



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Vargas Navarro, Pedro; Parra Vera, Mario Danilo; Arévalo Zamora, Caterín; Cifuentes Gaitán, Luisa Karen; Valero Carvajal, Jaime; Sierra de Jaramillo, Margarita
Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 44, núm. 3, 2015, pp. 166-176

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

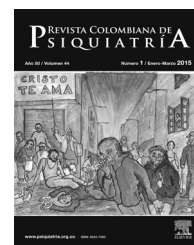
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca[☆]



Pedro Vargas Navarro*, Mario Danilo Parra Vera, Caterín Arévalo Zamora, Luisa Karen Cifuentes Gaitán, Jaime Valero Carvajal y Margarita Sierra de Jaramillo

Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de septiembre de 2014

Aceptado el 12 de febrero de 2015

On-line el 9 de abril de 2015

Palabras clave:

Relaciones familiares

Dependencia de sustancias

Abuso de sustancias

Abuso de drogas

R E S U M E N

Objetivo: Determinar la estructura y la tipología familiar de un grupo de pacientes con dependencia o abuso de sustancias que se encontraban en un centro de rehabilitación de adicciones durante el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2009.

Métodos: A través de una metodología descriptiva cualitativa-interpretativa, se estudió a 10 pacientes y sus familias que cumplían los criterios de inclusión por dependencia o abuso de sustancias; el trabajo de campo y las transcripciones se realizaron durante 3 meses mediante observación no participante, entrevista no estructurada y revisión de la historia clínica del paciente.

Resultados: De las familias entrevistadas, siete eran monoparentales, con una organización no convencional respecto a «roles de género». La familia monoparental favorece la soledad, la dificultad para poner reglas, la desidealización del lugar del padre en la estructura familiar y la búsqueda de una complicidad constante. En el análisis por categorías, se concluyó que en las 10 familias del estudio de personas con adicciones son frecuentes características de la estructura familiar como la comunicación inadecuada, la ausencia de autoridad, reglas y límites, la presencia de triangulaciones, la falta de cohesión dada por la existencia de un patrón de relación desligado y el cambio de roles convencionales con respecto a género. La búsqueda del afecto de la madre ante su ausencia emocional por la sobrecarga en los roles y la falta del padre, suscitada por la separación de la pareja, se encontró como un aspecto esencial subyacente al comportamiento adictivo. Se configura un patrón de abandono parental.

[☆] Este artículo se basa en la tesis «Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el municipio de Chía, Cundinamarca», presentada en 2010 en la Universidad El Bosque para optar el título de Médico Psiquiatra del segundo de los autores y optar al título de Médico Cirujano General de los autores restantes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vargaspedro@unbosque.edu.co (P. Vargas Navarro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.007>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Se confirma lo mencionado por diversos autores acerca de las características de la tipología y la estructura familiar encontradas en pacientes con adicciones, además de su necesidad de afecto junto con la premura por una figura maternal. La tipología familiar no determina por sí misma el abuso de sustancias psicoactivas, sino la influencia de otros factores como la estructura familiar, especialmente las interacciones afectivas deficientes, lo cual debe considerarse en el desarrollo de las estrategias terapéuticas.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Structure and Family Type in Patients With Substance Abuse or Dependence Psychoactive Rehabilitation Center of Addiction in the Municipality of Chia Cundinamarca

A B S T R A C T

Keywords:

Family relationships
Substance dependence
Drug abuse
Substance abuse

Objective: To determine the family type, family structure in a group of patients with a diagnosis of substance abuse or dependence who were at a rehabilitation center for addiction during the period between August and October 2009.

Methods: Through a descriptive qualitative-interpretative methodology 10 patients who met inclusion criteria for substance dependence or abuse were studied. The fieldwork and transcripts were made for three months by non-participant observation, non-structured interviews and examination of patients' clinical history.

Results: Seven of the families interviewed were single-parent families with an unconventional organization on "gender roles". Single-parent families favored loneliness, difficulty in rule-setting, de-idealization of the place of the father in the family structure and a constant search for complicity. In the analysis by categories, we found that in 10 families in the study of individuals with addictions it is common to find family structure characteristics such as inadequate communication, lack of authority rules and limits, presence of triangulations, the lack of cohesion due to the existence of a disconnected relationship pattern and changed roles compared to conventional gender. The search for the affection of the mother at her emotional overload absence of roles and lack of father, raised by the separation of the couple, was found as an essential aspect underlying the addictive behavior. A pattern of parental abandonment is configured.

Conclusion: The findings confirmed what has been mentioned by various authors regarding the characteristics of the family typology structure and personal factors in patients with addictions, in addition to their need for affection combined with the desire for the mother's presence. The family typology does not determine for itself the abuse of psychoactive substances, but the influence of other factors such as family structure, especially deficient affective interactions, which should be considered in the development of therapeutic strategies.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Uno de los problemas de salud en el mundo con grandes repercusiones individuales, familiares y comunitarias es el abuso y la dependencia de sustancias legales e ilegales. En Colombia, las diferentes estadísticas de los últimos veinte años sobre el consumo de sustancias psicoactivas muestran que es un país en el cual el índice de abuso es muy alto, con una prevalencia del 10,6% de toda la población¹. Según un estudio realizado en 2013, alrededor de 2,5 millones de personas en Colombia hacen un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas. Del grupo de consumidores de alguna droga

ilícita en el último año (839.000 personas), el 57,7% presenta patrones de uso perjudicial, ya sea dependiente o abusador. El consumo tanto de bebidas alcohólicas como de sustancias ilícitas aumentó de 2008 a 2013².

Se ha descrito que en las familias con adicciones hay factores de riesgo derivados de su composición (tipología), organización, valores y comportamientos característicos que forman parte de la estructura familiar.

Se define la estructura familiar como el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia³. Minuchin afirma que la estructura es aquello que la interacción va fijando por repetición en un sistema⁴. La tipología

familiar hace referencia a un método de clasificación o diagnóstico en el cual se identifican modelos, grupos o tipos característicos que preferentemente se excluyen entre sí⁴. En otras palabras, es la manera en que se forman o agrupan las familias.

