

## **Capítulo 5**

La familia como factores de riesgo,  
protección y resiliencia en la  
prevención del abuso de drogas  
en adolescentes

**Rosa María Ugarte Díaz**

## LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO, PROTECCION Y RESILIENCIA EN LA PREVENCION DEL ABUSO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

*Rosa María Ugarte Díaz*<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se establece la importancia de la familia en la prevención del abuso de drogas en la **adolescencia**, período de la vida signado por profundos cambios que se producen a nivel físico, psicológico y social, que colocan al adolescente en situaciones de riesgo, y cuya importancia radica en el logro de su identidad personal, su autonomía, el establecimiento de un proyecto de vida, y en la adquisición de competencias que le permitan insertarse en el mundo adulto adecuadamente.

Cómo se sitúa la **familia**, entendida ésta desde una perspectiva sistémica y relacional, ante estos cambios que la confrontan con el adolescente, y cómo cumple las tareas relacionadas con esta etapa del ciclo de la vida y de la familia, determinará que se susciten o superen conflictos o de lo contrario se presenten problemas en diversos ámbitos del adolescente.

En la adolescencia temprana e intermedia la prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales es relevante, dándole muchos autores un peso importante al papel de la familia, en el uso frecuente de drogas ilegales en los adolescentes, enfatizando en la calidad de las relaciones padres-adolescentes sobre otros factores.

Se revisan diversos estudios clínicos e investigaciones experimentales que han encontrado problemas de funcionalidad en las

---

<sup>1</sup> Área Comunidad Educativa, CEDRO

familias de fármaco dependientes y que apuntan hacia problemas en relación con la separación-individuación, subversión de jerarquías tradicionales, figura paterna ausente y emocionalmente distante del hijo, presencia de una madre indulgente y simbiótica, pseudo individualización, organización familiar rígida, calidad de la relación entre padres e hijos, entre otros aspectos.

Se establecen como importantes contribuciones en la prevención del abuso de drogas en adolescentes, los aportes dados desde las perspectivas de riesgo, protección y resiliencia, mostrándonos el curso de estas propuestas en la familia.

Finalmente se concluye que a pesar de que la familia es el primer elemento sociabilizador, en cuyo interior se educa y forma al individuo, cuya funcionalidad va a permitir que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida, y que tiene una influencia gravitante en la aparición y mantenimiento de problemas de consumo en los adolescentes, se ha intervenido escasamente en ella y no se la ha tomado en cuenta, en la medida de su importancia, en los diseños de programas de prevención y atención.

**Palabras claves:** Familia, adolescencia, factor de riesgo, factor de protección y resiliencia familiar.

## INTRODUCCION

Actualmente nadie duda de la complejidad de la problemática de las drogas y de la necesidad de abordar sus componentes preventivos y terapéuticos de una manera integral y sistémica.

El desarrollo de la prevención en este campo ha ido determinando la necesidad de precisar mejor los elementos de intervención en las diversas poblaciones, especialmente la de niños y adolescentes, que son los grupos etáreos más vulnerables.

Así mismo, es necesario centrarse en su contexto más próximo de

sociabilización y desarrollo, que influirá a lo largo de su existencia: su familia

Determinar en qué aspectos, cómo y en qué medida se da la interrelación entre adolescencia y familia, nos mostrará la importancia de su abordaje.

## Adolescencia y drogas

Los adolescentes atraviesan por un período crítico, de cambios físicos y psicosociales, que los condicionan a diversos riesgos, hasta que logran adquirir y desarrollar competencias cognitivas, afectivas y sociales que les permiten llegar exitosamente a la adultez.

En esta etapa se tiene que lidiar con características de rebeldía, egocentrismo, cuestionamientos, inestabilidades, inseguridades, necesidad de autonomía de los adolescentes, a quienes también se les exigirá, no muy pocas decisiones para su vida futura, como es su proyecto personal.

En busca de su identidad se irán separando de sus padres, cobrando el grupo de pares significación gravitante. En este aspecto Coleman coincide con Hendrys, en mencionar que la aceptación o rechazo de los pares es un aspecto crucial en esta etapa, cobrando la presión de grupo suma relevancia.

Sus mismas características adolescentes, los llevan a adoptar diferentes conductas de riesgo, como el uso del alcohol, el tabaco u otras drogas, el inicio de relaciones sexuales precoces, el uso de la violencia o la asociación con grupos violentos, etc., que los pueden llevar a poner en peligro su salud y en ocasiones hasta su vida. Su sensación de invulnerabilidad, entre otras cosas, los llevan a sentirse especiales, mejores y diferentes, escuchando muy a menudo los padres la frase “a mi no me va a pasar nada”, aplicado sobretodo en defensa del consumo de drogas.

Según Coleman y Hendrys (1990), la transición de la adolescencia

a la adultez no puede ser exitosa sin un número sustancial de ajustes en lo psicológico como en lo social.

Coleman (1974), en su Teoría Focal de la Adolescencia, sugiere que la mayoría de adolescentes negocia este período de sus vidas, sin evidenciar estrés mayor porque los adolescentes enfocan, un sólo aspecto del desarrollo a la vez, para luego enfocar otro, pero necesitan un soporte para regular y controlar las tensiones que experimentan.

Mientras sucede todo esto en el adolescente, y como producto de todo ello, se suscitan una serie de situaciones conflictivas en la familia, que dependiendo de las condiciones positivas o negativas que encuentren los adolescentes en ella, les facilitará superar esta etapa de una manera más o menos adecuada, y los ayudará a consolidar sus recursos y habilidades psicosociales. En otros casos, la familia tendrá papel gravitante en la aparición de problemas en las distintas esferas del desarrollo del adolescente y ámbitos de actuación del mismo.

Hirschi (1969), plantea en su Teoría del Control Social, que la falta de lazos familiares adecuados, propicia un perfil de adolescente incapaz de establecer relaciones saludables.

Según Kandel, Treiman, Faust y Single (1976), el consumo de drogas suele originarse en la adolescencia y está vinculado con el proceso normal, aunque problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas, generalmente heterosexuales y el abandono familiar.

Por otro lado encontramos, de acuerdo a los datos de prevalencia del consumo de drogas, que la edad de inicio del consumo de las mismas se encuentra entre los 9 y 10 años de edad y de las drogas ilegales de 2 a 3 años después. Es decir entre la adolescencia temprana y la intermedia. Más aún, la oferta de las drogas las pone al alcance de niños y adolescentes, por su accesibilidad en el mercado y su bajo costo.

TABLA 1: Prevalencia de vida (uso alguna vez en la vida) Población peruana de 12 a 18 años de edad

Droga	Prevalencia de Vida
Alcohol	164.8
Tabaco	30.3
Marihuana	1.8
PBC	0.4
Cocaina	0.1
Inhalantes	2.1

Fuente: CEDRO - Rojas, A Castro R. - Monografía 17 «Epidemiología de las Drogas en la Población Urbana Peruana - 1997»

TABLA 2: Prevalencia de último año (uso en el último año) Población peruana de 12 a 19 años de edad.

