

Hipótesis de la susceptibilidad en drogodependencia: reflexiones para un modelo etiológico.

Mansilla Izquierdo, F.*; Vega Astudillo, P.**

*Psicólogo. CAD-I Madrid. **Médico. CAD-I. Madrid.

Resumen

En este artículo se desarrolla el modelo de susceptibilidad en las drogodependencias. Este modelo es multifactorial y tiene en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Postula que para algunos individuos la susceptibilidad (fragilidad de recursos personales innatos y adquiridos) del sistema de recompensa puede ser descompensada por ciertos acontecimientos vitales estresantes, por un déficit familiar, por la presión del grupo de iguales hacia un estilo de vida con droga y por la disponibilidad del tóxico. Estas personas susceptibles encontrarían en la droga una adaptación sustitutiva, aunque hay variables protectoras como la red social y el apoyo social, la vinculación con la madre durante la primera infancia y el autoconcepto.

Palabras Clave

Sistema de recompensa; vinculación; acontecimientos vitales; red social; apoyo social; autoconcepto.

Summary

In the following article, we shall study susceptibility model. This one presents different factors. It takes into account biological, psychological, social aspects. It states that, for some persons, susceptibility (innate and acquired personal resources fragility) of bases of reward may be troubled by some stressing life events, by family disturbance, by pair-group pressure towards a drug way of life and by drug-addict availability. These susceptible persons find a substitute adaptation in drugs. However, there are protecting variables, such as social network, social support, early infancy mother-attachment and self-concept.

— **Correspondencia a:**

Fernando Mansilla. Avda. Manzanares, 160. 28019-Madrid (España). Tel.: 91 560 64 60.



Key Words

Bases of reward; attachment; life events; social network; social support; self-concept.

Résumé

Cet article développe le modèle de susceptibilité. Ce modèle est multifactoriel et prend en compte des aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Il indique que, pour certains individus, la susceptibilité (fragilité de ressources personnelles innées et acquises) du système de récompense, peut se voir troublée à cause de certains événements vitaux stressants, un brusque changement dans la famille, la pression du groupe entre semblables envers un style de vie où la drogue est présente et par la disponibilité du toxique.

Ces personnes susceptibles vont trouver dans la drogue une adaptation substitutive, bien qu'il y ait des variables protectrices comme le réseau social et l'appui social, le lien avec la mère dès la première enfance et l'autoconcept.

Mots clé

Système de récompense; lien; événements vitaux; réseau social; appui social; autoconcept.

I. INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas se han propuesto distintos modelos sobre la etiología de la drogodependencia que han ido proporcionando una base teórica y empírica.

La teoría de la escalada dice que existe una progresión en el consumo de sustancias que lleva desde el alcohol a la heroína pasando por el cannabis, los psicofármacos y la cocaína (Hamburg *et al.*, 1975).

La teoría social se fija en el proceso de socialización, en las normas sociales y en las variables de la estructura social como la raza, la educación, el empleo y el *status* económico (Lukoff, 1980).

La teoría del estilo social señala que hay grupos de adolescentes en los que la droga está ligada a ciertas actividades y es un factor de la identidad grupal (Walters, 1980).

La teoría política sostiene que el uso de droga es el producto natural de un conflicto entre el autocontrol y una coerción exterior (Szasz, 1982).

Para unas teorías psicológicas, la drogodependencia está ligada a ciertos rasgos de personalidad. Para otras, la drogodependencia sería la consecuencia de problemas personales, familiares y sociales que producirían un fracaso en los recursos personales para una adecuada adaptación personal y ambiental, lo que provocaría la necesidad de bús-



queda de adaptaciones sustitutivas (Alexander y Hadaway, 1982; Peele, 1985).

De este planteamiento se ha derivado la hipótesis de la automedicación (Khantian, 1985).

Más tarde, se propuso un modelo de vulnerabilidad biopsicosocial que manifiesta que los factores biogenéticos, junto con la interacción con los padres en la temprana infancia, influyen para que el adolescente se convierta en drogodependiente (Kumpfer, 1987; Glantz y Pickens, 1992).

También se ha realizado un modelo ecológico en el que confluyen las variables de la influencia del grupo de iguales, la relación con la escuela, la autoeficacia y el clima familiar (Kumpfer y Turner, 1990-1991).

Asimismo, se ha propuesto un modelo global, en el que cada droga es analizada por separado y desde seis perspectivas diferentes: psicobiológica, político-social, económica, legal, histórico-cultural y geográfica (Pérez-Gómez y Jiménez-Suárez, 1993). Incluso se ha realizado un modelo matemático con base fenomenológica, que trata de objetivar aspectos físicos y psicológicos de la dependencia (Collier, 1993).