Se puede identificar dos clases de estructura en la familia: la interna y la externa⁵. Se denomina tipología familiar a la estructura externa, que está determinada por los sujetos que conforman la familia en función de sus «lazos de filiación, parentesco, afinidad o afecto». A su vez, se denomina funcionamiento familiar a la estructura interna, representada por las relaciones en su interior, así como por el manejo del poder, reglas y roles, jerarquías y límites dentro de un sistema⁶.

Dentro de la estructura familiar de personas con abuso de sustancias, hay patrones característicos, como la carencia de consenso social sobre las reglas educativas, la valorización de los desempeños individuales, la desidealización del lugar del padre en la estructura familiar, la pérdida de las barreras intergeneracionales con el rechazo a todo conflicto abierto, la búsqueda de una constante comprensión mutua con los hijos, la búsqueda de una complicidad constante y la afirmación de los padres de que no viven sino por y para sus hijos, entre otros⁷.

El problema del consumo es complejo y multicausal e involucra factores tanto de riesgo como protectores. Se consideran factores de riesgo los asociados con mayor potencial de abuso de sustancias y factores protectores, los asociados con reducción del potencial de abuso. Entre los factores de riesgo encontramos la conducta agresiva temprana, la falta de supervisión paterna⁸, el abuso de sustancias por los padres, compañeros o hermanos^{1,8,9}, la disponibilidad de drogas en la escuela y la pobreza. Como factores protectores, un adecuado control de impulsos, la supervisión paterna, la competencia académica, el uso de políticas antidroga y sólidas redes de apoyo⁸.

Los factores de riesgo aparecen muy temprano en el desarrollo. Se han clasificado como socioculturales o contextuales y como individuales e interpersonales⁸. Los factores contextuales incluyen la disponibilidad de las drogas, la privación económica, las normas y leyes de la comunidad y la existencia de un vecindario desorganizado⁸. Los factores individuales e interpersonales incluyen factores fisiológicos, actitudes familiares hacia el consumo de drogas nocivas, prácticas de dirección familiar pobres o inconsistentes, conflicto familiar, escasa vinculación a la familia, problemas de conducta tempranos y duraderos, fracaso escolar, bajo grado de compromiso con la escuela, rechazo del grupo de iguales en los primeros cursos, enajenación y rebeldía, actitudes favorables al consumo de drogas y un inicio temprano en dicho consumo⁸. El conflicto entre los padres y el abandono se asocian a mayor experimentación con las drogas.

Según Martínez, 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 viceversa¹⁰.

Para Saldarriaga, existen varias características en las familias de los farmacodependientes: mala integración; separación de los padres; muerte de alguno de los padres; familias poco afectivas; conflictos económicos en mayor o menor grado;

relaciones conflictivas entre padres e hijos; abandono temprano del hogar por parte del adicto; antecedentes patológicos y de adicción en la familia; transmisión inadecuada de valores, normas y patrones de conducta, y conflictos continuos entre alianzas o coaliciones visibles¹⁰.

Duncan Stanton et al. plantearon que, al comparar a las familias de esquizofrénicos y personas psicósomáticas jóvenes, las familias con adictos parecen ser más primitivas y directas en su expresión del conflicto. Entre las características de los adictos se descubre que las madres muestran mayores prácticas simbióticas que las madres de esquizofrénicos o de personas «normales», en los individuos hay una ilusión de independencia y los síntomas de la adicción proporcionan una forma de pseudoindividuación¹¹.

Los ciclos de la adicción hacen referencia al proceso progresivo de la enfermedad adictiva, en el cual se van sumando múltiples factores para, finalmente, producir el problema biopsicosocial en el individuo, la familia y la sociedad con diferentes manifestaciones en cada una de estas áreas.

No hay una familia tipo para las adicciones, pero hay características en la estructura familiar que favorecen la aparición de adicciones. El objetivo del presente estudio es determinar la estructura y la tipología familiar de un grupo de pacientes con dependencia o abuso de sustancias que se encuentran en un centro de adicciones.

Métodos

Esta investigación se realizó desde un enfoque descriptivo, cualitativo-interpretativo; se aplicó el programa Atlas ti versión 5.5, se categorizaron las entrevistas en tres secciones, con el fin de consolidar los resultados de la investigación en un solo foco y extraer las categorías más relevantes.

Para el trabajo de campo se elaboraron cuatro guías: de entrevista para las familias y el paciente, preguntas para el paciente y la familia sobre la historia del consumo y datos para obtener de la historia clínica del paciente incluyendo preguntas sobre la historia del consumo.

En la guía de entrevista, se pidió una descripción de la familia y se indagaron aspectos de la estructura familiar como poder, normas, reglas secretas, límites, la existencia de triangulación, las formas de resolver los problemas, la expresión del afecto, mitos y creencias existentes. Los entrevistadores fueron un psiquiatra clínico y un residente de psiquiatría entrenados por una terapeuta de familia en la forma de abordar a la familia. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Se llevó a cabo una prueba piloto con un caso y luego se estudió a 10 pacientes con sus respectivas familias. Todo este proceso se realizó durante 3 meses.

Los criterios de inclusión fueron: edad > 15 años; diagnóstico de dependencia al alcohol, marihuana, cocaína, opiáceos o anfetaminas que cumplieran los criterios de inclusión del DSM-IV-TR y que se encontraran en un plan terapéutico o en fase de remisión sostenida, participar en un programa de un centro de adicciones. En la selección de las familias se consideró que estuviera presente al menos un miembro del núcleo primario o secundario del paciente.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos: autorización de la institución y del médico tratante para el

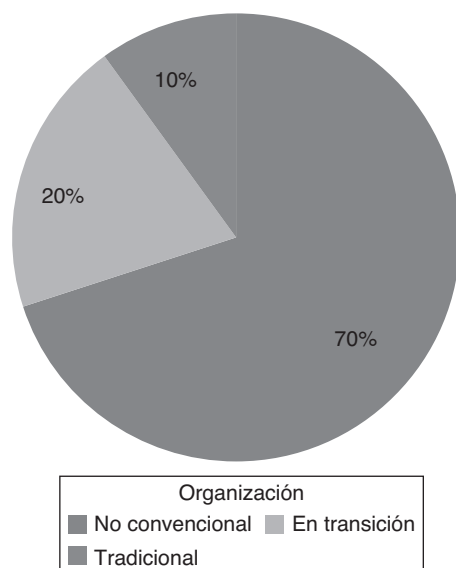


Figura 1 – Distribución y porcentajes según la organización de las familias entrevistadas.

seguimiento de los pacientes seleccionados y la consulta de la historia clínica; consentimiento informado del paciente y/o la familia para ser grabado o filmado durante las diferentes etapas del estudio; firma y autorización del paciente o familiar acudiente en el caso de los menores de edad, en el cual manifestaba estar de acuerdo con el estudio y conceder el consentimiento informado, y ofrecer retroalimentación al centro de adicciones sobre los resultados encontrados y la recomendación de trabajar en los hallazgos relevantes de la investigación, lo cual se llevó a cabo.