Droga	Prevalencia Último Año		
	12 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años
Alcohol	47.9	59.7	77.3
Tabaco	10.7	31.4	47.4
Marihuana	0.1	0.6	1.8
PBC	0.0	1.0	1.2
Cocaina	0.0	0.1	1.1
Inhalantes	1.0	1.3	0.9

Fuente: CONTRADROGAS, «Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas» 1999

TABLA 3: Prevalencia de vida (uso alguna vez en la vida) Población escolar de 2° A 4° de Secundaria

Droga	Lima	Trujillo	Tarapoto	Huancayo
Marihuana	11.0	9.6	6.1	9.8
PBC	8.0	7.3	6.3	7.4
Cocaina	6.8	5.1	6.4	5.8

Fuente: CEDRO - Zavaleta A.; Castro R. - «Global Youth Tobacco Survey en Huancayo, Lima, Trujillo, y Tarapoto, Perú» - 2001

Otros profesionales dedicados al tema, consideran que hay tres etapas en el uso adolescente de drogas:

- El uso de drogas legales como alcohol, que sigue siendo un fenómeno social.
- El uso de marihuana, que esta influido por los pares.
- El uso frecuente de otras drogas ilegales, que parece depende más de la calidad de las relaciones padres-adolescentes que de otros factores.

Es así, que empezamos a encontrar que la familia se va constituyendo en un elemento de peso en la aparición de problemas relacionadas con el consumo de drogas, al no ser un soporte adecuado para el adolescente.

## FAMILIA Y DROGAS

Si hablamos que la familia es el primer elemento socializador, en cuyo seno se educa y forma al individuo, para que sus miembros sean capaces de desarrollarse y ser personas autónomas, que puedan enfrentarse e integrarse a la vida, entonces debemos enfocar nuestra atención en ella como primer ámbito de prevención e intervención.

La familia es un sistema complejo, a la vez viviente y humano, en interacción permanente con su medio ambiente (escuela, iglesia, familia extendida). Posee una estructura organizada y jerarquizada, y presenta una organización tridimensional: biológica, social y psicológica, así mismo tiene que hacer frente a las diferentes etapas del ciclo vital.

Minuchin (1979), señala que sus miembros a través de interacciones redundantes se agrupan en subsistemas: parental, conyugal, fraternal, etc. Estos sistemas están separados por fronteras simbólicas y cada uno de ellos contribuye al funcionamiento de la familia manteniendo su identidad, a través del ejercicio de roles, funciones y de las tareas necesarias del conjunto.

Según el modelo Mac Master (Epstein, Bishop, 1973), establece como base del funcionamiento familiar que las partes de la familia están interrelacionadas, por lo que una parte de la misma no puede ser entendida de manera aislada del resto del sistema, ni el funcionamiento de la familia puede ser entendido totalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de las partes.

También establece que la estructura, organización de la familia y los patrones de transacción del sistema familiar condicionan el comportamiento de sus miembros.

Así el individuo que presenta síntomas específicos en la familia, está cumpliendo una función dentro de ella, como eje para mantener las relaciones prescritas por la dinámica estructural de la misma, o como escape a la tensión que ésta experimenta. Estos síntomas sirven para perpetuar un patrón sistémico específico de transacciones en la familia.

Asimismo plantea que las familias tienen que hacer frente a tareas que se agrupan en:

- Tareas básicas, que involucra problemas instrumentales como los de proveer alimentos, vestido, dinero, etc.
- Tareas del desarrollo, que incluye las tareas que se van logrando con el tiempo, éste desarrollo se conceptualiza como una secuencia de estadios y tiene que ver con las crisis tanto a nivel individual como familiar.
- Tareas riesgosas, que se refiere al manejo de la crisis que se dan como consecuencia de enfermedades, pérdida de trabajo, accidentes, etc.

Las familias que no tienen habilidades para enfrentar efectivamente estas tareas, tienen probabilidades de desarrollar clínicamente problemas significativos o de mala adaptación crónica en sus miembros.

Las familias con hijos adolescentes empiezan a sentir un desequilibrio en la organización de las pautas establecidas en la familia, ya que la adolescencia trae temas que los confrontan y demanda reacomodos y adaptaciones de ella, es decir una reestructuración en las relaciones.

Para el adolescente el grupo de pares adquiere mucho poder, lo aleja de la familia; la autonomía que ostenta y su control necesita ser renegociados; las nuevas ideas y valores que sustentan acerca del sexo, política, vestimenta, estilos de vida, perspectivas del futuro y drogas requieren de un diferente interlocutor.

Si los cambios no se suceden puede aparecer en el adolescente el síntoma droga, como una solución inadaptativa de la familia.

Cuando hay problemas en la familia, éstas generalmente identifican al adolescente, por la naturaleza crítica y transicional de su etapa, como el paciente enfermo de la familia.

En el caso de familias con integrantes de tendencia drogadicta, las relaciones familiares cumplen un importante papel. Las perturbaciones de la individuación relacional se manifiestan en los drogadictos sobre todo en dos ámbitos:

- En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos, sobre todo con enojos, soledad y aburrimiento prolongados.
- Guiarse a sí mismos con responsabilidad propia y orientados hacia el futuro.

Esta perturbación de la individuación, casi siempre se ve acompañada de una correspondiente perturbación del sistema familiar. Los modos de interacción que se encuentran pueden estar caracterizados tanto por una ligazón extrema cuanto por una expulsión.

Stierlin informó acerca de familias de ghettos americanos, en la que las madres ligaban a sus hijos adolescentes a ellas mediante un mimo regresivo, que de vez en cuando llegaba a incluir la provisión de heroína.

Otros jóvenes drogadictos, en cambio, son expulsados temprana y duramente, les falta la experiencia de ser necesitados por los demás y de ser importantes para ellos. Tales jóvenes buscan en las drogas un poco de ese calor y esa seguridad que no se les brindó en sus familias.

En ciertas circunstancias tienden a “parentificar” a jóvenes de su misma edad, lo cual representa una exigencia adicional para éstos y los expone a ellos mismos a conflictos graves.

Weidman (1983), va en ese sentido, cuando indica que el uso compulsivo de drogas es la manifestación de una dinámica de la constelación familiar muy particular. Señala que la farmacodependencia sucede cuando los conflictos que rodean la subfase del proceso de separación-individuación no son adecuadamente superados. Este proceso implica la diferenciación y separación sin sacrificar la intimidad familiar.

Neuburger (1983), a su vez señala, que la farmacodependencia implicaría que los adictos se separan sólo en apariencia de sus familias de origen. Estas familias no permiten la movilización en varios niveles lógicos y la creatividad es paradójica y suele convertirse en doble vínculo.

Si analizamos desde la perspectiva de la delegación familiar, muchos jóvenes que abusan de las drogas son víctimas y ejecutores de encargos y conflictos familiares, que los sobreexigen de manera grave, y a lo que tratan de corresponder de manera heroica.

Y finalmente, desde el punto de vista de legado y mérito plurigeneracional, ésta está determinada en muchos drogadictos por el legado de una autodestructividad crónica, la cual se ha ido formando a lo largo de varias generaciones y que ahora aparece de manera radical.

En 1972, Seldin, llevó a cabo una revisión de trabajos relacionados con la familia del adicto. Encontró una alta incidencia de familias de origen quebrantadas, bien fuese por divorcio, separación o una patente hostilidad entre los padres. Los matrimonios de adictos repetían la dinámica de sus familias de origen.

En el periodo 1975-1980 aparecieron muchos trabajos de terapeutas familiares con hipótesis acerca del rol que puede tener la familia en la génesis y el mantenimiento de la tóxica dependencia en un hijo, donde prevalece la concepción del síntoma como funcional a la estabilidad de la pareja conyugal.

