

Vías conductoras a la adicción e intercambio con el medio familiar en adolescentes alcohólicos

Conductive pathways to addiction and exchange with the family environment in alcoholic adolescents

Dra. Ondina Copello Agüero,^I Dra. Mey-King Romero Hung,^{II} Dr. Ángel William Viera Bravo^{III} Lic. Cheryl Tawe de Grills,^{IV} Dra. Cristina V. Hernández Roca,^V Lic. Rodolfo Javier Aguilar Amaya,^{VI} Lic. Maribel Crespo Flores

I Centro de Diagnóstico Integral. Parroquia Norte. Municipio Carirubana, Punto Fijo. Estado Falcón, Venezuela.

Especialista I grado en Medicina General Integral.

II Hospital "Miguel Enríquez". Especialista I grado en Psiquiatría, La Habana. Cuba.

III Hospital Psiquiátrico de La Habana. Especialista I grado en Psiquiatría, La Habana. Cuba.

IV Universidad de Loyola. California, Estados Unidos. Licenciada en Psicología.

V Especialista I grado en Bioestadística. Hospital "Miguel Enríquez", La Habana. Cuba.

VI Máster en Ciencias de la Educación. Universidad de Ciencias pedagógicas "Héctor Alfredo Pineda"., La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: Al ser la adolescencia una etapa de transformación biológica, psicológica y social es susceptible a las conductas autodestructibles como el consumo de alcohol y de drogas en general. En este trabajo se describe la relación entre la edad y las vías conductoras a la adicción, los problemas familiares generados por la misma y tácticas de afrontamiento familiar utilizadas.

Método: Se estudiaron 250 pacientes diagnosticados de alcoholismo, pertenecientes a un consultorio del estado Falcón, Venezuela. Las variables empleadas fueron: edad, vías conductoras, escolaridad y estado civil de progenitores, funcionamiento familiar, problemas familiares y tácticas de afrontamiento adoptadas por la familia. Los estadísticos fueron, distribuciones de frecuencia con porcentajes y prueba de ji cuadrado.

Resultados: La edad predominante fue de 17-20 años (82 %). La vía de conducción más frecuente fue la sociocultural (51 %). Los pacientes consideran su familia funcional en 71 % y el 76 % de los familiares, disfuncional. De los problemas familiares el de mayor relevancia fue las riñas callejeras (88 %) y de las tácticas de afrontamiento familiar: se disgustan (61 %). La escolaridad de los progenitores: en los padres el nivel secundario fue más frecuente (48.4 %) y en las madres el primario (41.2 %). El estado civil unidos prevaleció con el 65.2 %.

Conclusiones: Existe dependencia entre las vías de conducción y la edad del paciente. El funcionamiento familiar presenta una tendencia inversa en la apreciación de pacientes y familiares. Los problemas familiares y las tácticas de afrontamiento familiar, así como el nivel escolar primario en las madres y secundario en los padres, fueron manifestaciones de bajo nivel y pocos recursos familiares. El estado civil unido, de los progenitores, en su gran mayoría, se contradice con otros estudios.

Palabras clave: alcoholismo, adolescencia, adicción, familia

ABSTRACT

Introduction: As a stage of adolescence biological, psychological and social transformation is susceptible to self-destruct behaviors such as alcohol and drugs in general. In this paper the relationship between age and addiction conductive pathways described, family problems generated by the same family coping and tactics used.

Methods: 250 patients diagnosed with alcoholism were studied, belonging to the office of

Falcon, Venezuela. The variables used were: age, conductive pathways, education and marital status of parents, family functioning, family problems and coping tactics adopted by the family. Statisticians were, frequency distributions with percentages and chi-square test.

Results: The predominant age was years 17-20 (82%). The most common route of driving was the sociocultural (51%). Patients consider their functional family in 71% and 76% of family, dysfunctional. Family problems was the most important street fights (88%) and family coping tactics: get upset (61%). Schooling parents: parents at the secondary level was more frequent (48.4%) and mothers the primary (41.2%). Marital status States prevailed with 65.2%.

