

Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia*

Culture of Prevention of Consumption
of Psychoactive Substances (PAS) in the Family

María Eugenia Agudelo Bedoya**

Piedad Estrada Arango***

Profesoras de la Facultad de Trabajo Social

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

Resumen

Este artículo presenta los hallazgos derivados del estudio sobre “Tipología y dinámica familiar y su asociación con el consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes de colegios privados en Medellín”. Asimismo, se revisan las investigaciones adelantadas en Colombia y a nivel internacional que han contribuido a indagar si existe una relación entre un ambiente familiar con dificultades y vacíos en la comunicación, la cohesión familiar, el ejercicio de la autoridad, y el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en niños, niñas y jóvenes.

Palabras clave: cultura de prevención, sustancias psicoactivas, dinámica familiar, salud mental, niños, adolescentes.

Abstract

The article presents the findings of a study on “Family Typology and Dynamics and their relation to the consumption of Psychoactive Substances in Children and Adolescents of the Private Schools in Medellín”. Likewise, it reviews the research carried out in Colombia and abroad on the relations among a family environment characterized by difficulties and gaps in communication, family cohesion, the exercise of authority, and the consumption of illegal psychoactive substances in children and adolescents.

Keywords: culture of prevention, psychoactive substances, family dynamics, mental health, children, adolescents.

Recibido: 30 de marzo del 2012. **Aceptado:** 15 de agosto del 2012.

* Este artículo es producto de la investigación “Tipología y dinámica familiar y su asociación con prevalencia de sustancias psicoactivas de niños y adolescentes del municipio de Medellín”, realizada por los Grupos de Investigación en Familia y el Centro de Estudios en Salud Mental —CES—, de la Universidad Pontificia Bolivariana —UPB—, en el año 2011.

** maria.agudelo@upb.edu.co

*** pestrada1608@une.net.co

Cultura de prevención de sustancias psicoactivas en la familia

La cultura de las drogas (es decir, los modos de vida que estimulan y propician el uso de sustancias psicoactivas) se relaciona con un conjunto muy amplio de factores que implica lo económico, lo político, lo social, lo familiar e individual, y alcanza dimensiones en las que intervienen redes de producción, distribución y consumo que entrelazan diversos países y que trascienden el ámbito local. Esta cultura ha generado en Colombia una gran alarma que tomó mayor fuerza a partir de las últimas décadas del siglo XX, desde entonces se la reconoce como causante de problemas en la salud individual, en el bienestar colectivo y en el desarrollo social. En contraste, la cultura de la prevención del uso de drogas legales e ilegales tiene como pilares una gama de valores, creencias y actitudes que desestimulan dicho consumo y que se encaminan hacia la promoción de estilos de vida ligados al cuidado de la salud física y mental, con este propósito se confiere un papel central a la familia, considerada como un contexto básico de desarrollo. El uso y abuso de sustancias psicoactivas constituye un riesgo grave para la salud mental de niños, niñas y adolescentes en nuestra cultura, pues, como afirma Nora Volkow, directora del Instituto Nacional sobre el abuso de drogas —NIDA—, “La adicción es una enfermedad del cerebro caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y también una enfermedad del desarrollo ya que generalmente comienza en la niñez o en la adolescencia cuando el cerebro aún está en desarrollo” (2006, 1), de allí que la familia cumpla un rol especial como factor de protección en estas edades.

La cultura de la prevención del consumo de drogas psicoactivas equivale a todas aquellas medidas o acciones que se implementan para que un problema, en este caso la adicción a las drogas, no aparezca o su inicio pueda retrasarse. Como expresan Gossop y Grant en un texto publicado por la Organización Mundial de la Salud —OMS—, “El objeto de la prevención de los problemas de drogas es, en general, conseguir que los miembros de una población no abusen de ellas y no se expongan a sufrir daños ni provocar males sociales” (1990, 38). Estos mismos autores plantean que otro objetivo de la prevención

puede ser “[...] el control de ciertas consecuencias, y no [el] uso de las drogas en sí mismo; en otras palabras, se pretende dificultar la aparición de ciertos problemas, pero no siempre cambiar el comportamiento general de los usuarios” (39); por ejemplo, los programas para evitar la conducción de vehículos por personas embriagadas se llevan a cabo con el fin de evitar la accidentalidad.

Los campos de acción para el desarrollo de programas de prevención pueden ser múltiples y abarcar la familia, la escuela, la universidad, el barrio, la empresa, la comunidad y los medios masivos de comunicación. De igual modo, deben incluir no solo a las personas en riesgo como niños, adolescentes y jóvenes sino también a los padres de familia, educadores, líderes comunitarios, supervisores o jefes de empresas que se encargan de su orientación y que deberían estar bien informados sobre el tema; por otra parte, es conveniente que los mensajes que se comuniquen a través de estos programas no estén vinculados con posiciones extremas, como el terrorismo o la compasión, puesto que estas posturas no ayudan en nada a la función preventiva. Becoña (2002) señala que la prevención escolar es la que más se ha desarrollado en la práctica, esto se debe a que la escuela reúne al grupo con mayor riesgo de consumir drogas. La prevención escolar se realiza en distintas materias dictadas en el aula, a través de la educación para la salud o de asignaturas que versan sobre el tema de la drogadicción. Sin embargo, según este autor, el ejercicio de la prevención limitado a este escenario es en muchos casos insuficiente si no se acompaña de una prevención intensiva a nivel familiar, comunitario y en general en los ámbitos arriba señalados.

Estos programas de prevención escolar, que suelen incluir a la familia como escenario para la educación contra el consumo de drogas, hacen énfasis en la tarea de informar a los padres sobre los efectos de las sustancias psicoactivas. Sin embargo, dichos programas deberían enfocarse, entre otras cosas, en el mejoramiento de los niveles de comunicación en la familia y propiciar el acompañamiento en tareas escolares, la detección oportuna de dificultades emocionales o académicas y el ejercicio de una autoridad democrática en el hogar.

En el año 2004, siguiendo los resultados de investigaciones acerca de los orígenes de las conductas relacionadas con el abuso de drogas y los elementos comunes que comparten los programas de prevención, el NIDA publicó algunos principios fundamentales que se refieren a la importancia de la prevención en la familia. Esta investigación en primer lugar, consideró que:

La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos. Estos lazos se pueden fortalecer a través de una capacitación para mejorar la capacidad de los padres para apoyar a sus hijos, la comunicación entre padres e hijos, y la participación de los padres con los hijos (Kosterman y cols., 1997; Spoth y cols., 2004). [...]

El monitoreo y la supervisión de los padres son esenciales para prevenir el abuso de las drogas. Se pueden mejorar estas habilidades capacitando a los padres para que aprendan cómo establecer reglas, técnicas para el monitoreo de las actividades de sus hijos, cómo elogiar a los hijos por conducta apropiada, y el uso de disciplina moderada y consistente para hacer respetar las reglas de la familia (Kosterman y cols., 2001). [...]

