



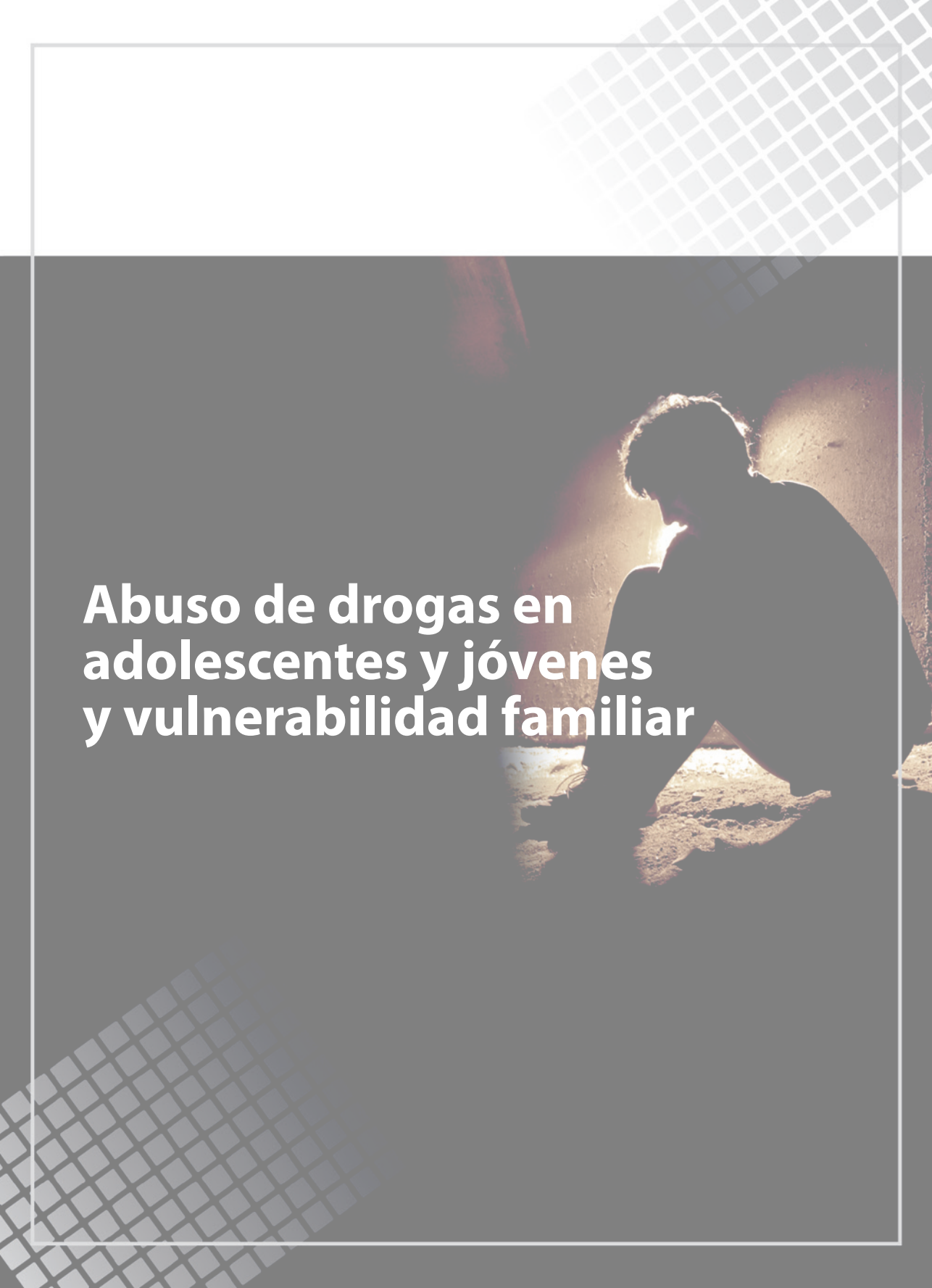
UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar



Centro de Información
y Educación para la prevención
del abuso de drogas



Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar

Agradecimientos

El documento ha sido elaborado con el apoyo financiero y técnico de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Los autores agradecen especialmente al Sr. Flavio Mirella, Representante de las UNODC para el Perú y Ecuador y la Sra. Isabel Palacios, Oficial Nacional de Programa de Reducción de la Demanda de la UNODC. Del mismo modo, los autores agradecen el apoyo de la psicóloga Susan Reyes de CEDRO por sus aportes y tiempo en la revisión.

La publicación ha sido posible gracias al apoyo del Proyecto: Sistema Subregional de Investigación e Información sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia Ecuador, Perú y Uruguay, TDRLAD77FPE

© 2013. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC)
Av. Javier Prado Oeste 640, San Isidro, Lima-Perú. Derechos Reservados

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-19282
Primera edición: Diciembre 2013
Tiraje: 1,000 ejemplares

Cuidado de edición: Alessandra Canessa
Diseño y diagramación: Glenda Cavero
Impreso en el Perú por:
Industria Gráfica MACOLE S.R.L.
Jr. Cañete 129, Cercado de Lima
Telf.: 4230594

EQUIPO TÉCNICO

Editor e investigador principal

Milton J. Rojas Valero

Psicólogo clínico, Psicoterapeuta, Máster en Drogodependencias por la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Es miembro fundador y coordinador del Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). Tiene entrenamiento y pasantías en clínica de adicciones La Casa, Bogotá, Colombia; Daytop Village Inc., New York y New Jersey, EE. UU.; Comunidad Terapéutica Villa Renata, Venecia, Italia; Fundación Instituto Spiral, Madrid y Clinic Barcelona Hospital Universitari, España; Asociación Sdruženi Podane Ruce, Praga, República Checa. Ha sido docente de la Maestría Iberoamericana de Drogodependencias de CICAD/OEA, la Escuela de Consejeros en Adicciones (ECAD-Ñaña), los diplomados en conductas adictivas de la Universidad Nacional Federico Villarreal, y el Convenio de Cooperación Interinstitucional INPE - DEVIDA; así como docente y facilitador académico del Proyecto "Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de las Drogas Sintéticas", DROSICAN (CAN-UE); y profesor invitado de maestrías y diplomados en Chile y Bolivia. Es docente de la Maestría en Farmacodependencia de la UPCH, curso on-line de COPOLAD-UE y consultor en conductas adictivas.

Investigadora adjunta

Alejandra B. Rodríguez Chacón

Consultora en adicciones del Servicio Lugar de Escucha - CEDRO, Psicóloga Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, con formación en el Departamento de Adicciones del Hospital

Víctor Larco Herrera y el Modelo TREATNET II de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), ejerce la práctica privada con niños, adolescentes y adultos. Ha publicado artículos científicos y ha participado en investigaciones cuantitativas en conductas adictivas.

Colaboradoras

Jimena Zereceda Gygax

Consultora en adicciones del Servicio Lugar de Escucha - CEDRO, Psicóloga Clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con formación en el Centro de Rehabilitación de Ñaña y el Instituto Peruano de Terapia Conductual Cognitiva (IPETEC), Asistente de Docencia en el Diplomado de Adicciones INPE – DEVIDA, ha participado en investigaciones cualitativas sobre abuso y dependencia a sustancias.

Fiorella Otiniano Campos

Consultora en adicciones del Servicio Lugar de Escucha - CEDRO, Psicóloga Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), con formación en el Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento (DAMOC) del Hospital Hermilio Valdizán, Asistente de Docencia en la PUCP, ha participado en investigaciones cualitativas sobre abuso y dependencia a sustancias.

ÍNDICE

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	1
Estudios en escolares	2
Alcohol	4
Marihuana	6
Estudios en universitarios	10
Alcohol	11
Marihuana	14
2. ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR Y UNIVERSITARIA	17
3. CONSECUENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES	21
Alcohol	22
Alcohol y otras drogas	25
Marihuana	25
4. INVESTIGACIONES CLÍNICAS NACIONALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE ABUSAN DE ALCOHOL Y MARIHUANA	27
5. FACTORES FAMILIARES Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES	31
La adolescencia como periodo de desarrollo y el riesgo adolescente	32
Comportamiento antisocial adolescente	35

Estilos de crianza y acompañamiento parental en el periodo de la adolescencia	37
Familias disfuncionales	39
La familia vista como un sistema	41
Dinámica familiar y severidad de los problemas relacionados el consumo inicial y la habituación del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes	43
Algunos estudios nacionales en la familia del consumidor de drogas	46
Algunos estudios internacionales recientes sobre la relación entre la familia y el abuso de drogas en jóvenes	48
6. METODOLOGÍA DE ESTUDIO	51
Objetivo general	52
Diseño	52
Participantes	52
Instrumento	54
Procedimiento	54
7. RESULTADOS	55
Alcohol	58
Marihuana	60
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	69
9. CONCLUSIONES	75
10. REFERENCIAS	79

PRÓLOGO

Milton Rojas presenta la investigación “Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar” como resultado de un estudio descriptivo-retrospectivo de casos clínicos en el que participaron 502 adolescentes y jóvenes (12.7 mujeres y 47.8 varones), quienes recibieron consejo profesionalizado y tratamiento cognitivo-conductual acompañado de entrevista psicomotivacional en el Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO.

El estudio es el resultado del trabajo permanente a través de los años que realiza el autor en el Servicio Lugar de Escucha de CEDRO, en el que se han atendido por encima de 40,000 pacientes.

Entre otros resultados, hay que destacar que el 51.1% los intentos por detener el consumo de alcohol o marihuana provenían de aquellos jóvenes que venían a recibir apoyo profesional en compañía de sus padres o apoderados, en comparación con aquellos que concurrían solos a solicitar el servicio; también resalta el hecho que los jóvenes desocupados con problemas de consumo de marihuana y alcohol procedían de familias con padres separadas o familias monoparentales.

También el estudio estableció que el 77.5% de los adolescentes y el 80% de los jóvenes consumidores de marihuana o alcohol, provenían de familias donde uno o más miembros tenían antecedentes de consumo de estas sustancias. Estos resultados confirman la necesidad de intensificar el campo de la investigación

dedicado a la familia de los jóvenes involucrados en el abuso de drogas, donde se promueva la participación activa de los padres de familia o familiares cercanos en las fases de prevención, consejería y de tratamiento, buscando atraerlos respondiendo a sus expectativas y adecuándose a sus condiciones reales para que asuman el proceso de ayuda como propia.

De aquí que disponer de un mayor conocimiento sobre las familias con adolescentes y jóvenes constituya un requisito imprescindible para planificar nuevas acciones preventivas de calidad que permitan sortear los obstáculos que hacen del ámbito familiar un escenario difícilmente accesible. Además, sólo partiendo de este tipo de investigaciones podremos repensar seriamente las estrategias de prevención y tratamiento que estamos aplicando con las familias.

ALEJANDRO VASSILAQUI
DIRECTOR EJECUTIVO
CEDRO

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios epidemiológicos, reportes estadísticos e informes nacionales sobre el consumo de drogas en población joven del Perú coinciden en que las sustancias capaces de generar dependencia más consumidas por este sector, y las que originan la mayor cantidad de problemas de salud pública, son el alcohol, por el lado de las drogas socialmente aceptadas, y la marihuana, en el rubro de las drogas ilegales.

Sin embargo, en nuestro medio el campo de la investigación en adolescentes y jóvenes involucrados en el abuso y dependencia a sustancias ha tenido escaso desarrollo, aun habiéndose confirmado la precocidad del inicio en el consumo del alcohol y de la marihuana y la notoria incorporación de las mujeres adolescentes y jóvenes en el consumo.

También es importante decir que si bien las dos sustancias mencionadas llegan a tener los indicadores más altos de consumo, el fenómeno del policonsumo de drogas, o consumo simultáneo o secuencial de una o más drogas, está llegando a tener notable presencia. Este fenómeno se observa con más nitidez en el consumo de marihuana, alertándose que actualmente existe un proceso de extinción de los consumidores “puros” o “exclusivos” del cannabis.

También es visible en el medio el reducido campo alcanzado por la investigación en la familia del joven implicado en el abuso de alcohol y otras drogas, aun habiéndose establecido que la familia juega un rol en la etiología y prolongación del consumo de drogas.

El ambiente familiar, es decir, la relación entre padres e hijos, los estilos de crianza, creencias y mitos, clima familiar, conflictos, capacidad de recuperación de los periodos de crisis, percepción parental del consumo de alcohol y otras drogas, entre otros factores, al parecer pueden determinar la proclividad a ciertos factores de riesgo adolescente o juvenil; o por el contrario, pueden contribuir al empoderamiento psicológico, emocional, conductual y desarrollo de una buena calidad de vínculos paternos y del sistema familiar.

En la literatura internacional, un considerable número de investigaciones sostienen que durante la niñez y adolescencia los padres de familia juegan un papel fundamental en el desarrollo de los valores sociales y el fomento de la adopción de actitudes prosociales y estilos de vida saludables.

El presente estudio pretende profundizar la investigación del consumo de las principales drogas de abuso en la juventud peruana asociado al sistema familiar; para los efectos se ha trabajado con una muestra clínica de adolescentes y jóvenes que abusan preferentemente de alcohol y marihuana, los cuales han recibido apoyo psicológico, médico psiquiátrico y psicoterapia breve en el Servicio Lugar de Escucha del Centro de Información y Educación para la Prevención de drogas (CEDRO), en el transcurso del año 2012; intentado a la vez establecer relaciones entre el consumo y algunas características existentes en el entorno familiar.

1.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Existe suficiente información epidemiológica para sostener que los púberes y adolescentes son los más vulnerables al consumo de sustancias legales, ilegales y drogas médicas dado que su identidad se encuentra en un estadio de formación, además de la marcada fluctuación de estados de ánimo que los sensibiliza al uso experimental y recreativo.

A continuación se hará una revisión de los últimos estudios epidemiológicos en población escolar y universitaria, enfatizando en el análisis de los patrones de consumo de alcohol y marihuana en estas poblaciones especiales.

Estudios en escolares

Los resultados del reciente estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Por otro lado, del 40.5% (900,000) de escolares encuestados que informan haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 23.3% admite que lo hizo en el último año y el 12.3% en el último mes antes de la encuesta. En la Tabla 1 se presentan los indicadores de consumo de alcohol y otras drogas de abuso legales, ilegales y médicas.

Tabla 1
Indicadores de consumo de alcohol y otras drogas en población escolar de secundaria

Sustancia	Prevalencia de consumo						Incidencia de consumo	Edad promedio de inicio
	Vida		Año		Mes			
	%	N expandido	%	N expandido	%	N expandido		
Drogas legales	40.5	889,583	23.3	511,753	12.3	269,929	-	-
Alcohol	37.2	815,156	19.7	431,314	9.3	203,033	11.6	13.3
Tabaco	22.3	489,227	12.8	280,379	7.4	163,443	6,1	13.3
Drogas ilegales	8.1	177,559	3.8	83,212	2.1	47,068	-	-
Marihuana	4.3	94,790	2.2	47,234	1.4	29,727	1.5	14.3
Cocaína	1.8	39,953	0.9	19,870	0.7	15,731	0.7	14.2
PBC	1.9	42,907	0.9	20,482	0.7	15,824	0.4	14.0
Inhalantes	2.5	55,052	1.2	26,151	0.5	11,862	0.7	12.4
Extasis	1.6	35,952	1.0	22,239	0.7	15,225	0.6	14.3
Alucinógenos	0.5	11,407	-	-	-	-	-	12.6
Anfetaminas	0.1	2,753	-	-	-	-	-	13
San Pedro	0.2	4,552	-	-	-	-	-	13.6
Crack	0.3	6,869	-	-	-	-	-	13.3
Katemina	0.1	2,350	-	-	-	-	-	12.0
Otras drogas**	0.6	12,159	0-5	10,009	0.2	3,361	-	13.2
Drogas médicas	5.5	120,261	3.2	69,465	1.9	41,711	-	-
Tranquilizantes	4	88,036	2.3	50,079	1.3	29,316	1.3	12.9
Estimulantes	2.4	53,542	1.5	32,605	1.0	22,691	0.8	12.9

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

* Número de estudiantes que se iniciaron en el consumo en los últimos 12 meses, por cada 100 que no consumían a un año de la aplicación de la encuesta.

** Incluye heroína, opio, morfina y hashis, etc.

Alcohol

En lo que se refiere a la prevalencia de año del consumo de alcohol según género, en la Tabla 2 se observa que la diferencia entre varones (20.6 %) y mujeres (18.7 %) ha llegado a ser mínima; así, por cada 10 varones, hay 9 mujeres que beben alcohol.

Tabla 2
Prevalencia de año del consumo de alcohol en población escolar de secundaria, según género

Sustancia	Sexo %		Razón de consumo según género
	Varones	Mujeres	
Alcohol	20.6	18.7	0.91

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

Se observa en la Tabla 3 la prevalencia de año del consumo de alcohol en función del tipo de colegio. En esta se informa que los colegios privados obtienen un porcentaje alto de consumo, 27.4%, respecto de los colegios públicos, 16.7%.

Tabla 3
Prevalencia de año del consumo de alcohol en población escolar de secundaria, según tipo de colegio

Sustancia	Tipo de colegio %		Razón de consumo por tipo de colegio
	Privado	Público	
Alcohol	27.4	16.7	1.64

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

En la Tabla 4 se aprecia que el consumo de bebidas alcohólicas se incrementa en función de la edad y el año de estudio de los estudiantes.

Tabla 4
Prevalencia de año del consumo de alcohol en población escolar de secundaria, según tipo de colegio

Sustancia	Edad %			Año de estudio %				
	11 a 13	14 a 16	17 a 20	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año
Alcohol	8.5	24.6	35.4	7.2	11.8	20.1	28.0	35.8

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

También se determinó que 12 de cada 100 estudiantes (11.6%) que no habían probado alcohol un año antes de la encuesta, se iniciaron en la ingesta de alcohol en los últimos 12 meses. Es preocupante haber encontrado que alrededor de 511,753 escolares podrían estar experimentando daños en su salud mental y física y un alto riesgo psicosocial como consecuencia del uso reciente y actual de alcohol y tabaco, dependiendo de sus características de empleo. El riesgo sería mayor entre los que consumen alcohol (53.8%).

El entorno familiar, que incluye a padres y hermanos, 19.4%, y otros familiares (primos, tíos, etc.), 17.1%, es el principal ambiente de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, 36.5 %, seguido de los amigos del barrio, 24.3%, y los compañeros de estudio, 23.8%. En lo que respecta a la tasa de incidencia anual de alcohol, el estudio determinó que cada año más de 230 000 escolares se inician en el consumo de bebidas alcohólicas.

La misma investigación exploró en los escolares el patrón de consumo problemático de alcohol. Para los efectos, se aplicó la escala Crafft a los usuarios recientes de bebidas alcohólicas, siendo los indicadores de detección el riesgo psicosocial, la percepción negativa del modo en que se consume alcohol, incapacidad para controlar el consumo y la pérdida de la capacidad de memoria. Los resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5
Consumo problemático de alcohol en los estudiantes que bebieron en los últimos 12 meses, según sexo y tipo de colegio

Tipo de consumidor de alcohol	Sexo %		Tipo de colegio %		Total	Cantidad de estudiantes
	Varones	Mujeres	Público	Privado		
Consumidor no problemático	52.7	55.3	52.8	55.7	53.9	232,609
Consumidor problemático	47.3	44.7	47.2	44.3	46.1	198,706
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100	431,314

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

De la Tabla 5 se desprende que el 46.1% (198,706) de escolares que bebieron en los últimos 12 meses son consumidores problemáticos; dentro de esta misma categoría observamos que los varones obtienen una tasa de 47.3%, mientras que las mujeres un porcentaje cercano, 44.7%, y mayoritariamente proceden de colegios públicos, 47.2%.