Desde otra óptica, Rhodes y Janson (1988) toman el modelo propuesto por Albee (1982) y lo adaptan. Para ellos, el riesgo de consumo puede explicarse en una fracción en cuyo numerador aparecería el estrés y en el denominador el apego, junto con las habilidades de afrontamiento y los recursos.

En 1995, Carrasco y Luna modifican la teoría de Rhodes y Janson y proponen que, además del estrés como factor de riesgo, se debería incluir la curiosidad y la exposición a modelos que consumen droga. Y destacan

entre los factores de protección la red de apoyo social, las conductas incompatibles con el consumo de drogas y la exposición a modelos que no consumen, además de apego, habilidades de afrontamiento y recursos.

2. MODELO DE LA SUSCEPTIBILIDAD

El modelo de susceptibilidad comparte la característica de ser multifactorial, pues considera aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Postula que cada individuo tiene un distinto nivel de susceptibilidad (se entiende por susceptibilidad, la fragilidad de los recursos personales innatos o adquiridos) para que el uso de droga se transforme en abuso y dependencia.

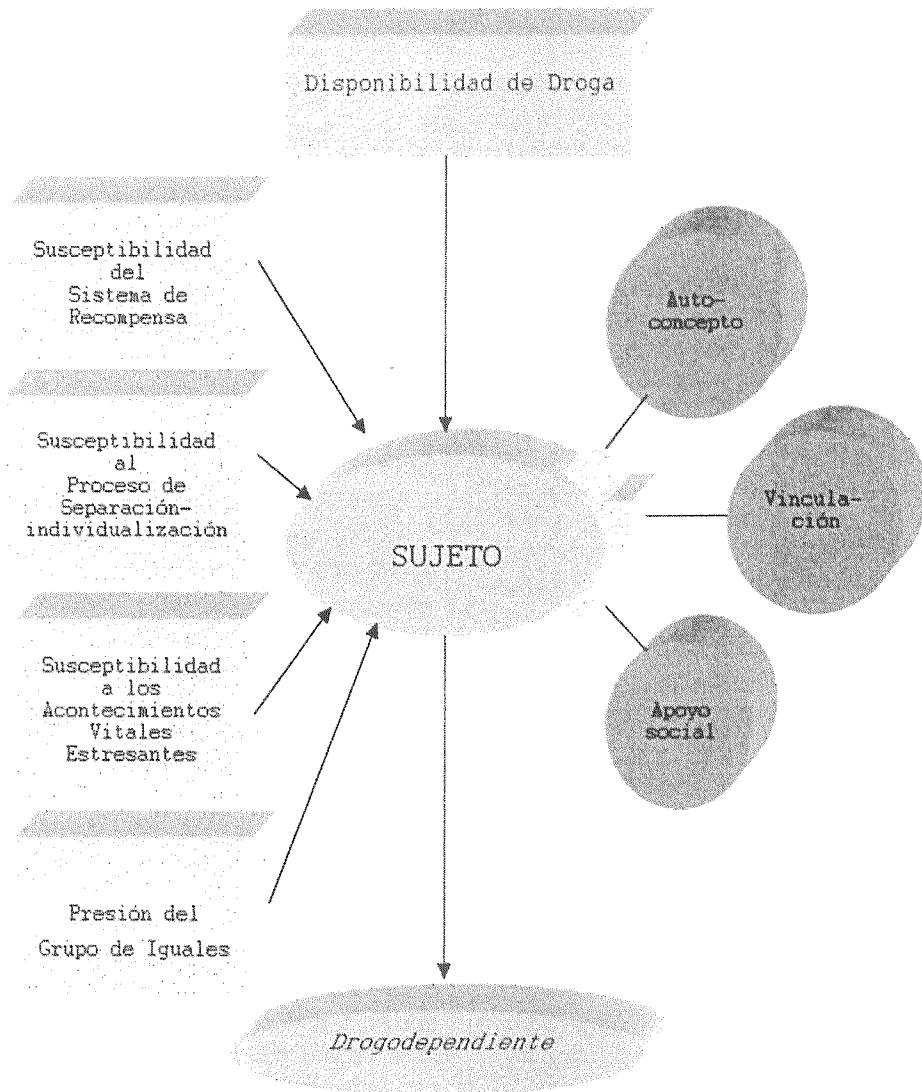
La hipótesis que se establece tiene en cuenta la combinación de algunos elementos: susceptibilidad del sistema de recompensa, susceptibilidad al proceso de separación-individuación, susceptibilidad a los acontecimientos vitales estresantes, presión del grupo de iguales y disponibilidad del tóxico; y los factores de protección: vinculación, red y apoyo social y autoconcepto.