Conclusions: There is dependence between the conduction pathways and patient age. Family functioning has an inverse trend in assessing patients and families. Family problems and family coping tactics, as well as the primary school level and secondary mothers in parents, were manifestations of low and few family resources. United marital status of the parents, the vast majority is contradicted by other studies.

Keywords: alcoholism, adolescence, addiction, family

INTRODUCCIÓN

En el año 800 n.e., Ramsés —un químico árabe— descubrió la destilación del alcohol, y con ella nacieron las bebidas espirituosas o fuertes. En lo referente a documentos escritos relacionados con la repercusión social de las drogas, el más temprano parece haber sido la misiva de un sacerdote a su pupilo 4 000 años atrás, cuyo texto transcribimos: “Yo tu superior, te prohíbo acudir a las tabernas, estás degradado como las bestias”. En la historia del consumo de las drogas hubo una etapa donde sus objetivos eran de simple experimentación, otra de propósitos enteógenos al aspirar a la comunicación con divinidades, práctica registrada en chamanes y hechiceros de diversas culturas y momentos históricos.

En la década de los sesenta del pasado siglo, se incorpora de forma masiva al estilo de vida hedónico, al coincidir con la nefasta y progresiva caracterización de la droga como mercancía de comercialización altamente rentable. ¹Datos actualizados de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS/OPS) destacan que el uso, mal uso, abuso y dependencia de las drogas en todas sus categorías, a nivel mundial, se relaciona con el 12,4 % del total de fallecimientos y el 8,9 % del total de años perdidos por discapacidades, mientras que la cifra de años de invalidez vinculados al alcohol se elevan a 58 000 000 cada doce meses.²

En la Asamblea del Organismo Mundial de la Salud, resolución 58.26, se abordó el alcohol en su condición de droga portera y enfatizó la imperiosa necesidad de superar el enfoque reduccionista que solo valora en esta su peligro potencial esclavizante y no los catastróficos riesgos de las conductas bajo su influencia ni los intensos y mantenidos sufrimientos de los familiares y convivientes.³

La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 % de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año. Se define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana, de 12 a 14 años y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años.⁴⁰

Al ser la adolescencia una etapa de transformación biológica, psicológica y social es susceptible a la toma de conductas auto destructible como el consumo de alcohol y de drogas en general.

La Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) dio a conocer, y establece un listado de 24 países, que los adolescentes están tan afectados ya, que un 33 % de los jóvenes de entre 13 y 15 años han estado borracho por lo menos dos veces.

Esta situación nos lleva a la reflexión sobre el consumo cada vez más elevado de alcohol en adolescente, por lo que se impone de una forma rápida y estructurada realizar estudios dirigidos a obtener mayor información sobre esta enfermedad, como la relación existente entre la edad y vías conductoras a la adicción; así como determinar las frecuencias de problemas familiares derivados de la conducta del paciente alcohólico, tácticas de afrontamiento adoptadas por la familia ante el paciente adicto y los medios familiares que inciden en el desarrollo de esta

entidad; visto esto como una parte de un gran todo que ayudaría al conocimiento y la solución de un problema que cada día afecta más a la humanidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, con el total de pacientes adolescentes alcohólicos pertenecientes al consultorio Barrio Adentro (B.A) del Sector "Playa Blanca", municipio Zamora, Puerto Cumarebo, Estado Falcón, Venezuela; en el período comprendido entre enero de 2014 y enero de 2015.

El universo de la investigación estuvo constituido por los 250 pacientes del consultorio, registrados en historias clínicas con el diagnóstico de alcoholismo, y familiares de ellos que cumplieron los siguientes requisitos de inclusión.