La educación y la información sobre las drogas para los padres o los cuidadores refuerzan lo que los niños están aprendiendo sobre los efectos dañinos de las drogas y brindan la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales. (Bauman y cols., 2001).

Las intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general pueden cambiar de manera positiva las conductas específicas de los padres, las que a su vez pueden reducir el riesgo futuro para el abuso de drogas de los hijos (Spoth y cols., 2002b). [...]

[De otro lado, aludiendo a los programas de prevención se establece que] Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención temprana desde la infancia para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas (Webster-Stratton, 1998; Olds y cols., 1998; Webster-Stratton y cols., 2001; Fisher cols., 2007). [...]

[Continúan estos principios destacando que] Los programas de prevención para los niños de la primaria se deben dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socio-emocional para tratar los factores de riesgo para el abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Jalongo y cols., 2001; Riggs y cols., 2006; Kellam y cols., 2008; Beets y cols., 2009): autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura. [...]

También, los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria (“middle or junior high and high school”) deben aumentar el desempeño académico y social con las siguientes aptitudes (Botvin y cols., 1995; Scheier y cols., 1999; Eisen y cols., 2003; Ellickson y cols., 2003; Haggerty y cols., 2007): hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, técnicas para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas, y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas. [...]

[Y, finalmente, se señala que] Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en periodos críticos de transición, como el ingreso a la escuela media (“middle school”), pueden producir efectos beneficiosos aun entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Este tipo de intervención no se dirige específicamente a las poblaciones en riesgo, por lo que reduce el estigma y promueve las relaciones beneficiosas con la escuela y con la comunidad (Botvin y cols., 1995; Dishion y cols., 2002; Institute of Medicine 2009). (s.p.)

En estos principios se destaca una clara concepción que pone de relieve la importancia de la familia como generadora de una cultura de prevención, esta idea se basa en el reconocimiento de los padres (o las figuras de crianza) como actores que ejercen una influencia trascendental en los niños, en las niñas y los adolescentes, esta autoridad debe ser aprovechada para disuadirlos del consumo de drogas puesto que

nunca es demasiado tarde o temprano para hablar con ellos y ofrecerles orientación y modelos de comportamientos que les permitan asimilar los riesgos del abuso de sustancias psicoactivas y, a la vez, fortalecer su decisión consciente frente al autocuidado y la conjura de estos riesgos.

A continuación se presenta el estudio realizado en el año 2011 en Medellín por los Grupos de Investigación en Familia y del Centro de Estudios en Salud Mental —CES— de la Universidad Pontificia Bolivariana —UPB—, esta investigación aporta información a la academia y a los profesionales de las ciencias sociales y humanas referida a algunas características de composición y dinámica familiar que pueden actuar como factores de vulnerabilidad o de protección en relación con el consumo de drogas. Poner en evidencia estas características constituye una base importante para el fortalecimiento de aquellas situaciones de la vida familiar que estimulan la cultura de la prevención.

Estudio sobre “Tipología y dinámica familiar y su asociación con prevalencia de sustancias psicoactivas de niños, niñas y adolescentes”

Este estudio tuvo como objetivo general estimar la asociación existente entre tipología y dinámica familiar con la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes del Municipio de Medellín. Se formularon los siguientes objetivos específicos: 1) caracterizar la tipología familiar, cohesión, ejercicio de la autoridad y comunicación entre padres; 2) identificar la prevalencia de consumo de sustancias legales (alcohol, cigarrillo) e ilegales (marihuana, “basuco”, cocaína, volátiles inhalables, “ruedas”, “éxtasis”); 3) explorar la asociación entre tipología familiar, cohesión, ejercicio de la autoridad y comunicación entre padres con el consumo de sustancias legales e ilegales; 4) estimar la asociación entre la escala de problemas académicos y el consumo de sustancias legales e ilegales.

Se trata de un estudio analítico de corte transversal que permitió relacionar indicadores de salud mental de los niños, niñas y adolescentes con la tipología familiar y dinámica familiar. El universo estuvo conformado por las familias de los niños, niñas y

adolescentes matriculados en colegios pertenecientes a la Confederación Nacional Católica de Educación —Conaced—, capítulo Antioquia.

Calculando¹ con una precisión de 4, prevalencia esperada de depresión del 20%, una corrección por efecto del diseño de 4 e intervalo de confianza de 95% dio un tamaño de muestra probabilística representativa de 1537 encuestados. Finalmente se aplicó el instrumento a un total de 1906 estudiantes desde quinto a undécimo grado en colegios tanto de la ciudad de Medellín como del Área Metropolitana, de los cuales, el 42,8% eran hombres y el 57,2% mujeres.

Para favorecer la confiabilidad se recabó la información directamente de los niños, niñas y adolescentes, utilizando un cuestionario dirigido, anónimo y autoaplicado. En esta etapa se contó con la ayuda de estudiantes universitarios en áreas de ciencias sociales y humanas. El procesamiento de datos se hizo con el Sistema *Teleform* que permite la captura electrónica de la información. El análisis estadístico se realizó con el Programa SPSS versión 13. Se hallaron razones de disparidad (OR o RD)² con un intervalo de confianza al 95%.

En este estudio se parte de definiciones sobre familia, tipología, dinámica familiar y sus componentes tal como se presentan a continuación:

Desde el punto de vista sociológico, Piedad Estrada define la familia como:

- 1 El tamaño de la muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$N z^2 p (1-p)$$

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

N: población total
z: valor de z (que corresponde al intervalo de confianza)
d: precisión absoluta
p: proporción esperada en la población
n efectivo: n * efecto del diseño

Para una mayor ilustración, véase el texto de Daniel Wayne: *Biostatistics*, que publicó en 1993.
- 2 Si la RD calculada da como resultado un valor de 1, significa que no hay asociación entre las variables analizadas (la exposición positiva o negativa no hace diferencia respecto al riesgo de enfermar). Un valor mayor que 1 indica una mayor frecuencia de exposición del factor entre los casos. Por lo tanto, el factor actúa asociándose con mayor riesgo de enfermar. Si el valor de la RD calculado es menor que 1, esto indica mayor frecuencia de exposición entre los sujetos sanos (controles). En este caso la presencia del factor reduce el riesgo de “enfermar”, actuando como factor de riesgo.