El análisis se realizó a partir de la triangulación interpretativa, en la cual se entrecruzaron nuestras opiniones, las de los autores y las voces de los entrevistados que se describen en los resultados.

Resultados

Conformaron el grupo 7 pacientes menores de 19 años (4 varones y 3 mujeres de 15-19 años), 1 mujer de 35 años, 2 varones adultos (1 de 24 años y 1 de 56) y al menos un miembro de sus familias. En total, 6 varones y 4 mujeres (tabla 1).

Todos los adolescentes eran estudiantes solteros que llevaban entre 1 y 10 años de consumo con patrón diario. La sustancia más usada era la marihuana y otras fueron alcohol, tabaco, bazuco, bóxer, clonazepam y cocaína (tabla 1).

De los adultos, una era desempleada, otro estudiaba y trabajaba y otro trabajaba en forma independiente. Dos eran solteros y uno, divorciado. Llevaban entre 12 y 36 años de consumo. Uno tenía consumo de heroína, uno de marihuana y uno de alcohol (tabla 1).

Se encontró que siete familias eran no convencionales, dos en transición y una tradicional (figura 1).

Además, siete familias eran monoparentales y correspondían a madres solas vinculadas a la relación por separación, dos nucleares y una reconstituida (figura 2). Estos hallazgos son independientes del proceso descriptivo.

Tabla 1 – Aspectos sociodemográficos de los pacientes entrevistados

Datos historia		Pacientes									
Edad (años)		1 15	2 16	3 16	4 16	5 17	6 18	7 19	8 35	9 24	10 56
Sexo	Varón	Varón	Varón	Mujer	Varón	Varón	Varón	Mujer	Mujer	Varón	Varón
Ocupación	Estudia	Estudia	Estudia	Estudia	Estudia	Estudia	Estudia	Desempleado	Desempleado	Estudia y trabaja	Trabaja
Estado civil	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero	Divorciado
Consumo (años)	3	1	1	2	10	4,5	4	20	12	36	36
Sustancia que consume	Tabaco, marihuana	Marihuana	Alcohol, tabaco	Marihuana	Marihuana, bazuco, bóxer, cocaína	Marihuana, cocaína	Alcohol, marihuana, bóxer	Marihuana	Heroína	Alcohol	Alcohol

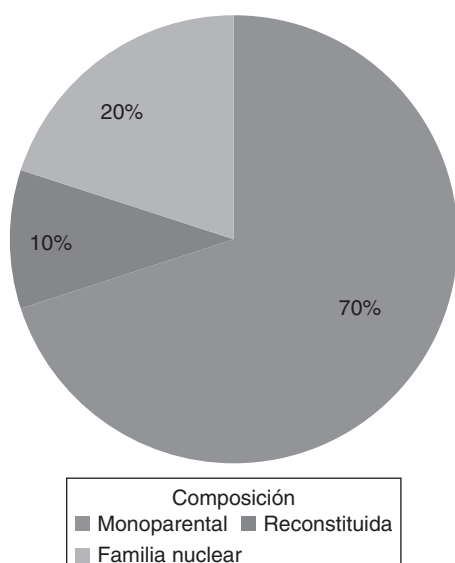


Figura 2 – Distribución y porcentajes según composición de las familias entrevistadas.

Se dividió en cuatro etapas el proceso descriptivo de las entrevistas, enmarcando la evolución por ciclos de la adicción. Las etapas corresponden al proceso de la adicción, la cual se inició en muchos de los entrevistados en la etapa 1. Una persona puede pasar de nuevo de la etapa 4 a la etapa 1. Las etapas corresponden al medio o las circunstancias en que se desarrollaron los pacientes. Fueron evidentes en la etapa 1 el sentimiento de maltrato, la falta de autoridad, la distancia de la relación con su familia, las preferencias por otros miembros de la familia y/o el rechazo y, también, la falta de exigencia.

En la etapa 2 se ubican ciertas categorías que culminan en soledad, decepción, diálogo o intento de diálogo (esto por parte de alguien de la familia o familiar), sin resultados favorables en la mayoría de los casos. Comienza la adicción cuando no es efectivo el diálogo, buscando el efecto de tranquilidad temporal para el entrevistado; se daba el aislamiento y, con este, una falsa sensación de libertad.

En la etapa 3, independencia; el entrevistado cree lograr esa independencia que lo destaca o llama la atención en el entorno inmediato. La falta de exigencia, normas y límites es un factor que lo ubica en este estado, y no percibe la falta de control del núcleo o entorno. Motivación: aunque está en la etapa 3, podría decirse que es intermedia entre la 3 y la 4, es un efecto especial que podría romper el ciclo. Los entrevistados encuentran en la motivación o el efecto motivacional por un ser o alguien (en otras palabras, si logran encontrar su proyecto de vida y apasionarse por este) la posibilidad de salir de todas las etapas del tema de la adicción.

La etapa 4 es la de los resultados de todo el ciclo, depresión, tristeza, culpabilidad.

Estas etapas describen el proceso de la dinámica familiar y las reacciones personales emocionales, conductuales y cognitivas de este grupo de pacientes que se evidencian en las categorías que a continuación se describen y analizan.

Las principales categorías encontradas fueron: violencia, sentimientos negativos, debilidad, soledad, falta de entendimiento y exceso o déficit de autoridad. Las categorías y algunas voces se describen a continuación y su análisis se complementa en la discusión.