2.1. SUSCEPTIBILIDAD DEL SISTEMA DE RECOMPENSA

Las drogas ejercen sobre ciertas áreas del cerebro una serie de efectos reforzadores positivos que generan en el individuo conductas repetitivas. A estas áreas se las denomina sistema de recompensa. Este sistema está formado por núcleos y vías que conectan diferentes partes del cerebro, creando un circuito que se localiza en el mesolímbico, sien-



Figura 1. Modelo de susceptibilidad





do los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, GABAérgico y endorfinérgico los más implicados en el sistema de recompensa (Hunt, 1993).

Las drogas imitan el efecto de los neurotransmisores, siendo capaces de estimular el sistema de recompensa. El organismo se adapta a las drogas y frena la vía normal de neurotransmisión. De manera que cuando se deja de consumir se produce el síndrome de abstinencia.

El sistema dopaminérgico se une a través del núcleo acumbens y del haz prosencefálico medial con los núcleos motores del córtex, siendo este circuito el responsable del inicio del consumo (Ramos, 1993). El aumento de dopamina en la terminal presináptica es la que posibilita el estado de euforia. Para acomodarse a este aumento, las neuronas desarrollan dendritas y receptores adicionales. Estos receptores requieren que se vierta más dopamina para conseguir de nuevo la sensación de euforia, lo que conduce a un consumo compulsivo (Washton, 1989). Esta alteración en la neurotransmisión dopaminérgica hace que la cocaína tenga efectos reforzadores. Se ha observado que el consumo de cocaína afecta a la síntesis de dopamina y serotonina de forma dosis-dependiente (Galloway, 1990).

El sistema de recompensa en el caso de los opiáceos puede ser modulado por la dopamina en el área tegmental ventral y por otro lado no dependiente de la dopamina en el núcleo acumbens (Ramos, 1993).

En el alcohol se implican múltiples neurotransmisores, como la norepinefrina, la serotonina, el GABA y los opioides en las acciones reforzadoras. Se ha visto que el con-

sumo de alcohol en animales de experimentación puede verse afectado por pautas de refuerzo y por la combinación del alcohol con otros reforzadores y factores farmacogénéticos (Bohman *et al.*, 1981).

También se ha comprobado que el LSD y las anfetaminas actúan sobre las neuronas dopaminérgicas. Y existe una similitud química entre las drogas psicodélicas y los neurotransmisores como la serotonina, la norepinefrina o la dopamina (Ramos, 1993).

2. 2. PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN.

Aquellos que en la primera infancia sufren trastornos atribuibles a conflictos durante la etapa de separación-individuación, tienen la necesidad de sobreestimulación externa del sistema opiáceo endógeno por medio de vínculos interpersonales o suministros de opiáceos. Necesitan la sobreestimulación para inhibir el estado de hipervigilancia a que son proclives ante situaciones de pérdidas que en otros producirían un estrés mínimo. Esto es lo que se ha dado en llamar ansiedad de separación, que es una característica de los sujetos tendentes a la drogodependencia (Musacchio de Zan y Ortiz, 1992).

Durante la adolescencia se atraviesa una segunda etapa de separación-individuación (Masterson, 1972), en la que se da un incremento de los conflictos de separación (Coleman *et al.*, 1988). Estos conflictos conllevan pérdidas que reactivan otras anteriores y su resolución dependerá de cómo se hayan resuelto en el pasado. Además, el drogodependiente fracasa en su proceso de separación para mantener unidos a los padres y sacrifica su propia autonomía con su



síntoma (Haley, 1980; Stanton y Todd, 1982; Cancrini, 1987).

2.3. VINCULACIÓN

El término vinculación hace referencia a una relación objetal específica y supone una estructura neurofisiológica y la tendencia a buscar la relación con otro (Bowlby, 1969).

La madre, durante el embarazo, se prepara emocionalmente para recibir a su hijo, desarrollando la preocupación materna primaria que la convierte en la persona más indicada para establecer la interacción (Winnicott, 1965a).

Esta relación se produce incluso antes del parto y adquiere una calidad que depende de la madre y del hijo, de sus dotaciones específicas y de la modulación y conjugación de ambos (Klaus y Kennel, 1976).

El recién nacido utiliza los diferentes estados: de vigilancia, de excitación, de actividad motriz y de calidad afectiva (Wolff, 1966) para controlar las tensiones endógenas o exógenas y organizar sus vivencias. Gran parte de los cuidados que le da la madre consisten en modular su estado, proporcionándole estimulaciones o protegiéndole contra dosis excesivas (Schaffer, 1977; Brazelton y Als, 1979).

El lactante percibe la intensidad, el ritmo, la modulación de la voz, las posturas y el tono muscular, y responde de una manera específica con la sonrisa, las vocalizaciones y los movimientos coordinados de los ojos y de la cabeza. Este es el modo de comunicación (Levovici, 1983). De manera que madre e hijo se sumergen en la llamada fase fusional de Winnicott (1971). Esto ocurre cuando la madre hace una identificación proyectiva con las

necesidades del niño, lo que le permite realizar satisfactoriamente todas las tareas del proceso de maternización, es decir, la función materna es lo suficientemente buena (Winnicott, 1965b).