[...] el grupo social con residencia común donde las características generales y particulares de esta organización interna de pluralidad de individuos actúan desde sus respectivas posiciones, status, cumpliendo papeles (roles) específicos, buscan a través de la interacción por ella establecida la consecución de unos fines mas o menos designados. Estas familias pueden tener lazos de consanguinidad, afinidad y adopción y a partir de estos vínculos se generan distintas formas de organización familiar. (1996, 4)

En el estado del arte sobre tipología familiar Estrada Arango y su equipo de investigación (1996), partieron de la siguiente clasificación de las tipologías familiares, algunas de ellas se configuran a partir de procesos de reestructuración causados por la separación conyugal u otros eventos que dan lugar a nuevos tipos de familia. En la investigación que se presenta en este artículo la retomamos de la siguiente manera:

- Familia nuclear, básica o elemental: conformada por un hombre y una mujer con sus hijos propios o adoptivos legalmente reconocidos o no; las funciones de la familia se sustentan con la distribución de tareas entre el padre y la madre.
- Familia extensa: Se caracteriza porque conviven juntas tres generaciones, siendo lo más común que se trate de una familia nuclear que convive al menos con otro pariente de primer grado de consanguinidad en línea vertical (abuelos o nietos).
- Familia simultánea o superpuesta: es aquella en la que al menos uno de los miembros de la pareja posee hijos de una unión anterior, es decir de otra familia. Se subdivide en:
 - Simultánea simple: aquella donde solamente uno de los cónyuges trae a la nueva familia hijos de relaciones anteriores y no tiene hijos con su actual pareja. Puede ser “Simple Padrastral” o “Simple Madrastral”.
 - Simultánea compuesta: se presenta cuando cada uno de los miembros de la pareja aporta hijos de una o varias uniones anteriores pero no tienen descendencia de la actual unión.
 - Simultánea mixta: cuando ambos progenitores conviven con hijos de anteriores uniones y con los que han nacido en la nueva familia.

- Familia monoparental: conformada por uno de los miembros de la pareja original y sus hijos, ya sea por madresolterismo, viudez o por separación conyugal entre otros factores.
- Familia singularizada: se trata de una pareja heterosexual sin hijos, ya sea por ser de reciente constitución, por esterilidad biológica o porque tienen algún motivo para no traer hijos al mundo (por ejemplo enfermedad hereditaria o trastorno psíquico).
- Familia comunitaria: convive una familia nuclear con otro(s) grupos familiares sin lazos de consanguinidad. Comparten instalaciones, recursos materiales, experiencias y los que pueden aportar una mensualidad. Si uno de los padres vivió la separación y convive con otra pareja se llama comunitaria simultánea.
- Otras formas de organización familiar: hijos solos que por fallecimiento de ambos padres, separación de éstos o por razones ligadas a estudio o trabajo, habitan solos en una vivienda y unidades domésticas cuando en una vivienda se agrupan personas sin vínculo de consanguinidad y con algún grado de afinidad y se distribuyen gastos y roles, comparten instalaciones, recursos materiales, experiencias y los que pueden aportar una mensualidad.

Un concepto central en esta investigación es el de *dinámica familiar*, entendida como el conjunto de procesos psicológicos biológicos y sociales que se dan en la familia y que garantizan su conservación como sistema. Estos procesos incluyen la autoridad, la comunicación, la afectividad y la cohesión, y se viven de forma particular en cada familia brindándole de tal modo una identidad reflejada en su sistema de valores, sus formas de organización y las pautas de crianza que enmarcan el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus miembros y de la familia como totalidad.

Siguiendo los planteamientos de María Eugenia Agudelo comprendemos la autoridad en la familia

[...] como un poder legítimo que tienen las figuras parentales o sus sustitutas, que les permite cumplir sus funciones de dirección, protección y formación de los

menores para que su crecimiento se dé en un ambiente propicio que posibilite la asimilación y la incorporación de las normas y los valores sociales a su comportamiento habitual. (1999, 34)

Otro proceso fundamental en la vida y el desarrollo de la familia es la comunicación, la cual posibilita la integración del sistema familiar e incluye contenidos verbales y no verbales que se comparten en la cotidianidad. De acuerdo con su calidad y frecuencia, la comunicación puede ser una condición favorable para la prevención de situaciones que afecten la salud de quienes la conforman. Asumimos la propuesta de María Eugenia Agudelo que define

La comunicación en la familia [como] un proceso a través del cual todos sus integrantes entran en contacto para compartir mensajes y expresarse mutuamente afectos. Por lo tanto, la comunicación sirve al propósito de unir y mantener en armonía a sus miembros, los ayuda a superar conflictos y dificultades y, ante todo, les permite establecer un contacto afectivo permanente. (1993, 1)

Friedrich Dorsch define la *afectividad* como “[...] el conjunto del acontecer emocional, los sentimientos, emociones y pasiones [...] En sentido estricto, [es] la respuesta emocional y sentimental a un estímulo, a una situación” (1976, 19). En el presente estudio hemos incluido este proceso de la vida familiar puesto que constituye un elemento de suma importancia para el análisis de las situaciones de salud, enfermedad y bienestar de los miembros de la familia y de esta como totalidad.

Según Meynckens (1988), la *cohesión* es la capacidad de la familia para funcionar de manera integrada y coherente como un todo articulado que beneficia el desarrollo individual y grupal de sus miembros, la cohesión está relacionada con la participación en los diversos subsistemas que operan dentro de la familia, con lo cual propicia el sentimiento de pertenencia de los miembros al grupo familiar.

De acuerdo con las anteriores definiciones hallamos que el 50% de las familias de los niños, niñas y adolescentes de los colegios privados de Medellín pertenecientes a Conaced son de tipo nuclear, el 50% restante

se distribuye en orden descendente en familias monoparentales femeninas 11,9%, extensas 11,6%, simultáneas 9,8%, extendidas 9,6%, comunitarias 2,8% y otras 4,3; probablemente estas conformaciones familiares son resultado de la separación conyugal, del madre y padre solterismo, de la viudez, de las maniobras de reorganización en respuesta a crisis económicas y sociales como el desempleo y el desplazamiento forzado.

Los niños, niñas y adolescentes encuestados perciben como muy buena o buena la cohesión familiar, lo cual equivale, según la escala utilizada, a que en sus familias se comparte el tiempo libre, hay solidaridad en las situaciones cotidianas y sus relaciones con los padres y otros parientes son satisfactorias.

La autoridad familiar es ejercida de manera respetuosa y participativa en un 72,7%, lo cual favorece la organización familiar y la incorporación positiva de roles sociales por parte de sus miembros. La comunicación entre los padres se describe basada en el acuerdo. Sin embargo, es significativo que en casi una cuarta parte de las familias la comunicación se caracteriza por discusiones o falta de comunicación directa entre los padres para la resolución de los asuntos familiares.

En relación con el uso de sustancias psicoactivas legales se registra que el consumo de alcohol es dos veces mayor que el de cigarrillo. El 17,9% de la población encuestada afirmó haber consumido alcohol hasta la embriaguez al menos una vez en el último año.

Las respuestas a la pregunta sobre uso de sustancias ilegales al menos una vez en el último año arrojan los siguientes resultados: marihuana 7,3%, cocaína 4,0%, inhalables 3,6%, éxtasis 2,2% y rohypnol 2,0%.

Teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital de la población estudiada, los anteriores datos son preocupantes, ya que la niñez y la adolescencia son periodos de transición que se caracterizan por una mayor vulnerabilidad a las influencias de los pares, a las tensiones ocasionadas por asuntos personales (que más adelante definiremos); al desligamiento y los conflictos con las figuras de autoridad; a la curiosidad y búsqueda de nuevas experiencias. Estas situaciones si no son oportunamente canalizadas pueden representar factores de riesgo para la experimentación y la persistencia en el consumo de drogas.

Se encontró que el 71,9% de niños, niñas y adolescentes encuestados tienen problemas académicos, de los cuales el 35,1% son moderados y el 8,5% severos, situación que, si se asocia con otras dificultades como el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales, tiende a afectar el desarrollo académico, emocional y la integración social y familiar.

Según este estudio el consumo de alcohol a temprana edad se asocia con todas las tipologías familiares, aunque su presencia es mayor en las familias de tipo monoparental masculina y femenina y menor en la extensa simultánea y extendida. Este hallazgo puede indicar que en la familia de tipo monoparental existe una mayor sobrecarga en las funciones familiares que implica una ausencia de seguimiento a las actividades extracurriculares de los hijos. En contraste, puede pensarse que, en el segundo grupo de tipologías mencionadas, una mayor presencia de adultos al cuidado de niños, niñas y adolescentes favorece su seguimiento y orientación. Se encontró que el consumo de cigarrillo y de alcohol hasta la embriaguez es más alto en niños, niñas y adolescentes que conviven en familias monoparentales masculinas, esto constituye una alerta ya que, si no se presta una atención adecuada al consumo general, esta población puede tener mayor riesgo de abusar de estas sustancias. La familia nuclear no está exenta del consumo de sustancias psicoactivas legales por parte de los y las menores de edad, por lo cual también debe atender y responder a las exigencias de socialización y cuidado de los hijos.

El Inventario Multifactorial del Uso Indebido de Drogas —DUSI—, señala que existe una relación entre una débil cohesión familiar y un mayor riesgo de consumo de sustancias legales e ilegales, esta evidencia resalta que el debilitamiento de las relaciones intrafamiliares puede propiciar el consumo de sustancias psicoactivas. Los estudiantes consumidores de sustancias legales como alcohol y cigarrillo perciben como regular la cohesión de su familia y los consumidores de sustancias ilegales la reportan como regular y mala.

Es importante destacar que el consumo de sustancias legales e ilegales es menor en aquellos estudiantes que reportan la autoridad familiar como respetuosa y participativa, esto muestra que cuando el poder de

la familia es ejercido sin excesos, cuando proporciona orientación y seguimiento de manera armónica, reduce el riesgo de uso de drogas entre los niños, niñas y jóvenes. Según la escala DUSI, los extremos en el ejercicio de la autoridad (suscitan un mayor riesgo de consumo y abuso de alcohol y drogas, ya que tanto la permisividad como la restricción violenta, la carencia de límites o su imposición violenta hace que los niños, niñas y adolescentes asuman conductas evasivas respecto a la vida familiar y se expongan a los diversos riesgos sociales que conlleva la cultura del consumo.

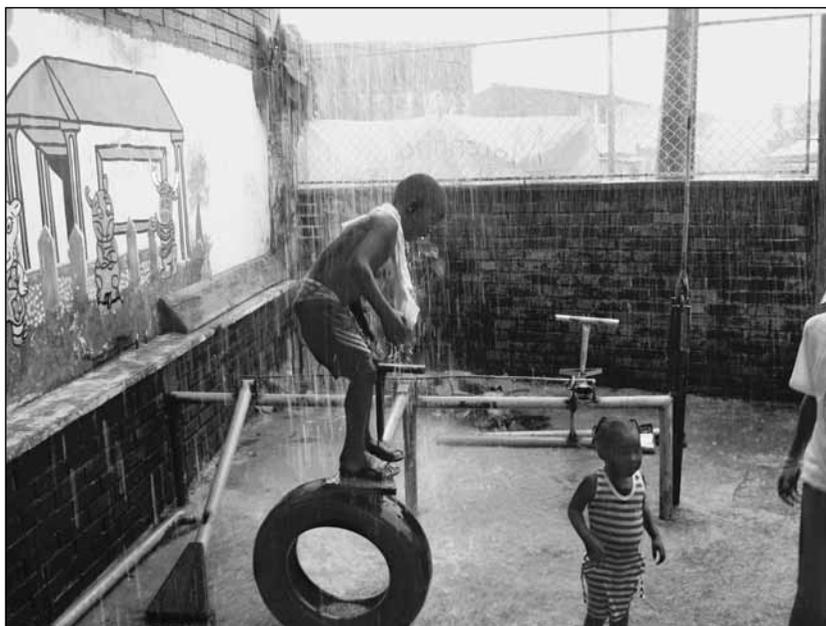
Resulta inquietante que tanto una comunicación problemática como aquella que es apropiada, coherente, directa y que tiene en cuenta a los niños, niñas y adolescentes estén igualmente asociadas al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, esta situación nos lleva a recalcar la necesidad e importancia de los programas formativos para la vida en familia tendientes a prevenir el consumo de drogas.

De igual forma, el alto consumo de sustancias legales (alcohol y cigarrillo) e ilegales (marihuana, cocaína, inhalables, entre otras) al menos una vez en el último año por parte de una población de niños, niñas y adolescentes y su asociación con problemas académicos severos y moderados debe llevar a los establecimientos educativos a diseñar programas de seguimiento y educación preventiva sobre farmacodependencia con el fin de atender un problema que, como bien se sabe, tiene serias implicaciones a nivel individual, familiar y social.

Otros hallazgos acerca de la dinámica familiar y consumo de sustancias psicoactivas a nivel local, nacional e internacional³

Como ya se ha anotado en este artículo, de acuerdo con diversos estudios, uno de los problemas de mayor relevancia que afecta física y psicológicamente a niños, niñas y jóvenes es el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas.

³ En la búsqueda de estos antecedentes se contó con la colaboración del psicólogo Fredy Romero y de la estudiante de Trabajo Social María Paulina Palacio.



Danny María Ramírez Torres
Bajo la lluvia
Barrio Punta del Este,
Buenaventura, Colombia
19 de abril del 2011

Según la OMS

Se calculó que en el 2002 el uso nocivo del alcohol causó 2,3 millones de muertes prematuras en todo el mundo y un 4,4% de la carga mundial de morbilidad, incluso después de tener en cuenta los efectos protectores de su consumo bajo o moderado. Los niveles, las características y el contexto social del consumo de alcohol varían según la región, el país y la comunidad, pero sus consecuencias globales negativas para la salud son indudables. (2008, 1)

Torbay y Marrero (2003) afirman que para la OMS el consumo de sustancias psicoactivas es el producto de tres elementos: drogas, persona y medio ambiente. Además sostienen que respecto a la persona consumidora se puede analizar tanto su perfil psicológico como el área familiar y social que le rodea, de allí que las intervenciones desde el marco de la salud no solo deben tener en cuenta la individualidad, su actividad nosológica y sus síntomas, sino que han de extenderse mediante procesos psicosociales con la familia y la comunidad. La dependencia al alcohol presenta patrones que surgen a partir de la influencia familiar, genética, ambiental e interpersonal, estado de ánimo y del comportamiento, las expectativas personales, presión social y ambientes conflictivos (DSM IV 1995).