Violencia

Se expresaron conductas donde la venganza, la ira, el descontrol, el maltrato, la agresividad y las reprimendas se hacen evidentes.

«Mi mamá es muy rebelde y violenta, cuando estaba pequeño le daban ataques de ira y era muy difícil controlarla.» «Hablando con mamá, a veces se revienta, a veces maneja palabras vulgares.» «Estable, pues, de pronto en situaciones anteriores, años anteriores tenía ira, ira contra que de pronto el no estuviera ahí para protegerme o también expresaba mi ira contra la sociedad, no sé.»

Sentimientos negativos

Ocupan un lugar importante para alcanzar bienestar, tomar decisiones y relacionarse con los demás individuos. Se observaron sentimientos de tristeza, ansiedad, ira, depresión, confusión, placer y felicidad.

«Me gusto más el boxeo porque me hacía olvidar todo, de hecho yo le entregue mis sentimientos y pues yo vivía tan aburrida y estresada y el boxeo era lo único que me hacía elevar, a ver cosas, me sacaba de la realidad a diferencia de las otras cosas.» «No, espero no volver a recaer que esto sea lo último que haga, quiero recuperarme, ya estoy muy mal, ya quiero tener una felicidad clara y transparente y ya no quiero tener placeres instantáneos.»

Debilidad

Durante este trabajo se evidencia la debilidad como una característica que aparece en las tres partes del análisis como uno de los comportamientos propios de la adicción. Las categorías que guardaron relación con la debilidad son la alteración de la identidad, la tristeza, la culpa y el aislamiento.

«Como triste en parte porque me obligaron a entrar ahí, me sentía como si no me entendieran en mi familia y yo como que les dejé de hablar a mis papás y a mi hermana.» «Entonces, ya como mi papá le quitó a uno las cosas, siento no poder, pero entonces empieza uno a perder como su identidad.» «Yo me siento culpable porque por muchas cosas mías tienen problemas.»

Soledad

Esta categoría aparece en las tres partes del análisis como una consecuencia y un comportamiento propio de la adicción.

«... Empezamos a aislarnos, aunque la relación era cordial, hola cómo estas, qué necesitas y ya, pero nos empezamos a alejar mucho, entonces yo preferí alejarme.» «... Pero estaban muy distanciados porque mi mamá cumplió más funciones como de hija que de mamá y de esposa.» «No, no sentía como esa labor de que éntrese temprano, no haga tal cosa, o mire las tareas, sino como que fue una etapa en la que crecí muy solo.»

Falta de entendimiento

Hay una búsqueda de un objeto que no se comprende en los casos entrevistados; este objeto es la madre, generando una necesidad que se persigue y podría trasladarse hacia la búsqueda de placer que se encuentra en la droga.

«Yo ya le respondía, entonces se empezó a perderse y andar con rencores yo hacia ella y ella hacia mí, así ya era muy difícil estar porque no nos entendíamos, vivíamos en pelea.» «Pues yo también, no nos hemos entendido.»

Exceso o déficit de autoridad

Las voces evidenciaban la presencia de conflicto en la familia, con problemas en la comunicación y llegando hasta la violencia física. Se daban dobles mensajes y no se sabía quién ejercía la autoridad. Algunos padres trabajaban en exceso. En otros casos la abuela era parte de la familia.

«Me pegaba, con correa con lo que fuera, mi abuelo se metía a decir que no era forma de reprender a una persona y menos a un niño, pero ella era muy volada y era la que mantenía la casa y manipulaba por el dinero. Mi viejo era alcahuete en el sentido que me consentía.» «El *man* iba y me reprendía, que tal no, pues ya después, o sea ya hasta ahí me le escabullí porque yo lo que quería era vivir mi vida.» «Cambié porque J, a pesar de tener su genio y eso, siempre fue muy respetuoso y me hacía caso hasta cierto punto, y hace un año él me contestó porque nos peleamos, y yo lo golpeé y él me respondió, y yo lo eché de la casa porque ahí se perdió el respeto.» «Entonces, como mi abuela estaba, ella asumía toda la autoridad, y ya cuando mi papá estaba, pues nosotros ya estábamos dormidos o...» «En parte sí, porque no quiero que mis hermanas cometan los mismos errores que yo cometí y mi mamá es muy falta de carácter para poner reglas.»

Discusión

Ya se ha mencionado que la gran mayoría de familias entrevistadas están conformadas de manera monoparental, es decir, que en estas familias solo está presente uno de los padres dentro del hogar, y en estos casos la madre, como producto de la ruptura de la relación de pareja.

Este tipo de familia es cada vez más frecuente en las sociedades modernas, dado que hay una gran variedad de factores demográficos, sociales y económicos que influyen en el desarrollo de estos grupos, donde se encuentran altos niveles de migración, divorcios y embarazos fuera del matrimonio³.

En las familias monoparentales, los hijos tienen mayor incidencia de problemas emocionales y de personalidad¹², mayor índice de consulta psicológica, de ideas de muerte e intentos de suicidio, mayores niveles de consumo de alcohol y drogas y menor autoestima¹³.

Las familias monoparentales en esta situación tienen una red social pobre. Una buena red de apoyo puede proteger de estos problemas. Más importante que la monoparentalidad por sí misma, es la forma en que se ejerce y su contexto social. Las familias monoparentales de nuestro estudio en sí mismas no fueron definitivas para el desarrollo de la adicción. Fue más importante la interacción o estructura familiar.

A partir de una investigación realizada en Medellín, Colombia, Agudelo et al. afirmaron que ser hijo de padres separados es un factor de riesgo fuertemente asociado con la dependencia de drogas¹⁴.

Pero si la separación es sana, con una comunicación positiva, este riesgo podría eliminarse. De nuestras familias, siete eran monoparentales por separación. Este hecho en sí no es suficiente. Lo más importante es la estructura de la familia monoparental separada.

El ciclo de la adicción descrito en este trabajo corresponde a un proceso en el que, a pesar de los problemas paternos en el ejercicio de la autoridad con maltrato, ausencia de exigencia y límites, se intenta el diálogo, pero ante el fracaso se llega a aislamiento, depresión, tristeza, culpabilidad y búsqueda de la motivación en algo o alguien. Ellos buscan la motivación en la droga.