Marihuana

La marihuana, es la droga ilegal con uno de los más altos índices de consumo en el mundo con un ritmo de crecimiento sostenido, a lo que se agrega una preocupante disminución en la edad de inicio. Esto último tal vez sea lo más riesgoso desde la perspectiva de la salud pública si consideramos que cuanto más precoz sea el inicio en la adolescencia temprana, más perjudiciales serán los efectos respecto a un inicio tardío.

En el Perú, los patrones de las prevalencias de vida, año y mes del consumo de la marihuana siguen encabezando las estadísticas del consumo de las drogas ilícitas. Esta tendencia viene acompañada por una mayor cantidad de peticiones de consejería y tratamiento en los establecimientos de salud.

Los profesionales de la salud a los que se dirige esta demanda se encuentran ante un número creciente de púberes, adolescentes y jóvenes que comunican

los problemas asociados con el consumo de esta sustancia (dependencia, insomnio, crisis de ansiedad, pánico, apatía, irritabilidad, episodio psicótico, etc.) y que solicitan ayuda especializada para interrumpir el uso sea de carácter temporal o indefinido.

El consumo de marihuana suele ser percibido por los y las adolescentes y jóvenes no solamente como inocuo para la salud, sino incluso con propiedades curativas. La introducción en el imaginario colectivo de la idea de que esta sustancia tendría efectos medicinales agrega elementos que validan su uso indiscriminado, sin considerar lo restringido que podría ser ese tipo de indicación médica de ser eventualmente comprobada.

En la última década, la conciencia de riesgo asociada al consumo de la cannabis ha disminuido y se ha incrementado el nivel de vulnerabilidad entre los escolares y estudiantes de instrucción superior. Su uso ocasional es considerado como inocuo e indicativo de estar a tono con el mundo por la mayoría de los jóvenes; lo que sustenta la relación entre el alto consumo y la baja percepción de riesgo.

Ahora bien, los datos del estudio en escolares de DEVIDA (2013) informan que el 4,3 % de los encuestados (94,790) admiten haber consumido marihuana alguna vez en su vida, mientras que el 2.2% (47,234) informan haberlo hecho en el último año (Tabla 6); también se observa que el cannabis llega a obtener una incidencia de 1.5%. Esto quiere decir que de cada 100 estudiantes que no consumían esta sustancia un año antes de la encuesta, 1.5% se iniciaron en el uso en los últimos 12 meses. La edad promedio de inicio del consumo es 14.3 años, coincidiendo con las edad de iniciación de la PBC, cocaína y MDMA o éxtasis (Tabla 1).

Tabla 6
Indicadores de consumo de marihuana en población escolar de secundaria

Marihuana	Prevalencia de consumo						Incidencia de consumo	Edad promedio de inicio
	Vida		Año		Mes			
	%	N expandido	%	N expandido	%	N expandido		
	4.3	94 790	2.2	47 234	1.4	29,727	1.5	14.3

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

La Tabla 7 presenta la prevalencia de año del consumo de marihuana según género, en ella observamos que los varones obtienen 2.7% de prevalencia de año mientras que las mujeres, el 1.6%, porcentaje que si bien está por debajo del indicador masculino, no es marginal.

Tabla 7
Prevalencia de año del consumo de marihuana en población escolar de secundaria, según género

Sustancia	Sexo %		Razón de consumo según género
	Varones	Mujeres	
Marihuana	2.7	1.6	0.59

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

En la Tabla 8 se presenta la prevalencia de año del consumo de cannabis, según edad y año de estudio, en la que observamos que la prevalencia se incrementa en función a la edad y año de estudios, concluyendo que el consumo se duplica en los estudiantes que tienen entre 17 y 20 años, respecto a los de entre 11 y 13 años, observándose un patrón similar en cuanto al año de estudio.

Tabla 8
Prevalencia de año del consumo de marihuana en población escolar de secundaria, según edad y año de estudios

Sustancia	Edad %			Año de estudio %				
	11 a 13	14 a 16	17 a 20	1ro	2do	3er	4to	5to
Marihuana	1.0	2.6	3.9	1.1	1.3	2.3	2.8	3.7

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

En cuanto a la prevalencia del consumo de cannabis en función del tipo de colegio (Tabla 9) encontramos que la tasa es significativamente más alta en las instituciones educativas privadas, 2.7%, que en las públicas, 1.9%. El estudio de DEVIDA

(2013) estima que por cada 100 escolares de instituciones públicas que usan sustancias ilícitas, 131 estudiantes de centros privados también lo hacen. El mismo estudio sostiene que el consumo de drogas legales, ilegales y médicas, es más alto en los colegios privados que en los públicos.

Tabla 9
Prevalencia de año del consumo de marihuana en población escolar de secundaria, según tipo de colegio

Sustancia	Tipo de colegio %		Razón de consumo por tipo de colegio
	Público	Privado	
Marihuana	1.9	2.7	1.42

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

En la Tabla 10 observamos que las instituciones educativas de varones obtienen la tasa más alta de consumo de cannabis, 2.8%, en relación a los colegios de mujeres, 1.4%, y mixtos, 2.2%. Sin embargo, el reconocimiento del consumo de marihuana por parte de las mujeres no es marginal y es el más alto respecto a las demás drogas ilícitas en el rubro del consumo femenino que examinó el estudio.

Tabla 10
Prevalencia de año del consumo de marihuana, según género en la población escolar

Sustancia	Sexo de la población escolar %		
	Varones	Mujeres	Mixto
Marihuana	2.8	1.4	2.2

Fuente: IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013)

Estudios en universitarios

En el año 2013, el Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, CAN (2013) realizó el segundo estudio sobre consumo de sustancias en los estudiantes universitarios del país. Los datos fueron obtenidos entre mayo y diciembre de 2012. Hubo un total de 5993 participantes de ambos sexos y de diferentes carreras: 2977 varones y 3016 mujeres, que representan a un universo de 207,000 estudiantes universitarios de 12 centros seleccionados.

En la Tabla 11, se observa la prevalencia de consumo, según vida, año, mes; la incidencia de consumo y la edad promedio de inicio.

Tabla 11
Indicadores de consumo de sustancias en universitarios

Sustancia	Prevalencia de consumo %			Incidencia de consumo	Edad promedio de inicio
	Vida	Año	Mes		
Drogas legales					
Alcohol	87.7	71.7	46.59	70.57	16.3
Tabaco	59.86	36.18	22.10	31.34	16.40
Drogas ilegales					
Marihuana	11.58	4.29	1.62	2.78	18.46
Cocaína	1.99	0.61	0.11	0.42	19.07
PBC	0.44	0.10	0.03	0.06	18.06
Inhalantes	0.73	0.30	0.04	0.38	16.4
Extasis	1.09	0.28	0.08	-	19.56
Anfetaminas	0.41	0.21	0.12	-	-
Crack	0.11	0.01	0.00	-	-
Katamina	0.19	0.04	0.02	-	-
Drogas médicas					
Tranquilizantes	5.22	1.98	0.91	-	19.01
Estimulantes	0.78	0.28	0.04		19

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

Alcohol

En cuanto al consumo de alcohol, al comparar el uso durante el último mes de varones y mujeres, se observa que la prevalencia del mes del primer grupo asciende a 54.73% mientras que en el segundo la prevalencia del mes es de 38.89 %, como pone en evidencia la Tabla 12.

Tabla 12

Prevalencia de último año de consumo de alcohol en universitarios, según grupos de edad

Sexo	Prevalencia %			Incidencia %	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Varones	91.36	77.92	54.73	79.53	67.64
Mujeres	83.02	65.85	38.89	62.31	37.36
Total	87.07	71.70	46.59	70.57	52.27

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

En la Tabla 13 se aprecia que el grupo de edad con la mayor prevalencia de año es aquel que involucra a universitarios de 23 a 24 años (77%), seguido del grupo de 21 a 22 años (76.63%).

Tabla 13

Prevalencia de último año de consumo de alcohol en universitarios, según grupos de edad

Grupos de edad	%	Intervalos de confianza de 95 %
18 años o menos	63.45	60.72 – 66.18
19 – 20	67.41	65.15 – 69.67
21 – 22	76.63	74.42 – 78.81
23 - 24	77.00	74.29 – 79.71
25 o más	74.43	71.45 – 77.51
Total	71.70	70.56 – 72.84

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

En la Tabla 14 se observan las edades de inicio de consumo de alcohol, donde los varones presentan una edad de inicio promedio de 15.7 años, mientras que las mujeres, de 16.58 años. El promedio de edad general fue de 16.13 años.

Tabla 14
Edad de inicio del consumo de alcohol en universitarios, según sexo

SEXO	Promedio de edad	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Varones	15.70	14	16	17
Mujeres	16.58	15	16	18
Total	16.13	15	16	18

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

En relación al consumo riesgoso de alcohol, según sexo, con respecto a los consumidores de alcohol durante el último año, se reportó que un 25.37% de varones presenta indicadores de consumo perjudicial. En función al sexo, el 32.17% de varones y el 17.95% de mujeres presentó indicadores de riesgo (Tabla 15).

Tabla 15
Porcentaje de universitarios con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol, según sexo

Sexo	Respecto a la población total %	Respecto a consumidores del último año %	Intervalos de confianza de 95 %
Varones	25.37	32.17	30.26 – 34.07
Mujeres	11.85	17.95	16.26 – 19.65
Total	18.42	25.47	24.16 – 26.77

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

En la Tabla 16 se reportan los casos de universitarios que presentan indicadores de dependencia de alcohol. El 6.62% de mujeres que han consumido alcohol du-

rante el último año muestran signos de dependencia de alcohol, mientras que el 14.46% de los varones que consumieron alcohol el último año muestran dichos signos.

Tabla 16
Porcentaje de universitarios con signos de dependencia de alcohol, según sexo

Sexo	Respecto a consumidores del último año %	Intervalos de confianza de 95 %
Varones	14.46	13.03 - 15.89
Mujeres	6.62	5.52 - 7.72
Total	10.76	9.83 - 11.69

Fuente: Il Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

La Tabla 17 ofrece las distribuciones porcentuales de universitarios según el involucramiento de familiares o amigos que se embriagan frecuentemente. También permite observar que un 18.89% no tiene ningún familiar o amigo con estas características, mientras que el 50.41% tiene dos o más personas de su entorno cercano que se embriagan con frecuencia.

Tabla 17
Distribución porcentual de universitarios al indagar sobre si "¿Tienes familiares o amigos que se emborrachan frecuentemente?", según sexo

SEXO	¿Tienes familiares que se emborrachan frecuentemente? %			
	Ninguno	1	2 o más	NS/NC
Varones	16.20	19.44	54.63	9.74
Mujeres	21.43	22.51	46.41	9.64
Total	18.89	21.01	50.41	9.69

Fuente: Il Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

Marihuana

La Tabla 18 muestra las prevalencias de vida, año y mes del consumo de marihuana. Si bien la prevalencia de vida obtiene el 11.58%, solo el 1.62% de universitarios reportó haber consumido marihuana durante el último mes. Asimismo, los varones presentan una prevalencia de mes de 2.66%, mientras que las mujeres, de 0.63%.

Tabla 18
Indicadores de consumo de marihuana en universitarios, según sexo

SEXO	Prevalencia %			Incidencia %	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Varones	16.88	6.02	2.66	3.93	1.63
Mujeres	6.57	2.65	0.63	1.78	0.19
Total	11.58	4.29	1.62	2.78	0.85

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

La Tabla 19 evidencia que el grupo de edad con más alta prevalencia de año es el de estudiantes de 23-24 años, seguidos de los de 21-22 años. Por su parte, los universitarios de 18 años o menores son quienes presentan la menor prevalencia de año del consumo de marihuana.

Tabla 19
Prevalencia de último año del consumo de marihuana en universitarios, según edad

Grupos de edad	Prevalencia %	Intervalos de confianza de 95 %
18 y menos	3.18	2.17 – 4.20
19-20	3.57	2.66 – 4.48
21-22	4.81	3.67 – 5.95
23-24	5.62	4.11 – 7.13
25 y más	4.41	2.96 – 5.87
Total	4.29	3.77 – 4.81

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

La edad de inicio en el consumo de marihuana en universitarios (Tabla 20) fue en promedio de 18.46 años, observándose una diferencia mínima entre varones (18.24 años) y mujeres (18.99 años).

Tabla 20
Edad de inicio de consumo de marihuana en universitarios, según sexo

SEXO	Promedio de edad	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Varones	18.24	17	18	20
Mujeres	18.99	17	19	21
Total	18.46	17	18	20

Fuente: II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

En la Tabla 21 se reportan los indicadores de consumo de sustancias entre escolares y universitarios. En ella se puede observar que las prevalencias de año y mes de sustancias legales se incrementan sustancialmente en los universitarios, mientras que el uso de marihuana aumenta en la prevalencia de año y se mantiene en la prevalencia de mes. Para los efectos se tomó como base el IV Informe Ejecutivo sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013) y el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (CAN, 2013).

Según el reporte de DEVIDA (2013) la prevalencia de año de marihuana es 1% y la de mes 0.5%, cifras menores a las observadas en la población tanto escolar como universitaria. Por su parte, el Estudio epidemiológico sobre drogas en población urbana de CEDRO (2011) señala que la prevalencia de año de alcohol es de 72.2 %, lo cual es similar a lo reportado para universitarios y bastante mayor a lo reportado por escolares. Además, la prevalencia de mes de alcohol es de 36.9 %, lo cual ubica a los universitarios por encima de las cifras de la población general.

Es importante señalar que las metodologías y la población de los estudios señalados son distintas, por lo cual las comparaciones son solo referenciales. Sin embargo, las tendencias reportadas sobre las trayectorias del consumo de las diferentes drogas nos permiten estimar su severidad.

Tabla 21
Indicadores de consumo de sustancias en universitarios

Sustancia	Prevalencia de año %		Prevalencia de mes %	
	Escolares	Universitarios	Escolares	Universitarios
Drogas legales				
Alcohol	19.7	71.7	9.3	46.59
Tabaco	12.8	36.18	7.4	22.10
Drogas ilegales				
Marihuana	2.2	4.29	1.4	1.62
Cocaína	0.9	0.61	0.7	0.11
PBC	0.9	0.10	0.7	0.03
Inhalantes	1.2	0.30	0.5	0.04
Extasis	1.0	0.28	0.7	0.08
Drogas médicas				
Tranquilizantes	2.3	1.98	1.3	0.91
Estimulantes	1.5	0.28	1.0	0.04

Fuente: Producción propia sobre la base del IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012 (DEVIDA, 2013) y el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria Informe Perú, 2012 (PRADICAN, 2013).

2.

ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

2. ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR Y UNIVERSITARIA

Si bien existe evidencia epidemiológica respecto a la reducción del consumo de alcohol y marihuana en la población adolescente escolar (DEVIDA, 2009; 2011; 2013), son preocupantes varios aspectos del consumo de drogas en esta población.

El aspecto más importante tiene que ver con el promedio de la edad de iniciación del consumo de alcohol: 13 años; habiéndose encontrado estadísticamente que la edad de inicio más baja desciende hasta 8 años. Del mismo modo, la edad de iniciación del consumo de la marihuana se ubica en el mismo periodo adolescente, 14.3 años; y el consumo se habría duplicado en ciudades como Cusco y Tacna. Otro aspecto a considerar es la determinación que el uso de drogas en la población escolar tiende a concentrarse y crecer en las ciudades ubicadas en las rutas de salida de las drogas cocaínicas, donde las prevalencias de consumo siempre tuvieron tasas poco significativas.

Aun si ha disminuido el consumo de sustancias como el alcohol y la marihuana, la percepción del riesgo de consumo no ha incrementado, encontrándose más bien una reducción de la conciencia de riesgo, lo cual hace más vulnerable al consumo a ciertas poblaciones de adolescentes y jóvenes.

En lo que se refiere al consumo de alcohol en población universitaria, el estudio de la CAN (2013) advierte que el 10.8%, es decir 1 de cada 9 estudiantes que declaran haber consumido alcohol en el último año, presentan indicadores compatibles con la dependencia alcohólica, destacando los varones universitarios, 14.5%, respecto de las mujeres, 6.6%, tasa que confirma que el abuso de alcohol y otras drogas ha dejado de ser "exclusividad" de los varones. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es 16 años, con la diferencia de 1 año entre varones y mujeres, 15.7 y 16.6 años, respectivamente.

Al comparar los estudios en universitarios de la CAN publicados en 2009 y 2013, respecto a las tendencias del consumo de alcohol, observamos un incremento de la prevalencia de año de 69.93% a 71.70%, destacando el incremento de 5 puntos porcentuales en los varones, 72.8%, en 2009 y 77.9%, en 2012.

En cuanto a las comparaciones del consumo riesgoso de alcohol sobre la base del consumo del último año, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los años 2009 (20.9%) y 2012 (25.5%), registrándose también variaciones no significativas del consumo riesgoso de alcohol en las mujeres universitarias del 2009 (15.9%) y el 2012 (18%).

En esta misma línea de análisis comparativo, se determinó que el porcentaje de universitarios con signos de dependencia alcohólica se ha incrementado significativamente de 8.3 % en 2009 a 10.8 % en 2012, llegando a la conclusión de que el abuso de bebidas alcohólicas en esta población se ha convertido en un problema sanitario de honda preocupación dado que estos indicadores tienen un impacto en el rendimiento y la deserción académica.

Sobre la base de los mismos estudios de la CAN (2009 y 2013), al examinar las tendencias de consumo de la marihuana se aprecia un aumento moderado de 3.3% en 2009 a 4.3% en 2012. Ello obedecería según el estudio al incremento significativo del consumo en varones, 3.7%, 2009 y 6%, 2012, mientras que en las mujeres se observa un consumo estable, con cifras inferiores a 3%.

Finalmente, de los encuestados en 2012 que declararon haber consumido marihuana alguna vez en el último año, 28.8 % podrían ser considerados entre los que abusan o presentan indicadores compatibles con la dependencia cannábica, permaneciendo la mayor proporción en la última condición clínica. La tasa más alta de abuso o dependencia la obtienen los varones, 30.3%, mientras que las mujeres alcanzan el 25.5%, confirmándose la presencia cada vez más visible de las mujeres en cuanto al abuso y dependencia a sustancias.

3.

CONSECUENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES

3. CONSECUENCIAS NEUROPSICOLÓGICAS DEL USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y MARIHUANA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES

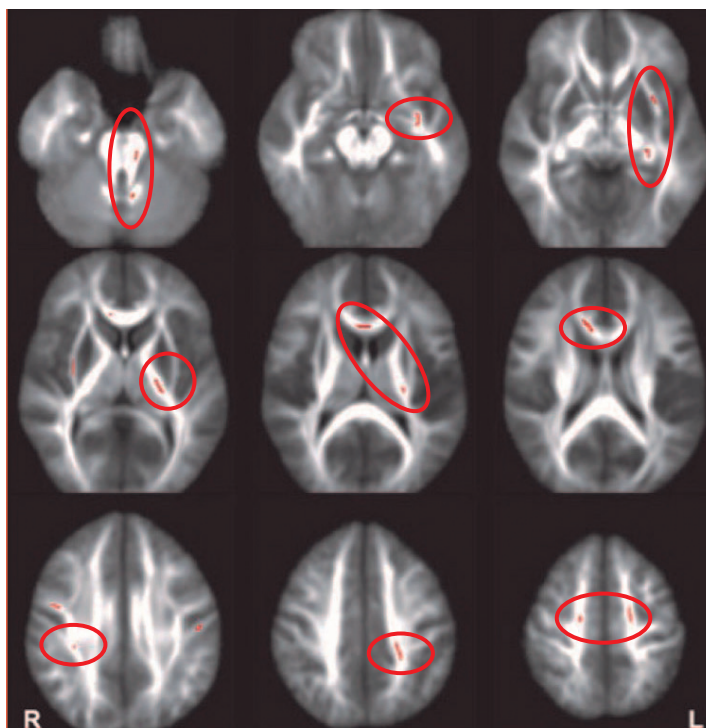
A continuación presentamos algunas investigaciones llevadas a cabo en los últimos años sobre el impacto neuropsicológico del alcohol y la marihuana en poblaciones adolescentes y jóvenes.

Alcohol

McQueeney et al. (2009) desarrollaron una investigación comparativa sobre la materia blanca cerebral entre adolescentes (n=14) que presentaban binge drinking o consumo intensivo de alcohol (sin historial de dependencia de alcohol) y un grupo control (n=14) similares en edad, género, CI verbal, etnicidad y estatus socioeconómico. El estudio muestra diferencias en la calidad de la materia blanca en los adolescentes con antecedentes de *binge drinking*¹, donde se destacan las áreas extensas de la materia blanca en riesgo. Esto a su vez compromete las redes neuronales que subyacen a las habilidades cognitivas más complejas involucradas en el aprendizaje, la memoria y algunas ejecuciones finas. Estos resultados aclaran el impacto neurobiológico del consumo episódico excesivo de alcohol en la adolescencia.

-
1. Binge drinking (BD). Para la National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) la definición debe integrar las variables cantidad y frecuencia, así como considerar las consecuencias negativas asociadas al abuso de alcohol (problemas con autoridades, la policía, interferencia en el rendimiento académico o el ámbito laboral, agresiones sexuales, riñas o peleas).
 - a. En función de la cantidad. Wechsler et al. (1994) y Wechsler et al. (1995), a partir de la investigación de la Harvard School of Public Health College Alcohol Study, establecieron la importancia de las diferencias sexuales en el consumo de alcohol en universitarios. Determinaron que el concepto BD comprende el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en varones y 4 o más en mujeres, en una sola ocasión, al menos una vez en las últimas dos semanas.
 - b. En función a la frecuencia. Aun considerando lo complejo que es establecer este indicador, la referencia de la investigación en universitarios de Wechsler et al. (1994) está vigente, en él se establecen cuatro grupos en función de la frecuencia de consumo: (i) Abstinentes, que no han consumido alcohol en el último año; (ii) No BD, que han consumido alcohol en el último año pero no intensamente (5+/4+) en las dos últimas semanas; (iii) BD ocasionales, que han consumido alcohol de forma intensiva (5+/4+) 1 o más veces en las dos últimas semanas; y (iv) BD frecuentes, que han consumido alcohol de forma intensiva (5+/4+) 3 o más veces en las dos últimas semanas.

El Gráfico 1 ilustra la resonancia magnética cerebral de un adolescente. Los puntos de color rojo muestran las zonas de materia blanca donde se observaron las diferencias entre los adolescentes que no consumían alcohol y los que sí lo hacían. Podemos observar que las zonas alteradas se presentan en varias áreas del cerebro adolescente; para una correcta lectura del gráfico se informa que cada imagen es como una rebanada del cerebro, el mismo que comienza desde la base. Se concluye que hay evidencia de alteraciones en los cerebros de los adolescentes aun cuando no presentan criterios clínicos compatibles con el alcoholismo.



Imágenes del cerebro obtenidas por Resonancia M. Los puntos rojos muestran las zonas de la materia blanca donde se observaron las diferencias entre los adolescentes que no consumían alcohol y los que si lo hacían. Las zonas alteradas están presentes en varias áreas del cerebro. Es conveniente saber que cada una es como una rebanada del cerebro, que comienza desde la base (imagen de la esquina superior izquierda) y termina en la parte más alta (imagen de la esquina inferior derecha), siguiendo la secuencia entre las filas de izquierda a derecha. Se encontraron alteraciones en los cerebros de estos adolescentes, aun cuando no eran alcohólicos, y tampoco bebían todos los días

Gráfico 1. Consecuencias del abuso de alcohol sobre la materia blanca en adolescentes bebedores excesivos (binge drinking)

El Gráfico 2 permite aclarar el riesgo del consumo precoz y frecuente de alcohol en adolescentes. El proceso de desarrollo del cerebro adolescente, donde destaca la mielinización y la formación de la arborización dendrítica neuronal dentro de este periodo, puede ser interrumpido con la presencia de la toxicidad del alcohol, generando distorsión de las funciones y eventualmente daño.

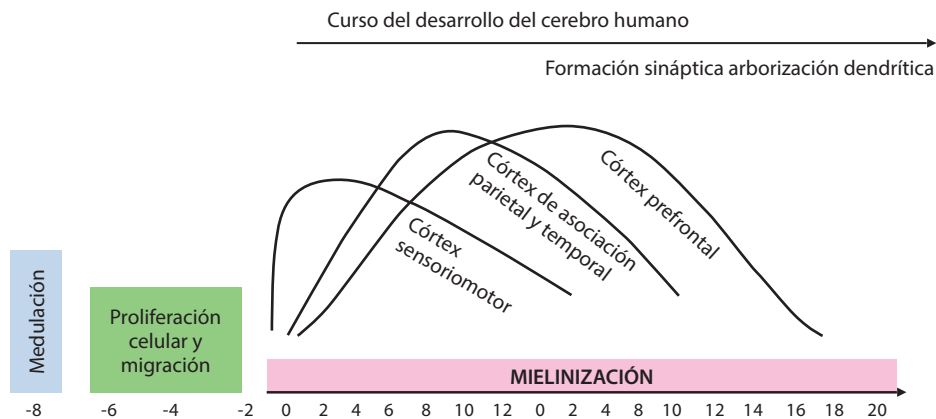


Gráfico 2. Curso del desarrollo del cerebro adolescente y formación sináptica

Fuente: Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes universitarios. Universidad de Santiago de Compostela, Tesis de Doctorado (Parada, 2009).

Tanto los estudios estructurales como funcionales del cerebro sugieren que los adolescentes y jóvenes con trastornos por abuso de alcohol muestran: a) una reducción significativa del volumen hipocampal (principalmente del hipocampo izquierdo), del córtex prefrontal y de la integridad de la sustancia blanca en el rostro y el istmo del cuerpo caloso; b) diferencias en el patrón de activación cerebral en una tarea de memoria de trabajo espacial; y c) dificultades en tareas cognitivas que valoren memoria, atención y memoria de trabajo (Tapert, Caldwell y Burke, 2005; Tapert y Schweinsburg, 2005; Hartley, Elsabagh y File, 2004 ; Müller y Knight, 2006; Johnson et al., 2008; McQueeney et al., 2009; Parada et al., 2007).

Alcohol y otras drogas

Hanson et al. (2011) llevaron a cabo una investigación longitudinal en 213 jóvenes que recibieron tratamiento por abuso o dependencia al alcohol y otras drogas. La investigación se desarrolló a lo largo de 10 años, donde se examinaron los patrones de funcionamiento neuropsicológico de los participantes. En los resultados se encontró una asociación entre déficit en aprendizaje y memoria verbal, memoria viso espacial, atención verbal y memoria de trabajo y patrones de uso de alcohol y otras drogas de inicio en la adolescencia media. Además, se encontró que el uso exclusivo y abusivo de alcohol estuvo asociado con déficit en la memoria de corto plazo. Finalmente también se encontró que las personas que detuvieron su consumo y recibieron tratamiento durante los 10 años que duró el estudio, lograron recuperar sus funciones cognitivas afectadas.

El equipo de Lisdahl et al. (2013) revisó los estudios sobre el impacto del uso de alcohol y marihuana en adolescentes, confirmando que el inicio en el binge drinking y el uso de marihuana tienen un impacto negativo en la cognición, la estructura y funcionamiento del cerebro en adolescentes y adultos jóvenes sanos, además que el inicio temprano (antes de los 18 años) está asociado con mayores déficits neurocognitivos.

Estos datos sugieren que las intervenciones deben enfatizar el retraso en el inicio del uso de alcohol y otras drogas con el fin de prevenir la aparición de daño neurológico de largo plazo y asegurar el funcionamiento óptimo en la salud y el funcionamiento cognitivo de la población joven.

Marihuana

Batalla et al. (2013) desarrollaron un estudio de metaanálisis en más de 100 investigaciones que utilizaron imágenes cerebrales para explorar los efectos del uso de la marihuana en la estructura y funcionamiento del cerebro. Hubo 43 de esas investigaciones cumplieron con los criterios de inclusión y fueron revisados a profundidad. A pesar de la heterogeneidad de los estudios revisados, lograron identificar algunos resultados consistentes. Se determinó que el uso de marihuana estuvo relacionado con la alteración de capacidades cognitivas, que esas alteraciones podrían aparecer poco después de iniciar el uso de marihuana y que estaban relacionadas con el género. La revisión sugiere que el uso crónico de marihuana alteraría el funcionamiento y la estructura del cerebro.

Meier et al. (2012) llevaron a cabo una investigación longitudinal con 1037 individuos seguidos desde su nacimiento y luego evaluados en distintos momentos de sus vidas hasta los 38 años. Los resultados sugieren que el consumo recurrente de marihuana estuvo asociado a déficits neuropsicológicos generalizados en diversos ámbitos del funcionamiento, y se encontraron mayores déficits en usuarios más persistentes. Los hallazgos de esta investigación lograron desligar condiciones premórbidas y un menor nivel de instrucción sobre el consumo de cannabis que puedan explicar los déficits cognoscitivos y ejecutivos, encontrando asociaciones directas entre el uso de marihuana y dichos déficits. Además, lograron establecer que las condiciones neuropsicológicas observadas en los usuarios de cannabis no se revirtieron después de discontinuar su uso durante un año.

4.

INVESTIGACIONES CLÍNICAS NACIONALES EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES QUE ABUSAN DE ALCOHOL Y MARIHUANA

4. INVESTIGACIONES CLÍNICAS NACIONALES EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JÓVENES QUE ABUSAN DE ALCOHOL Y MARIHUANA

En el ámbito peruano existe la preocupación por el incremento de nuevos consumidores púberes y adolescentes de las principales sustancias de abuso como el alcohol y la marihuana; sin embargo, no se dispone de suficiente información al respecto. La información que se tiene sobre esta población especial es sobre todo epidemiológica, evidenciando un déficit significativo de estudios cualitativos y de perfiles actuales de adolescentes y jóvenes consumidores.

Rojas (2005) trabajó con una muestra clínica de 502 adolescentes consumidores de drogas, con edades que fluctuaban entre 12 y 20 años, atendidos en el Servicio Lugar de Escucha - CEDRO. En los resultados se encontró que la presión del grupo de pares o amigos es un factor gravitante en la iniciación del consumo de alcohol y otras sustancias. Por otro lado, la marihuana es una droga de entrada en la mitad de la población, y el 45% tuvo como motivo de consulta el consumo de esta sustancia. También se registró un 0.9% de casos que admitieron haberse iniciado en las drogas a través del éxtasis. Las edades promedio del primer consumo para el tabaco y el alcohol fueron 9.3 años y 10.2 años, respectivamente. Finalmente, el 67.3% de los adolescentes proceden de familias estructuradas o intactas, con 4 a 5 miembros.

Desde el 2010 se han comunicado algunos reportes clínicos sobre el abuso de alcohol (binge drinkers) en adolescentes y jóvenes (Rojas, Otiniano y Zereceda, 2012). Para los efectos se desarrolló una investigación exploratoria y de análisis cualitativo en 436 personas (33 preadolescentes de 12 a 15 años; 182 adolescentes de 16 a 20 años; y 221 jóvenes de 21 a 25 años) atendidos por abuso de alcohol entre los años 2006 y 2011. El objetivo del estudio fue determinar las variaciones de la intensidad del consumo de alcohol en función de los grupos de estudio.

En los resultados se encontró que en todos los grupos de edad estudiados, los consumidores suelen acudir a consulta acompañados de sus padres en contraposición con lo que se encuentra en otros estudios en adultos, donde la participación de la familia suele ser poco significativa. Al considerar variables como frecuencia y ocupación, se determinó que en los cuatro grupos evaluados se-

gún ocupación, el consumo intenso de alcohol se da dos veces por semana. Por otro lado, en el análisis de correlación de Spearman se encuentra que tanto varones como mujeres beben alcohol intensamente dos veces por semana (binge drinkers), encontrándose un subgrupo de consumidores (34%) con indicadores clínicos compatibles de alcoholismo. El hallazgo más revelador del estudio tiene que ver con la correlación significativa, aunque pequeña, respecto a la intensidad de consumo de alcohol en los grupos; pues se concluye que en los tres grupos evaluados existe una frecuencia similar de consumo de abuso, cuando era de esperar que los jóvenes tuvieran una intensidad más elevada.

Por otro lado, Rojas, Otiniano y Zereceda (2011), sobre la base de una investigación cualitativa e interpretativa, intentaron establecer los principales perfiles de las trayectorias de consumo de marihuana y hacer un acercamiento a la hipótesis muy difundida respecto a que los consumidores de marihuana suelen abandonar el consumo alrededor de los 30 años de edad. Para los efectos trabajaron con una muestra clínica de 2153 consumidores de marihuana y trabajaron con análisis de frecuencias y correlación de Spearman.

En los resultados encontraron que el consumo de marihuana estaba caracterizado mayoritariamente por el consumo diario e interdiario en los jóvenes y adolescentes; también se determinó que si bien los varones consumen marihuana con más frecuencia que las mujeres, quedaba visible que el consumo de marihuana había dejado de ser "exclusividad" de los varones, observándose que en el grupo de las mujeres también se consume en su mayoría a diario e interdiario.

En lo que se refiere a la hipótesis del abandono del consumo alrededor de los 30 años, se encontró que existe una relación significativa y positiva ($r = .36$) entre las dos variables de estudio (tiempo de consumo y frecuencia). Esto sugiere que cuánto más tiempo se mantiene una persona en el consumo de marihuana, contrariamente a lo propuesto, la frecuencia no disminuye, más bien se observa que hay un cierto incremento de consumo. Hay que mencionar que la muestra es clínica.

Finalmente, se levantaron algunos perfiles de las trayectorias de consumo. La trayectoria que más se acercó a representar la muestra de estudio fue aquella que dibuja pautas, donde a mayor tiempo de consumo se presenta un incremento moderado en la intensidad del consumo, más no abandono; resultados que están en consonancia con los del trabajo de hipótesis.

5.

FACTORES FAMILIARES Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

5. FACTORES FAMILIARES Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

La adolescencia como periodo de desarrollo y el riesgo adolescente

Es esperado que en la adolescencia se presente, con variada intensidad, una gama de problemas psicológicos y sociales, que para quien los tiene son difíciles de entender y sobre todo de manejar por la falta de madurez, experiencia, apoyo y en particular, una base sólida sobre el tema.

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente”.

Cuando un adolescente vive en un entorno familiar multiproblemático, debe recibir ayuda externa de corte profesional, y sería ideal que la familia participe activamente en un proceso de terapia familiar para entender y ayudar al adolescente. Investigadores como Rutter (1985) habían advertido que cuando un adolescente tiene dificultades psicológicas durante su desarrollo, estas están asociadas a diversos indicios de disfunción o patología familiar como el divorcio de los padres, discusiones parentales crónicas, enfermedad mental parental e inestabilidad de los padres.

Una población importante de adolescentes que atraviesan dificultades establecen relaciones muy conflictivas con sus padres, dado que esto formaría parte del comportamiento psicoafectivo del joven. Estas observaciones ya las hacía Sigmund Freud, cuando mencionaba que es normal para un adolescente tener durante largo tiempo un comportamiento incoherente e imprevisible, de amar a sus padres y de odiarlos, de rebelarse contra ellos y de depender de ellos.

Ellos y ellas suelen cuestionar la personalidad de los padres, esto sería un ejemplo de la manifestación de lo que piensa el adolescente y su familia que están en conflicto, dado que la violencia de la rebelión puede ser una medida de presión

para vencer los lazos que unen al adolescente y sus padres, más que el inicio de su hostilidad frente a ellos.

El adolescente debe convencer no solo a sus padres sino también a una parte de sí mismo de que no tiene necesidad de ellos, de que él mismo y sus padres son diferentes. Por lo tanto el adolescente que cree percibir que no es aceptado, valorado o amado por su familia, llega a sentirse con baja autoestima y autoconcepto, generando una proclividad gradual a diversos tipos de riesgo.

Una vez más recordamos que la evidencia investigativa nacional ha llegado a determinar que el abuso de alcohol y otras drogas es uno de los principales problemas de salud pública entre los adolescentes y jóvenes peruanos. Del mismo modo, hay que enfatizar en los indicadores más preocupantes, como el referido a la reducción de las edades de iniciación y el involucramiento cada vez más visible de las adolescentes y jóvenes mujeres en el uso y abuso de alcohol, tabaco y marihuana.

Ahora bien, diversos estudios han determinado que los adolescentes y jóvenes actúan por simple curiosidad, imitación, sentimiento de invulnerabilidad, rebeldía o afán de independencia. Muchos de ellos y ellas enfrentan el peligro de iniciarse en el consumo y posteriormente escalar a la adicción. El y la adolescente colocan la droga en el lugar que desea, por lo tanto la acción de esta no depende solo de sus características como droga, sino de lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministran, y de lo que dicta el entorno.

Todo este contexto tiene un cierto impacto en el adolescente, quien viene atravesando un particular periodo de desarrollo para consolidar las bases de su salud mental y física y alcanzar la estabilidad del adulto. No hay que perder de vista que la adolescencia constituye la última oportunidad de la persona para establecer la estructura de su personalidad.

El adolescente ensaya modos de vida alternativos que pueden sustituir aquellos que durante su infancia resultaban incuestionables. Normalmente los adolescentes presentan diversos grados de vulnerabilidad, frente al estrés, la frustración y la ansiedad, lo que ocasiona que se incremente la probabilidad o el riesgo de involucramiento y desarrollo de ciertos comportamientos adictivos, con y sin sustancias.

En la cadena de factores de riesgo que pueden afectar al adolescente encontramos a los trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, trastornos de déficit de atención y trastornos de comportamiento como la agresividad y los rasgos antisociales. No son menos importantes algunos factores coadyuvantes como el bajo rendimiento, el fracaso y la deserción escolar; el embarazo temprano en las adolescentes, la presencia de disfunción familiar, trastornos psiquiátricos y antecedentes de adicciones en el entorno, principalmente en los progenitores.

Sobre la conducta de consumo de alcohol, cuando se indaga directamente con adolescentes y jóvenes bebedores respecto a las razones del mantenimiento en el consumo, suelen esgrimir argumentos como la necesidad de ser aceptados por el entorno o por los pares; la imitación de los amigos y compañeros, la curiosidad, el sentimiento de invulnerabilidad, la disponibilidad o el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros factores. También, en no pocos casos, tienen como referente el entorno familiar, y dentro de él principalmente a sus padres.