Como dice Ackerman, “La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud” (1987, 213); de ahí que regularmente se encuentre bajo los casos de adicción alcohol y otras drogas frecuentes disputas, graves conflictos de relación, abandono de responsabilidades y desestructuración familiar (Torbay y Marrero 2003).

Según Martínez (1992), en las familias con farmacodependientes se debe tener en cuenta el contexto y la vida psicológica del individuo, estos elementos se relacionan de manera bidireccional, ya que los cambios en la estructura familiar producen cambios en los miembros que la constituyen y viceversa. El abandono familiar al que se enfrenta quien padece de adicción a las drogas influye en la motivación y grado de compromiso hacia el tratamiento, más aún cuando la participación en la terapia no es producto de su voluntad (Fuerte 2005). Por ende, comportamientos como la desmotivación y el asilamiento refuerzan la conducta de alcoholismo en algunos pacientes, puesto que ellos refieren tener una sola preocupación que es el abandono familiar; por tal motivo se evidencian cambios cuando existe la presencia de un apoyo de la familia (Santí 2006). En la dimensión psicológica, los pacientes alcohólicos y adictos son siempre

propensos a las conductas compulsivas y obsesivas (Kaplan 1996). Como se ha visto, no solo se produce un deterioro en el área personal con graves consecuencias en las dimensiones cognitiva, afectiva y comportamental, sino que además existe un deterioro familiar y laboral (Torbay y Marrero 2003).

Para Saldarriaga (1987) existen varias características en las familias de los farmacodependientes: 1) mala integración, 2) separación de los padres, 3) muerte de alguno de los padres, 4) familias poco afectivas, 5) conflictos económicos en mayor o menor grado, 6) relaciones conflictivas entre padres e hijos, 7) abandono temprano del hogar por parte del adicto, 8) antecedentes patológicos y de adicción en la familia, 9) transmisión inadecuada de valores, normas y patrones de conducta, y 10) conflictos continuos entre alianzas o coaliciones visibles.

Con respecto a otros estudios realizados en España (Forteza 1989) se resalta el alto índice de alcoholismo en la familia de origen (Jiménez 1991, Llopis, 1988) con la importante desestructuración que esto produce. Está reconocido por la comunidad científica que los vínculos familiares representan para la mujer un factor de protección frente al alcohol. Sin embargo, la familia de la mujer alcohólica, no presta el apoyo que esta necesita durante su proceso de rehabilitación.

En Madrid el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas —GID— (2000) plantea la necesidad de un mayor acercamiento mayor al mundo de los consumidores, es decir, es preciso tener aspectos tales como tipo de drogas, tipo de consumo, cómo se obtiene, perfil psicológico del usuario, ámbito familiar y social. En otro estudio realizado por Kasen, Cohen, Brook, *et al.* (1996) se verificó que la situación familiar post-divorcio ejerce una notable influencia sobre algunos trastornos emocionales relacionados con el consumo de Sustancias Psicoactivas —SPA—, este efecto se mostraba independiente del temperamento previo del niño y de otros factores educacionales, pero que variaba en función del sexo. Muchas veces las actitudes adoptadas son influidas por el estilo educativo recibido, por la percepción que tiene el adolescente de las relaciones familiares, de la cohesión familiar (Rask 2005).

El estudio sobre el perfil psicosocial de los adolescentes señala el papel central de la familia como

ámbito de socialización y ajuste social. Los análisis de regresión efectuados ponen de manifiesto que se debe mejorar la asociación dada entre la integración familiar y la manifestación de conductas antisociales (Serrano y Rodríguez 1996).

Meynckens (1988), refiriéndose a la cohesión, sostiene que cuando existe afinidad familiar las conductas de riesgo para los hijos es baja, ya que están relacionadas con el éxito escolar y la adquisición de la autonomía, pero cuando el ambiente familiar es distanciado las conductas de riesgo y consumo de SPA son más frecuentes en los hijos. Al respecto coincide Ausloss (1983) cuando afirma que para un hijo adolescente la cohesión familiar ayuda a que en el desarrollo y realización individual del joven se consolide un proyecto de trabajo en equipo dentro de la misma familia.

Como se ha mencionado antes, un proceso destacado en la dinámica familiar es la comunicación. Para Watzlawick (1974) la ausencia de una comunicación clara y directa con el adolescente puede llevarlo al consumo de SPA, ya que buscará sustitutos del vínculo con sus padres, lo cual le generará confusiones y lo conducirá a la búsqueda inadecuada de autonomía o independencia. Por esto, con frecuencia la familia constituye una barrera para el logro de la sobriedad, impidiendo u obstaculizando la adecuada reinserción de los pacientes alcohólicos a su contexto social y familiar. Pero, a su vez, la rehabilitación puede ser promovida y consolidada si se cuenta con la cooperación adecuada de la familia (Fernández, Louro y Hernández 1997), con esto afirmamos la importancia de la cohesión. Sin embargo, un caso *sui generis* es presentado en un estudio que se realizó en Perú, sus resultados contradicen la tesis que hemos venido desarrollando. En dicha investigación se trabajó con 18 familias de jóvenes consumidores de SPA; el 61,1% de estos adolescentes provenían de familias nucleares. Pero el dato interesante es que en el grupo control (hijos que no consumen SPA) el nivel de relación con respecto a la cohesión familiar era baja, con dificultades en la toma de decisiones y en la solución de problemas, con dificultades en la comunicación entre padres e hijos y ausencia de fuentes de apoyo en los adolescentes con problemas (Galindo, Alfaro, Osso *et al.* 2004). Sin embargo, en el mismo país se han

encontrado bajos niveles de cohesión en las familias con hijos farmacodependientes (Cañavera 1988).

Cabe señalar que la violencia también está estrechamente relacionada con el consumo de alcohol y drogas ya que estas sustancias aceleran la ansiedad y actúan como un detonador que provoca la pérdida del control y produce una irritabilidad y violencia que en situaciones cotidianas y de sobriedad no se darían. Borrero (2005) y Cancrini (1987) han señalado que la mayoría de familias de toxicómanos se encuentran dentro de las categorías psiquiátricas de toxicomanía traumática y de neurosis actual. En un estudio se muestran los siguientes factores como causas de la violencia: aprendizaje, alcoholismo y pobreza; 90% de las mujeres son violentadas, en un 40% bajos los efectos del alcohol. Los niños y niñas sufren doble agresión por parte del padre que resulta ser el agresor principal y por parte de la madre. La violencia física es aceptada como forma de educación y de socialización. El instrumento agresor es la vara en 40% de los casos (García 1996).