Criterios de inclusión

-Paciente con dependencia alcohólica sin otras adicciones de efectos relevantes sobre el comportamiento, sin comorbilidad ajena a las complicaciones de estas sustancias, con familiares convivientes al menos en los últimos cinco años.

-Paciente entre 11 y 20 años de edad.

-Familiar adulto conviviente al menos en los últimos cinco años, preferentemente madre, padre, hijos o hermanos, sin afecciones psiquiátricas de nivel psicótico ni demencial, sin limitaciones sensoriales ni para la comunicación oral.

-Que el paciente y sus familiares acepten participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

Diagnóstico de certeza de los pacientes

El diagnóstico de dependencia alcohólica se realizó siguiendo los criterios siguientes:

- Deseo vehemente de consumir la sustancia.
- Criterio de esclavitud: no poder decidir cuándo y cuanto consumir.
- La necesidad de encontrarse bajo sus efectos es tal que lograrlo se convierte en el principal objetivo en la vida del paciente que consume cantidades significativas de su tiempo en actividades directamente relacionadas con el consumo.
- Fallidos intentos por reducir o eliminar el consumo son también frecuentes pero el patrón de consumo vuelve a aparecer aun cuando el paciente tenga clara percepción del daño que le ocasiona.
- La interrupción o disminución significativa del consumo produce un síndrome de abstinencia.

Tipos de familias de acuerdo al funcionamiento familiar

Familia funcional: Es aquella cuya interrelaciones como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios. En nuestra investigación la funcionabilidad se midió por la expresión positiva de las categorías que definen el funcionamiento familiar. Cuando al aplicar el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL) se obtuvo una puntuación de 70 a 57 puntos.

Familia moderadamente funcional: Es una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías que define el funcionamiento familiar. Al aplicar el Test de funcionamiento familiar se obtuvo una puntuación de 56 a 43 puntos.

Familia disfuncional: Es la expresión negativa de las categorías que definen el funcionamiento familiar. Se obtiene con una puntuación de 42 a 28 puntos al aplicar el Test de funcionamiento familiar.

Familia severamente disfuncional: Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar; se obtiene en el test con una puntuación de 27 a 14.

Variables utilizadas en el estudio

1. Edad del paciente: Se clasificó en los grupos de edades siguientes: 11 a 13, 14 a 16 y 17 a 20 años.
2. Vías conductoras a la adicción: Se clasifica en sociocultural, hedónica, evasiva y asertiva.
3. Escolaridad de los progenitores. Se clasifica de la siguiente manera:

-Primaria: sexto grado terminado
-Secundaria: noveno grado terminado
-Medio: duodécimo grado terminado
-Superior: universitario.

4. Estado civil de los progenitores. Se clasifica en unidos y separados.
5. Funcionamiento familiar según pacientes y familiares: Se clasifica en familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional.
6. Problemas familiares de mayor relevancia derivados de la conducta del paciente alcohólico: Se clasifica en Sanción Judicial, Violencia Física, Pérdida de amistades, Violencia Psicológica, Arresto policial, Pérdida de empleo, Delitos sexuales, Riñas callejeras, Escándalo público, Disgustos con vecinos, Accidentes del tránsito.
7. Tácticas de afrontamiento adoptadas por los familiares ante el comportamiento del paciente alcohólico: Se clasifica en: Lo critican, Lo aconsejan, Se disgustan, Lo rechazan, Se mantiene a distancia, Lo tratan con indiferencia, Sienten deseos de agredirlo, Lo ayudan, Lo aceptan, Lo tratan con comprensión, Comparten con él su consumo, Consumen con él.

La información se recogió a través de una encuesta confeccionada para este estudio(anexo), el Test de percepción familiar y las historias clínicas de cada paciente.