Un estudio realizado en Hogares Claret de Bucaramanga, con capacidad para albergar hasta 185 adolescentes, mostró que el grupo monoparental materno constituía el 30,4%; la familia nuclear, el 23,5% y la reconstituida, el 21,6%. Consideraron que las familias estaban desestructuradas por divorcio o separación, fallecimiento de la figura paterna o por internamiento en centros penitenciarios¹⁵. En el presente trabajo, ya se ha mencionado el predominio del grupo monoparental materno.

Hemovich et al¹⁶ reconfirmaron la importancia del monitoreo parental y la calidez y demostraron el vínculo entre estas variables y las creencias sociales e intrapersonales de los adolescentes y el uso de sustancias ilícitas.

Hemovich et al¹⁷ encontraron mayor uso de drogas entre las hijas adolescentes que viven con un padre solo que con una madre sola. Este aspecto se tiene en cuenta en gran medida en los estudios contemporáneos sobre el uso de drogas por los adolescentes¹⁷. Esta característica descrita por esos autores también se puede deducir de los hallazgos de esta investigación.

El establecimiento de un vínculo seguro es un factor protector para la prevención del consumo. El maltrato y la permisividad, dos problemas paternos relevantes encontrados en el estudio, conducen más bien a la violencia y a una falsa libertad cuya expresión se facilita a través del consumo.

Nikolakopoulos et al¹⁸ informaron que, de un grupo de 500 adolescentes, el 42% reportó consumo de cigarrillo en adolescentes con familias monoparentales y el 24,4% bebía regularmente, en comparación con solo el 22,7% de los adolescentes que vivían con los dos padres.

Carlsund et al¹⁹ reportaron que la custodia física compartida posterior a una ruptura del matrimonio constituía un factor protector de la salud del adolescente y contra los problemas de conducta.

Otro grupo encontrado dentro del presente estudio corresponde a las familias con composición nuclear, en la que ambos padres y los hijos viven en el mismo hogar. Esta conformación trae ventajas para los miembros, dadas por una mayor disponibilidad económica y una mayor parentalidad efectiva porque se dividen los cuidados y las responsabilidades y hay más oportunidades para el apoyo mutuo³.

Las madres que constituían las familias monoparentales del grupo de estudio no podían ejercer su función adecuadamente por la sobrecarga de roles, entre otros aspectos, lo cual

es un factor determinante de la soledad y la búsqueda de la presencia de la madre del individuo con adicciones, hallazgo relevante de esta investigación.

Se reafirma la importancia de una buena funcionalidad familiar. En apariencia, el segundo grupo tiene la posibilidad de un adecuado desarrollo de identidad para sus miembros, así como una comunicación por la que se compartan vivencias, valores y creencias, factores que son protectores contra el abuso y la dependencia de sustancias, así como de otras afecciones de la esfera mental.

El tercer grupo es el de la familia reconstituida. En la familia entrevistada, había buena relación de pareja, pero hubo dificultad para la aceptación de la autoridad por parte del hijo de la madre hacia el padrastro, y el hijo, además adolescente, había estado al cuidado de sus hermanas y su abuela y tenía un gran resentimiento con la madre, quien se alejó de él por varios años. En este caso fallaron la comunicación, las normas y la exigencia. La construcción de una sólida relación de pareja debe ser la prioridad básica de los adultos³.

Es necesario considerar que dar afecto, tener una comunicación clara, coherente y positiva o la cooperación con el desarrollo económico, académico o la ayuda en la capacidad para resolver problemas y brindar espacios para tener experiencias lúdicas ayudan en el crecimiento de los individuos y son la base de una buena parentalidad.

En relación con la organización, el grupo con mayor prevalencia de la investigación es el conformado por las familias con una organización no convencional. Los roles invertidos en estas familias generan conflicto, y en algunos casos los hombres pueden sentir disminución de su autoestima por dicho acontecimiento³.

Otro grupo de esta investigación es el de las familias en transición. Solo una familia correspondió al modelo tradicional. En este, la identidad y la autoestima del padre están ligadas a su productividad. Se podría aceptar la vinculación laboral de la mujer, pero se contempla como última alternativa; en este caso habría un sentimiento de culpa por no cumplir con las correspondientes labores tradicionales del hogar. En cambio, en la familia en transición, al permitir la presencia de patrones antiguos, se vive menos amenazante.

En las familias convencionales, se observa diferencia en la planeación de metas para los hijos, con tendencia a proyectar valores diferentes para cada género. Los padres por lo general son autoritarios y tienen una relación con poca comunicación. La rigidez de los roles de cada integrante es una de sus debilidades³.

Como ya se ha mencionado, para un adecuado desarrollo de los hijos, es mejor vivir y crecer con ambos padres, algo que se dificulta en las familias con conformación monoparental o reconstituida. Quienes viven con sus padres biológicos tienen mejores interacción social y rendimiento académico, independientemente del tipo de unión, pero los divorcios y los hogares reconstituidos pueden crear inestabilidad que repercute en efectos negativos para estos niños³.

En un estudio realizado en Colombia, se encontró que, si bien el consumo de alcohol se asocia con todas las tipologías familiares, se da más en la tipología monoparental masculina y femenina, y menos en la extensa simultánea, la extendida simultánea y la extensa, lo que puede significar para las primeras conformaciones sobrecarga en las funciones familiares

y, por lo tanto, ausencia de seguimiento de las actividades extracurriculares de los hijos, y para el segundo grupo, mayor presencia de adultos al cuidado de niños y adolescentes y, por lo tanto, más seguimiento y orientación¹⁰. Se confirma la importancia de la supervisión paterna mencionada en otros estudios, otro hallazgo deducible de este trabajo.

La tipología familiar por sí sola no se consideró un factor determinante para generar consecuencias positivas o negativas dentro del desarrollo de la identidad y la personalidad de los individuos evaluados, y tampoco es un factor que impulse al abuso de sustancias; solo es una característica que, relacionada con características personales, determinantes sociales y otros evaluados dentro de la estructura familiar, tiene un papel importante en la génesis del trastorno adictivo de estos individuos.