En un estudio sobre salud mental realizado en la ciudad de São Paulo, Brasil, con 216 niñas y 238 niños entre los 7 y 11 años de edad y de todas las clases sociales, se encontró que la utilización del método educativo de golpear con la mano no estuvo asociada con ningún tipo de problema de salud mental. Sin embargo, en los niños castigados con cinturón se incrementó el riesgo de tener problemas de conducta y de salud mental. Esto concuerda con lo que se ha reiterado en la literatura en cuanto a que el castigo corporal, utilizado por los padres como método educativo, se asocia con problemas de salud mental no solo en la niñez y adolescencia sino también en la vida adulta. De ahí que la alta prevalencia de problemas de salud mental en niños en edad escolar y su asociación con el castigo físico grave, alerta sobre la necesidad de intervenciones psicoeducativas para reducir la violencia física y los problemas de salud mental en la niñez (Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman *et al.* 2005).

A continuación se describen de manera más detallada los hallazgos de tres estudios, uno de España y dos de Medellín que consideramos antecedentes muy importantes de este trabajo.

El estudio sobre *Conflicto parental y consumo de drogas en los hijos y las hijas* realizado por Sanz Mirreia (2004) tuvo como muestra 130 niños y niñas de grados octavo y noveno con sus respectivas madres. 72 de ellos de sexo femenino y 57 masculino con una edad promedio que oscila entre 13 y 17 y un promedio de 14,6 años. En este estudio se aplicaron diferentes escalas y cuestionarios para dar respuesta a los siguientes objetivos: 1) analizar la situación de consumo de drogas entre los adolescentes de octavo y noveno grado de educación secundaria obligatoria de Vizcaya; 2) analizar la relación entre el funcionamiento familiar (conflicto marital, relaciones padres hijos y cohesión y adaptabilidad familiar) y el consumo de drogas en los adolescentes. Entre los hallazgos cabe destacar los siguientes: al preguntar a las madres qué les inquieta de sus hijos, la preocupación más sobresaliente para casi la mitad de ellas fue que sus hijos se iniciaran en el consumo de drogas. En cuanto a los antecedentes, se encontró que en casi 40% de los casos ambos padres comparten igual grado de prevalencia de uso de tabaco y se atribuye al 71,5% de los padres consumo de alcohol frente a 56,9% de las madres en esta situación. Además, el 17,7% de las madres consideran normal que sus hijos o hijas fumen cigarrillo y beban alcohol. Estos datos parecen apuntar a un uso moderado de las sustancias por parte de las familias examinadas, donde el consumo frecuente de tabaco se hace en mayor proporción que el uso de alcohol u otras sustancias. La edad se asocia de forma significativa con todos los indicadores de consumo, es decir, a medida que aumenta se fuma y se bebe con mayor frecuencia, se produce mayor número de borracheras y aumenta la frecuencia de consumo de cannabis o el contacto con otras drogas. Se encontró que el consumo de tabaco es más prevalente entre las chicas (28,6%) que entre los chicos (9,6%). El consumo de alcohol o tabaco por parte del padre no se asocia a ninguna variable de consumo de los hijos o hijas, en cambio, el uso de alcohol por parte de la madre se asocia a una mayor frecuencia de borracheras.

Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis planteada en este estudio en cuanto a que el conflicto entre los padres se asocia a una mayor experimentación con las drogas, ya que se pudo establecer

que las dimensiones del conflicto entre padres que muestran significación estadística y en todos los casos se presentan como factores de riesgo: el hecho de que el hijo o hija se perciba como motivo del conflicto de los padres (OR= 1,33), la inestabilidad de la relación parental (OR= 1,32) y la frecuencia de los conflictos (OR= 1,30). Según las pruebas estadísticas aplicadas se encontró que a medida que aumenta la percepción de relaciones hostiles y de control por parte del padre y de amor por parte de la madre aumenta la frecuencia de consumo de tabaco y, por el contrario, relaciones de amor por parte del padre y control por parte de la madre, se asocian a una menor frecuencia de consumo. Una menor cohesión familiar estaría asociada a una mayor frecuencia de consumo de tabaco o viceversa. Respecto al funcionamiento familiar, una menor cohesión percibida por el hijo se asociaría con una mayor frecuencia de consumo de alcohol; la frecuencia de consumo de tabaco se asocia también a una relación de bajo control de la madre y a un bajo nivel de cohesión familiar percibido por el hijo o hija. Refiriéndose al funcionamiento familiar valorado por el hijo o la hija, la cohesión y adaptabilidad se muestran como factores protectores sobre la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas. Haber probado un mayor número de drogas ilegales se asocia a un mayor grado de conflicto marital percibido por los hijos o hijas y a un mayor grado de despreocupación en la relación con la madre.

El estudio sobre *Salud mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar*, realizado por los Grupos de Investigación en Familia y el Centro de Estudios en Salud Mental CES, de la UPB, en la ciudad de Medellín (2008), tuvo como muestra 1.906 estudiantes desde grado quinto hasta once tanto de colegios de Medellín como del área Metropolitana. El 42,8% de sexo masculino y el 57,2% femenino, con una edad entre los 9 y los 19 años con un promedio de 13,49 \pm 2,28 años y una mediana de 13 años.

En cuanto a la conformación de la tipología familiar predomina la nuclear con un 48,6% y en segundo lugar aparece la convivencia junto con otras formas de organización familiar con un 32,6%. Se encontró que el 1,6% de los hijos de familias nucleares no cuenta con

una red de apoyo familiar y social en contraste con los hijos de padres separados en un 5,7% y 9,2% de aquellos que conviven con otras formas de organización familiar, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El mayor porcentaje (64%) de los encuestados convive con ambos padres, lo que puede indicar que, pese a los conflictos descritos en nuestro medio para la familia actual, sigue teniendo fuerza el valor de la unidad familiar. Ser hijo de padres separados es un factor de riesgo fuertemente asociado con la dependencia a drogas (RD= 3,07) y el alcoholismo (RD= 1,85).

Respecto al consumo de alcohol y otras drogas, cabe destacar los siguientes hallazgos: la edad de inicio de consumo de alcohol hasta la embriaguez se acerca a 14 años en los jóvenes provenientes de familias nucleares, en cambio es de 13 años en los que provienen de familias separadas. También se observa que la edad de inicio para todo tipo de drogas es sumamente baja ya que oscila entre los 11 y los 14 años. Casi la mitad de los hijos de padres separados consumieron alcohol en el último año, de ellos el 25% hasta la embriaguez y más del 25% consumen cigarrillos, las edades de inicio de consumo son muy tempranas, de 12 a 13 años para el alcohol y 12 años para el cigarrillo.