Análisis estadístico

El procesamiento estadístico se realizó por microcomputadoras utilizándose el sistema Excel y el sistema estadístico INSTAT. Se utilizaron procedimientos estadísticos de distribuciones de frecuencia con porcentajes en las variables cualitativas y prueba de Ji cuadrado para identificar si existe asociación entre las variables con un nivel de significación: $\alpha=0.05$

RESULTADOS

En la tabla 1 la edad predominante es de 17-20 años para un 82 %, representando más de la mitad de los pacientes estudiados. La vía conductora a la adicción más frecuente es la sociocultural con un 51 % del total. Se realizó la prueba de Chi cuadrado bajo la hipótesis nula de independencia u homogeneidad entre grupos y se rechazó la misma, por lo que podemos inferir que existe dependencia o asociación entre estas variables.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edad y vías conductoras a la adicción

Vías conductoras a la adicción	Grupos de edades							
	11-13		14-16		17-20		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sociocultural	7	64	17	50	104	51	128	51
Hedónica	1	9	6	18	78	38	85	34
Evasiva	2	18	3	9	2	1	7	3
Asertiva	1	9	8	24	21	10	30	12
Total	11	4	34	14	205	82	250	100

$\chi^2=26.72$ con 6 grados de libertad $p < 0.05$

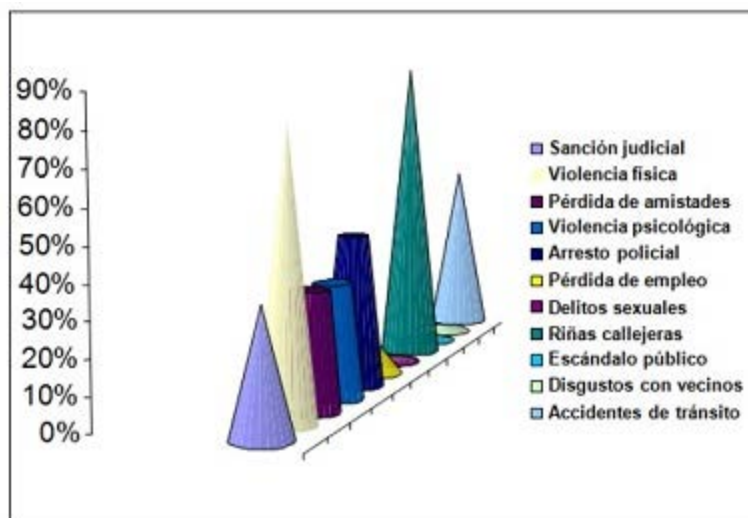
En la tabla 2 se observa que los pacientes consideran su familia funcional en una proporción mayor (71 %), a diferencia de los familiares que presentaron una proporción mayor en los que consideran su familia disfuncional, el 76 %.

Tabla 2. Distribución de la muestra según funcionamiento familiar y apreciación del paciente y del familiar

Funcionamiento familiar	Apreciación del paciente		Apreciación del familiar	
	No	%	No	%
Familia funcional	178	71	7	2
Familia moderadamente funcional	48	19	16	4
Familia disfuncional	19	8	290	76
Familia severamente disfuncional	5	2	69	18
Total	250	100	382	100

En el gráfico 1 se presentaron los problemas familiares de mayor relevancia y en el primer lugar estuvieron las riñas callejeras, con un 88 % del total de casos, seguido por violencia física (82 %), accidentes de tránsito (50 %) y arrestos policiales (44 %). Los delitos sexuales, con un 1 % del total de casos, resultó ser el problema familiar de menor relevancia.

Gráfico 1. Problemas familiares de mayor relevancia derivados de la conducta del paciente alcohólico



Nota: Un paciente puede tener más de un problema.

En el gráfico 2 se observaron las tácticas de afrontamiento, las más significativas fueron: Se disgustan, para un 61 % del total, Lo rechazan (40 %), Lo critican (38 %) y sienten deseos de agredirlo (37 %).

