, K. (2012). Common survey sampling techniques. En L. Gideon (Ed.), *Handbook of survey methodology for the social sciences* (pp. 53-74). Springer.
- Hu, L.-T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hunter, L. (2012). Challenging the reported disadvantages of E-questionnaires and addressing methodological issues of online data collection. *Nurse Researcher*, 20(1), 11-20. <https://doi.org/10.7748/nr2012.09.20.1.11.c9303>
- Ibáñez, N. (2016). *Validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* [Tesis doctoral, Universitat Ramon Llull]. Repositorio Cooperativo TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). <http://hdl.handle.net/10803/350314>
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. y Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.

- Keszei, A. P., Novak, M. y Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(4), 319-323. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3ª ed.). Guilford Press.
- Lebow, J. L. (2015). Editorial: Relational diagnosis-an idea whose time has come. *Family Process*, 54(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/famp.12141>
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder Editorial.
- Mantel, N. y Haenszel, W. (1959). Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *Journal of the National Cancer Institute*, 22(4), 719-748. <https://doi.org/10.1093/jnci/22.4.719>
- Marel, C., Mills, K. L. y Teesson, M. (2021). Substance use, mental disorders and COVID-19: A volatile mix. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 351-356. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000707>
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.
- Martinotti, G., Alessi, M. C., Di Natale, C., Sociali, A., Ceci, F., Lucidi, L., Picutti, E., Di Carlo, F., Corbo, M., Vellante, F., Fiori, F., Tourjansky, G., Catalano, G., Carenti, M. L., Incerti, C. C., Bartoletti, L., Barlati, S., Romeo, V. M., Verrastro, V.,... di Giannantonio, M. (2020). Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.572245>
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L. y Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 102-123. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.108282>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Miguel-Arias, D., Pereiro, C., Bermejo, A. M., López de Abajo, B. y Sobrido, M. (2016). Mortalidad por reacción aguda tras consumo de drogas en Galicia: 1997-2011. *Adicciones*, 28(2), 80-89.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
- Mollà, L., Günther, C., Vilaregut, A., Campreciós, M. y Matalí, J. L. (2020). Instruments for the assessment of coparenting: A Systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 29(9), 2487-2506. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01769-3>
- Mollà, L., Vilaregut, A., Callea, A., Roca, M., Pretel, T. y Matalí, J. L. (2022). *Questionnaire for the Assessment of Coparenting (CECOP): Development and Validation* [Manuscrito presentado para su publicación]. Departamento de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital Sant Joan de Déu. Grupo de Investigación en Salud Mental Infanto-Juvenil, Institut de Recerca Sant Joan de Déu. Departamento de Psicología, FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Departamento de Ciencias Humanas, LUMSA Università.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Informe 2021. Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Pedroza, D. Y., Taborda, D. P. y Varela, J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar. *Poiésis*, 39, 53-74. <https://doi.org/10.21501/16920945.3752>
- Rial, A., Varela, J., Abalo, J. y Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. En J. P. Lévy (Dir.), *Modelización con Estructuras de Covarianzas en Ciencias Sociales. Temas Esenciales, Avanzados y Aportaciones Especiales* (pp. 119- 143). Netbiblo.
- Sanz, M., Iraurgi, I. y Martínez-Pampliega, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en toxicomanías: Adaptación española y características de adecuación métrica del FAP-FACES IV. En I. Iraurgi y F. González-Saiz (Eds.), *Instrumentos de Evaluación en drogodependencias* (pp. 403-434). Aula Médica.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spanier, G. B. (2017). *DAS. Escala de Ajuste Diádico*. (R. Martín-Lanas, A. Cano-Prous y M. I. Beunza-Nuín, adaptado)

- dores). TEA Ediciones. (Trabajo original publicado en 1976).
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S. y Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the Family Assessment Device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1), 94-115. <https://doi.org/10.1111/famp.12098>
- Vandenberg, R. J. y Lance, C. E. (2000). A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for Organizational Research. *Organizational Research Methods*, 3(1), 4-69. <https://doi.org/10.1177/109442810031002>
- Waal, H. y Gossop, M. (2014). Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns. *European Addiction Research*, 20(1), 8-15. <https://doi.org/10.1159/000346781>
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191- 2194. <https://doi:10.1001/jama.2013.281053>
- Worthington, R. L. y Whittaker, T. A. (2006). Scale development research. A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>