En el segundo estudio sobre “Salud mental del adolescente”, realizado por Yolanda Torres de Galvis (2009), la población estuvo constituida por 4.764 estudiantes de colegios públicos y privados de Medellín y los 5 corregimientos, el 43,1% de los estudiantes pertenece al sexo masculino y el 56,9% al femenino. El rango de edad estuvo entre los 10 y los 20 años, con un promedio de 13,86 a 2,17 años y una mediana de 14 años.

En cuanto a la conformación de la familia se encontró que el 45,1% de los adolescentes viven con su familia nuclear, a diferencia del 61% en el 2000 y el 44,9% en el 2006, lo que indica transformaciones en este sentido ya que vienen ganando espacio otras tipologías de familia, en especial las monoparentales femeninas y las extendidas. El porcentaje de niños, niñas y adolescentes que informan tener “muy buena” y “buena” cohesión familiar es del 93%, indicador muy similar al encontrado en el primer estudio realizado en el mismo grupo poblacional en

Medellín. En el estudio sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar realizado en Medellín en el 2008, se encontró que el porcentaje de adolescentes con cohesión familiar buena o muy buena es mayor en las familias nucleares que en los otros tipos de familia.

Se le preguntó a los jóvenes “¿cuando tiene dificultades a quién acuden buscando apoyo?”, el 67,1% respondió que “siempre” cuenta con su madre, seguido por el padre con 33,2%. Además, en el 55,2% de las familias el padre y la madre son quienes asignan las reglas, seguido de la madre con el 31,3% lo cual la confirma como una figura muy importante en el hogar antioqueño ya que el padre solo aparece en forma individual con un 4,9%. Asimismo, en cuanto al ejercicio de autoridad ejercida en la familia, se encontró que en la mayoría de los casos (63,7%) se ejerce de manera respetuosa y participativa.

Respecto al consumo de alcohol y otras drogas cabe destacar los siguientes hallazgos en este estudio: de cada 100 adolescentes escolarizados casi 8 presentan dependencia al alcohol; la droga de mayor consumo está representada por las bebidas alcohólicas con una prevalencia de 47,3% durante el año 2009, con incremento en relación con el primer estudio en el cual dicha prevalencia fue de 39,9%. Se encontró un incremento para la prevalencia de dependencia a las drogas, que pasa de 2,0% en el 2006 a 3,2% en el 2009. La marihuana continúa siendo la sustancia ilegal de mayor consumo y la prevalencia anual aumentó y el índice de ex consumo⁴ para el año de estudio es de 83,5%. La edad de inicio es 13,8 años. En cuanto a la heroína, que se incluyó por primera vez en este estudio, el hallazgo presenta una prevalencia anual de 0,7. Al sumar el ex consumo con la prevalencia anual se encuentra el indicador de prevalencia de vida que llega a uno de cada 100 adolescentes. El promedio de edad de inicio es 12,6 años. Para la cocaína se encontró que el 93,5% nunca la han consumido y la prevalencia anual para su utilización llega

al 4,0%, siendo la edad de inicio a los 14 años. La utilización del “éxtasis” no presentó cambios entre los dos estudios siendo su prevalencia anual de 2,3% en el 2006 y 2,2% en el 2009. La edad de inicio para el 2009 es de 13,8 años. La prevalencia anual de “*popper*”, fue de 6,9% y la prevalencia de vida de 13,4%. La edad de inicio 14,2 años. Importante anotar que se encontró una RD 3,35 entre problemas de alcohol y problemas académicos, lo que significa que el consumo de esta sustancia es factor de riesgo para dichos problemas.

Reflexiones finales

A manera de reflexión final podemos darnos cuenta a través de los hallazgos investigativos cómo las interacciones familiares cumplen un papel decisivo en la prevención de conductas adictivas en niños, niñas y adolescentes o, por el contrario, unas relaciones inadecuadas pueden convertirse en factor de riesgo y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Como plantea Agudelo

En la familia es necesario crear condiciones de desarrollo basadas en la libertad, la justicia, el respeto, la tolerancia, la solidaridad y el diálogo. Todo esto propicia la salud mental y genera posibilidades positivas de desenvolvimiento de niños, niñas y adolescentes, aportando factores protectores que les permita hacer frente a los estilos de vida que se imponen en la cultura de las drogas. (2006, 8)

La cultura de la prevención es el resultado de un proceso de aprendizaje que se inicia en la escuela y ha de continuar en los demás niveles formativos incluyendo el profesional. En estos ámbitos se incluye a la familia como escenario importante para la formación en valores, para el desarrollo de habilidades en la comunicación, para la generación de conciencia en los padres acerca de su papel orientador y la detección oportuna de problemas en los hijos, entre otros aspectos. La cultura de la prevención requiere la participación de distintos estamentos sociales, públicos y privados, teniendo como herramienta básica la educación para la vida y la incorporación de actitudes proactivas para la prevención.

⁴ Según el Fondo Editorial contra Drogas, ex consumo significa “[...] la porción de la población que declara haber usado una sustancia psicoactiva determinada alguna vez pero que no la ha vuelto a usar hace un año” (1999, 27).

Una cultura de prevención del abuso de SPA ha de incluir de manera obligada a la familia, por ser ella un escenario de formación de los niños, las niñas y adolescentes en complementariedad con otros contextos como la escuela y la comunidad.