Madanes, Dukes y Harbin, 1980, hablan de una subversión de las jerarquías tradicionales, debilitadas por coaliciones entre miembros de diversas generaciones, como hijo-madre-abuela, que obstaculizan la alianza conyugal (Haley, 1980).

Harbin y Maziar, 1975, describe al padre del toxicómano como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo, frente, según Kaufman y Kaufman, 1979, a una madre hiperinvolucrada e indulgente, por momentos simbiótica.

Stanton, 1979, escribe: “El hijo adolescente puede asumir para los padres la función tanto de canal de comunicación, como de factor desorientador, de trastorno, que con su comportamiento previene la cristalización de sus conflictos. Por su parte, el toxicómano puede buscar un estado de “enfermedad”, para situarse, de manera infantil, “en el centro de atención de los padres”.

Pseudo individualización, es un concepto utilizado por Stanton (1979), para describir a través del uso de las drogas, el distanciamiento de los padres y por lo tanto los puentes con su infancia. Lo cual no es así, ya que esto los vincula mucho más con la familia.

Entre las investigaciones experimentales tenemos la de Babst y colaboradores (1978), que examinó el grado de cercanía emocional y de confianza entre padres e hijos (afinidad familiar) en relación a numerosas variables, entre otras, el éxito escolar, la presencia de amistades con tóxico dependientes, los comportamientos de riesgo y el uso de drogas. Un alto grado de afinidad familiar correlaciona positivamente con éxito escolar y una oportuna adquisición de autonomía; más bien un clima familiar caracterizado por la distancia y el recelo entre los distintos miembros, comporta una mayor frecuencia de comportamientos de riesgo y de tóxicodependencia.

Friedman y colaboradores (1980), señalan la existencia de una correlación positiva entre problemática en los miembros de la familia y desarrollo de las tóxicodependencias en los hijos. También encuentra una importancia central en la elección toxicómana a la experiencia de la fuga de la figura materna.

A su vez, ya en 1974, Friedman señala que, la farmacodependencia es uno de los síntomas de disfuncionalidad en las relaciones entre los miembros de la familia. Sirve de muchas maneras y puede ser un síntoma transitorio o bien una perturbación. Observaciones realizadas mostraron que el abuso de drogas tiene ventajas y desventajas, efectos positivos y negativos. Puede servir como un recurso temporal o como alivio o descarga de responsabilidad para otros miembros de aquella familia.

Coleman y colaboradores, 1986, valoraron la incidencia de las experiencias de pérdidas (muerte o separación) en el ciclo vital del joven farmacodependiente. Encontró que el grupo de estos jóvenes había tenido una más frecuente experiencia de muerte de figuras significativas respecto a sus coetáneos, como también de experiencias de separación de la familia durante la fase infantil y adolescente, y de huida/regreso a casa como prueba de una relación conflictiva con el ambiente de pertenencia.

En los trabajos de investigación en los que se abordaron la calidad de la relación entre padres e hijos y la elección toxicómana se encontró que en las familias en la que la relación con los padres es vivida como intensa y gratificante es menos probable la aparición de las drogodependencias: Selnow, 1987. Coombs y Ladsverk, 1988, encuentran que el rol paterno, en cuanto a la delegación del poder de decisión en la familia es determinante para impedir la implicancia de los hijos en las drogas, mientras que las madres más idóneas para proteger a sus hijos del riesgo de las drogas parecen ser las más cercanas y proclives a ofrecer confianza.

Simons y Robertson, 1989, encontraron que la variable de rechazo por parte de los padres correlaciona con la implicancia de los hijos adolescentes en grupos de iguales inadaptados y, por tanto, en el uso de drogas.

Shedler y Block, 1990, hicieron una investigación, en la cual siguieron en su desarrollo a 100 niños, desde los tres hasta los 18 años, edad en la que indagaron su relación con la droga, encontrando que el 24% estaba representado por consumidores habituales de alguna sustancia, con evidencia más o menos marcada de dependencia. La

indagación pone de relieve la posibilidad de prever el resultado del encuentro de un joven con la droga, pues los consumidores habituales habían manifestado problemáticas importantes a lo largo de la evolución de su desarrollo emocional, con dificultades de relación y control del comportamiento impulsivo, desde los 6-7 años. Las razones de este proceso de crecimiento alterado son individualizadas en el planteamiento psicopedagógico del ámbito familiar, basado en la incapacidad de los padres de manifestar correctamente las propias emociones, con un predominio de las expresiones de crítica y de las demandas de prestaciones, dirigidas al hijo, unidas de manera contradictoria, con medidas de tipo hiperprotector.

Entre 1976 y 1983 varios autores concuerdan en señalar, que la comunicación dentro de la familia con un farmacodependiente es pobre; hay carencia de apertura y de comunicación relevante. Lo primero que se comunican son los mensajes negativos. (Reilly, 1976; Rees y col., 1983; Wermuth y col., 1986).

Steir y col, 1982, compararon las interacciones de las familias normales y las familias con un miembro adicto. Vieron que la familia con un miembro farmacodependiente manifestó una gran rigidez en la toma de decisiones. Se mostró que la aparición de disfunción en uno de los miembros podría ser mejor vista como una propiedad del sistema familiar como un todo, específicamente, una propiedad de las reglas de comunicación familiar, que guían las decisiones a la formación de alianzas.

En observaciones clínicas de familias con un adicto realizadas por Kirschenbawn y col (1974) se vio que las comunicaciones dentro de la familia, entre sus miembros, eran extremadamente intelectuales y racionales, había poca expresión de sentimientos y las interacciones digitales eran juicios de naturaleza defensiva.

Había una total ausencia de cuidado y validación de los hijos. Los miembros se encontraban emocionalmente distantes unos de otros. El proceso de interacción se caracterizaba por ausencia de alegría y humor y los tonos dominantes eran la desesperanza, el desgano, la depresión y la tensión.

La investigación realizada por Reilly (1976) arrojó lo siguiente: la vida es carente de afecto, frívola; existen hábitos negativos tales como críticas, demandas y búsquedas por conseguir atención. Estas familias sufren de un bloqueo en el afecto relacionado con la intensa ambivalencia que concierne a la intimidad. Los miembros de la familia frecuentemente se defienden de sentimientos desagradables tales como culpa, alienación, depresión a través de la auto-medicación.

Levine, 1985, y Cleveland, 1981 hablan de estructuras familiares disfuncionales rígidas, siendo la farmacodependencia un comportamiento adaptativo del individuo, incapaz de resolver conflictos.

Cancrini y La Rosa, 1991, establecieron una clasificación detallada y sistemática de la adicción a la heroína, describiendo cuatro categorías en las que se puede inscribir el síntoma de drogodependencia:

- Tipo A.** Toxicomanías traumáticas, en las que prevalecen las problemáticas subjetivas, ligadas al sufrimiento personal derivado de un trauma psíquico de elevada entidad: duelo, enfermedad, separación en la familia, decepción sentimental, política, laboral, etc.
- Tipo B.** Toxicomanías del área neurótica, en las que el síntoma sirve para evitar la manifestación de un conflicto doloroso y peligroso para todos los miembros de la familia. Se trata, en particular, de aquellas situaciones en que el hijo es triangulado en una coalición transgeneracional negada, con debilidad de los confines entre los subsistemas familiares.
- Tipo C.** Toxicomanías de transición, en las que la droga representa un caso de cobertura de estados neuróticos propiamente dichos o psicóticos (estado del espejo roto), con la presencia de antiguos y continuos pequeños traumas verificables ya en los primeros años de vida y una implicación de ambos padres en la vida y en el sistema del hijo.

