



**NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO
PSICOTERAPEUTICO GRUPAL EN
TOXICOMANIAS Y LA FAMILIA COMO GRUPO
REFERENCIAL ADOLESCENTES EN GRUPO FAMILIAS EN GRUPO**

Las toxicomanías han sido un territorio de confrontación en las distintas estrategias de tratamiento: del periodo en el que primaba la abstinencia a través del periodo en el que prevalecían las políticas de reducción del daño al actual periodo de la complementariedad en los tratamientos.

periodo en el que primaba la abstinencia.

El abordaje grupal se ha impuesto en el tratamiento de las toxicomanías desde tiempos muy tempranos. Dos justificaciones lo permitían:

1. El fenómeno de identificación grupal del toxicómano
2. La temprana intervención de carácter grupal con toxicómanos a partir de la experiencia de los grupos de A .A. en EEUU.

La dificultad para una toma de conciencia de enfermedad en los problemas aditivos favorecía este tipo de abordajes que ponían mucho el acento en la presión del grupo.

Los abordajes de carácter directivo y fuertemente influenciados por las teorías sobre la modificación de la conducta utilizaban el grupo como elemento esencial de las propuestas terapéuticas.

La epidemia de consumo de heroína en Europa con sus graves consecuencias sobre la salud pública propiciaron mecanismos de intervención grupal como forma de atajar el problema.

Las corrientes de trabajo psicológico psicodinámico tenían una posición más ambigua sobre la eficacia de este tipo de intervenciones.

352

Desde la introducción masiva de las políticas de reducción del daño descien- de la implantación de la psicoterapia grupal, bien sea en su forma de terapia de grupo a nivel ambulatorio como en su forma de comunidad terapéutica.

Con la aparición de las evaluaciones sobre los resultados de los programas de reducción del daño y sobre todo sobre el análisis de los límites de estos progra- mas se relanza de nuevo el interés del trabajo psicoterapéutico grupal para los pacientes toxicómanos.

Con la aparición de las nuevas formas de consumo y de la utilización de nue- vas sustancias sobre todo cocaína y otros estimulantes se valoran de nuevo los tra- tamientos grupales en toxicómanos.

En la actualidad se están presentando en los servicios nuevos perfiles emer- gentes en los consumidores de drogas. Dos grupos aparecen como grupos diana de nuestros futuros programas de tratamiento:

1. Los adolescentes no problemáticos o muy problemáticos con las siguientes características:

Adolescente Consumo no problemático o consumo muy problemático

Antecedentes familiares Implicación familiar

Sustancias estimulantes Dificultades de integración escolar y social

Escasa conciencia de problema Consumo lúdico

2. Los jóvenes adultos en pleno proceso emancipatido:

Joven adulto

Bien integrado sociolaboralmente

Situación de pareja

Importancia del medio en el consumo

Escasa conciencia de problema

Sustancias estimulantes

Poca implicación familiar

Consumo lúdico

Problemas económicos relacionados con el consumo

Además del trabajo con los pacientes que exigen aún la mayor dedicación de tiempo de nuestros servicios y que constituyen una bolsa crónica de sujetos e intervenciones:

Varón (8 su 10)

Edad media: 28 años

Nivel educativo bajo

Sin trabajo

Sustancia de abuso primaria

Policonsumidores

Vía inyectada

Múltiples tratamientos

En estos dos nuevos grupos emergentes la psicoterapia grupal se perfila como una intervención psicoterapéutica de enorme importancia pero que deberá ser construida con algunas características especiales y con ciertos requisitos imprescindibles. Requisitos de la psicoterapia grupal:

1. Tipos de grupo
2. Contexto de la intervención
3. Tipos de diagnóstico
4. Integración de tratamientos

LA TERAPIA

354

Debemos de tener en cuenta que la terapia es la capacidad de organizar y estructurar determinadas interferencias de forma consentida por el terapeuta y el paciente y que en la psicoterapia estas interferencias se generan a través de la palabra.

Ante los nuevos consumos la combinación de intervenciones psicoterapéuticas y medicamentosas son complementarias.