El niño nace con la tendencia al establecimiento del vínculo porque posee una serie de capacidades sensoriales y se encuentra con una madre o sustituta especialmente predispuesta para este proceso.

El fallo en el vínculo daría como resultado un trastorno.

Con la combinación de las dimensiones de afecto y control se establecieron cuatro tipos de vínculos (Parker *et al.*, 1982) que equivalen a otros tantos de Bowlby (1969). El vínculo I (equilibrio de afecto y protección) equivale al vínculo óptimo o apego normal de Bowlby. El vínculo II (afecto constrictivo) equivale al vínculo dependiente. El vínculo III (afecto deficitario o ausente) equivale al desapego o ausencia vincular. Y el vínculo IV (control sin afecto) equivale al vínculo ansioso. Entre los drogodependientes se dan los cuatro tipos de vínculos, aunque es más frecuente el vínculo IV (vinculación de poco afecto y sobreprotección excesiva) (Schweitzer y Lawton, 1989; Espina *et al.*, 1996). Incluso se ha señalado que el débil vínculo padres-hijos es un factor de riesgo para el abuso de drogas en adolescentes (Hawkins *et al.*, 1995).

2.4. PRESIÓN DEL GRUPO DE IGUALES

Los grupos de adolescentes tienen características de ritos de iniciación en las que los miembros siguen las modalidades del grupo, coinciden en costumbres y opiniones, y compiten con otros grupos. Además, su lealtad a



los ideales del grupo les generan conflictos de autoridad (Gobbi, 1993).

Los adolescentes intentan aumentar su compromiso y confianza con el grupo, incrementando aquellas cualidades que les dan *status*. Éste lo pueden conseguir por inteligencia, por carisma o por habilidades especiales (Brown, 1990). Pero a su alrededor se le ofrecen múltiples modelos imitables. Y con frecuencia se presenta la droga como signo de madurez, de independencia, de rebeldía, de acceso a un *status* superior dentro del grupo (Grube *et al.*, 1990). Los adolescentes que suelen rechazar normas y valores, tienen un alto índice de riesgo para iniciarse en el consumo (Donovan *et al.*, 1990).

Se ha estudiado la influencia tanto del grupo de iguales (White *et al.*, 1986) como de la calidad de las relaciones interpersonales en la drogodependencia (Vaillant, 1988). El grupo ejerce una presión decisiva para el comienzo del consumo, ayuda a consolidar la dependencia e influye en las recaídas (Krohn y Thornberry, 1991; Navarro, 1994). Es el que hace que la droga esté disponible, enseña cómo debe utilizarse, genera actitudes, valores y razones que justifican su uso, y define la droga como elemento de pertenencia (Walters, 1980; Hawkins *et al.*, 1992). El grupo de iguales predice el 95% de la varianza en el consumo de droga (Oetting y Beauvais, 1986).

2.5. SUSCEPTIBILIDAD A LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Los acontecimientos vitales estresantes son aquellos que se perciben como amenazan-

tes para el bienestar físico o psíquico. Y también aquellas experiencias objetivas de cambio vital que demandan un reajuste de la conducta del sujeto (Thoist, 1983).

Se han investigado los acontecimientos vitales que precipitan enfermedades de tipo físico como los infartos agudos de miocardio, la hipertensión (Jorgensen y Houston, 1989) y el cáncer (Scherg y Blohmke, 1988).

También los acontecimientos vitales estresantes pueden provocar enfermedades de tipo psíquico como la depresión (Shourt *et al.*, 1989). La pérdida de la madre en la primera infancia producen trastornos ansiosos y depresivos en niños (Goodyear *et al.*, 1990), y en adolescentes (Swearingen y Cohen, 1985).

Se han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y el uso de drogas en adolescentes (Newcomb y Harlow, 1986). Se ha encontrado que en el 72% de las familias de drogodependientes ha habido la pérdida traumática de al menos un familiar (Coleman *et al.*, 1988). Y se ha comprobado que la familia monoparental, por muerte o separación de uno de los padres favorece el consumo de droga (Selnow, 1987; Jiménez y Revuelta, 1991). Asimismo, hay descripciones de antecedentes psicopatológicos en miembros de la familia del drogodependiente (Angel y Angel, 1988). Numerosos trabajos muestran que el alcoholismo y la enfermedad mental aparecen en los antecedentes familiares (Thompson y Wilsnack, 1987; Grichting y Barber, 1989). Unos, concretamente, hacen referencia a la depresión materna (Kalina, 1988) y otros al escaso apoyo familiar (Vaillant, 1966).