**Tipo D.** Toxicomanías sociopáticas, caracterizada por una historia de abandonos prematuros, institucionalizados, comportamientos antisociales y dificultades escolares en sujetos pertenecientes a familias inadecuadas e inconsistentes, en la que los padres pueden presentar síntomas psiquiátricos y alcoholismo.

### **Factor de Riesgo, Factor de Protección y Resiliencia**

#### Factor de riesgo

En principio las aproximaciones preventivas tomaron en cuenta la multicausalidad del fenómeno de las drogas, desde una perspectiva de riesgo, determinando de esta manera la actuación sobre estos factores para reducir la posibilidad de aparición del problema.

Este aporte biomédico, relacionado tradicionalmente con resultados adversos, mensurables y en términos de mortalidad, amplió su conceptualización con la epidemiología social, que permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psico-sociales, alguno de los cuales se asocian con daño social.

Se entiende entonces por **Factor de Riesgo**, a cualquier circunstancia o evento de naturaleza biológica, psicológica o social, cuya presencia o ausencia modifica la probabilidad de que se presente un problema determinado en una persona o comunidad.

Los factores de riesgo se entremezclan y organizan de modo muy dinámico, su importancia dentro del sistema de causas también es variable: la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro.

Este enfoque de riesgo trae dos conceptos: el de vulnerabilidad, que es el potencial de que se produzca un riesgo o daño, ya que se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo y el de conducta o comportamiento de riesgo, aspecto que

reside en las personas generadoras de riesgo, como la de adolescentes que buscan o generan situaciones de riesgo, a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Se dice que un evento es **Factor de Riesgo** para determinado problema cuando se ha logrado demostrar asociación estadística y relación de antecedencia entre ambos, sin embargo, no siempre tenemos estudios epidemiológicos adecuados para identificar los factores de riesgo de un problema concreto ante el cual deseamos intervenir.

Estos factores no pueden ser considerados factores causales, en un sentido determinista, del consumo nocivo de drogas, sino como factores potencialmente influyentes, que pueden favorecer dicho consumo.

Los modelos explicativos de los factores de riesgo para el consumo de drogas, tales como el de Salud Pública, de Pandina y col., el de Foster, y el de Edwards, han determinado factores de riesgo a nivel individual, familiar, grupo de pares, social, educativo. Todos los autores mencionados coinciden en señalar que los factores de riesgo a nivel familiar están relacionados con la desorganización familiar, poca relación con la familia, presencia de problemas afectivos en el hogar, ausencia de los padres, etc.

**Hawkins**, señala como factores de riesgo en la familia cuando hay presencia de:

- Problemas en el manejo de la familia
  - Expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas.
  - Falta de control
  - Disciplina inconsistente o dura
  - Falta de relaciones fuertes y de cariño
  - Conflictos matrimoniales
- Aprobación del uso del alcohol o de la droga
- Abuso del tabaco, el alcohol o de otras drogas por parte de los padres

- Expectativas bajas en relación al éxito esperado del niño(a)
- Historia de alcoholismo en la familia

Se han realizado estudios donde se han determinado diversos factores de riesgo en la familia:

- El estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a PBC, realizado por Martín Nizama en Lima en 1991, establece que:
  - El entorno familiar y social son percibidos por los usuarios como facilitadores de su conducta adictiva, por la alienación psicosocial, la decadencia de la escala de valores, la fácil disponibilidad de drogas o la presión amical entre otras.
  - En la etapa experimental, la familia presenta indicadores de alto riesgo: modelos educativos inadecuados, alienación sociocultural, trastornos de la comunicación, inmadurez de las figuras significativas, simbiosis, desafecto; así como fácil disponibilidad de dinero, liberalismo excesivo, ausencia de medidas de control social y de alerta contra el uso de drogas.
  - La habituación o dependencia de drogas lícitas y/o ilícitas, especialmente PBC, en el entorno familiar, se presentó en el 44.2 % de la población.
  - Es común, tanto en los usuarios como en su entorno familiar, la presencia de un amplio espectro de mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas que obstaculizan la comprensión cabal y el enfoque correcto del fenómeno que los afecta.
- En la Encuesta Nacional realizada por Delicia Ferrando (Lima, 1992) sobre «Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria», encontramos lo siguiente:
  - Un patrón importante de riesgo es el entorno familiar poco gratificante que no proviene necesariamente de una familia disfuncional.
  - En general, la ausencia física de los padres aumenta el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas.

- Los huérfanos de uno de los padres tienen un 60% mayor de riesgo de consumirlas que sus homólogos que tienen a sus padres vivos y que viven con ellos, pero es curioso que en los huérfanos de ambos padres la probabilidad es la misma que en éstos últimos.
- La separación o el divorcio es un factor que aumenta el riesgo en un 36%.
- Asociado con la ausencia de los padres se advierte que cuando el estudiante fue criado en la niñez por otros parientes, el riesgo relativo de consumo es 69% más alto que cuando lo fue por ambos padres. La probabilidad es elevada sobre todo en la prevalencia de cocaína e inhalantes.

En esta misma investigación encontramos también algunas razones que dan los alumnos, para el consumo y no consumo de drogas ilegales, donde podemos notar la gran importancia que le dan al afecto y a la presencia de la familia.

#### **Razones para el consumo de drogas**

Abandono de los padres/falta de cariño	21.4%
Problemas personales/íntimos	18.9%
Evadir la realidad	16.4%
Problemas familiares	12.4%

#### **Razones para el no consumo**

Protección de los padres	25.8%
Conocen las consecuencias	17.2%
Dañino para la salud	16.0%

- En la Comunidad de San Gregorio-Colombia se realizó el estudio «Adolescencia y Toxicomanía» (Colombia 1997), donde se encontraron las siguientes características en las familias de los adictos:
  - Sociedad marital ausente en un número muy alto de casos.
  - Carencia de modelos adultos adecuados de identificación.

- Prevalece la violencia intrafamiliar como forma cotidiana para resolver los conflictos.
  - Incomunicación afectiva entre padres e hijos y no asunción de responsabilidades en forma equitativa y equilibrada entre hermanos.
- En el «Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas», realizada por Posada et al. en Colombia 1994 se concluyó:
    - Se comprobó la asociación entre alcoholismo y consumo de SPA y malas o deficientes relaciones familiares.
    - La desintegración de la familia y la mala comunicación entre sus miembros, coexisten y a la vez se potencializan.
    - La figura materna tiene gran relevancia en la familia, dado que por un lado, su ausencia es significativamente menor que la paterna y, además, sus relaciones de apoyo y comunicación para con los hijos es alta, lo que la convierte en un factor de protección para la salud mental.
    - Existe un apoyo débil en la red de apoyo social, iniciándose la presencia de las disfunciones por la célula más importante de la sociedad, la familia, y en donde la ausencia de la figura paterna es muy alta y en donde ocurren dificultades en la comunicación entre sus miembros y deficiencia en el apoyo mutuo.
  - La Organización Mundial de la Salud en su reporte No 731, 1986, señala como factores de riesgo para el consumo de drogas: vivir fuera del hogar, alienación de la familia, hogares rotos, control parental relajado, entre otras.
  - Hay investigaciones que enfatizan que el uso de drogas por parte de los padres es uno de los factores condicionantes al uso de drogas por los hijos: Handlardz, 1976; Baither, 1978; Stanton, 1980; Johnson y col, 1984; Dawkins, 1986.
  - Asimismo, Napier y colaboradores, 1983, a través de un estudio basado en un cuestionario aplicado a 2,060 jóvenes, encontraron

que existía una tendencia a la farmacodependencia cuando había abuso de drogas por parte de los padres.