Por otro lado, los adolescentes y jóvenes que experimentan con drogas ilícitas como las sustancias cocaínicas, marihuana, medicamentos de prescripción, suelen dar razones o argumentos similares aunque no idénticos a los anteriores, es decir, la compañía, la presión de los amigos, invulnerabilidad, moda, estrés, aburrimiento, rebelión, estados emocionales como la depresión, entre otros factores. Hay estudios que confirman que muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol o fuman tabaco o marihuana. Por tanto muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar qué se siente, aunque muchos se habituarán al consumo.

Los adolescentes que están en lucha interna con sus sentimientos, que no logran canalizar y descargar adecuadamente y de forma constructiva sus inquietudes y emociones, suelen encontrar en los efectos de las drogas la mejor salida a su angustia o desesperación, dado que la droga los libera artificialmente de esas tensiones; así, el joven aprende a evadir de la realidad.

Una vez instalada la dependencia a determinada sustancia, el problema queda desplazado, el joven sufre dado que necesita la droga y esta calma el sufrimiento. Una de las consecuencias más severas de la dependencia a sustancias en adolescentes que comienzan el consumo precozmente es que la enfermedad adictiva, tal como se advirtió en las consecuencias neuropsicológicas del abuso de drogas,

interfiere significativamente el proceso de elaboración mental necesario para superar esta fase de desarrollo.

Otro factor que interviene tanto en el inicio como en la habituación del consumo es la familia misma. Los riesgos pueden ser la percepción y actitud de los padres respecto al alcohol y otras drogas y al consumo, la educación y las medidas disciplinarias inconsistentes con respecto al consumo de sustancias de los hijos, la vulnerabilidad genética, etc. Otro problema que enfrenta el adolescente es el estrés generado por sucesos familiares como la separación o el divorcio de los padres, la formación de parejas nuevas o el fallecimiento de uno de ellos, enfermedad, y otros.

Finalmente, hay ciertas características de la personalidad y el comportamiento de los adolescentes que pueden servir de indicadores cuando están involucrados en el abuso o dependencia a sustancias, como son los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la habituación, como el rendimiento y abandono de los estudios, apatía, déficit motivacional, alejamiento de la familia, actitud pro consumo, cambios en el carácter, pocas actividades extraescolares y la débil comunicación con los padres, porque los adolescentes consumidores son más proclives a experimentar altas tasas de ansiedad y depresión, frente a los que no consumen sustancias.

Comportamiento antisocial adolescente

Los enfoques contemporáneos de la psicología, psiquiatría y sociología aceptan la influencia de variables socioambientales, como la influencia del grupo de pares, en la etiología, desarrollo y prolongación del comportamiento antisocial del joven.

Al examinar la literatura de la década de 1980, ya encontramos investigaciones que focalizan sus objetivos en el estudio de los factores de la personalidad que podrían interactuar con variables sociales y ambientales en la adquisición de conductas antisociales.

Existe suficiente información investigativa proveniente de población normal y de población penitenciaria que ha establecido, consistentemente, las relaciones entre variables de personalidad y la conducta antisocial delictiva, variables tales como la impulsividad, empatía, hostilidad, inteligencia o estabilidad emocional.

Hay consenso en definir el comportamiento antisocial como cualquier conducta dirigida a infringir o violar reglas sociales, o sea una acción contra los demás. Diversos estudios han examinado las relaciones de la conducta antisocial con una gama de variables de la personalidad infanto-juvenil. Algunas investigaciones, como las de Garaigordobil, Álvarez y Carralero (2004) y Quinsey, Book y Lalumiere (2001), han encontrado correlaciones positivas de la conducta antisocial con la agresividad, otros trabajos como los de Calvo, González y Martorell (2001) y Taylor (2000) con prejuicios étnicos y reportes de Kiesner et al. (2003) con impulsividad. Por su parte el trabajo de Carrillo y Luengo (1993) analiza la asociación de la conducta antisocial de los adolescentes con disposición a demorar gratificaciones, mostrando diferencias significativas en esta variable entre sujetos con mayor y menor grado de involucramiento delictivo. En este contexto, López y López (2003) en su trabajo con adolescentes de población normal, confirman la existencia de relaciones significativas entre determinados rasgos de personalidad (psicoticismo, impulsividad, falta de autocontrol, despreocupación, atrevimiento) y la conducta antisocial y delictiva.

Otras investigaciones como las de Lund y Merrell (2001), Steward (2000) y Taylor (2000), han encontrado que los niños con trastornos emocionales conductuales puntúan más bajo en competencia social y más alto en conducta antisocial, así como la existencia de relaciones directas entre temperamento emocionalmente negativo y conducta antisocial. En esta dirección de estudios sobre conducta antisocial y socialización, Carrillo, Luego y Romero (1994) informan que los adolescentes institucionalizados con marcado comportamiento antisocial tienen menos interés por temas sociales sin una relevancia personal directa.

También se han estudiado las relaciones inversas entre conducta antisocial y empatía en niños y adolescentes, como el desarrollado por el equipo de Garaigordobil, Álvarez y Carralero (2004) y los reportados por Calvo, González y Martorell (2001) y Mirón, Otero y Luengo (1989). En esta línea de investigación, Calvo, González y Martorell (2001), Garaigordobil, Álvarez y Carralero (2004) y O'Moore y Kirkham (2001), también establecieron correlaciones negativas entre comportamiento antisocial y autoconcepto-autoestima, habiéndose determinado que los niños y adolescentes con alto autoconcepto desarrollan escasas conductas antisociales, respecto a los adolescentes con baja autoestima, quienes exhiben más conductas amenazantes e intimidatorias hacia otros, así como que distintas dimensiones de la autoestima muestran una asociación negativa con la conducta desviada y que bajos niveles en ciertos componentes de la autoestima se revelan

como consecuencia de la implicación en actividades delictivas, como lo refiere Romero et al. (1994).

Investigaciones como los de Marsh, Parada, Yeung y Healey (2001) han explorado las características de sujetos agresivos, multiproblemáticos, protagonistas de peleas y habitualmente castigados por ello, donde determinaron que estos perfiles comprenden un déficit significativo de autoconcepto.

En cuanto a las investigaciones que han indagado las relaciones entre conducta antisocial y el género, estos muestran resultados contradictorios. Al respecto, Garaigordobil, Álvarez y Carralero (2004) encuentran diferencias significativas con una mayor frecuencia de conductas antisociales en los varones, mientras que otras sugieren que estas diferencias son mayores en la infancia, disminuyendo en la adolescencia como lo refiere Moffitt y Caspi (2001).

Scandroglio, et al. (2002), por su parte, comunica que los primeros estudios sobre la participación femenina en pandillas juveniles informaban que el grado de involucramiento de las mujeres era marginal, por tanto ellas manifestaban menos conductas delictivas que los grupos compuestos por varones. Asimismo proporcionan información distinta llegando a advertir un mayor nivel de participación e involucramiento de las mujeres, así como un incremento de sus conductas violentas. Sin embargo, aun considerando las nuevas evidencias, al parecer siguen predominando diferencias entre los dos sexos.

Estilos de crianza y acompañamiento parental en el periodo de la adolescencia

La crianza es un proceso dinámico y complejo que incluye, por un lado, la obligación de los padres de cubrir las necesidades básicas del niño, tanto físicas como afectivas y psicosociales, y por otro, facilitarle pautas de aprendizaje y ciertas condiciones de estímulo que favorezcan un desarrollo biopsicosocial saludable.

Desde la perspectiva ecológica se sostiene que el comportamiento parental está determinado por varios factores, como los individuales (características de la personalidad de los padres o de los hijos), evolutivos, familiares, sociales y contextuales. El conjunto de estos factores desencadenaría algunos comportamientos y actitudes concretos que marcan un estilo educativo propio.

Los modelos de crianza entendidos como la forma de inculcar disciplina, hábitos o valores, no se desarrollan de forma unilateral en los padres, sino que se dan en un marco de relaciones, donde los padres reciben mensajes verbales y no verbales de sus hijos y con ello modulan sus estilos de crianza. Padres e hijos reciben la retroalimentación (feedback) bidireccional que irá configurando su estilo educativo. Las características personales de los padres y de los hijos (saludables o con patologías) influirán sobre los propios modelos de crianza que se desarrollen en el entorno familiar.

En este contexto, Bullard (1997) llevó a cabo una investigación con padres de niños y púberes de 6 a 12 años con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Para los efectos realizó un análisis cualitativo de las percepciones que tenían los padres de familia con niños con TDAH y el impacto que les había generado el problema de salud. En los resultados se encontró que los padres manifestaban:

- Comportamiento imprevisible ante la severidad de la conducta problema.
- Alteraciones en las relaciones matrimoniales, en la relación con los hermanos y con la familia extensa.
- Aislamiento social de los padres: menos visitantes en su casa y reducción de las visitas fuera de casas debido a los problemas de la conducta del niño o del púber, la desaprobación de los otros y el nivel de demandas que requiere el niño.
- Dificultades en la escuela: relación con figuras de autoridad, profesores, exigencia de una mayor planificación y supervisión de las tareas escolares.
- Sentimientos emocionales de frustración, culpa, desesperación y agotamiento.
- En el caso de niños o adolescentes con TDAH, dilemas de la medicación: esfuerzos por encontrar la dosis terapéutica ajustada y sus efectos.

En esta misma línea de investigación Roselló et al. (2003) trabajaron con 36 familias de niños hiperactivos; en los resultados se evidenciaron importantes problemas en la crianza del niño con TDAH: 100% de los padres consideraba que la

convivencia les resultaba mucho más difícil que con otro niño de su misma edad, el 88% de los padres mostraba un nivel muy elevado de estrés, el 75% consideraba que no eran capaces de manejar el comportamiento de su hijo, el 50% manifestaba que podrían ser mejores padres, el 50% mantenía más enfrentamientos maritales a causa de su hijo, mientras que el 31% presentaba restricciones en la vida social, y el 44% consideraba que el niño o púber con TDAH incomodaba a sus hermanos.

En los estudios referenciados se pone de manifiesto la gran dificultad que experimentan los padres para hacerse cargo de la crianza del niño o púber con TDAH, en particular por los comportamientos, deseos equilibrantes e imprevisibles; es decir, el no acatamiento de las normas, discusiones con sus padres y hermanos, problemas académicos y de interacción en el colegio y las enormes dificultades de integración social. Hay que recordar que una tasa importante de adolescentes y jóvenes con problemas de abuso y dependencia a sustancias presentan TDAH como condición clínica previa al consumo de drogas como la marihuana, lo cual por lo general ensombrece el pronóstico del caso.

Familias disfuncionales

Diversos investigadores han considerado a las familias disfuncionales o desorganizadas como un fuerte factor de riesgo, generador de individuos con problemas comportamentales o de adaptación. Al respecto, Estévez, Musitu y Herrero (2005) sostiene que las familias desorganizadas lo son porque rompen con la función socializadora de los hijos. Esta condición las predispone a la incorporación de estilos de vida y comportamientos desadaptativos, ya que de hecho dificultan la tarea de los padres en la educación de los hijos, entorpecen y sabotean la labor de la escuela como transmisor de conocimiento y, además, permiten, con su ausencia de control, que los hijos se asocien con amigos que suelen tener valores antisociales. Las familias multiproblemáticas son aquellas que acumulan, en un momento dado, múltiples eventos estresantes fortuitos así como las tensiones asociadas a su estilo de interacción, pues se ven afectadas simultáneamente por los problemas que inciden sobre la familia como un todo (problemas económicos, disputas por la custodia de los hijos, etc.), lo cual repercute por lo menos en algún integrante del sistema familiar en términos de vagancia, fuga del hogar, conducta delictiva, abuso de drogas, entre otras conductas de alto riesgo, tal como conceptúan Rubio y Jaramillo (2009).

En la época contemporánea las familias multiproblemáticas y las familias monoparentales han crecido exponencialmente. Existen numerosos factores que intervienen en este fenómeno, como es el caso del desempleo, la ausencia física y emocional de los padres, la deficiente calidad de los vínculos entre los miembros del sistema familiar, problemas económicos, la migración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de ingreso (Morla, Saad de Janon, y Saad, 2006).

Pero también intervienen otros factores que, del mismo modo, precipitan los procesos de desestructuración del núcleo familiar como es el caso de ciertas condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar. Este hecho suele generar déficit en el grado de involucramiento de los padres con los niños y adolescentes en cuanto al acompañamiento emocional y físico en periodos trascendentales de su desarrollo.

El impacto negativo del proceso de disolución familiar tiene por objetivo el subsistema y más concretamente el vínculo filial. Las repercusiones principalmente se darán en el orden emocional y psicológico, en particular cuando el hijo o hija están en las fases de pubertad o adolescencia, donde se operan cambios en la estructura general de la persona.

Al respecto, varios investigadores como Morla et al. (2006) y Coletti y Linares (1997) se refieren a la familia disfuncional cuando se encuentra desatendida algunas de las siguientes responsabilidades:

- **Afecto.** Unión marital entre adolescentes, sobreinvolucramiento, dependencia emocional de la pareja a sus familias de origen, codependencia.
- **Socialización.** Ausencia de uno de los padres, abuso o dependencia del alcohol u otras drogas y adicciones sin sustancias, desempleo, conductas antisociales en el entorno familiar, problemas legales, fugas del hogar, fracaso escolar, prostitución
- **Cuidado.** Violencia intrafamiliar, hábitos alimentarios deficientes, mala higiene personal, ausencia de cuidados en la salud, ausencia de tratamiento en casos de enfermedad y detecciones oportunas no efectuadas.

- Reproducción. Embarazo no deseado o no planeado, abortos espontáneos o provocados, disfunción sexual, embarazo en adolescentes, excesivo número de hijos.
- Estatus. Inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral, diferentes expectativas entre los padres y los hijos, cambios frecuentes de domicilio o ciudad.

La familia vista como un sistema

La psicopatología y los rasgos de carácter de los adolescentes están influenciados por la estructura familiar (Sanz, Iraurgi y Martínez-Pampliega, 2002; Olson, Larsen y McCubbin, 1982). Una excesiva rigidez en las normas y valores del ambiente familiar y social pueden enrigidecer precozmente los rasgos de carácter del joven, convirtiéndolos en ciertos comportamientos desadaptativos.

Es importante destacar la singularidad de las familias, dado que cada una puede ayudar o perturbar el proceso adolescente para afrontar y resolver sus ansiedades y duelos.

Autores como Cicchetti y Rogosch (2002) han investigado algunos trastornos psicológicos de la infancia y pubertad desde el marco teórico de la psicopatología del desarrollo. Para ellos el objetivo de esta disciplina es el estudio del desarrollo de la conducta anormal desde la interacción compleja que se establece entre los diferentes sistemas, biológico, psicológico y social de las personas, a lo largo del periodo evolutivo.

Durante el proceso de desarrollo del niño se produce una interacción entre sus características propias y las características de su ambiente social y familiar. Por una parte, existe una predisposición biológica específica en cada persona que la hace vulnerable a desarrollar patologías específicas. De otro lado, las características constitucionales de los niños influyen en las relaciones padres-hijos; son rasgos de personalidad de aparición temprana que consolidan las peculiaridades de cada persona y perduran en el tiempo.

En cuanto al temperamento; los niños se pueden diferenciar en niños fáciles o estables, y difíciles. Los niños fáciles son aquellos que poseen humor positivo, se adaptan con facilidad a los cambios, mantienen reacciones de baja intensidad ante estímulos nuevos y están preparados para este tipo de estímulos. Por el contrario, los niños difíciles tienden a exteriorizar las dificultades conductuales y a desarrollarlas con facilidad, son irritables, manifiestan rabietas, conductas agresivas, dificultades en la capacidad de adquisición de rutinas y de adaptación a los cambios, y ello genera en los padres inseguridad y dificultades importantes para ejercer el control de los comportamientos del niño. Por otro lado, los ambientes concretos en que se desarrolla el niño pueden aumentar, mantener o reducir la probabilidad y frecuencia de estas patologías. En ese sentido, las variables ambientales pueden considerarse como de riesgo si aumentan la probabilidad de aparición de trastornos, o de protección si disminuyen o amortiguan el impacto de los acontecimientos de riesgo. Estas variables ambientales modulan la evolución de los trastornos, pero normalmente no son factores causales.

La perspectiva de la psicopatología del desarrollo se sitúa en una posición muy cercana a la teoría ecológica desarrollada por Bronfenbrenner (1986), según la cual la familia es el eje principal del proceso de desarrollo infantil, es el entorno más inmediato al niño, y al mismo tiempo es mediadora ante los demás entornos sociales y educativos en los que se desenvuelve. La familia es el microcosmos donde se desarrolla el niño en la primera etapa evolutiva, donde recibe las primeras lecciones acerca de las normas sociales, de lo que puede hacer o no y sobre su valía y la importancia que tienen sus acciones. Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir los roles y funciones, de relacionarse, de enfrentar los conflictos. Cada familia es única y tiene un estilo propio de dinámica o funcionamiento diferente al de otras familias. Para entender la complejidad del funcionamiento del sistema familiar es importante analizar su sistema de valores, su sistema normativo, el funcionamiento de los subsistemas que conforman la estructura familiar (conyugal, parental y filial), la relación que se establece entre ellos, la evolución que la familia sigue en su ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios y a las crisis.

Es así que existen características del ambiente familiar que se pueden considerar factores de riesgo, dado que aumentan la vulnerabilidad del niño o adolescente a desarrollar patologías, como las relaciones familiares frías o distantes, o conflictivas; del mismo modo, la familia puede incidir en una disciplina familiar inconsis-

tente o con ausencia de criterios, prácticas autoritarias de crianza, relaciones muy tensas, punitivas o estrictas (Kershner y Cohen, 1992, Baumrind, 1983), castigo corporal y otras estrategias punitivas.

Miranda (1985) y Burns (1990), por su parte, sostienen que existen otros factores familiares que posibilitan un buen funcionamiento psicológico del niño y adolescente, como la aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paterno filial con una definición clara de límites de las conductas y respeto de las iniciativas individuales de los hijos, dentro de los límites establecidos. La perspectiva sistémica familiar permite examinar en profundidad el comportamiento sintomático desde una perspectiva integral y enfatiza que el síntoma está muy vinculado con el funcionamiento o la dinámica interna de la familia. Al instalarse el consumo de sustancias, la familia enferma pierde su equilibrio, a través del tratamiento se busca recomponer y reconstituir las relaciones internas de la familia, pues no se centra únicamente en el consumo.

Dinámica familiar y severidad de los problemas relacionados con el consumo inicial y la habituación del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes

Diversas investigaciones han determinado que la familia es una de las variables más importantes en la etiología y mantenimiento del abuso de drogas. Las relaciones entre el uso y abuso de drogas y la dinámica del funcionamiento familiar ha sido objeto de numerosas investigaciones, Herman y McHale (1993), Otero, Mirón y Luengo (1989), entre otras.

