**Introducción**

El abuso de drogas es considerado uno de los problemas sociales más relevantes en la actualidad. Produce en el sujeto situaciones de marginación, ansiedad, dependencia física y emocional y desestabilidad de esta última, lo que se traduce en conductas irritables y una serie de problemas en la relación con sus pares, producidas por la necesidad fisiológica de consumir otra dosis de la misma droga y así revivir la sensación placentera inmediata, aminorando estos efectos (U. S. NationalInstitutes of Healt, 2007). De este modo, la drogadicción se define como una enfermedad psicosomática que consiste en la dependencia del consumo de la droga para sentirse bien, lo que denota claramente el riesgo que hay detrás de estos elementos psicoactivos (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Dentro de las drogas lícitas, las que son capaces de generar mayor dependencia son la nicotina y el alcohol (OMS, 2004). Ambas, por otro lado, configuran un factor de aceptación social en cuanto a la necesidad de consumirlas para sentirse integrado, sobretodo en los jóvenes. Producto de su carácter depresor, constituyen también “una vía de escape de la realidad”, como relajantes, promotores de felicidad y disminución de la ansiedad (U. S. NationalInstitues of Healt, 2007; Montagna, M., 2002).

Bajo este respecto, queremos centrar nuestra atención en el consumo de alcohol, bebestible presente desde el Paleolítico en el patrimonio cultural de la mayoría de las sociedades del planeta, siempre con su carácter de exclusividad hacia las autoridades religiosas y políticas, quienes lo degustaban en forma de vino (Boada, 1996, p. 103-105). Hasta hoy en día, donde la cerveza y otras bebidas de similares características constituyen el elemento sustancial de las reuniones sociales. Diversas son las condiciones que propician a un joven a consumir alcohol (Montagna, M., 2002). Se sabe que los modelos sociales (sus amistades y su familia) constituyen un factor primordial en la formación de una actitud pro droga, así como otros factores personales de autoestima, autocontrol y genéticos (OMS, 2004; Montagna, M., 2002; Espada, J., Pereira, J. y García-Fernández, J., 2008).

En el presente seminario, se pretenden discutir las condiciones familiares que propician el consumo, enmarcadas en la pregunta *¿cuáles son las condiciones psicológicas parentales que propician el consumo de alcohol en adolescentes?* La relevancia de este tema está en comprender las consideraciones de los padres respecto al consumo de alcohol para, así mismo, comprendernos a nosotros mismos como potenciales consumidores. Es importante entender por qué las personas ven el consumo de este depresor como una vía de escape a sus problemas, un elemento que les ayuda a sentirse mejor a sabiendas del daño a largo plazo que provoca y cómo los padres ven esta situación en sus hijos, incitándolos al consumo o bien, generando una conducta de abstinencia y rechazo hacia él.

**Marco Teórico**

**I.-** La drogadicción es un problema social grave que, como se advirtió anteriormente, corresponde a una enfermedad en la que se depende fisiológicamente del consumo de una droga para estar bien. En términos biológicos, una droga se refiere a una sustancia química que al ser incorporada es capaz de alterar el funcionamiento normal del organismo, y que su consumo no es necesario para mantener el cuidado de la salud (OMS, 1994).

        El consumo reiterado de una droga produce adicción, situación evidenciada en las condiciones de tolerancia y dependencia (OMS, 2004). La tolerancia se obtiene al necesitar dosis cada vez mayores de la sustancia para sentir el mismo efecto placentero, lo cual se produce por la adaptación fisiológica del cuerpo al consumo constante de la droga. La dependencia, en tanto, evidencia la necesidad de consumo y la energía que le otorga el sujeto a la actividad de obtener una nueva dosis de la droga. Al no consumir la droga, luego de un tiempo se producen una serie de síntomas producto de que el cuerpo está volviendo a las condiciones normales de funcionamiento, lo cual incita al individuo a administrarse más droga para evitar estos efectos, conocidos con el nombre de síndrome de privación (OMS, 2004).