- Galindo<sup>1</sup>, J., Alfaro, I., Osso, L., Mormontoy, W., Rodríguez, L., 2000, encontraron que existe un perfil de vulnerabilidad predictivo del consumo de drogas en hijos adolescentes, cuyos factores más importantes son:
  - 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 hijo(a) adolescente.
  - Escasas rutinas familiares que contribuyan a un buen nivel de organización familiar.
  - Mínimas fuentes de apoyo en la familia y en el entorno para el adolescente en problemas.
  - Escasa atención al rendimiento académico de los hijos.
  - Bajo nivel ocupacional de los padres y poca importancia al rendimiento laboral por parte de ellos.
  - Bajo nivel de instrucción de los padres.
  - Relaciones percibidas por la familia como inadecuadas a la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

### Factor de protección

Siguiendo con los aportes de la epidemiología social, se descubrieron también la existencia de factores, que sirven como escudos para favorecer el desarrollo de los seres humanos, los **factores protectores**. Es decir que las actuales tendencias en prevención, van orientadas hacia la promoción de factores de protección, no quedándose en sólo la identificación de los factores de riesgo, sino que se actúa en la

<sup>1</sup> Galindo J, Alfaro I, Osso L et al. Factores de vulnerabilidad en familias de Lima Metropolitana relacionados a problemas del adolescente con énfasis en el consumo de drogas. Trabajo de investigación realizado por encargo de Coonradrogas Lima, 2000. (Comunicación Personal).

«construcción de resistencias», hacia procesos protectores que incidan en la reducción de conflictos de comportamiento.

Así tenemos que los **Factores de Protección**, son aquellos factores psicológicos o sociales que modifican la acción de un factor de riesgo para desestimular o evitar la aparición de la problemática. O son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo (David Hawkins, 1985).

Este enfoque propone la existencia de unidades de sociabilización, en la infancia temprana, la familia y la escuela, y posteriormente el grupo de pares, desde las que es posible aprender patrones de comportamiento prosocial o antisocial.

Para el **Area de Prevención** conocer los **Factores de Riesgo** es fundamental, ya que permite el establecimiento de prioridades para la atención del problema de acuerdo a cómo se relacionan, creando los **Factores Protectores** correspondientes.

Cuando los factores de protección consiguen equilibrar o amortiguar los factores de riesgo es más improbable que se dé una situación crítica; por el contrario, cuando son los factores de riesgo los que predominan y los factores de protección no los compensan, es más probable que surjan las conductas problemáticas.

Las diversas estrategias de prevención desde los servicios sociales estarán dirigidos a **reducir los factores de riesgo** y estrés a nivel personal y ambiental y **promocionar los factores de protección**, y las potencialidades del individuo y de la comunidad, reforzando las estrategias y habilidades para afrontar los problemas, incrementar soportes, ayudas y apoyos personales y sociales o mejorar las habilidades y capacidades interpersonales, desde los ámbitos de mayor influencia, cercanía y accesibilidad al individuo: personal, familiar, escolar, grupos de amigos, comunidad, etc.

Tanto en lo personal como en los demás ámbitos, hay una serie de factores o elementos que, en sí mismos, son neutros, pero que pueden

convertirse en factores de protección o factores de riesgo, dependiendo de que se desarrollen de manera equilibrada o desequilibrada o que contribuyan positiva o negativamente a incrementar o evitar el riesgo de un abuso en el consumo de drogas.

Los factores protectores, aplicados en programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables (Promoción de la Salud), que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas, y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Esto le da al abordaje de la problemática del consumo de drogas, una dimensión realmente preventiva y de promoción.

**Vanistendael et. al., 1991**, establecen los siguientes factores de protección personales y sociales:

#### **Factores personales**

##### **Características temperamentales:**

- Mayor C.I. verbal y matemático.
- Mayor tendencia al acercamiento.
- Humor más positivo.
- Ritmicidad biológica estable (control de esfínteres, patrones de sueño y alimentación).

##### **Características cognitivas y afectivas:**

- Mayor empatía.
- Mayor autoestima.
- Mayor incentivación al logro.
- Mayor sentimiento de autosuficiencia.
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza.

- Mayor autonomía e independencia.
- Habilidades de enfrentamiento caracterizadas por orientación hacia la tareas, mayor actividad dirigida a la resolución de problemas, mejor manejo económico, menor tendencia a la evitación de los problemas y menor tendencia al fatalismo en situaciones difíciles.

#### **Factores sociales:**

- Ambiente cálido.
- Existencia de madres o sustitutas apoyadoras.
- Comunicación abierta al interior de la familia.
- Estructura familiar sin disfunciones importantes.
- Padres estimuladores.
- Buenas relaciones con los pares.
- Mayor apoyo social (emocional, material, informativo, entrega de valores).

**Hawkins** establece que la familia protectora es aquella que:

- Desarrolla una relación muy fuerte con el niño(a).
- Valora y alienta la educación.
- Maneja el estrés eficazmente.
- Pasa el tiempo positivamente con los hijos.
- Usa un estilo de tratar a los hijos de una forma cálida y baja en la crítica (en lugar de ser autoritario o permisivo).
- Es protectora y cariñosa.
- Tiene expectativas claras.
- Fomenta las relaciones de apoyo con los adultos afectivos.
- Comparten las responsabilidades de la familia.

La investigación Factores de Riesgo y Protección en el Abuso de Drogas Ilegales en Adolescentes Jóvenes de Lima Metropolitana, realizada por Maritza Rojas en 1999, concluye lo siguiente en relación a la familia:

- Coincidentemente con otros estudios, se ha encontrado que los factores vinculados a la relación familiar juegan un rol decisivo en el comportamiento adictivo. La falta de comprensión y comunicación es un factor de riesgo para el uso de drogas ilegales. En sentido opuesto, el encontrar un medio familiar en el que es dable la comunicación y el intercambio de opiniones aparece como factor de protección al uso de drogas. La muy significativa ausencia de comunicación y comprensión entre aquellos que progresan hacia la adicción, convierte a este componente en elemento esencial a ser trabajado en los programas de prevención.
- Llama la atención el hecho de que, una relación familiar muy deteriorada no parecería ser tan determinante para un futuro involucramiento en el uso de drogas, como lo sería una interacción en la que aún quedan algunos nexos afectivos, pero dentro de un contexto de incompreensión y conflicto.
- Se evidencia que una confianza desarrollada en relación con la madre constituye un factor de protección al uso de drogas ilegales. Se encontró que, sólo entre los adictos, la madre es la persona con la que se ha logrado establecer un mayor lazo de confianza (por tanto comunicación) el mismo que estuvo ausente en todos los adictos, revelándose de esta forma la decisiva importancia que juega una adecuada interacción madre-hijo para la prevención de drogas ilegales.