Gráfico 2. Tácticas de afrontamiento adoptadas por los familiares ante el comportamiento del paciente alcohólico

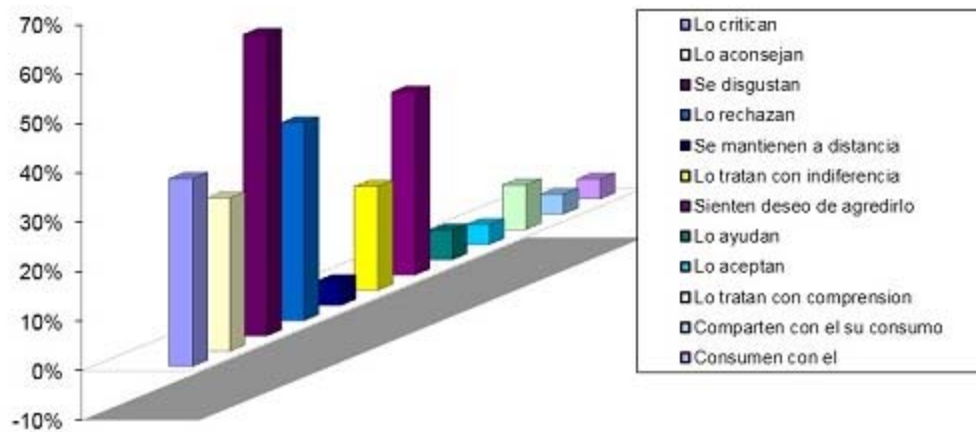


Tabla 3. Pacientes con dependencia alcohólica según escolaridad y sexo de progenitores

Escolaridad	Padre		Madre		Total		Prueba Ji-cuadrado entre padre y madre
	No	%	No	%	No	%	
Primaria	77	30,8	103	41,2	180	36	X ² =26,17 p < 0,05 DES
Secundaria	121	48,4	80	32	201	40,2	
Media	35	14	62	24,8	97	19,4	
Superior	17	6,8	5	2	22	4,4	
Total	250	100	250	100	500	100	

DES: Diferencia estadísticamente significativa.

En la tabla 4 se apreció que la mayoría de los padres de los adolescentes se mantenían unidos, un 65,2 % del total de los casos.

Tabla 4. Pacientes con dependencia alcohólica según estado civil de progenitores

Estado civil	Progenitores	
	No	%
Unidos	163	65,2
Separados	87	34,8
Total	250	100

DISCUSIÓN

Según los resultados expuestos, podemos decir que existe dependencia entre las vías de conducción y la edad del paciente. La adolescencia es la etapa de mayor riesgo en lo que respecta al inicio de consumo de sustancias. La edad es un factor importante, porque el consumo de alcohol comienza en la adolescencia (hacia los 13 años). Cuanto antes se comience a consumir alcohol mayor es la posibilidad de que la persona desarrolle una dependencia en la vida adulta.⁵ En cuanto a la vía conductora de la adicción la más frecuente es la sociocultural, conceptualizada como producto de las costumbres, tradiciones y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos – microgrupos y macrogrupos. Se ejemplifica por el adolescente que dice sí a la droga para demostrar audacia ante sus congéneres que lo subvaloran por no haberse iniciado.⁶ Coincidió nuestro resultado con otros estudios, donde plantean que una de las causas más comunes en el consumo de alcohol en jóvenes es, precisamente, formar parte de un grupo de amigos.⁷ La etapa de la adolescencia es justamente donde más se manifiesta la personalidad, no solo de manera individual sino de forma grupal. El adolescente mide el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales, y va haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