Se plantea como hipótesis que la tipología no se considera un factor determinante en el desarrollo de la personalidad y la identidad de los individuos con adicciones, pero al ser relacionada con la estructura familiar, es importante en la génesis del trastorno adictivo. Por otra parte, podría encontrarse en las adicciones una relación con la alteración en la estructura familiar y dificultades en el afrontamiento y la resolución de problemas. Las categorías analizadas a continuación configuran patrones de funcionamiento.

Violencia

Aparece como consecuencia del cambio de valores que surge en la familia del adicto luego de iniciar el abuso y la dependencia de sustancias, incluidas conductas poco adaptativas en las que la venganza, la ira, el descontrol, el maltrato, la agresividad y las reprimendas se hacen evidentes, como se menciona en los resultados. La violencia que se daba en las familias entrevistadas es una expresión de un patrón de maltrato en el funcionamiento familiar.

Al revisar el estudio de Bernal et al²⁰ acerca del papel materno de las mujeres que viven en la violencia, se encuentra cómo este aspecto, desde el contexto sociocultural de las participantes, es un factor que induce a la drogadicción e influye en el papel como madres de este grupo de mujeres, el cual es expresado como ambivalente entre la idealización del ser madre y el de ser madre en adicción. Las madres de nuestro grupo lo observaron como: «Lo eché de la casa porque ahí se perdió el respeto», lo que denota intolerancia a la pérdida de esa idealización que conlleva el respeto.

Sentimientos negativos

En la vida de cualquier individuo, los sentimientos ocupan un importante lugar, para alcanzar bienestar, tomar decisiones e incluso relacionarse con sus compañeros, como ya se ha comentado. En el caso de las personas con abuso o dependencia de sustancias, estos sentimientos tienden a ser ambivalentes, impulsivos y poco coherentes, más aún si se está en un estado de franca intoxicación o en abstinencia.

Se mencionaron constantemente sentimientos de tristeza, ansiedad, ira, depresión, confusión, placer y felicidad momentánea, descritos en cada uno de los relatos mencionados, lo que constituye una amalgama de emociones que resulta difícil describir, pero que conduce a una constante sensación de

malestar consigo y con quienes los rodean. Bajo estos sentimientos pueden coexistir complejos trastornos psiquiátricos que pueden alterar la percepción de la realidad.

Esta falta de percepción adecuada de la realidad puede llevar a respuestas emocionales que oscilan entre la tristeza, la rabia, la desesperanza y el placer, respuestas que en la mayoría de los casos motivan los clásicos comportamientos agresivos, violentos, de aislamiento y de soledad que se ven en este grupo de personas y contribuyen a formar patrones de maltrato y de comunicación negativa.

En algunas personas, las sustancias psicoactivas son vistas como el medicamento que permite silenciar los sentimientos y pensamientos no agradables.

Las teorías contemporáneas consideran la adicción como una respuesta al sufrimiento psíquico y el resultado de deficiencias en la regulación del *self*²¹ o imagen de uno mismo, que en estas etapas depende de cómo sus padres hacen que se perciba y se sienta²².

«Las deficiencias del *self* incluyen: deterioro en el cuidado de sí mismo, vulnerabilidades en el desarrollo del *self* y la autoestima, dificultades en las relaciones objetales y dificultades en el control y expresión del afecto causado por conflictos inconscientes»²¹.

Todas estas dificultades descritas fueron expresadas por el grupo de pacientes de este trabajo.

Debilidad

La voz citada se refería a no poder y a la pérdida de la identidad por no ejercer su autonomía. Se evidencia la baja tolerancia a la frustración demostrada por esta persona, al «no poder» continuar en cuanto percibe la falta de apoyo familiar.

McDougall²³ opina que esta percepción que tiene el individuo de «no poder» y sentir que empieza a perder su identidad se origina en que las madres no han dejado de ver a sus hijos como parte de sí mismas, no han concedido importancia a otros aspectos de su vida de adulto, aparte del bebé. Predisponen a sus hijos a crear objetos transicionales patológicos que pueden asumir el aspecto de sustancias o de dependencias relacionales adictivas.

Se describió que el aislamiento estaba relacionado con la debilidad. A través de esa situación se altera la comunicación y se desvía la atención hacia los formalismos evitando hablar sobre el problema existente, propiciando a la vez un ambiente de tensión.

Cabe anotar que la familia y el sistema reaccionan ante el aislamiento con un proceso similar al estancamiento que produce un patrón con comunicación negativa y perturba la cohesión al no dar oportunidades de participación, con lo que se altera la estructura familiar.

Para comprender mejor el término identidad (conjunto de rasgos propios de un individuo que lo caracterizan frente a los demás y conciencia que una persona tiene de ser distinta de las demás), debemos anotar que Brehm, recordando a Winnicott, afirma que el adicto tiene un vacío generado por la falta de una «madre suficientemente buena»²².

De ahí que las personas con dificultades para constituir una adecuada identidad tiendan a manifestar conductas alteradas que motivan un funcionamiento caótico, en el que hay un ambiente emocional de continuo sufrimiento que se

compensa con sentimientos de tristeza y culpa, tanto en el paciente como en la familia, que influyen permanentemente en el abuso y el consumo de sustancias.

Soledad

Surge al lado de la ira como producto del descontrol generado por el entorno familiar y externo. En el contexto de sus vínculos, el individuo recurre al aislamiento al no sentir la pertenencia dentro de su ambiente, lo cual va surgiendo desde el inicio de la adicción. Varias categorías culminan en la soledad. Está enmarcada en la falta de atención. Es un patrón de abandono, como se describe en las voces.

El aislamiento también se produce como consecuencia del cambio de roles, como se aprecia en una voz mencionada. Entre los factores relacionados con las adicciones, se ha encontrado la escasa vinculación con la familia²⁴.

Una forma de manejar los problemas es alejándose (¿y consumiendo?) para distraer o desviar la atención²⁵. La soledad forma parte de las dificultades de comunicación características de las adicciones y de los problemas existentes en la estructura familiar. La comunicación adecuada es clara, coherente, positiva y creativa.

Hay que tener en cuenta que la capacidad de identificar y comunicar efectivamente nuestros pensamientos y emociones es relevante en el mantenimiento de un nivel eficiente dentro de la familia y de cada miembro individual. Una comunicación adecuada permite el desarrollo de un proceso de intimidad satisfactoria entre los distintos miembros de una familia³.