**Perotto y Valdivieso** (1994), en su investigación sobre factores de protectores y de riesgo en el consumo de drogas en el componente **Actitud hacia la familia** establece como **factores protectores**:

- La buena relación con los hermanos
- El llevarse bien en casa
- El hecho que los padres vivan juntos y cuiden de los hijos

- La comunicación fácil
- La buena percepción del padre
- Buena integración en el hogar

Estableciendo como **factores de riesgo**:

- El deseo de salir de la casa
- El reconocimiento del fracaso familiar
- El aislamiento y la marginalidad en la casa
- Relaciones tensas en el hogar
- Mala relación con la padre
- Relaciones muy estrechas con la madre tradicional
- Frustración familiar, ambivalencia hacia la familia; No-adquisición de la independencia

Refiriéndose a la cohesión familiar, establecen que cuando la cohesión es buena, se constituye en un buen factor de protección.

Ahora, cada uno de los diferentes factores de riesgo y protección (personal, social, familiar) han sido incluidos, con pesos y maneras diferentes, en los diversos programas preventivos. Habiéndose desarrollado más los factores relacionados con el individuo, grupo de pares y habilidades sociales, sin darle a los factores relacionados con la familia un lugar importante, ámbito que emerge como elemento gravitacional en la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas.

## Resiliencia

Actualmente se está hablando con mucha fuerza de otro concepto importantísimo en los programas de prevención, el de Resiliencia. En la base de ella se encontrarían los factores de protección, pero no como variable sola, sino tomando en cuenta sus **mecanismos o procesos protectores**, Rutter 1987. Es decir, más importante que estén presentes en una persona estos factores, es poner atención a cómo operan en la

respuesta de las personas frente a una situación de riesgo, hacia una adaptación, haciendo que éstas incrementen sus **posibilidades** de éxito. Esta interacción puede ser clasificada como mecanismos de acuerdo a los efectos que éstos tienen tanto sobre el individuo como sobre la situación, y pueden ser:

- Los que reducen el impacto del riesgo a través de alterar el significado que éste tiene para el niño o de modificar su participación en la situación de riesgo.
- Los que reducen la probabilidad de reacciones negativas en cadena resultantes de la exposición al riesgo y que sirven para perpetuar los efectos del mismo.
- Los que promueven la autoestima y la eficiencia. De éstos los más significativos parecen ser la presencia de relaciones personales armónicas, seguras y el éxito en la realización de tareas relevantes para el individuo.
- Los que promueven oportunidades.

Por lo que Rutter concluye que la protección no radica en los fenómenos psicológicos del momento, sino en la manera cómo las personas enfrentan los cambios de la vida y lo que hacen respecto a esas circunstancias estresantes o desventajosas. Por lo que es fundamental prestar atención a los mecanismos de los procesos de desarrollo que incrementan la capacidad de las personas para enfrentar eficazmente el estrés y adversidades futuras, y lo que les permite superar las secuelas de riesgos psicosociales pasados.

Según **Gazmery, Masten y Tellegen, 1984**, los factores protectores operan a través de tres mecanismos:

**El Modelo del Desafío:** el estrés es visualizado como un estímulo para actuar con mayor competencia.

**El Modelo Compensatorio:** los factores de estrés y los atributos individuales actúan combinadamente en la predicción de una consecuencia y el estrés potencial puede ser contrapesado por cualidades personales o por alguna fuente de apoyo.

**El Modelo de la Inmunidad:** existe una relación condicional entre los estresores y los factores protectores, en la que éstos últimos modulan el impacto del estresor aún cuando éste ya no esté presente.

Según **Vanistendael (1994)**, la resiliencia tiene dos componentes fundamentales: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

Así el individuo al estar expuesto a un conjunto de factores de riesgo, tiene la capacidad de utilizar sus factores protectores para remontar la adversidad, crecer y desarrollarse, sana, positiva y adecuadamente, pese a las probabilidades en su contra.

La resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan esto, enlazando los términos de vulnerabilidad, riesgo y protección.

El enfoque de riesgo y resiliencia son complementarios, ya que a la par de promover aspectos protectores y saludables en los niños y adolescentes, también es importante disminuir aspectos que interfieren en lograr un nivel óptimo de sus potencialidades.

Otro importante elemento a tomar en cuenta en la resiliencia, es que, ésta no es exclusivamente inherente sólo a la persona o al ambiente, sino más bien es el resultado de la **interacción** entre la persona y su ambiente, cómo entran en juego ambos dependiendo de factores diversos como la edad, el género, el contexto cultural, etc., (Rutter, 1993).

En ese sentido, **Groterg y colaboradores** opinan que existen características que favorecen el desarrollo de la resiliencia, tales como:

**Ambiente facilitador:** incluye acceso a la salud, educación, bienestar, apoyo emocional, reglas y límites familiares, estabilidad escolar y del hogar, entre otros.

**Fuerza intrapsíquica:** incluye la autonomía, el control de impulsos, el sentirse querido, la empatía.

**Habilidades interpersonales:** incluye el manejo de situaciones, la solución de problemas, la capacidad de planeamiento.

Esta interacción permanente entre el sujeto y su medio ambiente, determina que la resiliencia sea un proceso continuo, y no un estado estable ni absoluto. Nunca se es resiliente de una manera permanente, sino que varía a través del tiempo y las circunstancias por lo que uno está resiliente, por lo que se habla de “estar” resiliente más que “ser” resiliente.

Algunos conceptos de resiliencia nos dan cuenta de éstos diversos elementos considerados en su formación:

- **Groterg (1995):** Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas.
- **Vanistendael (1994):** La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles.
- **Rutter (1992):** La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo.
- **Osborn (1996):** Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aún cuando sean muy pequeños.

Con relación a los adolescentes con problemas de consumo de drogas, el Dr. Frederick Lösel ha propuesto un conjunto de factores de riesgo y protección en variables individuales, sociales y comunitarias, para tratar de entender el interjuego entre ellas y poder fomentar la resiliencia en los adolescentes.(Tabla 4).

**Tabla 4: Adolescentes y consumo de drogas.**

AMBITO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
CONDUCTA	Fuerte capacidad de decisión	Resistencia la autoridad
ESPIRITUALIDAD	Fe creciente	Involucrarse en sectas o cultos
FAMILIA	Lazos familiares fuertes	Consumo de drogas en la familia
ESCOLARIDAD	Exito escolar	Fracaso escolar
PARES	Rechazo del uso de drogas	Amigos que usan drogas
CULTURA	Normas grupales positivas	Normas antisociales
ECONOMIA	Empleo estable de los padres	Pobreza crónica

*Fuente: Lösel, F., Bureau International Catholique de l'enfance, 1994.*

Los trabajos en torno a la resiliencia son recientes, por lo que nuestro saber con relación a ella, sus condiciones, procesos y resultados todavía son pocos, habiéndose enfatizado más en las fortalezas y características personales y en sus estrategias de afrontamiento, pensadas muchas veces en términos de innatas o adquiridas por la propia iniciativa y buena fortuna del sujeto.