  Existen diversas tipologías para clasificar a las drogas, pero nos centraremos sustancialmente en dos de ellas: según su efecto biológico y según su legalidad. Bajo el primer criterio, y conscientes de que el efecto de un psicoactivo está determinado por diversos factores según cada persona (OMS, 2004), se distinguen cinco clases de drogas (Valseca, M., 2009): (1) los depresores, que provocan un determinado estado de relajación y disminución de la ansiedad, como por ejemplo el alcohol y la morfina. (2) Los psicoestimulantes, como la cocaína y la cafeína, que propician la actividad muscular e intelectual, suprimiendo el sueño y otros estados de cansancio; (3) los alucinógenos, que distorsionan la percepción de los objetos; (4) los narcóticos, inductores del sueño y del estupor; y (5) los esteroides anabólicos, que potencian la masa muscular y el rendimiento deportivo.

        En tanto, la legalidad de las diversas drogas es distinta en cada país (CEPAL, 200), por lo que este criterio resulta útil sólo al referirnos a sustancias comúnmente utilizadas en el mundo, tales como el alcohol, el tabaco y la cafeína, entre otras. Todas ellas están consideradas dentro de los marcos legales, de modo que existe un competitivo comercio y producción de estos productos, siempre con el objeto de acercarlos a la población, en especial a los jóvenes (OMS, 2004). No así con las drogas ilegales, como la marihuana, cocaína, anfetaminas, etc., cuyo uso y tráfico está penado por la ley en la mayoría de los países (CEPAL, 200).

        Las drogas lícitas cuyo consumo ha aumentado más rápidamente a nivel mundial en los últimos años son el alcohol y el tabaco (OMS, 2004), de las cuales especial atención le daremos a la primera, pues consideramos que es la que tiene mayores implicancias sociales en cuanto a las consecuencias que puede tener su abuso (choques de tráfico, violencia intrafamiliar, fácil acceso, etc.).

     El comúnmente llamado alcohol hace referencia a las bebidas que contienen etanol en su composición, un compuesto químico orgánico. Sus orígenes se remontan al Paleolítico, y más sólidamente hacia el Neolítico (Boada, 1996), cuando el hombre comienza a cultivar la tierra y produce este bebestible a través del método de fermentación. Durante los años posteriores, el alcohol fue sinónimo de realeza y autoridad, pues su consumo estuvo acotado a la exclusividad de los reyes y líderes religiosos, era visto como la esperanza de resurrección en un mundo mejor. No fue hasta el siglo XVIII, con la industrialización de la producción en botellas de cristal, que el alcohol comenzó a llegar al resto de la sociedad en diversas formas de graduación y calidad y ampliándose a otros contextos menos formales (Boada, 1996; Gimeno, S. y Schoffer, V., 2011).

El etanol es un producto natural y con una especial característica de disolvente el cual siempre ha existido en la historia de la humanidad. A lo largo de la historia se le han atribuido varias características. En la medicina de Hipócrates, se usaba para contrarrestar la fiebre. En el medioevo, se usaba para paliar el hambre, aclarar la vista y limpiar el estomago. Desde el punto de vista médico, el etanol en el siglo XVI se disparó sobre el mundo occidental, muchos fueron partidarios de que no hay dolencia que no se pueda tratar con la "aqua viva". Se comenzó a sustituir el agua por el etanol en epidemias, ya que el mismo posee un gran poder antiséptico. También aumenta los niveles de la lipoproteína HDL (Mark S., 2000; Boada, J., 1996) y la asimilación de la hormona insulina, lo cual es bastante provechoso para los diabéticos.

Médicamente hablando, estimula el efecto vasodilatador. En cuanto a características dietéticas, se recomienda agregar a la dieta diaria, ya que produce 7Kcal/g, por lo tanto es una gran fuente de energía, pero para generar ese efecto energético debe ser ingerido en pequeñas dosis, ya que puede producir un déficit energético por alteración en la fosforilación oxidativa cuando es consumido en dosis mayores (Boada, J. 1996). Particularmente, la cerveza es una gran fuente de vitaminas, minerales y metales necesarios en la vida diaria, y el vino contiene un alto porcentaje de hierro, por lo tanto, aumenta el poder anti-oxidante del plasma (Boada, J. 1996).

Sin embargo, hoy en día consumo de alcohol se relaciona con más de 60 enfermedades, afectando de forma multidimensional la salud del sujeto que lo bebe (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Bajo el lente de la sociedad actual, está subvalorado como una droga producto de que tiene efectos perjudiciales en el organismo a corto y largo plazo.