2.6. RED Y APOYO SOCIAL

El apoyo social se ha identificado con aquellos factores del ambiente que promueven el curso favorable de la enfermedad (Beels, 1981) y existe evidencia de que mejora la salud (Cohen, 1991). El apoyo social está integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación (Dohrenwend *et al.*, 1987). Además, parece ser un ingrediente importante de cambio en psicoterapia (Lambert, 1992).

El concepto de red social hace referencia al modelo de relaciones que constituyen el entramado social de la persona y los miembros de su red.

Unos encuentran que la red típica de un individuo consta de seis a diez personas a las que conoce íntimamente y que en su mayoría se conocen entre sí y aproximadamente otras treinta a las que ve con regularidad (Bott, 1971).

Otros estiman que una persona normal mantiene una relación consistente con veinticinco personas. Estas forman subgrupos: familia, parientes, amigos y vecinos o compañeros de trabajo. Esta red social normal se caracteriza por una interacción frecuente, un afecto positivo y un componente instrumental de apoyo importante (Pattison y Pattison, 1981).

Los estudios no se han puesto de acuerdo acerca de las características funcionales y estructurales de las redes sociales de los drogodependientes, ya que para unos son normales y para otros son pequeñas. Asimismo, para unos la red social del drogodependiente es densa y para otros no (Hawkins y Fraser, 1983). Tampoco se han encontrado eviden-

cias significativas con respecto al tamaño de la familia y el orden en la fratría (Schultz y Wilson, 1973), aunque algunos estudios ponen en relación la primogenitura con la drogodependencia (Vaillant, 1966). Por otro lado, se ha señalado que en las familias de drogodependientes hay menor compenetración y apoyo mutuo, menor estímulo para expresar directamente los sentimientos y mayor control normativo (Ayerbe *et al.*, 1997).

2.7. AUTOCONCEPTO

El autoconcepto o percepción de uno mismo no es algo innato sino que se forma a partir de los sentimientos y experiencias, y sufre cambios propiciados por las diferentes variables ambientales y personales, las cuales determinan que el individuo tenga un mejor o peor ajuste a periodos concretos del ciclo vital (Torres, 1998).

El autoconcepto es multidimensional (interacción familiar; interacción con iguales, labilidad emocional, *self* social, integración escolar, logro académico, *self* físico, deporte) y multifacético, de estructuras que desempeñan un papel primordial en la organización de la conducta (Markus, 1990). En todo caso, el autoconcepto es la visión que uno tiene de sí mismo en un tiempo particular (Moore y Fine, 1990).

La institución familiar y escolar son elementos decisivos en la formación del autoconcepto (Musitu *et al.*, 1988). Y en él se distingue un autoconcepto académico y otro no académico que incluye la dimensión familiar y social (Pons y Berjano, 1996).

El autoconcepto es uno de los principales determinantes de la conducta y un factor que



garantiza la salud mental de la persona (Lila *et al.*, 1994). Ha sido implicado en la motivación, en la regulación de la conducta (Higgins, 1996), en los procesos de cambio y en las relaciones interpersonales (Stein y Markus, 1996).

Se ha relacionado el autoconcepto con un alto rendimiento escolar (Richardson y Lee, 1986), con un estilo atributivo interno (Marsh, 1986), con una mayor participación deportiva (Schumaker *et al.*, 1986) y como elemento activo y dinámico en aspectos conductuales y afectivos (Apodaca, 1996).

Por otro lado, la drogodependencia se ha asociado a un bajo autoconcepto (Samuels y Samuels, 1974). Y se ha establecido la conexión entre el consumo de drogas por el hijo y la percepción de problemas familiares (Pardeck, 1991). Para otros autores, el uso de drogas por parte del adolescente va unido a una inadecuada madurez que se manifiesta en los ámbitos familiar, escolar y social (Newcomb y Bentler, 1988).

Además, los adolescentes consumidores de droga tienen un grado de insatisfacción escolar más elevado que los que no presentan tales conductas (Barca *et al.*, 1986).

2.8. DISPONIBILIDAD

Aunque la mera existencia de la oferta no puede explicar la drogodependencia, es sin duda un factor facilitador. Ya Béjerot (1982) decía que el índice de riesgo para la conducta consumidora era directamente proporcional a la susceptibilidad del individuo y a la exposición ambiental al tóxico. Incluso se ha citado la disponibilidad como uno de los tres

factores que predisponían al consumo (Gawin, 1986).

Además, algunas investigaciones sugieren que la disponibilidad percibida es una variable de predicción del consumo (Maddahian, *et al.*, 1986, Barrett, *et al.*, 1990).

3. CONCLUSIÓN

Todos estos elementos hacen que el modelo de susceptibilidad se constituya como un modelo integrador en el que se implican diversos presupuestos teóricos.

La susceptibilidad del sistema de recompensa puede ser eventualmente descompensada por ciertos acontecimientos vitales estresantes, por disfunción familiar, por un débil apoyo social, por la presión del grupo de iguales que impone un determinado estilo de vida en el que la droga tiene cierto valor y por la disponibilidad del tóxico. De modo que la drogodependencia sobrevendría ante situaciones con cierto grado de exigencia que no sabrían cómo afrontar los individuos susceptibles y encontrarían en la droga una adaptación sustitutiva.

De manera que la susceptibilidad del sistema de recompensa es el factor posibilitante. Los acontecimientos vitales estresantes y presión del grupo de iguales son los factores precipitantes. La oferta de droga es el factor desencadenante. Y la vinculación óptima con la madre en la primera infancia, el autoconcepto positivo y la red y apoyo social eficaz componen el conjunto de factores protectores.



BIBLIOGRAFÍA

- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*. 32: 150-161.
- Angel, S. y Angel, P. (1988). Drogadicción y familia. *Terapia Familiar*. XI, 18: 17-23.
- Alexander, B.K. y Hadaway, P.F. (1982). Opiate addiction: the case for an adaptive orientation. *Psychological Bulletin*. 92: 367-381.
- Apodaca, I. (1996). Autoconcepto y adicción: implicaciones para el tratamiento. *Adicciones*. 8, 1: 91-100.
- Ayerbe, A.; Espina, A.; Pumar, B.; García, E. y Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones*. 9, 3: 375-390.
- Barca, A.; Otero, J.M.; Mirón, L. y Santorum, R. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*. 25: 103-109.
- Barrett, M.E.; Joe, G.W. y Simpson, D.D. (1990). Availability of drug and psychological proneness in opioid addiction. *The International Journal of the Addictions*. 25, 10: 1211-1226.
- Bejerot, N. (1982). Un modèle épidémiologique des toxicomanies. En Nahas, G. et al. (Eds.). *Drogue et civilisation. Refus social ou action*. Entretiens de Rueil du 16 mars 1981. Pergamon Press.
- Beels, C.CH. (1981). Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 7: 58-72.
- Bohman, M.; Sigvardsson, S.; Cloninger, C.R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: users fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry*. 38: 965-969.
- Bott, E. (1971). *Family and social network*. London. Tavistok Publications.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London. Hogarty Press.
- Brazelton, T.B.; Als, H. (1979). Four early stages in the development of mother-infant interaction. *Psychoanal. Study Child*. 34: 349-369.
- Brown, B.B. (1990). Peer groups and peer culture. En S.S. Feldman y G.R. Elliot (Eds.). *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge. Harvard University Press.
- Cancrini, L. (1987). Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles. *Comunidad y Drogas*. Monografía. 1: 45-57.
- Carrasco, T.J.; Luna, M. (1995). ¿Por qué las personas se inician en el consumo de drogas? Propuesta de un modelo explicativo e implicaciones para el diseño de programas de prevención. *Psicología Conductual*. 3, 3: 271-281.
- Cohen, S. (1991). Social support and physical health: symptoms, health behaviors, and infectious disease. En E.M. Cummings, A.L. Greene y K.H. Karraker (Eds.). *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping*. Erlbaum. Hillsdale.
- Coleman, S.G.; Kaplan, J.D.; Dowing, R.W. (1988). Ciclo de vida y abandono. *Terapia Familiar*. XI, 18: 33-56.
- Collier, M.R. (1993). A mathematical model of habituation and addiction. *The International Journal of the Addictions*. 28, 2: 175-185.
- Dohrenwen, B.P.; Shrout, P.E.; Link, B.G.; Skodol, A.E. (1987). Social psychological risk factors for episodes of schizophrenia. En H. Hafner, W.F. Gattaz y W. Jazarik (Eds.). *Search*



for the causes of schizophrenia. New York. Pringer-Verlag.

Donovan, J.E.; Jessor, R.; Costa, F.M. (1990). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: an extension of problem-behavior theory. *Health Behavior*. 10, 1: 52-61.

Espina, A.; Ayerbe, A.; Pumar, B.; García, E. (1996). La percepción de las pautas parentales de crianza en toxicómanos. *Adicciones*. 8, 2: 203-217.

Galloway, M.P. (1990). Regulation of dopamine and serotonin synthesis by acute administration of cocaine. *Synapse*. 6: 63-72.

Gawin, E.H. (1986). New uses of antidepressants in cocaine abuse. *Psychosomatics*. 27, 11 (Supplement): 24-29.

Glantz, M. y Pickens, R. (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC. American Psychological Association.

Gobbi, S. (1993). *Adolescencia y adicción*. Rosario. Homo Sapiens.