La familia ha sido citada muchas veces como un importante factor protector para la resiliencia individual, por ejemplo Barnard (1994), cita varios factores familiares relacionados con ella: un buen ajuste entre los padres y el niño, mantenimiento de rituales familiares, confrontación proactiva de los problemas, mínimo conflicto en el hogar durante la infancia, la ausencia de divorcio durante la adolescencia y una relación productiva entre el niño(a) con su madre.

Un grupo de investigadores también encontró correlación entre niños resilientes y familias que poseían calidez, cohesión y estabilidad; al igual que otros encontraron esa correlación con familias que tenían fuertes relaciones entre padres e hijos, marcadas por interacciones positivas, y la presencia de formación, afecto y disciplina consistente.

Igualmente la familia ha sido citada como un importante factor de riesgo, focalizado en cómo los niños han superado circunstancias adversas encontradas en sus familias de origen, para convertirse en adultos productivos. Wolin, basado en su trabajo con niños alcohólicos, desarrolló su Modelo de Desafío. Este sugiere que los niños se protegen de una familia potencialmente dañina, desarrollando al menos una de las siete resiliencias: introspección, independencia, capacidad de interacción, capacidad de iniciativa, sentido del humor, ideología personal y creatividad (Wolin y Wolin, 1993). Este aspecto es tomado menos en cuenta en la resiliencia familiar.

**Werner (1982, 1989), y Garmezy (1993)**, han dado cuenta de ciertos factores que ayudan a promover la resiliencia:

- Características del temperamento, adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y de respuesta frente a otras personas.
- Capacidad intelectual y la forma cómo ésta es utilizada.
- Naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños.
- Disponibilidad de fuentes de apoyo externo, tales como la escuela, agencias sociales, la iglesia, etc.

En todas estas citaciones, encontramos que hay una influencia de la familia en la resiliencia individual: hay una interrelación entre ambas, que no es excluyente de otras influencias como lo son las relaciones con otras personas y el soporte social. Pero la noción de familia como **unidad** y por ende como fuente y recurso importante de resiliencia, todavía no está muy claro.

## Resiliencia familiar

**McGubbin y MacGubbin (1988)**, definieron la resiliencia familiar como “las características, dimensiones y propiedades de las familias que ayudan a las familias a ser resistentes frente a la desorganización, el cambio y la adaptación que plantean las situaciones de crisis”.

**Silliman (1994)**, la define la como “la capacidad familiar para cultivar fortalezas que posibilitan encarar positivamente los desafíos de la vida”.

Como vemos, el concepto de resiliencia familiar va, más allá del punto de vista contextual de la resiliencia individual, hacia una valoración e intervención del nivel de sistema familiar, focalizado en la resiliencia relacional en la familia como una unidad funcional. La perspectiva de los sistemas familiares nos habilita para entender la influencia mediatizada de los procesos familiares en remontar la crisis o la adversidad prolongada.

Cómo una familia enfrenta y maneja una experiencia disruptiva, cómo amortigua el estrés, se reorganiza efectivamente, y se mueve hacia adelante con la vida, influirá en la adaptación inmediata como a largo plazo, de todos los miembros de la familia y de la unidad familiar.

De esta manera la familia es vista como un desafío y afirma su potencial reparativo, de cara a la adversidad. En ese sentido **McCubbin y Patterson (1983)**, desarrollaron una estructura de crisis familiar donde se incluían los conceptos de vulnerabilidad y poder regenerativo, que involucraba la habilidad para minimizar el impacto disruptivo de una situación estresante, a través de los esfuerzos para influir en las demandas y también desarrollar recursos para enfrentarlos. Posteriormente a este modelo McGubbins y McGubbins (1988,1993) le agregaron dos factores preponderantes en la determinación del nivel de adaptación de la familia a los estresores, que son el sentido de coherencia de los sucesos familiares, y el plan familiar, que describe el compartir en la familia valores, metas, prioridades, expectativas y una visión del mundo.

La resiliencia familiar debe entenderse como un proceso de interacciones múltiples a través del tiempo, que fortalece el vigor o la energía, tanto individual como familiar, dentro de particulares contextos ecológicos y de desarrollo.

1. En el contexto social, valoriza el funcionamiento familiar con relación a las variadas demandas que éste exige, situando a la familia en relación con sus particulares desafíos, restricciones y recursos. Desafíos como la jubilación, el divorcio, segundas nupcias con la misma u otra pareja, pérdida súbita del trabajo, etc. McCubbin y Patterson (1983), también enfatizaron acerca de la importancia de encajar y balancear la adaptación, de la unidad familiar y de los miembros individuales, con el fin de lograr un nivel de funcionamiento que promueva el desarrollo de ambos.
2. En el punto de vista de desarrollo, considera cómo los procesos de resiliencia relacional varían con las diferentes fases de adaptación y el paso del ciclo de la vida. Este paso no es casi nunca una trayectoria tranquila, ya que en cada transición la familia debe calibrarse y reajustarse.

Por ejemplo, Walsh y McGoldrick (1991), al hablar sobre el duelo, cambiaron la atención de aquel, focalizado en el individuo, hacia los procesos de adaptación familiar para recuperarse y ser resiliente.

Al respecto Bowen (1978), manifiesta que, de todas las experiencias humanas, la muerte plantea los más profundos cambios para las familias. Aún aquellos que no son directamente tocados por la pérdida, son afectados por la respuesta familiar, con implicancias para cada miembro y todas las otras relaciones.

Algunos claves para la resiliencia familiar la dan:

**Walsh**, quien ha propuesto que hay que identificar elementos básicos de resiliencia, incluyendo procesos interaccionales tales como la cohesión, flexibilidad, comunicación abierta, habilidades para solucionar problemas, y sistemas de creencia afirmativos o de apoyo.

Otros autores como **Cowen y Hetherington (1991)**; **Falicov (1988)**; **Landau-Stanton (1985)**, enfatizan en prestar atención a los procesos interaccionales en cualquier situación de crisis.

El trabajo de **Reiss y Oliveri (1980)**, apunta hacia que las creencias compartidas, moldean y refuerzan los patrones interaccionales, estableciendo cómo una familia se aproxima y responde a una nueva situación, cobrando mucho significado en las situaciones de crisis, las creencias familiares de control y dominio. Por lo que debería estudiarse y reforzarse los sistemas de creencias en las familias.

Por otra parte **Carter y McGoldrick (1989)**, nos señalan que el cambio del significado de desafío y respuesta de las familias, tiene que ver con las percepciones familiares de situaciones de estrés o transición y el legado de experiencias previas en el sistema multigeneracional.

**Beavers y Hampson (1990)**, indican que la herencia cultural y los valores espirituales proveen significado y propósito, más allá de la unidad familiar.

También es importante para la resiliencia familiar la posibilidad de contar con **recursos comunitarios**, que puedan ser alcanzados y usados por las familias, que las dotaría de seguridad financiera, asistencia práctica, soporte social y un sentido básico de conexión a través de las redes de parientes y amistades, o de grupos religiosos o de otras filiaciones.

Vemos que la resiliencia familiar va más allá de la propuesta de resolución de problemas y reparación de las familias, planteando más bien la prevención de problemas y la preparación de las familias para enfrentarse a futuros desafíos. Por lo que se orienta hacia las familias que funcionan bien, identificando las características que contribuyen a su funcionamiento saludable y que las capacitan para el éxito: esto le da a la resiliencia familiar una orientación generadora de salud.