Preguntados los propios pacientes como creen ellos que les ayuda la terapia grupal estas son sus contestaciones:

1. Vence mi resistencia a hablar de mis problemas
2. Mayor conocimiento de uno mismo
3. Conocer más soluciones a mis problemas
4. Apoyo grupal
5. Quitar presión
6. Reconocerse delante de los otros

Si se les pregunta a esos mismos pacientes como les ayuda la medicación estas son sus respuestas:

1. Reduce la ansiedad
2. Evita puntualmente el consumo

3. Aumenta el control de uno mismo
4. Se siente uno mejor
5. Ayuda a dormir

Vemos aquí que es posible la complementariedad como aspecto esencial en los tratamientos incluso desde la percepción de los propios pacientes

LA FAMILIA. GRUPO Y TERAPIA

La familia como grupo de referencia imprescindible en todo tratamiento con toxicómanos puede aparecer como un recurso para el propio tratamiento o una dificultad para el desarrollo del mismo, sobre todo si tenemos en cuenta que la familia ocupa el primer lugar en la valoración de los jóvenes . La familia como grupo social de referencia:

1. Mantiene una estructura
2. Propone un modelo comunicativo
3. Evolucionan a través de procesos adaptativos
4. Mantiene un dialogo constante con el medio
5. Y es capaz de narrar su propia historia

En los últimos tiempos una serie importante de cambios han modificado el rostro de la familia y sus forma de interacción con el individuo y en consecuencia la manera de intervenir en los tratamientos.

Cada vez el número de miembros que constituye la familia es menor, debido al descenso de la natalidad y a que los vínculos familiares y sociales son más débiles. Se prevé, entre otros efectos, que se producirá una reducción de los vínculos y las relaciones con los familiares no directos.

Los hijos conviven durante más años con los padres, debido a la duración de la vida escolar y las incertidumbres que genera la entrada en la vida activa. Sin

embargo, las relaciones familiares cotidianas son menos frecuentes, porque muchas de las actividades de los miembros se realizan fuera de casa.

La función socializadora de la familia se comparte, cada vez en mayor medida, con otras instancias como la escuela y el grupo de iguales.

Las nuevas formas familiares modifican las pautas de relación y las exigencias extra-familiares.

La reducción del tamaño medio de la unidad familiar como consecuencia directa del descenso y retraso de la nupcialidad así como por la disminución de la natalidad, la creciente presencia de familias formadas por un solo progenitor (familias monoparentales) o familias en las que cada miembro de la pareja aporta los hijos/as de una anterior relación (familias reconstituidas) a las que se unen cada vez más hogares formados por una sola persona son solo algunos de los aspectos que están modificando el modelo de familia que hemos conocido hasta ahora.

La diversidad y heterogeneidad de formas familiares es la regla. La familia conyugal o nuclear, que los conservadores del XIX calificaron de revolucionaria por oponerse a la familia extensa, es hoy considerada la forma tradicional de familia, todavía mayoritaria pero en claro retroceso (Del Campo 1993).

No está emergiendo, como alternativa, un modelo único y dominante y la pluralidad de formas familiares es la regla.

FACTORES SOCIOCULTURALES.

Se han modificado los cometidos asignados tradicionalmente a hombres y a mujeres que cuestionan los patrones de relación y las líneas de poder hasta hace poco vigentes. Las relaciones de pareja tienden a ser más equitativas y equilibradas, desplazando un modelo basado en la jerarquía que da el poder y la autoridad a los varones y en el que el hombre es el principal sostén económico de la familia por otro en el que la dependencia o subordinación de un sexo a otro no tiene cabi-

da. La lenta pero progresiva desaparición del modelo patriarcal está produciendo una revolución igualitaria que nivela las relaciones entre los cónyuges y entre estos y sus hijos. Al desaparecer la relación subordinada de mujeres y jóvenes las familias viven en un estado de constante negociación de los derechos y deberes de cada uno (Alberdi, 2000). Se reducen las relaciones familiares a dos relaciones básicas: las que se producen entre la pareja, reforzando la conyugalidad, y la que mantienen los padres y los hijos.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS.

La globalización, o mundialización y el actual proceso económico están afectando a la capacidad de los Estados para proporcionar niveles adecuados de protección social, produciéndose un trasvase del coste de protección y provisiones sociales del sector público al hogar, las familias son requeridas como proveedoras de seguridad psicológica y bienestar material de las personas en un mundo caracterizado por la individualización del trabajo, la desestructuración de la sociedad civil y la deslegitimación del Estado.