Entre los efectos inmediatos, se encuentran las manifestaciones desadaptativas, como sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, lenguaje poco claro, incoordinación, entro otros, pudiendo llegar hasta pérdida parcial de la memoria y, si la ingesta es en demasía, un coma etílico (Roldán J., Frauca C. y Dueñas A., 2003). Respecto a los efectos a largo plazo, se encuentran la dependencia severa (alcoholismo) y la cirrosis hepática, entre otras, que consiste en un deterioro progresivo del hígado, afectando las funciones que de él dependen y produciendo la muerte del sujeto (OMS, 2004).

Son diversos los factores que condicionan al sujeto a ingerir alcohol y, en general, estos factores son los mismos para cualquier otra droga (Valseca, M., 2009; OMS, 2004). Los cuales distinguiremos en dos ámbitos: vinculados con el propio individuo, y ligados al ambiente y contexto social en el que está inmerso. Dentro de los factores personales se encuentran la edad, el sexo y la predisposición genética (OMS, 2004), dentro de los condicionantes fisiológicos, mientras que en el aspecto psicológico tenemos a la personalidad, el autocontrol, la autoestima,  la curiosidad, el mal uso del tiempo libre, etc. (Valesca, M., 2009; Pons, J. 1998). Dentro de los factores de riesgo sociales y contextuales se encuentran las amistades del sujeto, su familia, su entorno laboral (entorno escolar en el caso de los jóvenes), situación entre otros (OMS, 2004).

Especial riesgo de consumo lo tienen los adolescentes (Montagna, M., 2002), quienes, además de estar en una etapa donde sus cualidades de personalidad y autoseguridad son frágiles, tienden a seguir muy marcadamente a sus modelos sociales en busca de una identidad que los haga sentir más comprendidos (Moral, M., 2002).

Bajo este respecto, la familia representa el primer ente con el cual el adolescente sociabiliza, y por consecuencia esta es quien le da las pautas sociales a seguir (Montagna, M., 2002). “*La familia crea en el niño las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima*”(Lila, M. y Marchetti, B., 1995). También son éstos quienes crean una especie de “filtro” por el cual pasan las influencias sociales externas que incitan el consumo.“*Los padres, intencionadamente o no, son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos*”(Silverman, S., 1991).

No podemos obviar el hecho de que la familia puede guiar al joven tanto de forma positiva como de forma negativa, es decir, el consumo de este tipo de bebidas por parte de los padres puede desencadenar en el consumo del hijo, así como generar una actitud de rechazo hacia el alcohol (Rooney, J., 1988; Vega, A., ambos en Espada *et al*, 2008).

Otro factor que es bien sabido por la sociedad es que la incidencia del joven en caer en el vicio es debido, precisamente, a las malas “bases” familiares, ya sea por relaciones de tipo conflictivas o por simple dejamiento por parte de la familia (Pons, J. y Berjano, E., 1997). Sin embargo, no basta sólo con tener un “ideal de familia”, también puede darse el caso de incomprensión por parte del adolescente lo cual lo lleva a caer en sentimientos de desesperación y, por consiguiente, la necesidad de consumir alcohol (Montagna, M., 2002).

Para abordar con mayor detenimiento estos factores familiares, se analizarán en  profundidad los siguientes estudios acerca de las condiciones que determinan el consumo de alcohol en adolescentes:

1) *Codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado*

*del arte y construcción de un instrumento* (Pérez y Delgado. 2003)  
  
 2) *Variables de protección ante el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes* (Martínez y Robles. 2001).  
  
 3) *Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes* (Pons y Berjano. 1997).

4) *Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia* (Rodrigo, Márquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín. 2004).

Posteriormente, se intentará dar una potencial respuesta a la pregunta planteada en un principio, a través de la discusión sobre las condiciones psicológicas parentales que determinan el consumo de alcohol en los jóvenes, basados en los estudios analizados y en la entrevista a realizar.

**Referencias**

Abbott, S (1985). Codependency, a Second Hand Life. Center City Minesotta: Hazelden.

Allen, J., Moore, C., Kuperminc, G. y Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial

functioning. *Child Development*, 69,1.404-1.419.