En el caso de la prevención del abuso de drogas, la resiliencia familiar sería una herramienta muy importante a utilizarse para fortalecer a las familias y a sus miembros para enfrentar la vida y sus desafíos. De

esta manera podrán mobilizarse recursos impensados en las familias, fortalecidas a través del mutuo soporte y colaboración de sus integrantes, en situaciones que los pueden llevar a experimentar conflictos intensos y así evitar el abuso de sustancias psicoactivas.

## CONCLUSIONES

1. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, en la cual el adolescente va a cumplir determinadas tareas importantes para su vida adulta. Para la realización exitosa de las mismas, necesita la ayuda de la familia, que a su vez también tiene tareas que cumplir en ese sentido. Estas tareas en los adolescentes van en relación al proceso de individuación y autonomía, al logro de su identidad, al desarrollo y asunción de valores, a la programación de su futuro; y en los padres a dar autonomía a sus hijos y permitirles cercanía con sus pares, a respetar su “yo” y hacerse respetar, a aceptar en algunos momentos comportamientos infantiles en sus hijos, a poner límites y al mismo tiempo a dar presencia y afecto.
2. La adolescencia convoca en la familia una serie de situaciones nuevas y conflictivas, exigiendo de ésta una reestructuración en sus relaciones, que proporcionen al adolescente un medio adecuado para su desarrollo. Esta reestructuración debe incluir un cambio en las reglas, límites y modelos de autoridad y disciplina; en los estilos de vida familiar; y en el tipo de comunicación.
3. A pesar de que los adolescentes señalan factores importantes en la familia que los protegen del consumo de drogas, y de haberse encontrado en la familia de drogodependientes elementos de disfuncionalidad en las mismas, los programas preventivos no han desarrollado mucho esta área de trabajo.
4. Los programas preventivos del consumo de drogas deben incluir a la familia como eje fundamental en la formación de personas saludables y equilibradas, considerando elementos tales como, el modelo de referencia que proporcionan los padres, es decir el

moldeamiento de los comportamientos de consumo; la práctica de estilos educativos que fomenten el apoyo y control, ya que la capacidad de la familia para establecer reglas, límites y jerarquías claras, dentro y fuera de su entorno, marcan sus niveles de adaptación y funcionalidad para encauzar adecuadamente al individuo; el tipo de relaciones familiares y comunicacionales que faciliten la autonomía e integración del individuo a la sociedad; así como el desarrollo de habilidades sociales dentro del contexto familiar.

5. Hay necesidad de un mayor estudio de la familia peruana, que nos de más elementos de intervención en los programas preventivos dirigidos a la misma, sobre todo en lo referente a su organización y funcionamiento.
6. Actuar sobre los factores de riesgo y protección en las familias es importante en los programas de prevención del consumo de drogas, ya que los factores de protección le dan al abordaje de esta problemática, una dimensión realmente preventiva y de promoción, ampliando su acción, al actuar no sólo desde los factores de riesgo, tratando de compensar y corregir éstos, sino también promoviendo y reforzando elementos, que promueven el desarrollo individual y social.
7. La resiliencia familiar es un constructo relativamente nuevo, por lo que todavía se necesita definir más cómo operacionalizarla, pero el estudio de cómo las familias operan y mantienen la resiliencia se constituye en un excelente potencial para mejorar los esfuerzos en prevención primaria, ya que justamente plantea la prevención de problemas y la preparación de las familias para enfrentarse a futuros desafíos, evitando su disfuncionalidad.
8. Aunque queda clara la interrelación de la familia con la resiliencia individual y el soporte social, hay pocos trabajos que dan cuenta de los procesos que ocurren en la familia y que favorecen la resiliencia, por lo que es necesario que se realicen más estudios, sobre todo en el ámbito nacional.
9. Los programas de prevención del consumo de drogas se

enriquecen si toman en cuenta los diferentes enfoques de riesgo, protección y resiliencia, ya que cada uno de ellos aporta elementos diferentes y a la vez complementarios los cuales van a cumplir el objetivo común: fortalecer a la familia.

## REFERENCIAS

- Benites, L.** Tipos de Familia, Habilidades Sociales y Autoestima en un grupo de adolescentes en situación riesgo. "Adolescencia ¿Divino Tesoro?". Psicología Actual, Año VII (16 –17) Lima, 1999.
- Cañavera, M.** Diada Marital Disfuncional y Farmacodependencia a la Pasta Básica de Cocaína. Tesis para Bachiller en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú. 1988.
- Epstein NH., Bishop D, Baldwin L.** Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Un punto de vista de la familia normal. New York: Froma Walsh. 1982.
- Fishman HC.** Tratamiento de adolescentes con problemas. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1989.
- Girón de Gómez, Natera, de Peñaloza, Jaime.** Mapa de Riesgos y Recursos. Barranquilla: Programa de Prevención Integral. 1995.
- Grotberg E.** Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. La Haya: Fundación Bernard van Leer. 1996.
- Dale, RH, DeHaan, L.** Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives. Family Process 35 (3): 283-298, 1996.
- Hoffman, L.** Fundamentos de la Terapia Familiar. México: Fondo de Cultura Económica 1987.
- Krauskopf, Dina.** Adolescencia y Educación. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUED). 1995.
- Korman, M.** Clinical Evaluation of Psychological Factors. NIDA Research Monograph Series, Maryland, 1977.
- Maddaleno, H.** Riesgo en Adolescentes Presentado en el curso de multiplicadores en salud integral de adolescentes. Santiago: OPS/ Kellogg. Enero 1994.

- Nizama Valladolid, M.** Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a PBC. Tesis para optar el grado de doctor en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1991.
- Mendoza, Fa.** El Mundo Familiar de los Jóvenes en el Perú de Hoy. Lima: Cedro. 1993.
- Minuchin, S.** Familias y Terapia Familiar. Madrid: Gedisa. 1995.
- Minuchin, S.; Fishman, HC.** Técnicas de Terapia Familiar. Madrid: Ediciones Paidós. 1984.
- Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, MA.; et al.** Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington: OPS/OMS - Fundación Kellogg - ASDI. 1998.
- Ministerio del Interior.** Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las Drogodependencias Madrid: Ministerio del Interior. 1997.
- Ministerio del Interior.** Plan Nacional sobre Drogas. La Prevención de las Drogodependencias en la familia. Madrid: Ministerio del Interior. 1997.
- Perotto, P.** Baldivieso L. El riesgo de ser joven. La paz: CESE. 1994
- Rojas, MA.** Factores de Riesgo y Protección en el Abuso de Drogas Ilegales en Adolescentes Jóvenes de Lima Metropolitana. Lima: Cedro. 1999.
- Satir, V.** Para encontrar la armonía familiar. París: Ediciones Universitarias. 1980.
- Schroeder RS.** El mundo de las drogas. México: Editores Asociados Mexicanos (EDAMEX). 1990.
- Stanton, T., Todd y cols.** Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las drogas. Buenos Aires: Gedisa, 1988.
- Stefano, Berrini, Cambiaso, Mazza.** La familia del toxicodependiente. Barcelona: Paidós. 1999.
- Steinglass, P.; Bennett, LA.; Wolin, SJ. y Reiss, D.** La Familia Alcohólica. Barcelona: Gedisa. 1993.
- Walsh, F.** Family Resilience: A Concept and its Application The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. Family Process 35(3): 261-281, 1996.