Al respecto el equipo de Castillo, Saénz y Pampliega (2004) llevaron a cabo una investigación, donde se evalúa la situación de 140 personas con diagnóstico por trastorno adictivo a sustancias no alcohólicas que inician tratamiento en 15 centros de tratamiento en España y se explora el funcionamiento familiar y su relación con los problemas derivados o asociados a esta situación. Los instrumentos utilizados fueron el Family Assessment Package y el EuroASI. En el análisis de los datos se utilizó técnicas de correlación. En los resultados se encuentra que hay una valoración diferencial de la severidad de la adicción entre el evaluador y el evaluado. También se encontró que una peor situación médica y psiquiátrica se asocia positivamente con un mayor estrés familiar, y el uso de drogas se asocia con un mayor estrés familiar, con una más baja satisfacción familiar, y con una

peor comunicación y recursos familiares. Así, se estableció la relación entre la severidad de la adicción y el funcionamiento familiar, tanto desde la apreciación del clínico como desde la del propio paciente.

Muchas de estas investigaciones destacan la necesidad de involucrar activamente a la familia tanto en las acciones de prevención como en los de tratamiento de la dependencia a sustancias. Algunos estudios, como los de Herman y McHale (1993) y Otero, Mirón y Luengo, (1989) y Latimer et al. (2000) han confirmado la relación entre el consumo de drogas en los hijos y un ambiente familiar conflictivo y hostil. Se sostiene que la crianza de niños de familias con alto nivel de conflicto es un poderoso factor de riesgo para el desarrollo e internalización de comportamientos desadaptativos, Bragado, Bersabé y Carrasco (1999).

Algunos factores característicos de la estructura familiar, tales como la comunicación, el nivel de satisfacción, los recursos de manejo en las relaciones familiares y el nivel de estrés han demostrado evidencia de su impacto. A continuación repasaremos algunos factores que han demostrado relevancia tanto en la iniciación del consumo como en la perpetuación de las conductas adictivas.

Comunicación

Varias investigaciones han confirmado la importancia de la comunicación paterno-filial en el tema de las conductas adictivas. De acuerdo con Castells (1999), la familia debe buscar momentos de comunicación en los que exista un adecuado intercambio que sirva para orientar y encauzar al adolescente en la búsqueda de su identidad, al mismo tiempo que se le permita sentirse querido y apoyado. Cuando esto está ausente y se da incomunicación entre padres e hijos, pueden existir consecuencias negativas para el adolescente (Franco, 1994). En cuanto al consumo de drogas, varios autores como Charvoz, Bodenmann y Hermann (2002), McArdle et al. (2002), Lyons (1996) y Spooner (1999) destacan dificultades en la comunicación de las familias de drogodependientes jóvenes.

Satisfacción familiar

Los vínculos débiles y las relaciones de insatisfacción respecto al medio socializador familiar han sido señalados por Protinsky y Shilts (1990) y Elzo (1996) como fuertes factores de riesgo a tener en cuenta en el consumo de drogas en adoles-

centes. Al respecto, Vielva, Pantoja y Abeijón (2001) encontraron que existe una menor satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres, en las familias donde los hijos consumen drogas, lo cual sugiere que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo.

Recursos familiares

Cuando mencionamos los recursos familiares nos referimos a aquellos aspectos sociales, emocionales y físicos que hacen que la familia sea menos sensible al riesgo y más capaz de afrontar satisfactoriamente los factores estresantes, facilitando la adaptación individual y familiar tal como los mencionan Lavee, McCubin y Olson (1987), McCubbin, Needle y Wilson (1985). Investigaciones que han trabajado este factor, como la de Malkus (1994), sustentan la hipótesis de que los jóvenes que proceden de familias con más recursos son menos vulnerables al involucramiento del abuso de drogas.

Estrés familiar

Algunas investigaciones sobre el uso y abuso de drogas, como las de Carvalho et al. (1995), y McQueen, Getz y Bray (2003) han logrado establecer asociaciones entre el uso de sustancias y eventos estresantes de la familia como desavenencias conyugales, disputas entre los padres, etcétera.

Un número importante de investigaciones sustenta la hipótesis de Lewis (1989), quien identifica la calidad de la relación marital como uno de los factores más importantes asociados al nivel de competencia o de salud de la familia. Tampoco pasa inadvertido, como lo advierten Coviello et al. (2004) y Lewis (1989), que la convivencia familiar está marcada por un continuo y alto nivel de estrés cuando alguno de sus miembros adolece de una enfermedad o es usuario de drogas.

Para Muñoz-Rivas y Graña (2001), entre otros, factores del ámbito familiar se hallan en la etiología de los problemas del abuso de drogas, pero también constituyen factores implicados en la prolongación del abuso y la dependencia. Desde esta perspectiva, la hipótesis subyacente es que un desajuste en este tipo de factores familiares estará claramente presente entre personas jóvenes que solicitan tratamiento por abuso o dependencia de drogas.

Algunos estudios nacionales en la familia del consumidor de drogas

En nuestro medio la investigación sobre la familia involucrada en la dependencia a sustancias psicoactivas no ha tenido el suficiente desarrollo. Los escasos estudios han sido principalmente desarrollados a modo de tesis universitarias y orientados al estudio de la pasta básica de cocaína (PBC) como los de Oliver, Cabanillas y Saldarriaga (1978), Zevallos (1985), Francis (1987), Cañavera (1988), Mendoza et al. (2001) y Galindo et al. (2004).

Al ser la familia el ámbito en el que la persona crece y desarrolla su personalidad y valores a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador, la profundización de su estudio resulta extremadamente importante.

Uno de los primeros acercamientos al tema de las adicciones lo hizo Zevallos (1985) al examinar el tema de sobreprotección maternal en 20 madres con hijos adictos a la PBC y 20 madres como grupo control; utilizando la escala de evaluación de la relación madre-hijo de R. M. Roth modificada, encontró diferencias estadísticamente significativas en sobreprotección y sobreindulgencia; en ambas actitudes, el grupo de madres de dependientes de PBC aventaja al grupo de madres de hijos no adictos.

Por su parte, Francis (1987) abordó el tema de la satisfacción familiar con dos grupos de familias; 20 familias con, por lo menos, un miembro con diagnóstico de dependencia a la PBC y 20 familias sin ningún miembro adicto, utilizando el instrumento de Olson y Wilson. En los resultados encontró diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción familiar; las familias de dependientes a la PBC se mostraron más insatisfechas y con mayor grado de insatisfacción en madres que en padres.

Otro de los trabajos que examinó en profundidad el tema de la disfuncionalidad familiar en la dependencia a la PBC desde el enfoque sistémico fue el de Cañavera (1988). El tema abordado fue el conflicto marital en las parejas de padres de los dependientes a la PBC a través del cuestionario FACES III de Olson et al. (1989). El instrumento evaluó dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad, permitiendo la ubicación de los evaluados en el modelo circunflejo y la clasificación de las parejas en tres rangos: balanceado, medio y extremo.

Los resultados del análisis estadístico con la prueba Chi cuadrado confirman la hipótesis de la disfuncionalidad de las parejas de padres de dependientes a la PBC y su ubicación en el rango extremo del modelo circunflejo; mientras que las parejas de padres de sujetos no consumidores de drogas se ubican en el rango medio del modelo. En cuanto a la dimensión de adaptabilidad, la diada marital de padres de adictos presenta tanto una adaptabilidad alta, es decir caótica, con poca capacidad para imponer límites, así como inconsistencia en la disciplina y las reglas, como una adaptabilidad baja, es decir, control rígido. En relación a la dimensión de cohesión, los resultados revelan que los padres de los dependientes a la PBC varían en los extremos de distancia o cercanía, reflejando posiblemente su situación de pareja con problemas, así como su unión circunstancial para enfrentar la dependencia a la droga del hijo. Las diadas maritales de padres de dependientes se encuentran sometidas a presiones internas, la situación familiar; así como a presiones externas provenientes del medio social.

Mendoza et al. (2001) trazaron un perfil estructural sistémico de 55 familias con pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán y su correlación con el diagnóstico psiquiátrico. El instrumento de medición fue la escala familiar estructural sistémica (EFES), que contiene cinco dimensiones: estructura, estadio del desarrollo, resonancia, etiquetación del paciente identificado y resolución de conflictos. En el diagnóstico clínico se utilizaron los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, 10a Revisión (CIE10).

En los resultados se encontró una significativa disfuncionalidad global, así como en las dimensiones de resolución de conflictos y etiquetación del paciente identificado. Las familias con paciente esquizofrénico presentan disfunción en las dimensiones mencionadas y en el estadio de desarrollo. Las familias con hijo dependiente de sustancias (alcohol y PBC) presentan disfunción en las dimensiones de etiquetación del paciente identificado y resolución de conflictos; también se determinó que existen diferencias mínimas entre el perfil estructural sistémico de las familias con paciente alcohólico y aquellas con paciente dependiente de PBC, siendo más disfuncional en las últimas. Las familias con miembro neurótico presentan disfunción en la dimensión de resolución de conflictos y resonancia.

Más adelante, Galindo et al. (2004), en el mismo hospital Hermilio Valdizán de Lima, comparan los factores de riesgo de dos grupos de familias. Un grupo de 18 familias con miembro adolescente consumidor de drogas y una muestra control de 16 familias sin miembro consumidor fueron sometidos a evaluación a través

del instrumento “¿Cómo es mi familia? y ¿cómo es tu familia?”. En los resultados se encontró que el grupo control presentaba menor vulnerabilidad que el grupo de estudio con una significación estadística en los diversos factores y subfactores de los instrumentos administrados, como el tipo de relaciones, afrontamiento de problemas, fuentes de apoyo del adolescente, satisfacción, acumulación de tensiones, problemas de salud y recursos de la familia. En ese sentido la investigación concluye que existe un perfil de vulnerabilidad familiar predictivo del consumo de drogas en hijos adolescentes; el perfil está dado por: baja cohesión familiar, dificultades para tomar decisiones y solucionar sus problemas con la participación democrática de todos sus miembros, dificultades en la comunicación entre padres e hijos, especialmente entre el padre y el adolescente, mínimas fuentes de apoyo en la familia y en el entorno para el adolescente en problemas, escasa atención al rendimiento académico de los hijos, alto nivel de insatisfacción de la familia con relación a sí mismos y su entorno, con respecto al rendimiento académico de los hijos o laboral de los padres, gran acumulación de tensiones y aparición de síntomas o problemas dentro de esta, entre otros resultados.

Algunos estudios internacionales recientes sobre la relación entre la familia y el abuso de drogas en jóvenes

Carvalho et al. (1995) exploraron la relación entre las relaciones familiares y el consumo de drogas a través de un análisis multivariado con 16,378 estudiantes de secundaria en Brasil. Se exploraron datos objetivos sobre las familias y las percepciones de los escolares sobre las mismas. Los hallazgos sugieren que la ocurrencia de la violencia en casa es el principal factor implicado en el uso de alcohol y otras drogas entre los adolescentes. El estado conyugal de los padres no constituyó por sí mismo un fuerte factor relacionado al uso de sustancias e incluso no se vio una relación estadísticamente significativa con el uso frecuente de alcohol. En general, los factores subjetivos intrafamiliares (las percepciones que los individuos tenían sobre sus familias) tuvieron mayor impacto en el uso de alcohol y otras drogas de los adolescentes, en comparación a condiciones familiares objetivas, como el estado civil de los padres. Los autores sugieren que la calidad de las relaciones familiares conforma un determinante de mayor importancia que la situación formal de la familia.

Por otro parte, Hemovich, Lac y Crano (2011), sobre la base del estudio nacional de padres y juventud de los Estados Unidos, que comprende 4123 participantes, realizaron un análisis multivariado con el fin de explorar la estructura familiar y el

consumo y percepción sobre el consumo de drogas. Los resultados indican que los jóvenes provenientes de familias monoparentales se involucran en mayores niveles de consumo de sustancias en comparación a los que vienen de familias con ambos padres. Específicamente, los jóvenes que viven únicamente con el padre hacen mayor uso de tabaco, marihuana y alcohol, en comparación con los jóvenes que viven con su madre o con ambos padres. Los jóvenes que viven únicamente con la madre se involucran en mayor uso de tabaco y marihuana, en comparación a los jóvenes que viven con ambos padres. Además, se encontró que el involucramiento o monitoreo parental (monitoring) y la calidez (warmth) predijeron la percepción sobre el uso de drogas y fueron un buen predictor del uso de drogas en adolescentes. Los autores sugieren que las exigencias financieras que implican mantener un hogar (trabajar más horas o tener varios trabajos) supondrían que los padres o madres solteras encuentren mayores dificultades en monitorear consistentemente a sus hijos. Los resultados de la investigación confirman esas suposiciones. Además, se encontró que los ingresos de las familias duales exceden significativamente los de las familias monoparentales y que el monitoreo parental fue ampliamente mayor en familias con ambos padres.

El equipo de Wagner et al. (2008) llevaron a cabo una investigación acerca de las variaciones en la estructura familiar y el uso de drogas con 255 jóvenes de noveno grado del área urbana de Los Ángeles. El 83% era latino, el 58% mujeres, la mayoría provenía de un nivel socioeconómico bajo, la mitad de los estudiantes reportó haber consumido alcohol, el 30% reportó haber consumido cigarros y el 18%, haber usado marihuana. Se utilizaron regresiones logísticas para determinar los efectos de la variación de la estructura familiar en el uso de drogas. Se encontró que la disolución familiar o separación de los padres no estuvo asociada con el uso de alcohol y que la presencia de soporte social puede favorecer o mitigar el impacto de pertenecer a una familia de un padre/madre soltero. Además, la presencia de hermanos mayores en casa estuvo asociada al uso de alcohol y marihuana, y vivir con un primo estuvo asociado al uso de marihuana. Los resultados sugieren que se debe incluir a los hermanos y primos en las medidas o estudios sobre estructura familiar.

6.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

6. METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Objetivo general

Describir y examinar las principales características del consumo de alcohol y marihuana en los adolescentes y jóvenes que reciben tratamiento.

Describir y analizar las características del entorno familiar de los adolescentes y jóvenes que reciben tratamiento.

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo de casos clínicos.

Participantes

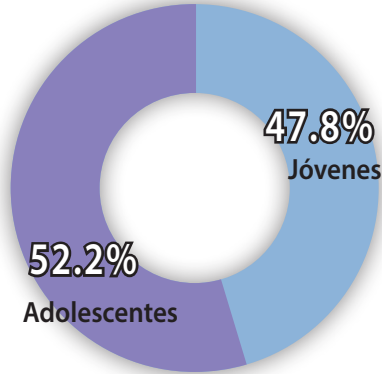
El muestreo fue no probabilístico incidental; se recogió la información de adolescentes y jóvenes que fueron atendidos durante el año 2012 en el Servicio Lugar de Escucha de CEDRO, los cuales recibieron consejo profesionalizado y psicoterapia motivacional (Rojas, 2010 a-b). La muestra estuvo conformada por 502 personas (12.7% mujeres y 87.3% varones) que solicitaron atención presencial en el servicio de consejería en adicciones, en donde se recibe desde consumidores experimentales hasta individuos dependientes de alguna sustancia. Las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 13 y 26 años ($M=18.93$, $DS=3.15$). Se incluyó en la muestra únicamente a quienes asistieron por problemas relacionados preferentemente con el alcohol y la marihuana.

En el Gráfico 3 se puede observar la distribución por edad en la muestra total estudiada ($N=502$). Se contó con participantes adolescentes ($n=262$) de 13 a 18 años y participantes jóvenes ($n=240$) de 19 a 26 años. La media de la edad fue 18.93 ($DS=3.15$). Respecto a la distribución según sexo y estado civil, el 12.7% del total de participantes fueron mujeres y 87.3% varones; siendo mayoritariamente solteros, 96.2%.

Periodo de trabajo: 2012
Muestra total: 502 participantes

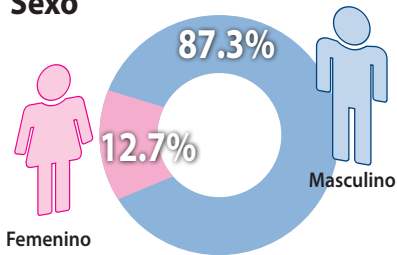
Rango de edades:

ADOLESCENTES	
13 -18 AÑOS	
MUJERES	37
VARONES	225
TOTAL	262 (52.2%)

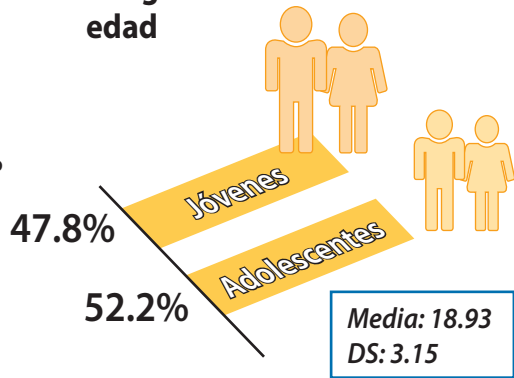


JÓVENES	
19 -26 AÑOS	
MUJERES	37
VARONES	213
TOTAL	240 (47.8%)

Sexo



Rango de edad



Estado civil

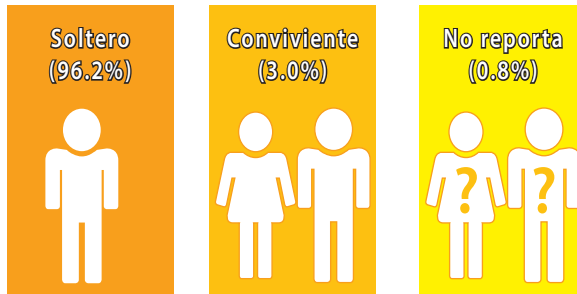


Gráfico 3. Características de los adolescentes y jóvenes de la muestra de casos clínicos estudiados

Instrumento

Ficha de atención (FdA)

La ficha de atención de Rojas et al. (2001) es una encuesta de 34 ítems que incluye preguntas cerradas, de alternativas múltiples, y abiertas. La ficha explora variables demográficas (sexo, edad, estado civil y lugar de procedencia), tipo de atención, motivo de consulta, persona que solicita la atención, observaciones generales, antecedentes de consumo de sustancia, antecedentes de tratamiento y precedentes familiares. Este instrumento fue validado por medio del criterio de jueces, se contó con la participación de cinco jueces, todos profesionales, especialistas en el tema de la dependencia a sustancias psicoactivas. Cada uno calificó los ítems con “de acuerdo” o “en desacuerdo”. Se consideraron válidos aquellos ítems que tenían un mínimo de tres “de acuerdo”.

Procedimiento

La aplicación del instrumento fue realizada en los consultorios del servicio “Lugar de Escucha” de CEDRO, entre enero y diciembre de 2012, por profesionales de la salud mental entrenados en consejería y psicoterapia breve en adicciones. Durante la entrevista se expresó el carácter confidencial de los datos registrados en la FdA y se fomentó un clima de confianza y calidez. Los datos fueron obtenidos de forma individual con cada participante y familiares.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 19, y se corrieron estadísticos descriptivos. Para analizar la relación entre las características familiares y las variables o características de consumo de drogas, se emplearon pruebas de Chi Cuadrado de Pearson (nivel de significancia= 0.05).

7.

RESULTADOS

7. RESULTADOS

En el Gráfico 4 podemos observar las principales características sociodemográficas de la población estudiada; donde se aprecia que el nivel de instrucción alcanzado por el grueso de la muestra es la secundaria incompleta (36.7%), sin embargo también hay un grupo importante que cuenta con estudios superiores incompletos (36.9%) y un grupo que no logró terminar la secundaria (37%). Por su parte, quienes tienen primaria completa representan el 1% y primaria incompleta el 5%.

