



## ORIGINAL

# Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres

Víctor Hugo Cruz-Salmerón<sup>a,\*</sup>, Martha Leticia Martínez-Martínez<sup>b</sup>,  
Leticia Garibay-López<sup>c</sup> y Nicolás Camacho-Calderón<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Medicina Familiar N.º 16, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México

<sup>b</sup> Unidad de Medicina Familiar N.º 13, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México

<sup>c</sup> Unidad de Medicina Familiar N.º 9, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F. Sur, México

<sup>d</sup> Delegacional de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro, Querétaro, México

Recibido el 22 de enero de 2010; aceptado el 6 de abril de 2010

Disponible en Internet el 17 de junio de 2010

### PALABRAS CLAVE

Drogadicción;  
Adolescentes;  
Disfunción familiar

### Resumen

**Objetivos:** Comparar el perfil de funcionamiento familiar en adolescentes con y sin drogadicción.

**Diseño:** Estudio transversal comparativo.

**Emplazamiento:** Colegio de Bachilleres del Estado de Querétaro, México.

**Participantes:** Sesenta y tres adolescentes con y sin drogadicción de 13–19 años de edad, de ambos sexos, inscritos en el Colegio de Bachilleres; se formaron 2 grupos, uno sin drogadicción (seleccionado de manera probabilística sistemática) al que se lo comparó con un grupo de adolescentes con drogadicción (base de datos).

**Mediciones principales:** Perfil del funcionamiento familiar (alfa de Cronbach de 91). Análisis estadístico, descriptivo e inferencial.

**Resultados:** Los adolescentes con drogadicción (n=20) tenían una media de edad de 17,5±0,4 años (16–19) y el grupo sin drogadicción (n=43), de 16,9±0,1 años (15–18) (p=0,000). El 100% de los adolescentes habitaba en zona urbana, con tipología familiar de predominio nuclear simple, moderna y obrera. El 50% de los adolescentes con drogadicción provenía de familias desintegradas (p=0,002). La fase de dispersión fue un factor protector para no presentar drogadicción (razón de momios [OR]=0,6; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,8–21,0; p=0,003). Hubo diferencia estadísticamente significativa en la autoridad (OR de 29,7; IC del 95%: 5,8–150,5), la supervisión (OR de 10,3; IC del 95%: 2,8–37,2), el apoyo (OR de 0,04; IC del 95%: 5,5–109,8) y la disfuncionalidad familiar global (OR de 1,8; IC del 95%: 1,3–2,3; p=0,000).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salmeron.2000@yahoo.com  
(V.H. Cruz-Salmerón).

**KEYWORDS**

Drug addiction;  
Adolescents;  
Family dysfunction

**Conclusión:** La disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la drogadicción en adolescentes cuando es deficiente la autoridad y la supervisión en la familia, mientras que el apoyo familiar y la fase de dispersión son factores de protección.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Comparison of family functioning profile in adolescents with and without drug-dependency in a high school

#### Abstract

**Objective:** To compare the family functioning profile (FFP) in adolescents addicted to drugs and those not addicted to drugs.

**Design:** Cross-sectional study comparative.

**Setting:** A high school in Querétaro State, Mexico.

**Participants:** Study of 63 adolescents with and without addiction, of both sexes between the ages of 13 and 19, enrolled in high school; two groups formed, one not addicted to drugs (systematic probabilistic sampling was carried out); and compared with drug addicts (database).

**Main measurements:** FFP(Alpha Cronbach 91). Descriptive and inferential statistical analysis.

**Results:** Adolescents with drug addiction ( $n=20$ ), average age  $17.5\pm 0.4$  (range 16–19), and group of non-addicts ( $n=43$ ), average age  $16.9\pm 0.1$  (range 15–18) and  $P=0.000$ . All the adolescents lived in an urban area with a predominantly simple nuclear modern, working family type. Half (50%) of addicted adolescents came from broken families  $P=0.002$ . The dispersion phase was a protective factor in preventing drug addiction in adolescents ( $P=0.003$  OR 0.6 95% CI; 1.8–21.0). Significant statistical differences were observed in authority (OR=29.7, 95% CI; 5.8–150.5), supervision (OR 10.3, 95% CI; 2.8–37.2) and support (OR 0.04, 95% CI; 5.5–109.8). The overall family dysfunctionality, ( $P=0.000$ , OR 1.8, 95% CI; 1.3–2.3).

**Conclusion:** Dysfunctional families are a risk factor for drug addiction in adolescents, when there is insufficient authority and supervision within the family. On the other hand, family support, as well as the dispersion phase, are protective factors.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La familia es la unidad de análisis de la medicina familiar que permite abordar al proceso salud-enfermedad mediante la dinámica familiar, en la que se presentan interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades de los integrantes del grupo familiar, lo que promueve o inhibe un buen funcionamiento de los integrantes como entes socialmente productivos<sup>1</sup>.

En el desarrollo del sujeto, la etapa de la adolescencia es un período de transición en el que se experimentan cambios que se dan en las escalas social, sexual, física y psicológica. Es frecuente que el adolescente desee experimentar sensaciones nuevas como las que ofrecen las toxicomanías, particularmente el uso de drogas lícitas e ilícitas; de estas últimas, el uso de drogas (sustancias que en el interior de un organismo viviente alteran algunas funciones mentales y a veces físicas —esto incluye los solventes, el alcohol y el tabaco, y excluye las sustancias medicinales sin efecto psicoactivo—) puede modificar y alterar el núcleo familiar, y el propio desarrollo evolutivo del adolescente<sup>2</sup>.

La drogadicción es un problema de salud pública mundial y en Querétaro, México, se reportó en la Encuesta Nacional de Adicción una incidencia en el grupo de 12–65 años en el uso de drogas ilícitas del 6,8%<sup>3</sup>, y se estima que en todo el país hubo un crecimiento en su consumo del 5,03–6% para el uso de cualquier tipo de sustancia y del 4,6–5,5% en el caso de las drogas ilegales. Esta encuesta resalta que es 4,4 veces

más probable que el adolescente use drogas si su padre las consume, 4,6 veces si el hermano es quien lo hace y 10,4 veces si quien las usa es el mejor amigo; además de que el riesgo de fumar marihuana aumenta 68 veces más cuando está expuesto a esta<sup>3</sup>.

Las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia del consumo de drogas son la relación afectiva, la calidad de la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado de normas en la familia; estas se refieren a que un funcionamiento familiar armónico entre sus miembros se convierte en un factor protector frente a ciertas condiciones de riesgo y problemas de salud, y ayuda a los adolescentes a no iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas<sup>4–6</sup>.

Osorio et al<sup>7</sup> mencionan que la variable supervisión se considera un factor protector para el consumo de drogas ilícitas hasta en un 60%, en comparación con los adolescentes a los que sus padres no supervisan. Guzmán<sup>8</sup> refiere que existe 2 veces más riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas cuando el adolescente pertenece a una familia moderna (basada en el empleo remunerado de la madre o de ambos padres) y se considera como factor protector el pertenecer a una familia nuclear (formada por el padre, que representa la cabeza de familia, mientras la madre queda relegada al ámbito doméstico).

Garibay<sup>9,10</sup>, en el estado de Querétaro, encontró que el 100% de los adolescentes con antecedentes de uso de drogas ilícitas pertenecía a familias con disfunción familiar de

acuerdo con el cuestionario del perfil de funcionamiento familiar (PFF).

En este estudio se realizó la comparación del PFF, que permite determinar las áreas de afectación en la estructura familiar que influyen en la drogadicción. La identificación de estas permitirá al médico de familia buscar de manera intencionada el uso de drogas ilícitas y canalizar de manera oportuna a los centros de rehabilitación especializados.

## Material y métodos

Estudio transversal comparativo en adolescentes con y sin drogadicción, pertenecientes a un colegio de bachilleres del Estado de Querétaro, México. Se consideró con drogadicción a los adolescentes que tuvieran adicción o dependencia de una o más sustancias psicoactivas (esto incluyó los solventes, el alcohol y el tabaco, y excluyó las sustancias medicinales sin efecto psicoactivo) y sin drogadicción a aquellos que no presentaran dependencia de sustancias psicoactivas en los últimos 6 meses, tiempo destinado para la toma de la muestra. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para 2 proporciones, con un intervalo de confianza (IC) del 95% y una potencia del 80%. El grupo de adolescentes sin drogadicción calculado fue de  $n=31$ , para prevenir sesgos por ausencia de respuesta o pérdidas se trabajó con  $n=43$ , y el grupo de adolescentes con drogadicción fue de  $n=20$ .

El muestreo para el grupo de adolescentes sin drogadicción se realizó de manera probabilística sistemática y para el grupo de adolescentes con drogadicción en bola de nieve (obtenido de una base de datos de Garibay del 2007, del mismo colegio y ciclo escolar).

Se incluyó a los adolescentes que aceptaron participar en la investigación, previo consentimiento informado y firmado, que estuvieran dentro del rango de edad entre 13–19 años. Se excluyó a los adolescentes con antecedente de drogadicción en los últimos 6 meses. Se eliminó a aquellos que durante el transcurso de la entrevista se negaran a concluirla.

Las variables estudiadas fueron las características socio-demográficas (edad, sexo y escolaridad) y el PFF.

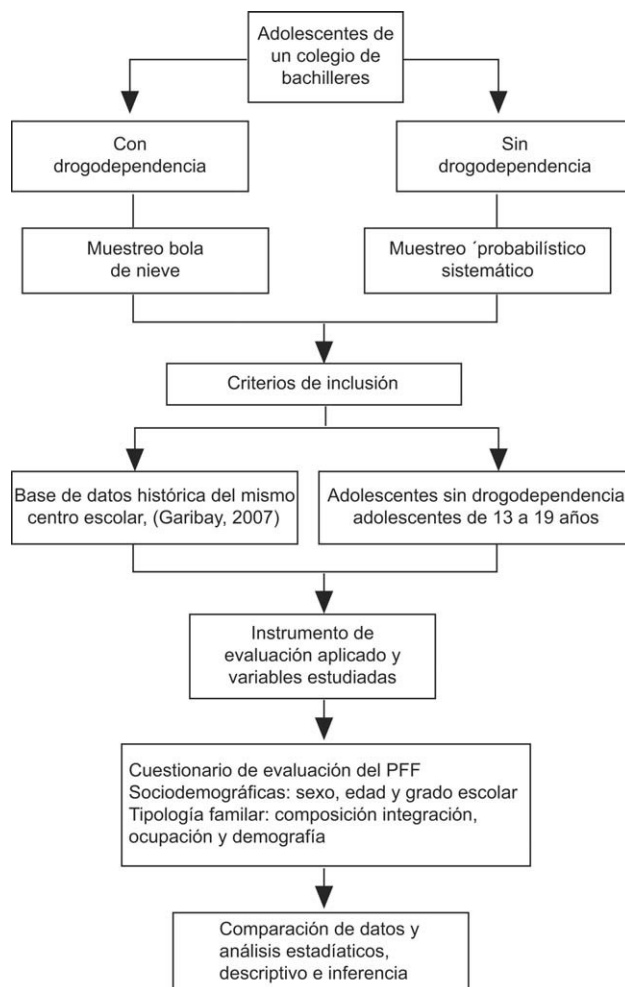
El análisis de la familia se realizó con el cuestionario del PFF de Espejel et al<sup>11</sup>, que ha sido resultado de varios diseños previos a los que se les han realizado pruebas en el centro de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México. Se consideró de alta confiabilidad (alfa de Cronbach=0,91) y se discriminó sensiblemente a las familias funcionales de las que no lo eran. Constaba de 40 reactivos que exploraban las áreas de la estructura familiar: territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y enfermedad, que posteriormente traducirían la funcionalidad o no de alguna de las 9 áreas del PFF: autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos.

Estas áreas miden el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia a través de una entrevista; la puntuación individual de las 9 áreas del PFF traducirán la funcionalidad o no de las familias, agrupando con puntuación total de 50 o más a las familias funcionales; posterior a la obtención del puntaje total y de forma

individual se hacen las comparaciones con los instrumentos aplicados al grupo de adolescentes dependientes de drogas.

El proyecto se evaluó, revisó y autorizó por parte de un comité local de investigación. Se invitó a participar a los adolescentes de un centro escolar y a los que aceptaron firmar el consentimiento informado previamente avalado por el coordinador de orientación vocacional del Colegio de Bachilleres.

El análisis estadístico fue con estadística descriptiva e inferencial con la prueba de  $\chi^2$ , la razón de momios (OR) y el IC del 95%. Se usó el programa estadístico SPSS V15.



**Esquema general del estudio** Estudio transversal comparativo de 2 grupos de adolescentes, uno con drogadicción y otro sin drogadicción.

## Resultados

Los datos de los 43 adolescentes entrevistados sin antecedentes de drogadicción se compararon con la información de la base de datos de los 20 adolescentes con drogadicción.

En el grupo sin drogadicción, la media de edad fue de  $16,9 \pm 0,1$  años (rango de 15–18) y en el grupo con drogadicción fue de  $17,5 \pm 0,4$  años (rango de 16–19) ( $p=0,009$ ).

En el grupo de adolescentes con drogadicción todos fueron del sexo masculino, en comparación con un 39,5%

**Tabla 1** Riesgo por áreas del perfil de funcionamiento familiar en adolescentes con y sin drogadicción

Áreas del PFF	Sin drogadicción		Con drogadicción		OR	IC del 95%	p <sup>a</sup>
	n	%	n	%			
Autoridad	2	10	18	90	29,7	5,8–150,5	0,000
Control	2	10	18	90	0,4	0,05–3,3	0,378
Supervisión	4	20	16	80	10,3	2,8–37,2	0,000
Afecto	7	35	13	65	1,2	0,4–3,6	0,477
Apoyo	7	35	13	65	0,04	5,5–109,8	0,000
Conducta disruptiva	0	0	20	100	1,5 <sup>b</sup>	1,2–1,8	0,90
Comunicación	0	0	20	100	1,5 <sup>b</sup>	1,2–1,7	0,311
Afecto negativo	3	15	17	85	2,4	0,6–9,8	0,163
Recursos	5	25	15	75	1,3	0,3–4,3	0,455
Disfuncionalidad global	0	0	20	100	1,8	1,3–2,3	0,000

Fuente: cuestionario del PFF en adolescentes de un colegio de bachilleres del Estado de Querétaro, 2007–2008.

IC: intervalo de confianza; OR: razón de momios; PFF: perfil de funcionamiento familiar.

<sup>a</sup> Prueba de Fisher, con un IC del 95%.

<sup>b</sup> Para la corte de adolescentes con drogadicción.

del grupo sin drogadicción (OR=2,1; IC del 95%: 1,5–3,0; p=0,000).

El 50% de los adolescentes con drogadicción provenía de familias desintegradas (la desintegración se refiere a la falta de alguno de los cónyuges por muerte, separación, divorcio o abandono) en comparación con el 29,9% sin drogadicción (p=0,002).

Con relación a la tipología familiar con base en el parentesco, la familia nuclear simple (integrada por madre, padre y menos de 3 hijos) predominó en ambos grupos: para los adolescentes con drogadicción fue en un 65,0%, comparado con un 72,1% en los adolescentes sin drogadicción.

En cuanto al desarrollo, la familia moderna fue más frecuente en los adolescentes con drogadicción (55,0%) comparado con un 48,8% en los adolescentes sin drogadicción.

Con relación a la ocupación, las familias obreras predominaron en el grupo de adolescentes sin drogadicción (81,4%) en comparación con el 40% en los adolescentes con drogadicción (p=0,000).

Las familias en fase de dispersión (correspondiente a la de edad de escolares y al inicio de la adolescencia) se presentaron en mayor medida en los adolescentes sin drogadicción en un 86%, en comparación con un 50% en los adolescentes con drogadicción (OR de 0,6; IC del 95%: 1,8–21,0; p=0,003).

Con relación a las áreas del PFF, se encontraron como factores de riesgo para la drogadicción la deficiencia en la autoridad (OR de 29,7; IC del 95%: 5,85–150,55; p=0,000) y en la supervisión (OR=10,33; IC del 95%: 2,86–37,25; p=0,000), y como factor protector el apoyo (OR=0,040; IC del 95%: 5,57–109,89; p=0,000). En cuanto a la disfuncionalidad global, el 100% de las familias de adolescentes con drogadicción fueron disfuncionales (OR=1,8; IC del 95%: 1,38–2,33; p=0,000) (tabla 1).

## Discusión

El presente estudio se centró en el interés de comparar a los adolescentes con o sin drogadicción por las repercusiones en la salud pública, la salud mental y la familia.

Los adolescentes con drogadicción tienen una edad promedio de inicio a los 14–16 años, aunque se observa desde los 12–13 años. Es relevante citar que aproximadamente 200.000 adolescentes han usado drogas y que el 55,3% de estos continúa consumiéndola<sup>12,13</sup>. La media de edad encontrada en este estudio corresponde a la reportada en la Encuesta Nacional de Adicciones y en otros estudios<sup>3,14,15</sup>. Esto ocurre porque las primeras experiencias con el alcohol, las drogas o el tabaquismo generalmente tienen lugar con pares y el adolescente lo hace de forma experimental al estar con los amigos, quizá como un sinónimo de rebeldía, por la necesidad de pertenecer a un grupo o como un acto de provocación ante el mundo del adulto.

En cuanto al sexo, el grupo de adolescentes sin drogadicción estaba conformado en su mayoría por el sexo femenino, en comparación con el grupo de adolescentes con drogadicción, donde el total era del sexo masculino. En la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 existían 3,4 usuarios hombres por cada mujer, cifra que se incrementó a 4 usuarios hombres por cada mujer en la encuesta del 2008<sup>3,13,16</sup>. Estos datos no están acordes con este estudio, debido a que en nuestro caso los compañeros enviaron a los adolescentes con antecedentes de drogadicción, lo que ocasionó un sesgo al estudiar solo voluntarios, que no garantizaron la representatividad ni un muestreo aleatorizado (muestreo en bola de nieve con el consecuente sesgo de selección), a diferencia de las encuestas nacionales que tuvieron base poblacional.

Todos los adolescentes vivían en áreas urbanas, situación acorde con lo reportado en otros estudios<sup>13,15,17</sup>, tal vez por la facilidad de conseguir en este lugar cualquier tipo de sustancia o droga ilícita, además de que son población blanco de distribución en las urbes.

La familia nuclear simple predominó tanto en los adolescentes con drogadicción como en los adolescentes sin drogadicción, estos resultados pueden explicarse porque actualmente las familias no son tan numerosas, sobre todo en las zonas urbanas donde los niveles de educación, cultural y social se han modificado.

En este estudio las familias modernas predominaron en los adolescentes con drogadicción, situación reportada por Guzmán<sup>8</sup>, quien observó que la familia moderna era un fac-

tor de riesgo para el desarrollo de la drogadicción en los adolescentes, en parte por compartir roles y porque posiblemente no se están llevando de forma adecuada por ambos progenitores, ya que tradicionalmente la madre se dedicaba al hogar con las funciones familiares de afecto, cuidado y socialización de los hijos.

Se observó que la mayoría de las familias de los adolescentes sin drogadicción eran integradas, en comparación con las familias de los adolescentes con drogadicción, que eran desintegradas. Esto puede ser porque la integración está dada por la presencia de ambos progenitores y el cumplimiento de sus funciones. En las encuestas nacionales de adicciones se reportó que la mitad de las familias eran mononucleares.

En cuanto al ciclo vital de la familia, el cursar por la fase de dispersión es un factor protector para que el adolescente no presente drogadicción; actualmente no hay estudios que apoyen esta relación, esto se podría explicar porque estas familias en su mayoría eran nucleares e integradas por todos sus miembros, y cada uno de ellos cumplía con sus roles establecidos como padre, madre e hijo, dando un equilibrio a la dinámica familiar y aceptando la evolución del desarrollo de la familia cuando los hijos tienen que salir para educarse y socializar fuera del núcleo familiar. Como lo mencionan Weinreich e Hidalgo<sup>5</sup>, un funcionamiento familiar armónico se convierte en un factor protector frente a ciertas condiciones de riesgo y problemas de salud.

El PFF<sup>11</sup> permitió identificar las áreas de la estructura familiar que afectaban sobre todo a los adolescentes con drogadicción y que podían conducir a la disfuncionalidad familiar. Estudios demuestran una asociación de mayor disfuncionalidad con el uso y el abuso de drogas ilícitas<sup>18</sup>. En este estudio se encontró que cuando la autoridad y la supervisión eran deficientes, existía el riesgo de drogadicción, situación reportada por Osorio et al<sup>7</sup>, que identifica la supervisión adecuada en la población escolar como un factor protector con posibilidad de reducir hasta en un 60% el consumo de droga.

Por otra parte, se observó la variable apoyo como factor protector para la ausencia de drogadicción, situación también señalada por Danton y Kampte<sup>4</sup>.

En este estudio no se pudo corroborar que la deficiencia del control, la comunicación, los recursos, la conducta y el afecto fueran áreas que pudieran influir en la disfuncionalidad familiar, quizá porque la muestra de adolescentes con drogadicción fue pequeña y obtenida por envío de sus propios compañeros. Se reconoce que es una dificultad social y metodológica que en un centro escolar se identifique al adolescente con drogadicción, ya que sus compañeros no lo delatan, además de que la ley y la sociedad civil lo señalan.

En la disfuncionalidad global, el 100% de las familias de los adolescentes con drogadicción fueron disfuncionales, y actualmente no hay estudios recientes que hayan utilizado el mismo cuestionario de evaluación de Espejel et al<sup>11</sup> para la disfunción familiar en adolescentes, como lo realizó Garibay<sup>9,10</sup>.

El problema en la drogadicción y en la disfunción familiar es multifactorial. A pesar de que el estudio tuvo sus limitaciones por el número de adolescentes estudiados, queda abierta la línea de investigación para dar a conocer si existe relación entre las áreas del PFF que no se pudieron corroborar. Se hace hincapié en que una familia funcional debe

promover un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, por lo que es indispensable que existan jerarquías, límites claros, roles funcionales y definidos, así como comunicación asertiva y capacidad de adaptación al cambio.

## Lo conocido sobre el tema

- La drogadicción es un problema de salud pública mundial.
- La adolescencia es una importante vía de entrada para el uso de drogas ilícitas; los padres, los hermanos y los amigos con drogadicción del adolescente representan un riesgo importante para este.
- Un funcionamiento familiar armónico entre sus miembros, sobre todo en las familias nucleares, es un factor protector y ayuda a los adolescentes a no iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas.
- Los adolescentes con antecedentes de uso de drogas ilícitas pertenecen a familias con disfunción familiar.

## Qué aporta este estudio

- Las familias en fase de dispersión tienen menor riesgo de presentar adolescentes con drogadicción.
- Una deficiencia de autoridad familiar en los adolescentes aumenta el riesgo de adolescentes con drogadicción.
- La carencia de supervisión en el adolescente incrementa el riesgo de drogadicción en el adolescente.
- El apoyo familiar es fundamental en el adolescente, ya que se asocia con una reducción en el riesgo de drogadicción.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A cada uno de los adolescentes que formaron parte de la investigación.

Al licenciado en Psicología Lauro Rojo Venegas por su apoyo en la investigación.

A los directivos del Colegio de Bachilleres donde se llevó a cabo el estudio.

## Bibliografía

1. Consejo Académico en Medicina Familiar (CAMF) Conceptos Básicos Para el Estudio de Familias. Arch Med Fam. 2005;7:15s-9.
2. Toledo M. Perfil Clínico Epidemiológico del adolescente consumidor de drogas en el Hospital Hermilio Valdizan. Rev Psiqu Salud Ment Hermilio Valdizan. 2003;4:19-28.
3. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones (Informe preliminar) 2008. México, D.F.: SSA; 2008.



4. Danton R, Kampte E. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescent*. 1994;29:475–95.
5. Weinreich ML, Hidalgo CG. Intervención de salud en familias de alto riesgo biopsicosocial. Seguimiento a largo plazo de funcionamiento familiar. *Psyche*. 2004;7:33–42.
6. Pérez A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria*. 2007;39:61–7.
7. Osorio M, Caris L, Garmendia M, Villegas R. Factores de riesgo familiar asociados al consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile. *Cuad Méd Soc*. 2006;46:13–21.
8. Guzmán M. *Tipología familiar y factores relacionados con las adicciones en la adolescencia [tesis de posgrado]*, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro, México, Qro.; 2004.
9. Garibay L. *Perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con farmacodependencia [tesis de posgrado]*, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro, México, Qro.; 2007.
10. Garibay L, Martínez M. Funcionalidad familiar en adolescentes de una escuela de bachillerato de Querétaro, México. *Aten Primaria*. 2008;40:316–7.
11. Espejel E, Cervantes M, Esquivel A, Liberman R, Rojas L, Suárez I. *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*. México. AC: Instituto de la Familia; 1997.
12. Martínez K, Salazar M, Pedroza F, Ruiz G, Ayala H. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*. 2008;31:119–27.
13. *Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002*. México, D. F.: SSA; 2002.
14. CONADIC 2005. Gobierno del Estado de Querétaro, Secretaría de Salud, Consejo Estatal Contra las Adicciones. 2-29. [consultado 23/09/2009]. Disponible en: <http://www.inpsiquiatria.edu.mx/javv/pagina../drogasqueretro2005.pdf>.
15. Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. La encuesta de estudiantes del nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: noviembre 2003: prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*. 2005;28:38–51.
16. Ortiz A, Soriano A, Galván J, Meza D. Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México: sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*. 2005;28:91–7.
17. Linares N, Cravioto P, García G, Medina M. Porcentaje de continuidad del consumo de la marihuana en México: una aproximación desde las encuestas nacionales de adicción. *Salud Mental*. 2002;25:1–8.
18. Arellanez J, Díaz D, Wagner F, Pérez V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 2004;27:54–64.