Barber, B.K. (1992). Family, personality and adolescent problem behaviors.*Journal of Marriage and*

*the Family,* 54, 69-79.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use.*Journal of Early Adolescent,* 11, 56-95.

Beattie, M. (1987). Codependent no More: How to stop Controlling Others and Star Caring for Yourself. Center City Minesotta: Hazelden.

Beattie, M. (1989).Beyond Codependency. Pleasant Valley Road, Minesotta: Hazelden.  
  
Becnell, B. (1991). The Codependent Parent. New York: Harper Collins.  
  
Boada, J. (1996). El alcohol, algo más que una droga. Disponible en[www.tenerife.es](http://www.tenerife.es/), revisado

el día 27/04/2012.

Carruth, B. y Mendenhall, W. (1998). Codependency: Issues in Treatment and Recovery. London:

HaworthPress.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2000). El diagnóstico del problema de drogas en América Latina. (p. 13-22).

G. Escalanate y K. Escalanate. (Sin año). Historia natural del alcoholismo. Revista de la

Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, 2 (p. 24-30). Disponible en   

[http://www.saber.ula.ve](http://www.saber.ula.ve/), revisado el día 28/04/2012.

Espada, J., Pereira, J., García-Fernández, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el

consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20, (p. 531-537).

Gimeno, S. y Schoffer, V. (2011). Historia del alcohol. Disponible en[www.alcholismo.info](http://www.alcholismo.info/),

revisado el día 29/04/2012.  
  
Hughes-Hammer, C. Martsolf, D.S. y Zeller, R.A. (1998). Depression and codependency in

women. *Archives of Psychiatric Nursing, 6,* 326-334.

Laespada, T., Iraurgi, L. y Aróstegi, E. (2004).Factores de riesgo frente al consumo de drogas:

hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Disponible en [http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net](http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/), revisado el día 27/04/2012.

Lila, M.S. y Marchetti, B. (1995). Socialización familiar. Valores y autoconcepto. *Información*

*Psicológica*, 59, (p. 11-17).

Margolis, R.D. y Zweben, J.E. (1998). Treating Patients With Alcohol and Other Drug Problems: An Integrated Approach. Washington D.C.: American PsychologicalAssociation.

Martínez, J. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 13, (p. 222-228).  
  
Mark S. (2000). Los beneficios de beber con moderación. Disponible en  [www.valueoptions.com](http://www.valueoptions.com/), revisado el día 29/04/2012.  
  
Montagna, M. (2002). Drogadicción y adolescencia. Médicos y Medicina en la Historia,

1, (p. 14-23).  
  
Moral, M. (2002). Jóvenes, consumo de sustancias psicoactivas e identidad, Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria. Tesis doctoral no publicada.  
  
Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Disponible

en[www.who.int](http://www.who.int/), revisado el día 29/04/2012.  
  
Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de

sustanciaspsicoactivas. Disponible en[www.who.int](http://www.who.int/), revisado el día 29/04/2012.  
  
Pérez, A. y Delgado, D. (2003). Codependencia en familias de consumidores y no consumidores

de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15,

(p. 381-387).

Pérez, A. y Goldstein, S. (1992). ¿Qué significa “CD”? *Revista Argentina de Clínica Psicológica,*

*1,* 233-242.

Pons, J. y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al

abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9, (p. 609-617).  
  
Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista española de salud públca*, 72, (p. 251-266).

Rodrigo, M., Máiquez, M., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J. 2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16,

(p. 203-210).  
  
Roldán J., Frauca C. y Dueñas A. (2003). Intoxicación por alcoholes.

Silverman, S.M. (1991). Prevención del uso indebido de drogas: La comunidad en acción.  
  
Steinglass, P. (1994). Family Therapy: Alcohol. In: M. Galanter y H.D. Kleber (Eds.), Textbook of

Substance Abuse. Washington, D.C.: *Psychiatric Press*, p. 315-329.

Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S. y Reiss, D. (1987). The alcoholic family. New York: Basic

Books.  
  
Thombs, D.L. (1994). Introduction to Addictive Behaviors. New York: Guildford Press.  
  
U. S. National Institute of Healt. (2007). El abuso de drogas y la drogadicción. Disponible en

[www.nasn.org](http://www.nasn.org/), revisado el día 29/04/2012.

Valseca, M. 2009. La drogadicción y la prevención.