La soledad y el aislamiento aparecen en todos los participantes de este estudio generadas para permitir el consumo, o como consecuencia de una comunicación caótica o un cambio en los roles de alguno de los integrantes del grupo familiar o como la expresión de la inconformidad que se vivía en ese mismo grupo o del descontrol generado.

La literatura se ha ocupado del papel de la madre entre los factores asociados al consumo excesivo de sustancias adictivas; por eso se acuñó el término «falta de una madre suficientemente buena», pero resaltando poco el papel del padre y de los vínculos en general, especialmente con la familia o el entorno cercano. La mayor parte de los pacientes de esta investigación son de familias monoparentales en las que el padre era el ausente.

El adicto resulta aislándose solo para experimentar placer y alejarse de las dificultades, lo cual es ineficaz. Intenta resolver sus problemas donde, como y con quien no es.

Falta de entendimiento

En la segunda parte del análisis surge la falta de entendimiento como una dificultad en doble vía de la comunicación, o sea, un problema tanto para ser entendido como para entender, especialmente por las personas del entorno donde se desarrolló el individuo y por otras personas de su núcleo familiar, donde tiene un vínculo pero no logra la comprensión.

La persona deseaba, por ejemplo, ser atendido por la madre. Esta situación se presentaba en la mayor parte de los casos analizados, como se puede ver en las voces mencionadas. Algunos entrevistados ubican la falta de entendimiento

como una de las causas de su adicción y ven la posibilidad de cambio en este aspecto relacional.

En la etapa 1 descrita se habla de la distancia en la relación con la familia y las preferencias por otros miembros de su núcleo o del franco rechazo. En la etapa 2 se busca el diálogo sin resultados favorables, desean estar motivados hacia alguien o hacia algo, tener una meta o un ideal.

Algunos autores plantean que hay deficiencias en la regulación del *self*, dificultades en las relaciones objetales y en el control y la expresión del afecto causadas por conflictos inconscientes²². Estos aspectos pueden estar relacionados con las dificultades en el entendimiento.

Los problemas descritos en la falta de entendimiento corresponden a una comunicación agresiva en la que hay insultos, gritos y humillaciones, lo que deteriora la autoestima e incrementa los resentimientos. Es una comunicación implícita, con pocas palabras se trata de decir todo; esto crea mucha confusión y enojo porque no se entiende lo que se dijo o se distorsiona la comunicación.

En esta categoría, la comunicación caótica estaría sustentada en las deficiencias en el *self*. Representa la búsqueda de un objeto que no otorga suficiente afecto y especialmente compañía y un patrón ya señalado de maltrato y de alteraciones en la comunicación.

Exceso o déficit de autoridad

La ausencia de autoridad (falta de claridad en el ejercicio de la autoridad) y el maltrato son dos categorías que marcan la investigación y los entrevistados mencionan como determinantes de su adicción, a través de la cual se liberaban de esa confusión. Otra categoría unida a la falta de autoridad es el consentimiento, generalmente dado por otro miembro de la familia, como se describe en una de las voces.

Se ha encontrado en nuestro medio como el consumo de sustancias legales e ilegales es menor entre los estudiantes que reportan la autoridad familiar como respetuosa y participativa. Los extremos en el ejercicio de la autoridad, como la autoridad permisiva, agresiva y violenta, implican mayor riesgo de consumo y abuso de alcohol y drogas, porque los niños y adolescentes carecen de límites, y cuando la autoridad es violenta, se da lugar a evasiones del medio familiar y una conducta de asumir riesgos¹⁰.

En este estudio se confirma lo descrito sobre los problemas con la autoridad, como maltrato y sobreprotección como factores asociados con las adicciones, y se evidencia nuevamente un patrón de maltrato y abandono, ya señalados como problemas en el funcionamiento adecuado de la estructura familiar.

Al realizar el análisis de la información que aportan los participantes del estudio, se observa que las características de la estructura familiar encontradas coinciden con lo descrito por diversos autores, como la comunicación caótica, la alteración en la cohesión familiar, la ausencia de autoridad, reglas y límites, el cambio de roles y las coaliciones entre miembros de diferente jerarquía, que generan comunicaciones contradictorias^{3,26}.

La comunicación (confusa, incoherente, doble vincular y negativa) cumple un papel importante y trascendental dentro de la dinámica de estas familias y causa los cambios en la

percepción que estos individuos tienen acerca del ambiente en el que se desarrollan y las relaciones que los circundan.

Cuando se propicia dicha disfuncionalidad y solo se escuchan gritos, se falla en lo simbólico, la violencia emerge como una modalidad de socialización, como un estar «con» los otros o buscar a los otros²⁷. Es una forma de comunicación.

Las dificultades narradas conducen a dificultades en el afrontamiento y la resolución de problemas como son la tolerancia, la falta de compromiso y el aislamiento. La tolerancia cuando no se ponen límites, la falta de compromiso al no buscar ayuda e ingresar en un programa de adicciones y el aislamiento descrito en la comunicación. Algunos autores identifican estas reacciones enfatizando que cambian y se mezclan en el tiempo²⁸.

La principales limitaciones del estudio están dadas por el tamaño de la muestra, que no permite establecer asociaciones, y por la realización del trabajo en un centro de rehabilitación de adicciones en el que se encontraban pacientes en estados de adicción grave.

Conclusiones

La familia monoparental favorece la soledad, la dificultad para poner reglas, la desidealización del lugar del padre en la estructura familiar y la búsqueda de una complicidad constante.

Las familias monoparentales predominantes en este grupo de pacientes tenían una red social pobre, ya que no existía un apoyo social fuerte ante la ausencia del padre. Una buena red de apoyo puede proteger de esta ausencia. En todo caso, más importantes que la monoparentalidad en sí son la forma en que se ejerce y su contexto social.

Predominó la familia no convencional en este grupo, conformado en su mayoría por adolescentes escolarizados, solteros, con varios años de consumo, más frecuentemente de marihuana.

Se encontraron problemas en la estructura familiar como la comunicación inadecuada, la alteración en la cohesión familiar, la ausencia de autoridad, reglas y límites, alianzas expresadas a través del consentimiento o la sobreprotección dados por algunos miembros como los abuelos y el cambio de roles.