Referencias bibliográficas

- Ackerman Nathan. 1987. *Psicodinamismo de la vida Familiar. El Ambiente Familiar*. Madrid: Editorial Narcea.
- Agudelo, Bedoya María Eugenia. 1993. “La comunicación en la familia”. Medellín. Centro de familia de la Universidad Pontificia Bolivariana.
- Agudelo, Bedoya María Eugenia. 1999. “Papel de los profesionales frente a la orientación de la familia en el manejo de la autoridad”. *Revista de la Facultad de Trabajo Social UPB*. 16 (16): 33-41. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
- Agudelo, Bedoya María Eugenia. 2006. “Funciones de la familia y de la escuela, un encuentro en la construcción de valores”. Ponencia en el Primer encuentro Educativo sobre la trascendencia de la educación en valores en la escuela actual. Colegio Emaus, Medellín. (Inédito)
- Auloss, Guy. 1983. “Finalités individuelles at finalités familiales: Ouvrir des Choix”. *Revista Thérapie Familiale* 4 (2): 207-219. Geneve.
- Borrero, María del Carmen. 2005. “Análisis de los factores Sistémicos y Psicosisistémicos, que Influyen en la separación y Ruptura conyugal”. *Revista de la Universidad del Azuay* (35): 93-130. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Cañavera, Maria. 1988. “Diada Marital disfuncional y farmacodependencia a pasta básica de cocaína”. (Tesis de bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú).
- Dorsch, Friedrich. 1976. *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Editorial Herder.
- DSM IV 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Estrada Arango, Piedad. 1996. Tipología de la familia en Medellín y cumplimiento de las funciones familiares. (Documento Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín).
- Estrada Arango, Piedad, C.M. Mora Velásquez, I.C. Bernal Vélez, et al. 1996. Evaluación del estado del saber sobre tipología familiar según los estudios realizados en Medellín, periodo 1980-1996. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, Centro Integrado para el Desarrollo de la Investigación.
- Estrada Arango Piedad, María Eugenia Agudelo Bedoya, Yolanda Torres de Galvis, et al. 2008. *Estudio sobre la Salud Mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana. Centro de Familia. Grupo de investigación familiar, Universidad CES.
- Forteza-Rei, Jordi; Junípero Serra, et al. 1989. “Nuestra experiencia con 100 tratamientos con naltrexona”. *Revista Adicciones*, 1 (2): 38-43. Palma de Mallorca: Instituto Socidrogalcohol.
- Fuerte, Maya. 2001. “Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Abordaje Familiar en Consumidores Abusivos de Alcohol”. *Anales* (24): 83-92. Navarra España. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Galindo, José, Ida Alfaro, Laura Osso, et al. 2004. “Vulnerabilidad Familiar al consumo de drogas en familias adolescentes”. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan* 5 (1): 3-25. Lima.
- García García, Laura. 1996. “La violencia intrafamiliar en la comunidad de huautla de jimenez, Oaxaca” *Revista trabajo social Universidad Nacional Autónoma*. (12): 48-50. México: Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gossop, Michael y Marcus Grant. 1990. *Prevención y control del abuso de drogas*. Ginebra: OMS.
- Kaplan Harold y Benjamin Sadock. 1996. *Terapia de Grupo*. 3º ed. España: Editorial Médica Panamericana.
- Kasen, Stephanie; Patricia Cohen, Judith Brook, et al. 1996. “A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatry disorders in children”. *Journal of Abnormal Child Psychology*. New York: Department of Psychiatry, Columbia University.
- Martínez, Marino. 1992. *Familia y farmacodependencia*. Medellín: Congreso Latinoamericano: Familia y Reeducción al Encuentro del Siglo XXI.
- Meynckens, Fourez Muriel. 1988. *El síntoma de la familia y la institución*. Fascículo taller – El lugar del síntoma. Bruselas: Universidad Católica de Lovaina.
- Rask K, Astedt-Kurki, Paivi. 2005. “Adolescent subjective well-being and realized values Journal of Avanced Nursing”. 38 (3): 254-263. Tampere: School of Health Sciences, University of Tampere.
- Saldarriaga, Margarita. 1987. *La familia adicta y la terapia familiar*. Encuentro Nacional de Terapia Familiar. Medellín: FUNLAM.

- Serrano Gonzalo, Godás Agustín, Mirón Lourdes, *et al.* 1996. “Perfil Psicosocial de los adolescentes Españoles”. *Revista Psicothema* 8 (1): 25-44. Barcelona: Universidad de Oviedo.
- Staton, Duncan. 1980. “A family theory of drug abuse”. *Theories Of Drug Abuse: Selected contemporary perspective*. 147-156. Washington, D.C: National Institute On Drug Abuse.
- Torbay, Angela, Mónica Marrero, María Cristo Heras. 2003. “Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes, desde un programa de intervención: La perspectiva de los implicados”. *Anales de psicología* 19 (2): 173- 186. Murcia: Universidad de Murcia.
- Watzlawick, Paul. 1974. *Teoría de la comunicación*. Barcelona: Editorial Herder.
- Material en línea**
- Ayerbe Ana, Alberto Espina, Begoña Pumar, *et al.* 1987. “Un estudio sobre tipología familiar de Cancrini adictos a heroína y su relación con el clima familiar”. http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf_art/30-studio%20tipologia%20familiar%20heroína.pdf (13 octubre del 2010).
- Bocoña, Elisardo. 2002. Bases científicas de la Prevención de las drogodependencias. 75-77. Madrid: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. En www.pnsd.msc.es/Categoría/2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf (julio del 2012).
- Cangrini, Luigi. 1987. “Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles”. *Revista Comunidad y Drogas. Monografías* 1 (sv): 45-57. Madrid. <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?id=105816&bd=PSICOLO&tabla=docu> (15 de septiembre del 2011).
- Drug Facts: lecciones aprendidas de las investigaciones sobre las drogas. 2004. EEUU: National Institutes Of Health NIDA National Institute on Drug Abuse. <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/infofacts/lecciones-aprendidas-de-las-investigaciones-sobre-la-prevencion> (14 de julio del 2011).
- Fernandez Olazabal, Pedro, Isabel Louro Bernal y Pedro Hernandez Mandado. 1997. “Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico”. *Revista Cubana Med Gen Integr [online]* 13 (4): 330-336. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=So864-21251997000400003&script=sci_abstract (23 de noviembre de 2011).
- Gimeno Escrig, Carmen; María Ángeles Américo Martínez y María José García. (1993). “Perfil de los drogodependientes y familias atendidos en el Servicio Municipal de Drogodependencias de Villajoyosa”. http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5890/1/ALT_02_16.pdf (21 octubre del 2011).
- Grupo Interdisciplinar sobre Drogas GID. 2000. “La oferta de drogas y los programas de intervención”. <http://www.grupogid.org> (junio 23 del 2011).
- OMS. 2011. “Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol” <http://www.who.int/features/qa/66/es/index.html> (10 Octubre del 2011).
- OMS. 2011. “¿Constituye el uso nocivo del alcohol un problema de salud pública?”. Reporte de Febrero. www.who.int. (23 de junio del 2011).
- Santi, Analía Soledad. 2006. “Alcoholismo: integración familia-paciente desde la terapia ocupacional” *Revista Terapia Ocupacional Galicia roG* (A Coruña) 3 (4): 1-10. Galicia: Asociación Profesional Gallega de T.O. <http://es.ask.com/web?l=dis&o=13881&qsrc=2869&q=RevistaGallegazodTerapiaOcupacionalroG> (julio del 2011).
- Sanz, Mireia, Ana Martínez-Pampliega, Loseba Iraurgi, *et al.* 2004. “Asociación para el Estudio del Funcionamiento Familiar”. Bilbao: Universidad de Deusto-Emakunde. www.gizartegaiak.ejgov.net/GizarteGaiakContenidos/pdf/conflicto_parental_consumo_drogas_en_hijos_a.pdf (13 de septiembre del 2011).
- Torres de Galvis, Yolanda, Mario Alberto Zapata Venegas, Lilliana Patricia Montoya Vélez, *et al.* 2009. Segundo estudio de salud mental del adolescente. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad CES. http://onms.ces.edu.co/uploads/files/11201434_SEGUNDO-ESTUDIO-DE-SALUD-MENTAL-DEL-ADOLESCENTE-MEDELLIN---.pdf (21 de agosto del 2011).
- Volkow, Nora. 2006. “Una Carta a los Padres en Juventud Latina. Hable con sus hijos sobre las drogas y sus peligros”, National Institute on Drug Abuse, NIDA. <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/juventud-latina/una-carta-los-padres> (13 de febrero del 2012).