Respecto a la ocupación de la muestra, podemos observar que el 28% de los participantes cursaban estudios superiores, 27% eran escolares, 22% se encontraban desocupados, 14% trabajaban y el 9% no reportó ocupación alguna.

En cuanto a la estructura familiar de los participantes, alrededor del 50% provenía de familias completas o intactas, mientras que un 44% de familias monoparentales; es decir de padres separados, y alrededor de 1% reportó que uno de sus padres había fallecido.

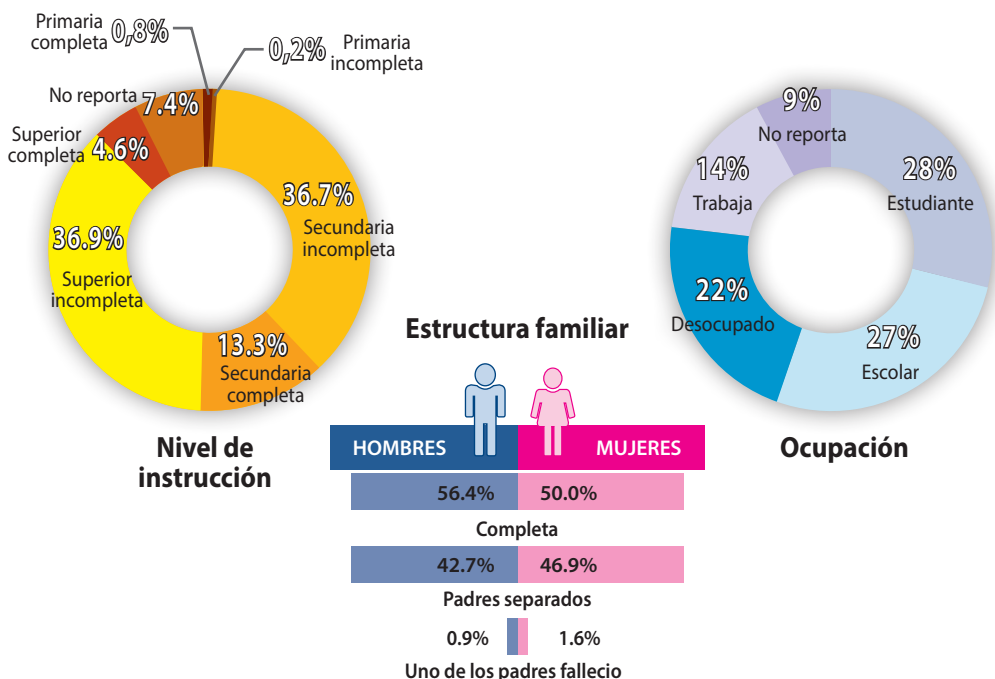


Gráfico 4. Aspectos sociodemográficos de los adolescentes y jóvenes de la muestra

El Gráfico 5 presenta algunos aspectos clínicos. Conviene reiterar que se incluyeron en la investigación a los usuarios principalmente de sustancias como el alcohol y la marihuana. En el gráfico observamos que solo un 12.7% de los participantes tienen problemas con las bebidas alcohólicas, mientras que el 87.3% acudieron por problemas relacionados al consumo de la marihuana. También se contempla que el 11.2% tenía antecedentes policiales, mayoritariamente asociados al consumo; por otro lado, el 4.4% informó que tenía antecedentes de tratamientos por consumo de drogas.

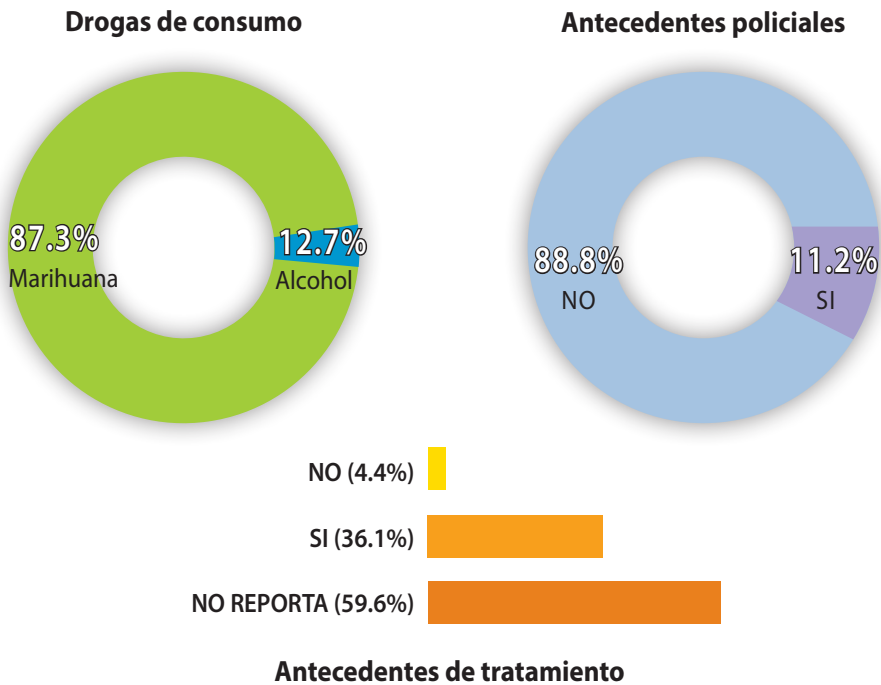


Gráfico 5. Aspectos clínicos de los adolescentes y jóvenes de la muestra

En cuanto a las sustancias que acompañan a la droga problema, sea simultánea o secuencialmente, se observa que el consumo de marihuana está asociado a las drogas cocaínicas (22.1%) y alcohol (8.4%), mientras que mayoritariamente, 67%, informa que únicamente consume marihuana como droga problema. Por su parte, el consumo de alcohol como problema, suele ir acompañado por drogas

cocaínicas (18.8%), tabaco (17.2%) y marihuana (6.3%), mientras que el 57.8% no reporta otra sustancia que acompañe a la droga problema (Gráfico 6).

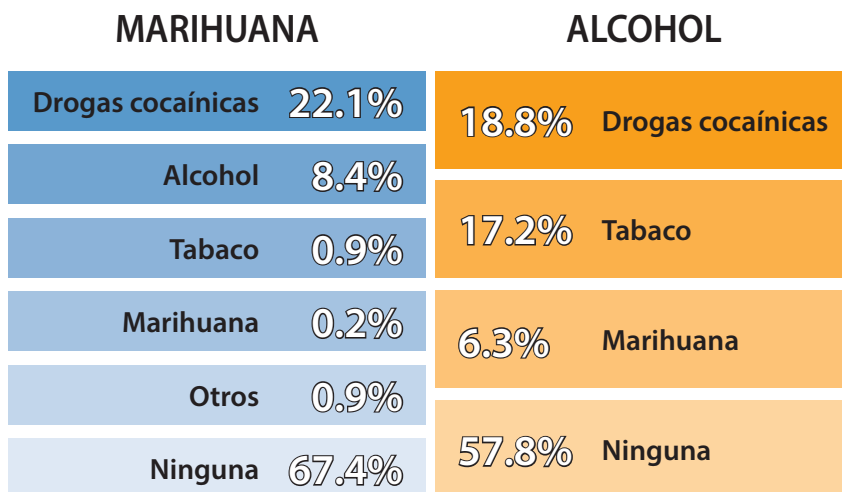


Gráfico 6. Sustancias que acompañan a la droga problema en los adolescentes y jóvenes de la muestra

Alcohol

En el Gráfico 7 se presentan los datos sobre los aspectos clínicos del consumo de alcohol. En cuanto a edad de inicio, la mínima fue de 10 años y la máxima fue de 22 años (M=16.22, DS=2.83).

El rango de tiempo de consumo promedio de alcohol más reportado fue de 4 a 6 años (17.2%), seguido por el rango de 2 a 3 años (15.6%).

Respecto a la frecuencia de consumo, el 18.8 % refiere consumir alcohol a diario, mientras un 12.5% reporta consumir los fines de semana y un 12.5%, tres veces por semana.

Continuando con los aspectos clínicos del consumo de alcohol, la modalidad de consumo más frecuente es la grupal (60%), seguida por la modalidad individual (20%).

Respecto a los intentos de abandonar el consumo, se observó que el 50% nunca lo había intentado, el 32% lo ha intentado varias veces y el 18% una vez. El tiempo máximo de abstinencia logrado con mayor frecuencia fue de 1 a 3 semanas (56%), seguido de 1 a 2 meses (25%) y 3 a 6 meses (19%).

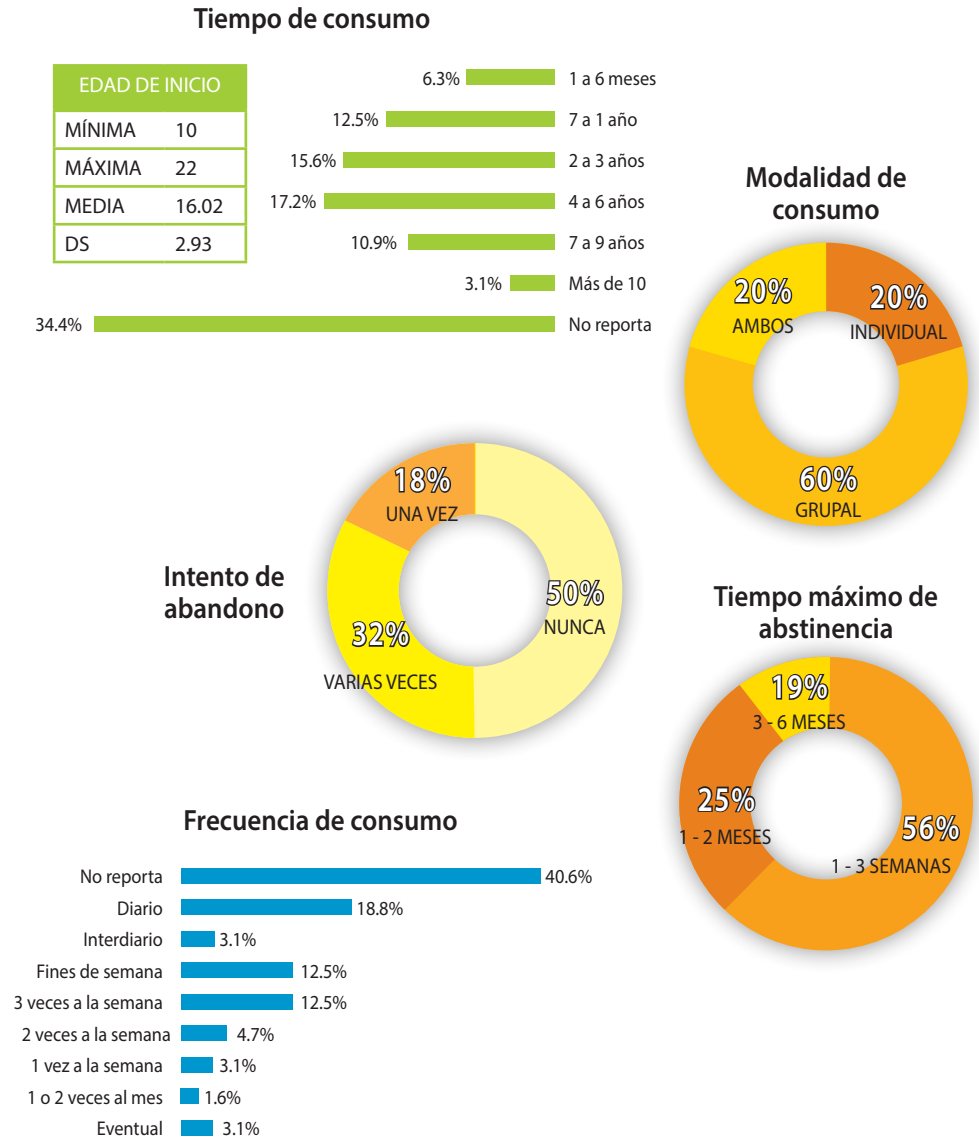


Gráfico 7. Aspectos clínicos del consumo de alcohol de la muestra

Marihuana

En los aspectos clínicos del consumo de marihuana presentados en el Gráfico 8 podemos observar que la edad de inicio fue desde los 11 años hasta los 24, con una media de 15.87 años ($DS=2.36$).

El 20.5% de los entrevistados tenía de 2 a 3 años consumiendo, mientras que el 20.3%, de 7 meses a 1 año.

Sobre la frecuencia de consumo, el 21.9% reportó usar marihuana a diario, mientras el 7.1% refirió hacerlo de forma interdiaria, el 6.4%, tres veces por semana y el 5.7%, dos veces por semana.

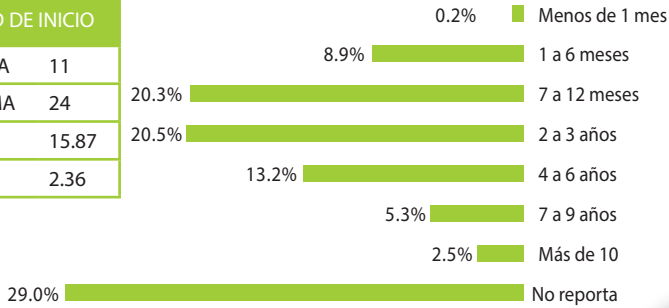
La modalidad de consumo más frecuente era la grupal (46%) seguida del consumo individual (12%), sin embargo es necesario mencionar que el 42% reportó usar marihuana en ambas modalidades.

En lo que se refiere a los intentos de abandonar el consumo, el 40 % ha intentado interrumpir su consumo varias veces, el 21% solo lo intentó una vez y el 39% nunca se lo propuso.

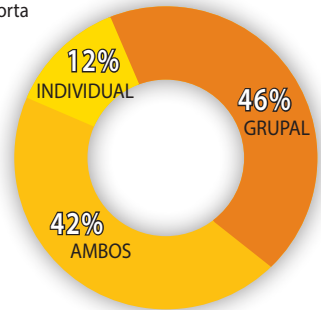
El tiempo máximo de abstinencia logrado oscila de 1 a 4 días (4%) hasta más de un año (10%). El 33% la dejó de 1 a 2 meses, el 21% de 3 a 6 meses, el 18% de 1 a 3 semanas y el 14% de 7 meses a 1 año.

Tiempo de consumo

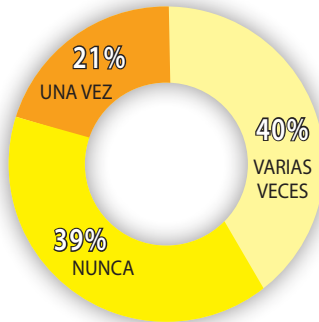
EDAD DE INICIO	
MÍNIMA	11
MÁXIMA	24
MEDIA	15.87
DS	2.36



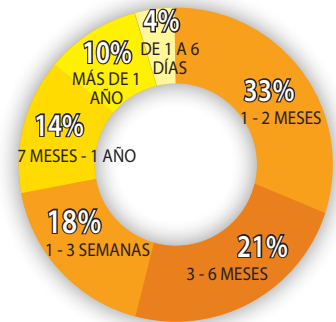
Modalidad de consumo



Intento de abandono



Tiempo máximo de abstinencia



Frecuencia de consumo

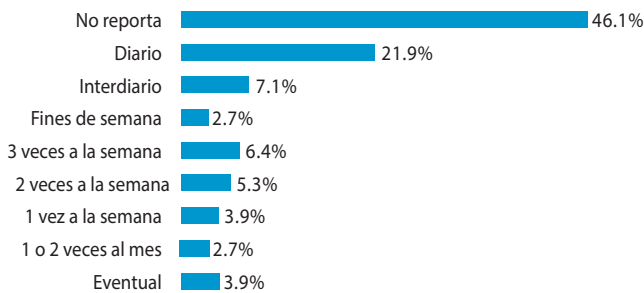


Gráfico 8. Aspectos clínicos del consumo de marihuana de la muestra

Como se puede observar en el Gráfico 9, el 10% de los entrevistados informó haber participado en la venta de drogas. El modo de obtención suele ser de compra directa.

En cuanto a la última fecha de consumo, el 20% reportó que había sido de 1 a 6 días antes a la entrevista, mientras que el 10% refirió que fue de 1 a 3 semanas, el 6.4% de 1 a 2 meses, el 1.1% de 3 a 6 meses y el 0.5% de 7 meses a 1 año.

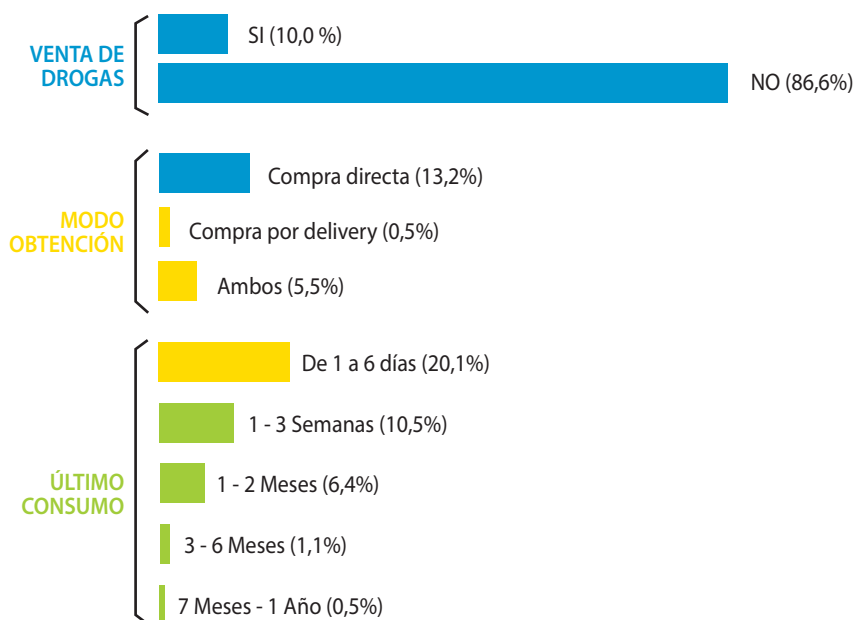


Gráfico 9. Características del consumo de la marihuana de la muestra

En lo que se refiere al tratamiento matemático de los resultados, se establecieron las diferencias significativas encontradas, según el tipo de droga (alcohol o marihuana), que se observan en la Tabla 22.

En ella se observa que el porcentaje de varones que acuden por alcohol y marihuana es significativamente mayor que el de mujeres, sin embargo, esta diferencia no es tan grande para la segunda sustancia.

En cuanto a la ocupación, el porcentaje de personas que reportan encontrarse desocupadas es significativamente mayor en consumidores de marihuana, en comparación a los de alcohol.

Por lo demás, se observa un mayor número de solicitudes de atención para escolares por uso de marihuana que por uso de bebidas alcohólicas. Respecto a la frecuencia de consumo, esta es significativamente mayor para los usuarios de marihuana que para los de alcohol.

También se observa que hay un mayor número de solicitudes de atención en escolares consumidores de marihuana (93.4 %) respecto a los que solicitan atención por alcohol (6.6%) (Tabla 22).

En cuanto a la frecuencia (intensidad) de consumo, es significativamente mayor en los consumidores de marihuana (Tabla 22). Se observa que el consumo diario de alcohol representa un 9.9% mientras el de marihuana representa un 90.1% (Tabla 22).