Estos aspectos, especialmente los problemas en la comunicación, se expresaron a través de las seis categorías principales descritas: debilidad, sentimientos negativos, violencia, soledad, falta de entendimiento y exceso o déficit de autoridad, que configuran patrones de maltrato, abandono, desligamiento y comunicación negativa.

La búsqueda del afecto y la presencia de la madre se encontró como un aspecto esencial subyacente al comportamiento adictivo, acompañado de la ausencia del padre suscitado por la separación de la pareja.

Podría encontrarse una relación entre la alteración en la estructura familiar y las adicciones. Se describe el ciclo de la adicción en relación con la dinámica familiar y los factores personales. Se observaron dificultades en el afrontamiento y la resolución de problemas, con una mezcla cambiante de reacciones que oscilan entre la tolerancia, la falta de compromiso y el aislamiento. Se buscaba, también de manera inadecuada,

silenciar los sentimientos y pensamientos a través del consumo.

No se considera que la tipología sea un factor determinante en el desarrollo de la personalidad y la identidad de los individuos con adicciones, pero al relacionarla con la estructura familiar, hace un papel importante en la génesis del trastorno adictivo.

Se recomienda para los casos de familias reconstituidas que el nuevo miembro de la pareja actúe como una «persona adulta amiga y cariñosa», que está involucrada en la vida de niños y niñas y apoya la labor del progenitor, pero no asume el ejercicio de la autoridad³.

Se resalta la importancia del trabajo clínico y preventivo en las alteraciones en la estructura familiar en el problema de las adicciones.

Es necesario atender aspectos como la resolución de problemas y el afrontamiento teniendo en cuenta su dinámica cambiante y la mezcla de reacciones.

Se puede profundizar en estudios posteriores sobre las principales categorías (patrones) encontradas empleando métodos cualitativos y cuantitativos.

Deben modificarse estructuras médicas y sociales de manejo del poder que permitan interconectar las diferentes visiones terapéuticas acerca de las drogodependencias para abordar de manera integral este problema complejo y multifactorial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia

Financiación

Se agradece a la Universidad El Bosque por la financiación de este trabajo y al Centro San Rafael de Chía por su apoyo

BIBLIOGRAFÍA

- [citado Dic 2005] <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- [citado 6 Jul 2014]. Disponible en: [http://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Estudio-consumosustancias-psicoactivas-2013%20\(1\).pdf](http://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Estudio-consumosustancias-psicoactivas-2013%20(1).pdf)
- Valdés AA. Familia y desarrollo. México: El Manual Moderno; 2007.
- [citado 18 Jun 2014]. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/635/3/Capitulo%202.pdf>
- López O. Las nuevas tipologías familiares y sus implicaciones en el espacio familiar y social. Cuad Fam Cult Soc. 1998;1:29-37.
- Rolland J. Familia, enfermedad y discapacidad. Barcelona: Gedisa; 2000.
- Jeammot P. La actualidad del actuar: a propósito de la adolescencia. Traducción de Camila Gutiérrez Cardoso. Julio de 2004: 1-17. En: Jeammot P, editor. Actualité de l'agir. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 13. 1985. p. 201-22. Les Actes (Gallimard).
- Amunategui Undurraga LF. Prevención del consumo de drogas en adolescentes. En: Buéla-Casal G, Fernández-Ríos L, Carrasco Jiménez S, editores. Psicología preventiva. Madrid: Pirámide; 1997.
- Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud mental. Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, UNODC, Universidad CES; 2010. p. 157-8.
- Estrada P, Torres Y, Agudelo ME, Posada FA, Montoya LP. Tipología y dinámica familiar y su asociación con prevalencia de sustancias psicoactivas de niños y adolescentes del municipio de Medellín, 2013 [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: <http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1328/1/INFORME%20FINAL.pdf>
- Duncan Stanton M, Tood TC, associates. The family therapy of drug abuse and addiction. New York, London: Guilford; 1985.
- Bayrakal S, Kope T. Dysfunction in the single-parent and only-child family. En: Valdés AA, editor. Familia y desarrollo. México: El Manual Moderno; 2007.
- Burnside M, Baer P, McLaughlin R, Pickering A. Alcohol use by adolescent in disrupted families. Alcohol Clin Exper Res. 1986;10:272-8.
- Agudelo ME, Estrada P. Cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la familia [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/viewFile/37257/39348>
- Díaz DP. Situación de consumo de sustancias psicoactivas y características familiares de los adolescentes de la Fundación Hogares Claret Regional Santander Casa de Menores, Universidad Industrial de Santander, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, Bucaramanga, 2010 [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/9339/2/133713.pdf>
- Hemovich V, Lac A, Crano WD. Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: the role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. Psychol Health Med. 2011;16:249-67.
- Hemovich V, Crano WD. Family structure and adolescent drug use: an exploration of single-parent families. Subst Use Misuse. 2009;44:2099-113.
- Nikolakopoulos KM, Nikolakopoulou NM. Family structure and risk behavior in Greek adolescent: a short report. Int J Adolesc Med Health. 2008;20:271-3.
- Carlsund A, Eriksson U, Löfstedt P, Sellström E. Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor? Eur J Public Health. 2013;23:3-8.
- Bernal MC, Frari S, Beverley O. Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;13:1-9.
- Brehm NM, Khantzian EJ. A psychodynamic perspective. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman EB, et al, editores. Substance abuse. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
- Fairbairn WRD. A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. En: Brehm NM, Khantzian EJ, editores.

- Substance abuse. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
23. McDougall J. Teatros del cuerpo. Madrid: Julian Yebenes.
24. Ramírez MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13:813-8.
25. Winnicott DW. Deprivación y delincuencia. Buenos Aires: Paidós; 1967.
26. Cantoni F. La relación de pareja de los padres en la prevención de las adicciones juveniles. Bogotá: Segundo Congreso Nacional de Actualización en Prevención del Consumo de Drogas; 2004.
27. Winnicott DW. The capacity to be alone. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman EB, et al, editores. Substance abuse. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
28. Orford J, Natera G, Davis J, Nava A, Mora J, Rigby K, et al. Tolerate, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addictions*. 1998;93: 1799-813.