Goodyear, I.; Wright, C. y Altham, P. (1990). The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *British Journal of Psychiatry*. 156, May: 689-698.

Grichting, W.L. y Barber, J.G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption. *The International Journal of the Addictions*. 24, 10: 963-971.

Grube, J.W.; Rockeack, M. y Getzlaf, S.B. (1990). Adolescent value images of smokers, ex-smokers, and nonsmokers. *Addictive Behaviors*. 15: 81-88.

Haley, J. (1980). *Leaving home: therapy with disturbed young people*. New York. McGraw-Hill.

Hamburg, B.A.; Kraemer, H.C. y Jahnke, W. (1975). A hierarchy of drug use adolescence: behavioral and attitudinal correlates of substantive drug use. *American Journal of Psychiatry*. 132: 1155-1163.

Hawkins, J.D.; Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and prospective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112: 64-105.

Hawkins, J.D. y Fraser, M.W. (1983). Social support network in treating drug abuse. En J.K. Whittaker y J. Gabarino (Eds.). *Social support network: informal helping in the human services*. New York. Adline Pub. pp. 357-382.

Hawkins, J.D.; Arthur, M.W.; y Catalano, R.F. (1995). Preventing substance Abuse. En. M. Tonry y D.P. Farrington (Eds.). *Crime and Justice*. 19: 343-427. University of Chicago Press. Chicago.

Higgins, E.T. (1996). The "self-digest": self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 71: 1062-1083.

Hunt, W.A. (1993). Neuroscience research: how has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism?. A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 17, 5: 1055-1065.

Jiménez, J.L. y Revuelta, A. (1991). La familia del toxicómano: un estudio comparativo. *Adicciones*. 3, 2: 133-140.

Jorgensen, R.S. y Houston, B.K. (1989). Reporting of life events, family history of hypertension and cardiovascular activity at rest and during psychological stress. *Biological Psychology*. 28, 2: 135-148.



- Kalina, E.** (1988). *Adolescencia y drogadicción*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Khantzian, E.J.** (1985). The Self-Medication Hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal Psychiatry*. 142: 1259-1264.
- Klaus, M.H. y Kennel, J.H.** (1976). *Maternal infant bonding: the impact of early separation or loss on family development*. Saint Louis. C.V. Mosby Company.
- Krohn, M. y Thornberry, T.** (1991). *Network theory: a model for understanding drug abuse among African-American and Hispanic youth*. Working Paper nº 10. Rochester Youth Development Study. Hindelang Criminal Justice Research Center. Albany, New York.
- Kumpfer, K.L.** (1987). Special populations: etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. En B. Brown y A. Mills (Eds.). *Youth at high risk for substance abuse*. National Institute on Drug Abuse. DHHS Pub. Nº (ADM) 87-1.537. Washington DC. Supt. Of Docs. U.S. Govt. Print. pp. 1-72.
- Kumpfer, K.L. y Turner, CH.W.** (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *The International Journal of the Addictions*. 25, 4 A: 435-463.
- Lambert, M.J.** (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York. Basic Book.
- Lila, M.S.; Musitu, G. y Molpereiches, M.A.** (1994). Familia y autoconcepto. En G. Musitu y P. Allat (Eds.). *Psicosociología de la familia*. Valencia. Albatros.
- Levovici, S.** (1983). *Le bébé, la mère et le psychanalyste*. Paris. Le Centurion.
- Lukoff, I.F.** (1980). Toward a sociology of drug use. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearsons (Eds.). *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. NIDA Research Monograph. Nº 30.
- Maddahian, E.; Newcomb, M.D. y Bentler, P.M.** (1986). Adolescent substance abuse: impact of ethnicity, income, and availability. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*. 5, 3: 63-78.
- Markus, H.** (1990). Unresolved issues of self-representations. *Cognitive Therapy and Research*. 14, 2: 241-253.
- Marsh, H.** (1986). Self-serving (¿bias?) in academic attributions: its relation to academic achievement and self-concept. *Journal of Educational Psychology*. 78: 190-200.
- Masterson, J.** (1972). *Treatment of the borderline adolescent: a development approach*. New York. Wiley.
- Moore, B. y Fine, B.** (1990). *Psychoanalytic terms and concepts*. Yale University Press. New Haven.
- Musacchio De Zan, A. y Ortiz, A.** (1992). *Drogadicción*. Buenos Aires. Paidós.
- Musitu, G.; Roman, J. y Gracia, E.** (1988). *Familia y Educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Valencia. Labor.
- Navarro, J.** (1994). Intervención en redes sociales de adictos. *Revista de Psicoterapia*. V, 18-19: 99-117.
- Newcomb, M. y Bentler, P.** (1988). Impact of adolescent drug use and social supports on problems of young adults: a longitudinal



study. *Journal of Abnormal Psychology*. 97: 64-75.

Newcomb, M. y Harlow, L. (1986). Life events and substance use among adolescents: mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51, 3: 564-577.

Oetting, E.R. y Beauvais, F. (1986). Peer cluster theory: drug and the adolescent. *Journal of Counseling and Development*. 65: 17-22.

Pardeck, J.T. (1991). A multiple regression analysis of family factors affecting the potential for alcoholism in college students. *Family Therapy*. 18, 115-121.

Parker, G.; Tupling, G. y Brown, L.B. (1982). A parental bonding instrument. *British Journal of Med. Psych*. 52, 1-10.

Pattison, E.M. y Pattison, M.L. (1981). Analysis of Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin*. 7: 135-143.

Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation*. Massachusetts. Lexington Book.

Pérez-Gómez, A. y Jiménez-Suárez, S. (1993). The "Rainbow" model: an attempt at a global approach to the drug problem. *The International Journal of the Addictions*. 28, 5: 389-398.

Pons, J. y Berjano, E. (1996). El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencia*. 21, 3: 229-244.

Ramos, J.A. (1993). *Neurobiología de la drogadicción*. Madrid. Eudema.

Richardson, A. y Lee, J. (1986). Self-concept and attitude to school as predictor academic

achievement by West Indian adolescent. *Perceptual and Motor Skills*. 62: 577-578.

Rhodes, J.E. y Janson, L.A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. New York. Pergamon.

Samuels, D.J. y Samuels, M. (1974). Low self-concept as a cause of drug abuse. *Journal of Drug Education*. 4: 421-438.

Sazs, T. (1982). The war against drugs. *Journal of Drug Issues*. 12: 115-122.

Schaffer, R. (1977). *Studies on interaction in infancy*. London. Academic Press.

Scherg, H. y Blohmke, M. (1988). Associations between selected life events and cancer. *Behavioral Medicine*. 14, 3: 119-124.

Schultz, D.A. y Wilson, R.A. (1973). Some traditional family variables and their correlations with drug use among high school students. *Journal of Marriage and the Family*. 35: 628-631.

Schumaker, J.; Small, L. y Wodd, J. (1986). Self-concept, academic achievement and athletic participation. *Perceptual and Motor Skills*. 62: 387-390.

Schweitzer, R.D. y Lawton, P.A. (1989). Drug abusers perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*. 84: 309-314.

Selnow, G.W. (1987). *Parent-child relationship and single and two parent families: implications for substance usage*. New York. Baywood Publishing Company.

Shourt, P.E.; Link, B.G.; Dohrenwend, B.P.; Skodol, A.E.; Stueve, A. y Mirotznik, J. (1989). Characterizing life events as risk factor for depression: the role of fateful loss events. *Journal of Abnormal Psychology*. 98, 4: 460-467.



- Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York. Guilford Press.
- Stein, K.F. y Markus, H.R. (1996). The role of the self in behavioral change. *Journal of Psychotherapy Integration*. 6, 4: 349-384.
- Swearingen, E.M.; Cohen, L. (1985). Life event and psychological distress: a prospective study of young adolescent. *The Developmental Psychology*. 21 (6): 1045-1054.
- Thoist, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. En H.B. Kaplan (Ed.). *Psychological stress: trends in theory and research*. New York. Academic Press.
- Thompson, K.M. y Wilsnack, R.W. (1987). Parental influence on adolescent drinking. Modeling, attitudes, or conflict?. *Youth and Society*. 19: 1, 22-43.
- Torres, A.I. (1998). Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad: un estudio empírico. *Anales de Psiquiatría*. 14, 2: 56-85. 14, 3: 116-132.
- Vaillant, G.E. (1966). Parent-child cultural disparity and drug addiction. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 142: 534-539.
- Vaillant, G.E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction. *British Journal of Addiction*. 83: 1147-1157.
- Walters, J.M. (1980). Buzzin' s PCP use in Philadelphia. En H.W. Feldman, M.H. Agar y G. Beschner (Eds.). *Angel Dust*. Lexington. Health. 73-107.
- Washton, A.M. (1989). *Cocaine addiction. Treatment, recovery and relapse prevention*. New York. Norton and Company.
- White, H.R.; Johnson, V. y Horwitz, A.L. (1986). An application of three desviance theories to adolescent substance use. *International Journal of the Addictions*. 21: 347-366.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London. Tavistock Publications.
- Winnicott, D.W. (1965a). *Maturational processes and the facilitating environment*. New York. International Univerity Press.
- Winnicott, D.W. (1965 b). *The family and individual development*. London. Tavistock Publications.
- Wolff, P.H. (1966). The causes, controls and organization of the behavior in the neonate. *Psychological Issues Monograph*. 17: 73-85.
-
-