Tabla 22

Diferencias según droga de consumo de los adolescentes y jóvenes que acuden al Servicio Lugar de Escucha - CEDRO

Características / Droga de consumo		Alcohol (n=64)	Marihuana (n=420) %
Sexo**	Masculino (n=438)	10.0	90.0
	Femenino (n=64)	31.3	68.8
Ocupación*	Desocupado (n=111)	16.2	83.8
	Escolar (n=137)	6.6	93.4
	Estudiante (n=141)	10.6	89.4
	Trabaja (n=71)	21.1	78.9
Frecuencia de consumo*	Eventual (n=32)	9.4	90.6
	1/3 veces por semana (n=101)	20.8	79.2
	Interdiario / Diario (n=141)	9.9	90.1
Acuden*	Solo consumidor (n=42)	28.6	71.4
	Consumidor + padres u otros (n=140)	13.6	86.4
	Solo padres u otros (n=302)	10.9	89.1

* p < 0.05 al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

** p < 0.005 al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

En la Tabla 23 se observa un mayor número de consumidores que acuden por sí mismos a consulta cuando es por uso de alcohol, en comparación a los usuarios de marihuana que acuden individualmente. Podemos apreciar que el haber intentado detener su consumo de drogas es más frecuente en consumidores que vienen acompañados de sus padres y otros, en comparación con quienes vienen de forma individual.

Tabla 23

Diferencias entre los adolescentes y jóvenes según personas quien(es) acuden al Servicio Lugar de Escucha - CEDRO

Características / Personas(s) quien(s) acude(n) al servicio		Solo consumidor %	Consumidor + padres u otros %	Solo padres u otros %
Droga**	Alcohol (n=64)	18.8	29.7	51.6
	Marihuana (n=420)	7.1	28.8	64.0
Intentos por dejarlo*	Nunca (n=63)	4.8	39.7	55.6
	Alguna vez (n=92)	14.1	51.1	34.8

* $p < 0.05$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

** $p < 0.005$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

La Tabla 24 presenta las diferencias encontradas según el tipo de familia de los consultantes. Los hallazgos indican que los participantes que provienen de familias de padres separados o familias monoparentales presentan un mayor porcentaje de desocupación; por otro lado, el porcentaje de personas que reporta encontrarse desocupada es significativamente mayor en consumidores de marihuana (83.8 %), en comparación a los usuarios de alcohol (16.2 %).

Tabla 24
Diferencias de los adolescentes y jóvenes que acuden al Servicio Lugar de Escucha – CEDRO, según tipo de familia

Características / Tipo de familia		Familia completa %	Padres separados %
Ocupación**	Desocupado (n=111)	43.2	56.8
	Escolar (n=136)	48.5	51.5
	Estudiante (n=141)	66.0	34.0
	Trabaja (n=71)	63.4	36.6
Intento para dejarlo*	Nunca (n=54)	55.9	44.1
	Alguna vez (n=93)	48.4	51.6
Frecuencia de consumo*	Eventual (n=32)	40.6	59.6
	1/3 veces por semana (n=101)	61.4	38.6
	Interdiario / Diario (n=141)	47.5	52.5

* $p < 0.05$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

** $p < 0.005$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

En el caso de las solicitudes de atención por uso de marihuana y alcohol, se observa una mayoría de consumidores varones. Sin embargo, se observa en la Tabla 25 un mayor porcentaje de mujeres que acude por problemas relacionados al consumo de alcohol y secundariamente por marihuana, en comparación con los varones quienes acuden más por consumo de marihuana y secundariamente por alcohol. También se aprecia que las mujeres acuden por sí mismas a consulta en menor medida que los varones.

Tabla 25
Diferencias en solicitudes de atención de los adolescentes y jóvenes que acuden al Servicio Lugar de Escucha - CEDRO, según sexo

Sexo		Masculino %	Femenino %
Droga**	Alcohol (n=64)	68.8	31.3
	Marihuana (n=438)	90.0	10.0
Acuden*	Solo consumidor (n=42)	73.8	26.2
	Consumidor + padres u otros (n=140)	92.1	7.9
	Solo padres u otros (n=484)	86.1	13.9

* $p < 0.05$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

** $p < 0.005$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

En los intentos por interrumpir el consumo de la Tabla 26, apreciamos que aquellos que aceptan la invitación de consumir de los amigos tienen menos probabilidades de interrumpir el consumo en comparación de quienes compran las sustancias directamente sin intermediarios.

Por otro lado, observamos que el 40% de quienes llevan consumiendo alcohol o marihuana entre 1 a 6 meses han intentado detener el consumo por lo menos una vez.

Finalmente, entre quienes tienen más de 10 años de consumo de cualquiera de las dos sustancias estudiadas, 76.9% de ellos ha intentado de dejar la droga sin éxito.

Tabla 26

Intentos por detener el consumo de los adolescentes y jóvenes que acuden al Servicio Lugar de Escucha - CEDRO

Diferencias según intentos por detener el consumo de sustancias		intentos por detener el consumo	
		Nunca	Alguna vez
Modo de obtención*	Compra directa (n=59)	25.4	74.6
	Amigos invitan (n=15)	53.3	46.7
Tiempo de consumo**	1 a 6 meses (n=22)	59.1	40.9
	7 meses - 1 año (n=39)	59.0	41.0
	2 - 3 años (n=43)	30.2	69.8
	4 - 9 años (n=32)	25	75
	Más de 10 años (n=32)	23.1	76.9

* $p < 0.05$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

** $p < 0.005$ al comparar las diferentes categorías representadas en la fila, prueba Chi cuadrado

En el Gráfico 10 se reportan los antecedentes de consumo de sustancias y perturbaciones mentales en la familia de los consultantes. Si bien hay un fuerte porcentaje de consultantes que no reportaron estos datos, el 39.04% informó contar con un familiar que ha estado involucrado en el consumo de drogas, mientras que el 10.56% reportó no tenerlo.

En cuanto a los familiares con antecedentes de enfermedades psiquiátricas, el 8.17% de los participantes reconoció tener alguien en su entorno con este tipo de patologías, mientras que el 1.39% manifestó no tener antecedentes al respecto.

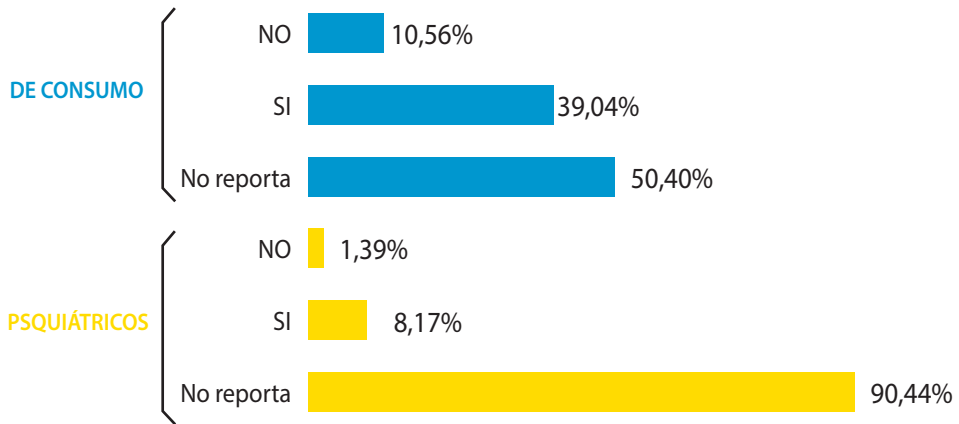


Gráfico 10. Antecedentes de abuso de alcohol y marihuana y de problemas de salud mental en la familia de los adolescentes y jóvenes que acuden al Servicio Lugar de Escucha - CEDRO

8.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Antes de la discusión de los resultados es importante precisar que se trata de un estudio en población clínica de adolescentes y jóvenes con un patrón de abuso de alcohol, marihuana y otras drogas. Estos resultados no son generalizables a todos los consumidores de sustancias, aun siendo de los mismos rangos de edades. Por el déficit de investigaciones en adolescentes y jóvenes de nuestro medio que abusan de alcohol y marihuana, principalmente; es relevante haber trabajado con una muestra clínica de esta población especial, donde el 27% son estudiantes de educación secundaria, mientras que el 28% cursan estudios superiores; también es destacable que un 22% se encuentren desocupados; muchos de ellos probablemente como consecuencia del abuso de drogas, aunque también es importante decir que un 14% tiene alguna ocupación o desempeña un trabajo aun teniendo problemas asociados al consumo.

Estos primeros resultados ponen de manifiesto las consecuencias de la precocidad del inicio del consumo de las principales drogas de abuso de los participantes, como son el alcohol y la marihuana, resultados que guardan relación con las edades de inicio obtenidas en el estudio de DEVIDA (2013) en población escolar nacional, y en Rojas, Otiniano y Zereceda (2011 y 2012) en poblaciones clínicas de adolescentes y jóvenes que abusan de alcohol y marihuana.

A la vez, estos datos parecen coincidir con lo reportado por McQueeney et al. (2009) y Parada (2009), quienes lograron establecer consecuencias neuropsicológicas en adolescentes que abusan de alcohol con patrones de binge drinking. La evidencia de los efectos negativos del consumo de sustancias parece quedar claro en el grupo de desocupados, 22%; sin embargo, hay un subgrupo de alrededor del 50% que son estudiantes sea de secundaria o nivel superior y que están experimentando las consecuencias del abuso de sustancias. En la presente investigación se encontró un mayor porcentaje de desocupados que acuden por uso de marihuana en comparación a los consumidores de alcohol, información que concuerda con los datos de la Red de Información de Demanda de Tratamiento por Abuso o Dependencia de Sustancias Psicoactivas (RIDET - Recurso virtual), donde se reporta que el 36,41% de las personas que solicitaron ayuda ambulatoria por marihuana durante el año 2012 se encontraban desocupadas, mientras que solo el 13% de quienes demandan ayuda por alcohol no estaban trabajando ni estudiando.

En lo que se refiere a la estructura familiar, en 50% de los adolescentes y jóvenes que proceden de familias completas es probable que la estructura del sistema familiar, las relaciones, vínculos de padres a hijos y viceversa y el clima familiar hayan funcionado como factores de riesgo en la etiología del consumo; mientras que en el otro subgrupo de 44% participantes, que solo viven con alguno de los padres porque son separados, la lectura puede ser más compleja. Si bien es complicado establecer relaciones entre la estructura familiar y los comportamientos adictivos, se sabe que la ausencia física y emocional de alguno de los padres, el proceso de disfunción familiar, entre otros factores como la presencia de problemas de adicciones y patologías de salud mental, podría explicar tanto la iniciación precoz como el mantenimiento del consumo en los jóvenes.

En este contexto hay que destacar las diferencias estadísticas según el tipo de familia entre los consumidores en alto riesgo (consumo diario o interdiario de alcohol o marihuana), y la procedencia de una familia monoparental (joven que vive solo con alguno de los padres), dado que se determinó que los consumidores desocupados proceden de familias de padres separados. Estos datos coinciden con los de Hemovich, Lac y Crano (2011), Barret y Turner (2006) y Brown y Rinelli (2010), quienes, del mismo modo, encontraron que el consumo de drogas es más elevado en jóvenes de familias monoparentales o reconstituidas, porque al parecer la principal desventaja de estas familias están determinadas por un menor control parental, el cambio en la unidad familiar y la desocupación, tal como se logró establecer en las diferencias según droga de consumo, donde alrededor del 84% de los consumidores de marihuana están desempleados o inactivos.

Otro factor de sensibilización en estas familias monoparentales podría ser el de los menores recursos económicos que habitualmente tienen, así como la toma de decisiones sin el consentimiento paterno, sensibilizando a los adolescentes a comportamientos desadaptativos, tal como lo advertía Griffin et al. (2000).

Además, sobre factores económicos, Hemovich, Lac y Crano (2011) también encontraron que las exigencias de sostener una familia como madre o padre soltero, que implican trabajar un mayor número de horas o tener varios trabajos, podría disminuir la cantidad de horas que se emplea en un monitoreo consistente a los hijos. Estos autores encontraron en su investigación una relación entre familias monoparentales e involucramiento en el consumo de sustancias. Resultado consistente en la presente investigación en la que también se reportó una asociación directa entre frecuencia de uso y familia con padres separados.

Por otro lado, investigaciones como las de Wagner et al. (2008), Carvalho et al. (1995) y Fosco et al. (2012) quienes realizaron estudios más allá de la estructura familiar, ahondando en factores subjetivos; sugieren que no es tanto la estructura familiar, sino la calidad de los vínculos y la percepción de los adolescentes sobre sus familias.

Los resultados examinados parecen tener relación con el análisis de las diferencias según la persona o personas con quien acude el paciente a las consultas, pues aquellos que están involucrados en el abuso de drogas tendrían una mejor disposición a la interrupción del consumo cuando son acompañados por sus padres u otro integrante de la familia. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos por Rojas (2005), Rojas, Otiniano y Zereceda (2012) y algunos estudios de meta-análisis, como los de Stanton y Shadish (1997) y Ozechowski y Liddle (2000), quienes confirman la eficacia de los abordajes basados en la familia de jóvenes dependientes de sustancias, superando al consejo individual, la terapia grupal, y los grupos de psicoeducación familiar.

En lo que se refiere a la demanda de ayuda, las diferencias según sexo establecieron que los varones solicitan más atención por consumo de marihuana y alcohol, mientras que las mujeres lo hacen más por alcohol y secundariamente por marihuana. Estos resultados parecen sugerir que la demanda de ayuda masculina sigue manteniendo predominio respecto a la femenina; sin embargo, llama la atención que las mujeres soliciten más atención por alcohol. Esto último guarda relación con las tasas de prevalencia de consumo problemático o disfuncional de consumo de alcohol registrado en el estudio de escolares (DEVIDA, 2013), donde el 44.7% de las adolescentes mujeres obtienen esa condición.

Durante el año 2012, la RIDET reportó un total de 1561 atenciones ambulatorias, de estas 70% fue por consumo de alcohol, mientras que 13% fue por derivados del cannabis. En cuanto a la diferenciación por género, las mujeres solicitan ayuda por alcohol en un 75% y los varones en un 69%; por marihuana se reportó que las mujeres solicitan ayuda en un 9% y los varones en un 15%. Estos hallazgos, también son consistentes con los resultados del presente estudio, ya que se observa mayor demanda de ayuda en mujeres que consumen alcohol.

Estos datos también sugieren que el involucramiento de las adolescentes y jóvenes en el patrón de abuso de alcohol es una realidad dentro de un proceso de feminización del consumo del alcohol y otras drogas, pues hasta hace poco

las mujeres formaban parte de una categoría escondida tanto en las estadísticas como en los estudios en general sobre drogas; así el consumo femenino no se reconocía como importante aunque aún prevalece el concepto de que los varones tienen un rol dominante y activo en las adicciones y que las mujeres se limitan a ser pasivas y subordinadas a la cultura del consumo. Los resultados encontrados sobre la presencia importante de mujeres que abusan de alcohol y marihuana obligan a reconocer la necesidad de programas específicos para ellas, así como a visibilizar más su presencia en la investigación.

En relación a la frecuencia de consumo encontrada en esta investigación, se nota un crecimiento significativo respecto a estudios de años anteriores en las personas atendidas en la misma institución. En el año 2005, Rojas reportó un 6.2% de participantes (N=502) que usaban marihuana de forma diaria, y un 9.2% que la usaban de forma interdiaria; mientras que en la actual investigación se observa un 21.9% de consumidores diarios y un 7.1% de consumo interdiario. Lo cual resulta alarmante dado que se conocen las consecuencias neuropsicológicas (Battalla et al., 2013; Meier et al., 2012) que tiene el uso de marihuana, sobre todo en población adolescente.

Finalmente, no es menos importante haber encontrado alrededor de 39% de casos donde alguno de los padres tiene antecedentes de adicciones y un 8% de padres con alguna patología de salud mental. Estos datos son significativos pues tanto el consumo como los problemas de salud mental en el entorno y peor aun en los padres, contribuyen a la generación de patrones de comportamiento que inducen a la repetición de conductas intergeneracionales, tal como suele ocurrir con el fenómeno de la violencia familiar, el cual se encuentra estrechamente asociado con el abuso o dependencia al alcohol u otras drogas.

Investigaciones como las de Chassin et al. (2004), Adger (2000), Johnson y Leff (1999), Centros de Integración Juvenil de México, CIJ (2007), Pons (1997), Gonzales-Hachero y Martínez (1999), Castillo, Sanz y Pampliega (2004) Mendoza et al. (2001), Galindo et al. (2004) y DEVIDA (2013), ya informaban que entre los hijos de padres adictos a sustancias se incrementa entre dos y nueve veces el riesgo de involucramiento en el consumo. Así, en la muestra estudiada los padres con estos antecedentes, sumado a otros factores internos y externos, pueden haber sido modelos de aprendizaje observacional y social de la conducta de beber en exceso o de consumir otras sustancias.

Considerando el análisis del 8% de casos donde se encontraron antecedentes de enfermedades de salud mental en los padres de los participantes, podemos decir que aun siendo el indicador poco significativo, desde la perspectiva de la salud mental familiar es un factor a considerar en el riesgo adolescente y juvenil del abuso de drogas, tal como lo sugieren Fornós (2001), Bullard (1997), Herman y McHale (1993), Otero, Mirón y Luengo (1989) y Latimer et al. (2000). Sin embargo, hay que mencionar que no siempre la salud mental de los padres influirá decisivamente en los hijos, aun considerando que algunas investigaciones informan que entre el 30 y 50% de los niños que tienen un padre con una enfermedad mental son diagnosticados con desórdenes mentales. No obstante, hoy existe un importante reconocimiento de la influencia del medio ambiente o contexto en el desarrollo de la salud de niños, adolescentes y jóvenes.

En ese sentido, investigaciones como las de Sánchez del Hoyo y Sanz (2004) y Roselló et al. (2003), que tratan la relación entre patología mayor y la de salud mental en los padres, como la psicosis o la esquizofrenia entre otras, y alteraciones psíquicas en los hijos, si bien mencionan la carga genética añadida, también reconocen que no se pueden tener en cuenta únicamente los factores genéticos en el análisis desencadenante en la descendencia.

9.

CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

1. El 87.3% de los participantes (adolescentes y jóvenes) son consumidores de marihuana, mientras que 12.7% son consumidores de alcohol, preferentemente.
2. En los consumidores de marihuana el uso está acompañado frecuentemente de tabaco, alcohol y cocaína, mientras que en los que beben alcohol el consumo está acompañado por la cocaína, marihuana y tabaco.
3. Alcohol: si bien la edad promedio de inicio del consumo fue 16.2 años, la edad mínima encontrada fue 10 años y la máxima 22 años. Mayoritariamente consumen entre 4 y 5 años (17.2%), seguido de aquellos que lo hacen entre 2 y 5 años (15.6%). El 18.8% bebe diariamente, 25% lo hace 3 veces por semana y fines de semana. El 60% prefiere tomar en grupo.
4. Marihuana: si bien la edad promedio de inicio del consumo fue 15.8 años, la edad mínima encontrada fue 11 años, mientras que la edad máxima fue 24 años. El 20.5% consumió marihuana entre 2 y 3 años, mientras que el 20.3% lo hizo entre 7 meses y 1 año. El 21.9% consumía marihuana diariamente, mientras que 6.4% lo hacía 3 veces por semana. El 46% prefería consumir en grupo o acompañado, y 12%, a solas.
5. El 83.8% de los consumidores involucrados con el abuso de marihuana se encontraban desocupados, en la mayoría de casos, como consecuencia del consumo.
6. La mayoría de participantes, 71.4%, eran consumidores de marihuana.
7. En cuanto a la frecuencia del consumo de sustancias, el consumo de marihuana era más intenso, 79.2%, respecto a quienes abusaban de alcohol, 20.8%.
8. Son más frecuente los intentos por detener el consumo sea de alcohol o marihuana en aquellos que acuden a recibir apoyo profesional en compañía de sus padres, en comparación a los que acuden al mismo servicio a solas.