Según la clasificación del funcionamiento familiar, ⁸existió diferencia en las apreciaciones de los pacientes y sus familiares. La familia presenta una tendencia inversa en la apreciación. Se observó que cuando las familias presentan algún grado de divergencia en la comunicación y adaptabilidad, pueden no tener adecuados estilos de afrontamientos que les permitan llegar a un acuerdo ante determinadas situaciones conflictivas y no son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que les proporcionen salud y bienestar a sus miembros y los protejan de conductas adictivas. Todas estas condiciones conllevan a la pérdida del control ante eventos vitales estresantes que se manifiestan en desajustes y desequilibrios que condicionan cambios en el proceso salud enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar.⁹ En estudios revisados los grupos de familias de adictos plantean por mayoría, la falta de comunicación, insatisfacción, falta de apoyo y otros miembros con problemas de adicción. En las familias sin miembro adicto, por mayoría y consenso, señalan la importancia de la enseñanza familiar con respecto a orientarlos, guiarlos, sin actitudes sobreprotectoras.¹⁰

Las secuelas más significativas socio-familiares derivadas de la conducta del paciente alcohólico son explicables por la consecuente inadecuación del comportamiento, implícito en la afectación de los valores morales, al actuar la droga sobre los centros inhibitorios pre frontales demostrado por técnicas de imagenología como el PECT y SPECT.^{11,12} La liberación de los ancestrales centros límbicos y otras regiones subcorticales hacen indistinguibles la conducta de los seres humanos de los animales inferiores, no dotados de conciencia. Los resultados finales de esta trágica transformación son el fundamento de los grandes sufrimientos de los familiares y convivientes ante los comportamientos totalmente impredecibles de las personas que se encuentran bajo la influencia de un tóxico.

En estudios realizados se plantea que no se puede minimizar el papel de la familia para el desarrollo de estas conductas, haciendo énfasis especial en el daño que este problema condiciona a la familia para el desarrollo de actitudes de rechazo hacia el paciente adicto y consideran que si no se adentra en el tema no se logrará que la familia pueda influir positivamente con el objetivo de evitar dicho flagelo.¹³

Si analizamos las tácticas de afrontamiento podemos observar que la familia en un sufrimiento

constante, asume ante el comportamiento del alcohólico actitudes negativas, esto pudiera ser expresivo de mecanismos de codependencia presentes en convivientes, generalmente familiares, que sufren doblemente el consumo, y que por el estrés mantenido establecen manifestaciones psicofisiopatológicas que al complicarse y malignizarse integran las categorías de alo-morbilidad, alo-comorbilidad y alo-mortalidad resultado final de esta tragedia. En general, la familia está impregnada de una gran carga de angustia al no saber qué hacer ante el consumo y sus consecuencias, por ello serán significativas las repercusiones de las adicciones desde el punto de vista individual, familiar y social.

Consideramos que un nivel de instrucción alto en una familia favorece el establecimiento de afrontamientos positivos ante la adicción. Conductas como rechazo, reproches, expresiones de dolor familiar ante esta problemática, pueden estar además vinculadas a niveles educacionales bajos donde la búsqueda de soluciones se encuentra muy limitada. Se sabe que la educación de los padres influye positiva o negativamente en los hijos de acuerdo a como haya sido esta en cuanto a su comportamiento, modo de actuar y de pensar.

Hay que tener en cuenta que las adicciones surgen, como regla general, en un marco familiar desfavorable. Estudios realizados han revelado que provenir de hogares desintegrados como consecuencia del divorcio y separación de los padres, así como la presencia de algún otro consumidor de sustancias tóxicas en la familia, son importantes factores de riesgo que inciden en la predisposición a las adicciones. Otros factores que inciden son la ausencia de la figura paterna; la pertenencia a una familia mal constituida o una familia – problema.¹⁴

El resultado de este estudio no coincide con estudios realizados donde se plantean como causas más comunes de consumo de alcohol en jóvenes: *los problemas familiares* (malas relaciones dentro de la familia), *sociales* (necesidad de pertenecer a un grupo de iguales), *escolares* (problemas en la escuela que me llevan a beber para olvidar), *problemas de depresión, ansiedad, crisis de angustia y divorcio o separación de los padres.*

ANEXOS

Encuesta

Para darle salida a los objetivos específicos propuestos se definieron y categorizaron las siguientes variables de interés:

-Edad. Se contemplan tres grupos de edad:

11 a 13 años

14 a 16 años

17 a 20 años

Vías conductoras a la adicción:

Sociocultural

Hedónica

Evasiva

Asertiva

Funcionamiento familiar:

Familia funcional

Familia moderadamente funcional

Familia disfuncional

Familia severamente disfuncional

Problemas familiares derivados de la conducta del paciente alcohólico:

1. Sanción judicial
2. Violencia física
3. Pérdida de amistades
4. Violencia psicológica
5. Arresto policial
6. Pérdida de empleo
7. Delitos sexuales
8. Escándalo público
9. Disgustos con vecinos
10. Accidentes del tránsito

Afrontamiento del familiar ante el comportamiento del paciente alcohólico:

1. Lo critican
2. Lo aconsejan
3. Se disgustan
4. Lo rechazan
5. Se mantiene a distancia
6. Lo tratan con indiferencia
7. Sienten deseos de agredirlo
8. Lo ayudan
9. Lo aceptan
10. Lo tratan con comprensión
11. Comparten con él su consumo
12. Consumen con él

Escolaridad de ambos progenitores:

Madre:

- Primaria
- Secundaria
- Media
- Superior

Padre:

- Primaria
- Secundaria
- Media
- Superior

Estado civil de los progenitores:

- Unidos
- Separados

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- González Menéndez R. Historia. En: Las adicciones a la luz de la ciencia y el símil. La Habana: Editora Política; 2009. p. 3-5.
- 2- Gonzales R, Donaire I. El sendero rehabilitatorio del paciente adicto. La Habana: Editorial José Martí; 2012. p. 13.
- 3- Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 58.26 "Problemas de Salud Pública causados por el uso nocivo de alcohol", 9na. sesión plenaria, Génova, 25 de mayo de 2005.

- 4- Concepto de adolescencia según OMS. [Citado 23 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf>
 - 5- Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol use disorders: Alcohol dependence and abuse. En: Scheier LM, editor. Handbook of drug use etiology. Theory, methods and empirical findings. Washington, DC: American Psychological Association; 2010. p. 269-89.
 - 6- González Menéndez R. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006. p. 68-83.
 - 7- Nash N, González J, Hernández LS, Bravo LA, López MF. Prevalencia en el consumo de alcohol en los adolescentes. Revista Psicología Científica.com. [23 de Julio 2012]; 14(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/prevalencia-consumo-alcohol-adolescentes>.
 - 8- Estructura Familiar Generacional, MINSAP. Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y de Medicina Familiar. Ciudad Habana, 2000.
 - 9- De la Cuesta D, Pérez E, Louro I, Barrarre H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral. RevCubMedGenInteg 1996; 12 (1):24-31.
 - 10- Palomar J. Relación Entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. México, DF. Rev. Salud Mental 2007. 22(6): 13-21.
 - 11- Babor T, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas, Rev Panam/Pam Am J Public Health. 2005; 18(4/5).
 - 12- González R. Significación social Global del uso indebido de alcohol y otras drogas en el mundo actual. Misión: Rescate de adictos Guía para la relación de ayuda con toxicómanos. La Habana; 2012: 39-69.
 - 13- Drogadicción. [Publicación en línea]. Rev. SanaMente.com.ar 2006 Buenos Aires. Argentina. Consultado: marzo/2010. Disponible en: <http://www.samente.com.ar/>
 - 14- García Penedo H. Asistencia psicológica al alcohólico y otros drogadictos. La Habana: UH, 2010: 91,92.
-

Recibido: 17 de diciembre de 2015

Aceptado: 21 de febrero de 2016

Ondina Copello Agüero. Centro de Diagnóstico Integral. Parroquia Norte. Municipio Carirubana. Punto Fijo, Estado Falcón. Venezuela. Correo electrónico: ondina45@yahoo.es