Los retos de los sistemas de protección social responden a la necesidad de adaptarse a la complejidad y diversidad de las relaciones entre hombre y mujeres en la moderna economía social europea.

Se está produciendo un incremento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, aunque todavía sea insuficiente.

Hay una mayor diversidad en los modelos de cuidado de los niños y de la familia, para los que se necesita una financiación adecuada.

Se ha producido un aumento del número de hogares que dependen de los ingresos de la mujer.

Existe, por ello, una creciente valorización funcional del grupo familiar como proveedor de apoyo y de identidad, en un espacio caracterizado por una profun-

da diversificación de formas familiares que ha ido acompañado de un cambio en su sistema de poder. No ha surgido un nuevo tipo prevalente de familia y la diversidad o pluralidad es la regla.

La importancia de la familia en el tratamiento de drogodependientes.

La mayor parte de los drogodependientes tienen un núcleo familiar de convivencia más o menos estable que amplia enormemente las posibilidades y perspectivas de la intervención tanto en el ámbito preventivo como asistencial y de reinserción. La ausencia de la familia quedaba enmarcada en:

La necesidad de crear lugares que los toxicómanos pudieran apropiarse y en los cuales se sintieran protegidos.

La necesidad de construir una clínica del toxicómano ha dejado fuera a las familias del dispositivo especializado.

La diversidad de preguntas que planteaban las nuevas formas de toxicomanía y la ausencia de modelos clínicos preexistentes, dejaba poco lugar para tener en cuenta las dificultades de la familia. Reclamaban, a menudo, su derecho a realizar un seguimiento pormenorizado sobre una relación terapéutica cuyo cuadro teórico estaba en curso de elaboración, exigiendo resultados inmediatos. Las familias eran y, en muchos casos lo son todavía, vividas como intrusas y perturbadoras.

La preocupación por evitar una medicalización excesiva de la toxicomanía. Muchas familias se dirigen a los especialistas con una demanda de medico-farmacológica para los problemas que tiene su hijo. Este deseo de medicalización está asumido como una manera de exorcismo de la responsabilidad de los padres: la enfermedad como "salvavidas" permite dar un aire de explicación y de normalización a un comportamiento que los profesionales intentan sustraer al campo de la enfermedad mental y más generalmente al etiquetamiento de la nosografía médica.

El voluntarismo y la libre elección condicionan, en muchas ocasiones, el apoyo familiar. Esto se inscribe en la ideología de la demanda alrededor de la cual

se estructura el sistema de atención. Los padres que se dirigen a los centros de acogida tienen tendencia a querer sustituir su propio deseo de cuidar a su hijo por una demanda voluntaria y explícita del joven toxicómano que, muy a menudo, no ha manifestado este deseo.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes, existen suficientes pruebas de que la participación de la familia en el tratamiento mejora considerablemente su eficacia. Cancrini (1987) habla del potencial terapéutico de la familia "una estructura de sistema admirable y potente, con gran capacidad de ser utilizada, que bien guiada y seriamente ayudada, sabe transformar en fuerza positiva de cambio una desesperación más o menos resignada".

¿Cual es la actitud de la familia frente a las drogodependencias en general y con respecto al miembro drogodependiente en particular?

El papel que desempeña la familia y sus posibilidades de actuación en el proceso terapéutico se encuentra relacionado con los siguientes aspectos:

1. Los tipos de recursos y los modelos de redes asistenciales.
2. Los objetivos de los programas.
3. Las etapas o fases de los procesos de rehabilitación.
4. La percepción de los profesionales.
5. Los cambios sociales.
6. La cultura de la organización asistencial/la influencia de la institución

Los principales aspectos familiares que se tienen en cuenta en la valoración de un sujeto drogodependiente, son los siguientes:

1. Información que posee la familia sobre las drogodependencias.
2. Grado de conocimiento del problema del miembro toxicómano por parte de la unidad familiar.

3. Existencia de especiales situaciones de riesgo para el consumo dentro de la familia.
4. Actitud frente al tratamiento.
5. Habilidades para el manejo de límites dentro de la familia.
6. Análisis de las relaciones familiares.
7. Papel que desempeña la drogodependencia en un determinado miembro de la familia.
8. Capacidad de la familia para el cambio.
9. Análisis de los puntos fuertes favorecedores del tratamiento.

PERCEPCIÓN, MOTIVACIÓN Y CAPACIDAD DE LA FAMILIA PARA EL TRATAMIENTO.

Estamos asistiendo, desde hace tiempo, a la normalización de las condiciones sociales de los sujetos drogodependientes superando el estereotipo de heroinómano marginado y sin recursos. En este contexto, muchas familias no consideran que su participación sea esencial y delegan las decisiones que tiene que tomar la familia en el equipo terapéutico.

Por otro lado, las recaídas reiteradas de los pacientes adultos que saturan a las familias y las incapacitan para reiniciar constantemente un tratamiento. Los pacientes más cronificados con recaídas frecuentes, se encuentran en una situación en la que las familias no se encuentran dispuestas a participar en un sexto o séptimo intento de tratamiento.

También debemos tener en cuenta que la existencia de programas y servicios encaminados a la reducción de daños o de objetivos intermedios provoca que muchas familias no se encuentran dispuestas a limitar el objetivo del tratamiento a otro que no sea la abstinencia.

Se aprecia en los últimos años una reducción del compromiso de los padres en el tratamiento de sus hijos. El informe anual de drogas italiano lo asocia a dos explicaciones:

El uso de drogas ya no se vive como un suceso dramático dentro de la familia. Se asume con cierta normalidad y los padres tienden a resignarse a las continuas recaídas.

La segunda explicación se relaciona con los cambios demográficos y sociales, con un gran distanciamiento entre familias y una población en tratamiento más vieja que se encuentra distanciada de la familia. Esta explicación no se puede dar, sin embargo, para el uso de nuevas drogas sintéticas donde los usuarios tienden a ser jóvenes e integrados en la familia en comparación con los usuarios de opiáceos que forman la mayoría de la población en tratamiento.

En un primer momento será necesario valorar el compromiso familiar y motivar para incrementar la participación y compromiso de la familia, teniendo en cuenta que es necesario lograr ese compromiso familiar con el centro o servicio, sin focalizarlo, necesariamente, en el paciente.

Por otro lado, hay que considerar que las familias pueden trabajar en contra del tratamiento. El concepto de co-dependencia, por su parte, se comenzó a utilizar en los años setenta para describir a la persona, sea ésta familiar, amigo o voluntario que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción. , la co-dependencia ha sido explicada desde tres puntos de vista:

Como una enfermedad primaria de un sistema familiar disfuncional y que una vez desencadenada seguirá su curso y afectará a uno o más miembros de la familia (Wegscheider-Cruse, 1984).

Como un trastorno de personalidad previo de uno o más miembros de la familia en interacción con la conducta del adicto que facilitan la adicción, la encubren y la mantienen (Cermack, 1986).

Como un mecanismo reactivo que se desarrolla a partir de una prolongada exposición individual a un conjunto de reglas represivas que impiden la manifestación de sentimientos y la discusión directa de problemas (Subby, 1984).

Se han identificado cuatro tipos de codependientes (Vacca, 1999):

1. El codependiente directo que presenta uno de los comportamientos que genera más dificultades en el proceso terapéutico porque su conducta va desde proporcionarle la droga hasta dinero o el lugar donde pueda consumir la droga.
2. El codependiente indirecto mantiene una conducta de oposición declarada y objetiva a la adicción del familiar pero, a la vez, protege al adicto, y evita que se responsabilice de sus acciones.
3. El codependiente tolerante desempeña el rol de sufridor. Su rol no es modificar el comportamiento del adicto sino contemplar como se autodestruye pero queriendo sacar lo que queda de bueno y noble en él.
4. El codependiente perseguidor es el familiar más comprometido en controlar la conducta autodestructiva del adicto. Despliega un sistema de conducta para descubrirlo. Es el que opera con un control externo.

La co-dependencia se presenta como un mecanismo estabilizador de la conducta dependiente y como una dificultad para el cambio y la terapia.

Será necesario por lo tanto valorar y motivar el compromiso familiar para incrementar la participación de la familia en el tratamiento teniendo en cuenta que es necesario lograr ese compromiso familiar también con el centro o servicio y no solo con el paciente para que se produzcan y consoliden los cambios.

Preguntados los pacientes sobre como les ayuda la terapia familiar como especifica del trabajo psicoterapéutico de grupo contestaban como elementos importantes estos:

1. Se valoran mis avances en general

2. Me ayuda a centrarme en la realidad
3. Se cambian las relaciones familiares
4. Me siento apoyado

Estas respuestas avalan la necesidad del trabajo psicoterapéutico familiar mucho más si tenemos en cuenta el proceso de cambio que experimenta la familia y que se proyecta sobre las diferentes estrategias de la psicoterapia.

Lo que nos proponen los adolescentes con los que nos relacionamos, es que a través de la utilización de cierto tipo de sustancias que se utilizan en un contexto lúdico se producen reacciones que emiten un mensaje agresivo no solamente hacia el exterior sino también hacia ellos mismos. Por lo tanto, si nosotros colocamos el dilema de cuál es el significado que tiene la utilización de ciertas drogas por parte de los adolescentes con los que convivimos necesitamos situarnos en ese juego de relaciones y necesitamos identificar quiénes son las partes en esa relación. Las partes son los adultos y los adolescentes -las podemos llamar "padres y adolescentes", aunque no siempre esto es así: pueden ser también "adultos significativos y adolescentes", maestros, profesores, tutores, párrocos, etc. -. Vamos a trabajar poniendo énfasis en los padres, aunque también vamos a ver el juego de relaciones de los adolescentes con los otros adolescentes.

Necesitamos trabajar sobre las partes, necesitamos trabajar sobre la relación y, cómo no, sobre la función que tiene la conducta en esa relación. ¿Cuál es la función de esta conducta? ¿Cuáles son las respuestas y qué pasa con el funcionamiento familiar ante el consumo de adolescentes no problemáticos? En un estudio que se hizo en el año 2000 en el IDD de la Universidad de Deusto vemos algunos de los estilos y de las actitudes de los padres ante el consumo de drogas de sus hijos. Se hizo una encuesta del tipo bola de nieve para definir dos grupos de chavales de colegios: consumidores de drogas no problemáticos y no consumidores. En cuanto había un consumo problemático se excluía de la muestra. Los que consumían hachís, algunas drogas de síntesis, etc., nunca habían tenido problemas de consumo. Sin decir nada a los padres, se fue a hacer un trabajo con ellos pasándoles los mismos test a los padres del grupo de los consumidores y los del grupo de los no consumidores. Veamos cuáles fueron las características de las diferencias que se dieron entre estos dos grupos de padres:

- Con respecto a los estilos educativos en el grupo de los hijos no consumidores lo que surge de una manera bastante importante es la seguridad a la hora de ejercer la función adecuada, “nosotros no tenemos dudas sobre el papel que debemos hacer, somos más padres que amigos y hay que llevar las riendas de la educación”. No se sienten desbordados ante la educación, “no es un tema fácil, es un tema difícil, pero tenemos hijos y tenemos que afrontar esa educación”. El estilo educativo es democrático, es decir, con normas firmes que perduran en el tiempo -pero que pueden ser flexibles si las circunstancias lo aconsejan- dándole mucha importancia a los elementos de disciplina.

- Frente a estas características del grupo de padres de hijos no consumidores en los grupos de los hijos consumidores no problemáticos perciben la educación en la adolescencia como algo demasiado difícil. Están desbordados o despistados, “esto es imposible”. Ejemplo: los padres de Juan -él un profesional y la madre una funcionaria- decían: “no sabemos qué hacer, estamos desbordados”. Hay prácticas educativas que son cambiantes: lo mismo podemos ser democráticos que somos duros. Pasamos de la flexibilidad a la rigidez, y los que se sienten seguros confían en la madurez de los hijos. La educación se realiza sin educadores y crecen bien por sí mismos. No recurren a los castigos pero hay consecuencias si no se cumplen las normas. Abogan por el diálogo y la negociación aunque si lo consideran oportuno hacen prevalecer sus criterios intentando dialogar y consensuar con los hijos las tareas que estos tienen que hacer en la familia. En el grupo de los hijos consumidores los padres viven un clima más conflictivo, hay más roces, se discute más. Se consensúa pero accediendo a las peticiones de los hijos en más ocasiones. Estas serían las principales diferencias respecto al rol educativo.

- Con respecto a la transmisión de valores en referencia a los dos grupos en el grupo de los hijos consumidores están más satisfechos de la forma en la que educan y son optimistas con respecto a la inculcación de su escala de valores. Confían en la fuerza de su ejemplo y además muchas veces estos padres dicen: “nosotros hemos sido educados así y nosotros también podemos educar así a nuestros hijos”; procuran estar lo más cerca de sus hijos y facilitar su emancipación. Necesitan inculcar el sacrificio y la austeridad en los hijos, se comparte el tiempo libre con ellos. No

temen reproducir el modelo educativo donde los padres fueron criados. El grupo de los hijos no consumidores están más desorientados y con más preocupación ante el presente y el futuro de sus hijos. Tienen menos confianza en la influencia que ellos pueden ejercer sobre sus hijos porque piensan que la televisión, los amigos, los grupos etc. van a ser más influyentes. Están interesados en fomentar la obediencia incluso a veces con una pérdida de argumentos. La austeridad y el sacrificio no son nombrados estilos de los valores, entre los que sí destaca el consumo. Salen más juntos y menos con los hijos. Desechan la educación recibida por considerarla conservadora.

- Con respecto al tiempo libre, en el grupo de los hijos no consumidores hay un elevado control y supervisión sobre las actividades de los hijos: con quién vas, dónde vas, qué haces. Hay una vigilancia a distancia con un interés y un contacto estrecho, sin agobio pero presentes. Cuando los hijos dicen: "me agobias", se responde: "yo soy tu padre y los padres agobian". Sus hijos "no tienen todavía edad para fumar y beber alcohol", lo dicen así. No hay prohibición pero no quieren un inicio temprano en estos consumos y expresan que se llevarían un disgusto si sus hijos consumieran. Yo siempre recuerdo una escena en una película americana que narra la vida de una familia del medio oeste en la que el hijo está fumando en la habitación, sale de ella donde está la madre, y esta le dice: "has vuelto a fumar en la habitación"; el hijo responde que no y la madre le contesta: "no te estoy preguntando si has fumado, sé que has fumado y no quiero que fumes". Aquí queda patente la expresión de su posición. No va a cortarles la mano si lo vuelve a hacer pero expresa su posición. El consumo tiene consecuencias aunque habría una aceptación, la mitad de los padres bebe y fuma con un consumo más bien de carácter social. No encuentran contradicción entre lo que quieren enseñar a sus hijos y lo que hacen.

- En el grupo de los hijos consumidores, los padres consideran estar informados de lo que hacen sus hijos siendo la comunicación con sus hijos la principal fuente de información, "lo que me diga mi hijo vale". La mayoría de los padres saben que sus hijos consumen ocasionalmente tabaco siendo pocos los que saben que también fuman hachís. La actitud generalizada es de aceptación a estas edades, pues hay que probar y experi-

mentar. El consumo de tabaco y alcohol es superior en este grupo de padres que en el otro grupo. Ellos diferencian las drogas legales de las ilegales pero rechazan firmemente el consumo de las últimas.

El reto de los nuevos consumos y los nuevos perfiles de consumidores deben de crear formulas nuevas de intervención en las cuales se tengan en cuenta los cambios que se producen en las características de las familias en los últimos años pero se deberá mantener la necesidad de implicación de estas en las intervenciones.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMACHO, J. M. Y Otros.(2001). La familia y el tratamiento con drogodependientes en los países de la Europa Meridional. Itaca.

2. VIELVA, I. Y otros.(2000). El funcionamiento familiar ante el consumo de drogas de Adolescentes no Problemáticos. Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto. Bilbao.

3. CANCRINI, L.; MAZZONI, S. (1993): Estrategias de intervención familiar en drogodependencias, Grupo Igia, Barcelona.

4. DEL CAMPO, S. (1993): La marginación de la juventud en Anales de la Real Academia de Ciencias Políticas y Sociales, Año XLV, nº 70, Madrid.

5. SANCHEZ M. L.,CARRON SANCHEZ J.(1998): Trabajo grupal con padres y madres en drogodependencias MADRID: GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS.

6. GRUP IGIA, (1993) Estrategias de intervención familiar en drogodependencias.

7. CIRILLO, S. BERRINI, R. CAMBIASO, G. Mazza, R. (1999) La familia del toxicómano Paidós Barcelona .

8. CANCRINI, L. (1991, Nueva Visión, Buenos Aires): Los temerarios en las máquinas voladoras.

9. ABEIJON, J.A. (1987): Los sistemas en la demanda del toxicómano, en Comunidad y Drogas, Monografía nº 1.