9. Los jóvenes desocupados con problemas de consumo de marihuana y alcohol, mayoritariamente, proceden de familias con padres separados o monoparentales.
10. Los varones solicitan más ayuda por abuso de marihuana, mientras que las mujeres lo hacen por abuso de alcohol.
11. El 77.5% de los adolescentes involucrados en el abuso de sustancias proceden de familias donde hay un miembro o más con antecedentes de abuso de alcohol u otras drogas.
12. El 80% de los jóvenes involucrados en el abuso de sustancias, proceden de familias donde hay un miembro o más con antecedentes de abuso de alcohol u otras drogas.
13. El 8.17% de la muestra total procede de familias donde por lo menos hay un miembro con problemas de salud mental (depresión mayor, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, psicosis, entre otros cuadros clínicos).

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Adger, H. (2000). Children in alcoholic families: Family dynamics and treatment issues. S. Abbott (Ed.). *Children of alcoholics: Selected readings, Rockville, MD: National Association of Children of Alcoholics*, 2, 385-395.
- Barrett, A., y Turner, J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*, 101 (1), 109-120.
- Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yücel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J., y Nogué, S. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PloS one*, 8(2), [e55821]. doi: 10.1371/journal.pone.005821
- Baumrind, D. (1983). Rejoinder to Lewis' reinterpretation of parental firm control: are authoritative families really harmonious? *Psychological Bulletin*, 94(1) 132-142.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. En: *Psicothema*, No. 11, V (4), pp. 939-956
- Bronfenbrenner, U. (1986). The ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), pp. 723-742. Consultado en: <http://ezp.waldenulibrary.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=dev-22-6-723&site=ehost-live&scope=site>
- Brown, S. y Rinelli, L. (2010). Family Structure, Family Processes, and Adolescent Smoking and Drinking. *Journal of Research on Adolescence*, 20(2), 259-273. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00636.x
- Bullard, J.A. (1997). Parent perceptions of the effect of ADHA child behavior on the family: The impact and coping strategies. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (12B), 7755.

- Burns, R.B. (1990). *El autoconcepto: teoría, medición y desarrollo*. Bilbao: EGA.
- Calvo, A., González, R., y Martorell, M. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y Aprendizaje*, 24(1) 95-112. doi: 10.1174/021037001316899947
- Cañavera, M. (1988). Diada marital disfuncional y farmacodependencia a la pasta básica de cocaína (Tesis Bachiller en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Carrillo, M. T., y Luengo, M. A. (1993). Demora de la gratificación y conducta antisocial en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(67) 643-663.
- Carrillo, M. T., Luengo, M. A. y Romero, E. (1994). Conducta antisocial juvenil y perspectiva de futuro: un análisis de la influencia de la institucionalización. En: *Anuario de Psicología*, No. 62, pp. 67-80.
- Carvalho, V., Pinsky, I., de Souza e Silva R, y Carlini-Cotrim, B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: A study among Brazilian high-school students. *Addiction*, 90, 65-72. doi: 10.1046/j.1360-0443.1995.9016510.x
- Castells, P. (1999). *Relaciones familiares*. Barcelona: Ed. STJ.
- Castillo, I., Sanz, M., y Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3). 185-195. Consultado en: <http://adicciones.es/files/04.%20Iraurgi.pdf>
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO (2013). *Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010*. Lima: Autor.
- Centros de Integración Juvenil de México, CIJ, (2007). *Violencia Familiar y Adicciones*. México D.F.: Autor.
- Cicchetti, D., y Rogosch, F. (2002). A developmental psychopathology perspective on Adolescence. En: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.

- Charvoz, L., Bodenmann, G., y Hermann, E. (2002). The importance of family variables for the drug consumption of adolescents. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 14-20.
- Chassin, L., Carle, A., Nissim-Sabat, D. y Kumpfer, K. (2004). Fostering resilience in children of alcoholic parents. En K.I. Maton (Ed.), *Investing in children, youth, families and communities: Strength-based research and policy*. Washington, D.C.: APA Books.
- Comunidad Andina (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Lima: CAN-Proyecto DROSICAN-Unión Europea.
- Comunidad Andina (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Perú, 2012*. CAN-Proyecto PRADICAN-Unión Europea. Lima.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2013). *IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012*. Lima: DEVIDA.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2011). *III Estudio nacional en estudiantes de secundaria 2009*. Lima: DEVIDA.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2009). *II Estudio nacional en estudiantes de secundaria 2007*. Lima: DEVIDA.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2012). *Encuesta nacional del consumo de drogas en población general. Informe ejecutivo*. Lima: DEVIDA.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2010). *Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú*. Lima: CTB-DEVIDA
- Coletti, M. y Linares, J.L. (1997): *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

- Coviello, D.M., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., y Zanis, D.A. (2004). The role of family history in addiction severity and treatment response. *Journal Substance Abuse Treat.*, 26(1), 303-13.
- Elzo, J. (1996). *Drogas y Escuela V*. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Estévez, E., Musitu, G., y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28 (4): 81-89. Recuperado de la base de datos Redalyc, (ISSN 0185-3325). <http://redalyc.org/articulo.oa?id=58242809>
- Fornós, A. (2001). La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 31, 183-198. Consultado en: www.seypna.com/documentos/articulos/fornos-crianza-interacciones-padres-hijos-pdf
- Fosco, G.M., Stormshak, E.A., Dishion, T.J., y Winter, C.E. (2012). Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal Clin. Child. Adolesc. Psychol.*, 41(2), 202-213. doi: 10.1080/15374416.2012.651989
- Francis, C. A. (1987). La satisfacción familiar como criterio de evaluación (Tesis de Bachiller en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Franco, G.E. (1994). *La comunicación en familia*. Madrid: Ed. Palabra.
- Galindo, J., Alfaro, I., Osso, L., Mormontoy, W., y Rodríguez, L. (2004). Vulnerabilidad familiar al consumo de drogas en familias adolescentes. *Revista de psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 1, 3-25. Consultado en: www.hhv.gob.pe/revista/2004/1%20VULNERABILIDAD%20FAMILIAR%20AL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS.pdf
- Garaigordobil, M., Álvarez, Z., y Carralero, V. (2004). Conducta antisocial en niños de 10 a 12 años: Factores de personalidad asociados y variables predictoras. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(130), 241-271. Recuperado de la base de datos Dialnet [ISSN-e 0211-7339]. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=875947>

- Gonzales-Hachero, J., y Martínez, M. (1997). Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres. *Anales Españoles de Pediatría*, 51, 4-8. Consultado en: <http://aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-2.pdf>
- Griffin, K., Botvin, G., Scheier, L., Díaz, T., y Miller, N. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 174-184. doi: 10.1037/0893-164X.14.2.174
- Hanson, K., Cummins, K., Tapert, S. y Brown, S. (2011). Changes in neuropsychological functioning over 10 years following adolescent substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 127-142. doi: 10.1037/a0022350
- Hartley, D., Elsabagh, S., y File, S. (2004). Binge drinking and sex: effect on mood and cognitive function in healthy young volunteers. *Pharmacology Biochemistry Behavior*, 78 (3), 611-619. doi:10.1016/j.pbb.2004.04.027
- Hemovich, V., Lac, A., y Crano, W. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, Health & Medicine* 16 (3), 249-267. doi: 10.1080/13548506.2010.532560.
- Herman, M.A., y McHale, S.M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal Appl. Develop. Psychol.*, 14, 121-36. doi: 10.1016/0193-3973(93)90027-5
- Johnson, J., y Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103(2), 1085-1099. Consultado en: http://pediatrics.aappublications.org/content/103/Supplement_2/1085.long
- Johnson, C., Xiao, L., Palmer, P., Sun, P., Wang, Q., y Wei, Y. (2008). Affective decision-making deficit, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex revealed in 10th grade Chinese adolescent binge drinkers. *Neuropsychologia*, 46(2), 714-726. doi: 10.1080/14622200802097530
- Kershner, J., y Cohen, N. (1992). Maternal depressive symptoms and child functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 13(1), 51-63.

- Kiesner, J., Maass, A., Cadinu, y Vallese, I. (2003). Risk factors for ethnic prejudice during early adolescence. In: *Social Development*, 12, 288-308.
- Latimer, W., Newcomb, M., Winters, K., y Stinchfield, R. (2000). Adolescent substance abuse treatment outcome: the role of substance abuse problem severity, psychosocial, and treatment factors. *Journal Consult. Clin. Psychol.* 68 (4), 684-696. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.684
- Lavee, Y., McCubbin, H., y Olson, D. (1987). The effect of stressful life events and transitions on family functioning and well-being. *J Marriage Fam*, 49(4), 857-873.
- Lewis, R.A. (1989). The family and addictions: An introduction. *Fam Relat*, 38(3), 254-257.
- Lisdahl, K., Gilbert, E., Wright, N., y Shollenbarger, S. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Front Psychiatry*, 4(53) 1-19. doi: 10.3389/fpsy.2013.00053
- López, C., y López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(2), 5-19. Recuperado de la base de datos Dialnet [ISSN 1576-9941]. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=982275>
- Lund, J., y Merrell, J. (2001). Social and antisocial behavior of children with learning and behavioral disorders: Construct validity of the Home and Community Social Behavior Scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19 (2) 112-122. doi: 10.1177/073428290101900201
- Lyons, E. (1996). A comparison of family patterns among Hispanic adolescent drug-using and non-drug-using clinical populations. (Tesis de Doctor en Filosofía). University of Miami, Miami, United States of America. Consultado en : <http://scholarlyrepository.miami.edu/dissertations/3366>
- Malkus, B.M. (1994). Family dynamic and structural correlates of adolescent substance abuse: A comparison of families of non-substance abusers and substance abusers. *J Child AdolescSubst Abuse*, 3 (4), 39-52. doi: 10.1300/J029v03n04_03

- Marsh, H., Parada, R., Yeung, A., y Healey, J. (2001). Aggressive school troublemakers and victims: A longitudinal model examining the pivotal role of self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 93 (2), 411-419. doi:10.1037/0022-0663.93.2.411
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. and Quensel, S. (2002). European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97 (3), 329-36.
- McCubbin, H., Needle, R., y Wilson, M. (1985). Adolescent health risk behaviours: Family stress and adolescent coping as critical factors. *Special issue: The family and health care. Fam. Relat.* 34, 51-62.
- McQueeny, T. Schweinsburg, B., Schweinsburg, A., Jacobus, J., Bava, S., Frank, L., y Tapert, S. (2009). Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33 (7), 1278-1285. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.00953.x.
- McQueen, A., Getz, J., y Bray, J. (2003). Acculturation, substance use, and deviant behavior: examining separation and family conflict as mediators. *ChildDev*, 74 (6), 1737-50. doi:10.1046/j.1467-8624.2003.00635.x
- Mendoza, A., Galindo, J., Rodríguez, L., Osso, L., y Mormontoy, W. (2001). Perfil estructural sistémico de las familias con pacientes nuevos atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán y su correlación con el diagnóstico psiquiátrico. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizán*, 2 (1 y 2). Consultado en: www.hhv.gob.pe/revista/indice.htm
- Meier, M., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R., McDonald, K., Ward, A., Poulton, R., y Moffitt, T. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA*, 109 (40), [E2657-64]. doi: 10.1073/pnas.1206820109.
- Miranda, A. (1985). *Estrategias educativas familiares, estructura de la familia y características psicosociales de los niños preescolares*. (Tesis doctoral en Psicología). Universidad de Valencia, Valencia, España.

- Mirón, L., Otero, J., y Luengo, A. (1989). Empatía y conducta antisocial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15 (14), 239-254.
- Moffitt, T., y Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Morla, R., Saad de Janon, M., y Saad, J. (2006). Depression in Adolescents and Family Disintegration in the City of Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (2), 149-165. Recuperado de la base de datos Scielo [ISSN 0034-7450]. http://scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502006000200003&script=sci_arttext
- Müller, N.G., y Knight, R.T. (2006). The functional neuroanatomy of working memory: contributions of human brain lesions studies. *Neuroscience*, 139 (1), 51-58. doi:10.1016/j.neuroscience.2005.09.018
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. En: *Psicothema*, No. 1, V (13), pp. 87-94. Disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Olson, D., Larsen, A., y McCubbin, H. (1982). Family Strengths. En Olson D., McCubbin H., Barnes H., Larsen A., Muxen M., y Wilson M. (Eds.). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 78 -92). Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota.
- Oliver, E., Cabanillas, L. y Saldarriaga, C. (1978). *Fármacodependencia y niñez: Implicacias y consecuencias*. II Congreso Nacional de Protección a la Infancia, Lima.
- Olson, D.H., Russell, C. y Sprenkle, D.H. (1989). Circumplex Model of Marital and Family Systems II: Empirical studies and clinical intervention. En: *Advances in Family Intervention, Assessment and Theory*, No. 1, pp. 129-176.
- O'Moore, M., y Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behavior. *Aggressive-Behavior*, 27, 269-283.

- Organización Mundial de la Salud - OMS (2009). Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a Revisión (CIE-10). OMS.
- Otero, J., Mirón, L., y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *International Journal of Addiction*, 24 (11), 1065-1082.
- Ozechowski, T.J., y Liddle, H.A. (2000). Family-based treatments for adolescent substance abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, No. 3, V (4), pp. 269-298.
- Parada, M. (2009). Consecuencias neuropsicológicas del consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes universitarios (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. Disponible en: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/3388/1/9788498876345_content.pdf
- Parada, M., Corral, M., Fernández-Eire, M., y Cadaveira, F. (2007). Rendimiento de los pacientes alcohólicos en la evaluación comportamental del síndrome disejecutivo (BADs). *Mapfre Medicina*, 18(1), 87-91.
- Pons, J. (1997). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3). doi : 10.1590/S1135-57271998000300010
- Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina, PRADICAN (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino Sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe, Perú 2012*. Lima: Ohquis Design. Consultado en: http://www.comunidadandina.org/Upload/20132718303Informe_Peru.pdf
- Protinsky, H., y Shilts, L. (1990). Adolescent substance use and family cohesion. *Fam. Ther.* 17(2), 173-175.
- Quinsey, V., Book, A., y Lalumiere, M. (2001). A factor analysis of traits related to individual differences in antisocial behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 522-536. doi: 10.1177/009385480102800407

- Rojas, M., Giraldo, P. y Montes, C. (2001). Manual de consejería en casos de consumo de drogas. Ed. CEDRO
- Rojas, M. (2005). Consumo de drogas psicoactivas en colectivo de púberes y adolescentes. Pautas y tendencias. Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) – Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO)
- Rojas, M., Otiniano, F. y Zereceda, J. (2012). *Estudio sobre el consumo intensivo de alcohol (Binge Drinkers) en una población clínica de adolescentes y jóvenes*. Lima: CEDRO, documento no publicado.
- Rojas, M., Otiniano, F. y Zereceda, J. (2011). *Tendencias y formas de consumo de marihuana en una población clínica de 2, 153 jóvenes consumidores*. Lima: CEDRO, documento no publicado.
- Rojas, M. (2010-a). *Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque humanista y cognitivo-conductual*. Lima: Ed. CONCYTEC.
- Rojas, M. (2010-b). *Manual de entrevista y psicoterapia motivacional en conductas adictivas. Sesiones para profesionales de la salud mental*. Lima: Ed. CONCYTEC.
- Romero, E., Luengo, M., Carrillo, M., y Otero, J. (1994). Un análisis transversal y longitudinal de la relación entre autoestima y conducta antisocial en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(73), 645-667.
- Roselló, B., García R., Tárraga, M., y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 79-84.
- Rubio, F. y Jaramillo, J. (2009). La intervención psicosocial desde una perspectiva sistémica con familias multiproblemáticas: Una propuesta de intervención Mensajeros de la Paz (Tesis de Maestría en Intervención Psicosocial Familiar). Universidad de Cuenca. Cuenca, España. Consultado en en: www.dspace.uccuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2672/1/tm4390.pdf

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. En: *British Journal Psychiatry*, No. 147, pp. 598 – 611.
- Sánchez del Hoyo, P., y Sanz, L. (2004). Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas. En: *Psicopatol. Salud mental*, 4, 99-108. Recuperado de la base de datos Redalyc [ISSN 1695-8691]. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3059030>
- Sanz, M., Iraurgi, I. y Martínez-Pampliega, A. (2002). Evaluación del funcionamiento familiar en toxicomanías: Adaptación española y características de adecuación métrica del FAP-FACES IV. En I., Iraurgi y F., González-Saiz (Eds.). *Instrumentos de Evaluación en drogodependencias* (pp. 403-434). Madrid: Aula Médica.
- Scandroglio, B., Martínez, J., Martín, M., López, J., Martín, A., San José, M., y Martín, J. (2002). Violencia grupal juvenil: una revisión crítica. *Psicothema*, 14(1), 6-15. Consultado en: <http://psicothema.com/pdf/3470.pdf>
- Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug Alc. Review*, 18(4) 453-475. doi: 10.1080/095952399996329
- Stanton, M.D., y Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170-191.
- Steward, J.N. (2000). Temperament and antisocial behavior in adolescence: Genetic and environmental influences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (9-B), 4912.
- Tapert, S., Caldwell, L., y Burke, C. (2005). Alcohol and the adolescent brain: human studies. *Alcohol Research & Health*, 28(4), 205-212.
- Tapert, S.F. y Schweinsburg, A.D. (2005). The human adolescent brain and alcohol use disorders. En M. Galanter, C. Lowman, G.Boyd, V.Fader y E. Witt (Eds.). *Recent developments in alcoholism: Alcohol problems in adolescent and young adults* (pp. 177-197). New York: Kruwe Academic/Plenum Publishers

- Taylor, J. E. (2000). Early and late starting delinquency: Correlates, outcomes, and influences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 60 (9-B), 4913.
- Vielva, I., Pantoja, L., y Abeijón, J.A. (2001). *El funcionamiento de la familia con hijos (consumidores y no consumidores) de comportamientos no problemáticos*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Wagner, K., Ritt-Olson, A., Soto, D., y Unger, J. (2008). Variation in Family Structure Among Urban Adolescents and Its Effects on Drug Use. *Substance Use & Misuse*, 43(7), 936–951. doi: 10.1080/10826080701801550
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., y Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of student at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 271(21), 1672-1677.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A., y Rimm, E.B. (1995). A gender-specific measure of binge drinking among college student. *American Journal of Public Health*, 85(7), 982-985. doi: 10.1037/10893-164x.15.4.287.
- Zevallos, R. (1985). Estudio de las actitudes de sobreprotección maternal. Una comparación entre un grupo de madres de farmacodependientes de pasta básica de cocaína y un grupo de control (Tesis de Bachiller en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.



Centro de Información
y Educación para la prevención
del abuso de drogas



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito