

## Dependencia a las benzodiazepinas y funcionamiento familiar percibido en un Centro de Salud Familiar chileno

### Benzodiazepine Dependence and Perceived Family Functioning in a Chilean Family Health Center

Isaac Francisco Ruiz Muñoz\* - Luis Marcelo Silva Burgos\*\*

**Resumen:** Esta investigación buscó relacionar el riesgo de dependencia a las benzodiazepinas con el funcionamiento familiar percibido en pacientes del centro de salud familiar Dr. David Benavente de la comuna rural de Ninhue, Chile. Los participantes del estudio fueron sujetos de sectores rurales en tratamiento clínico dada la dependencia a las benzodiazepinas, por periodos iguales o superiores a un año, conformando una muestra de 24 casos, 20 mujeres y 4 hombres. La metodología fue cuantitativa, no experimental, correlacional y de alcance temporal transversal. El instrumento aplicado fue la escala de funcionamiento familiar (FACES 20 ESP) y el *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Los resultados de tipo descriptivo permiten distinguir mayor tendencia a la cohesión desligada y aglutinada, una adaptabilidad rígida y caótica, y, finalmente, un funcionamiento familiar de tipo extremo relacionado con el riesgo de dependencia de tipo moderado e intenso. Las principales conclusiones de esta investigación se basan en la condición clínica, el nivel educativo alcanzado, la condición de ruralidad y la edad de los participantes.

**Palabras clave:** Familia, intervención familiar, salud primaria, benzodiazepinas, adicción

**Abstract:** This research sought to relate the risk of benzodiazepine dependence with perceived family functioning in patients of the Dr. David Benavente family health center in the rural commune of Ninhue, Chile. The participants of the study were subjects from rural areas in clinical treatment for benzodiazepine dependence, for periods equal to or longer than one year, comprising a sample of 24 cases, 20 women and 4 men. The methodology was quantitative, non-experimental, correlational and of cross-sectional temporal scope. The instruments used were the Family Functioning Scale (FACES 20 ESP) and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). The descriptive results allow us to distinguish a greater tendency towards detached and agglutinated cohesion, a rigid and chaotic adaptability, and, finally, an extreme type of family functioning related to the risk of moderate and intense dependence. The main conclusions of this research are based on the clinical

---

\* Magíster en Intervención Familiar, Carrera de Trabajo Social, Facultad de Psicología, Universidad San Sebastián, región del Bío-Bío, Concepción, Chile, email institucional: [isaac.ruiz@uss.cl](mailto:isaac.ruiz@uss.cl), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1419-5577>

\*\* Doctor en Sociología, Carrera de Administración Pública, Facultad de Derecho y Gobierno, Universidad San Sebastián, región del Bío-Bío, Concepción, Chile, email institucional: [luis.silva@uss.cl](mailto:luis.silva@uss.cl), ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5371-0933>

condition, the educational level attained, the rurality condition and the age of the participants.

**Keywords:** Family, family intervention, primary health, benzodiazepines, addiction

Recibido: 30 marzo 2021 Aceptado: 27 julio 2021

## Introducción

El consumo y tratamiento con benzodiazepinas, es un fenómeno en aumento y creciente expansión dentro de la realidad médica de Chile. En 2003, trabajos realizados en la comuna de Concepción (Galleguillos, et al., 2003) mostraron que un 58% de las benzodiazepinas se expendía sin prescripción médica. El mismo estudio indicó que en la comuna de Santiago, entre diciembre de 1990 y enero de 1991 existía una prevalencia anual del consumo de un 31,4%, del cual un 29% no estaba avalado por ningún profesional de la salud y en más de 60% de los casos la duración del tratamiento era indefinida. Además, siempre existe el riesgo que los pacientes consumidores de estas sustancias aumenten las dosis sin previa comunicación al médico tratante. Una de sus razones, radica en que su uso paulatino conlleva un aumento en las dosis para alcanzar el mismo efecto inicial, condición que pone a las personas en situación de dependencia. Ya en 2010, Pezzani y Mosca, indicaban que en Chile se vendían 200.000 unidades, siendo un 25% del consumo atribuido al trastorno ansioso. Además, observaron que el grupo que más consumía benzodiazepinas correspondía a adultos jóvenes entre 25 y 30 años. Resultados similares fueron encontrados en los trabajos de Aguilar, et al, (2016) en Honduras y por González, et al, (2018), en España, destacándose en ellos el uso del fármaco Clonazepam sin prescripción médica, en población adulta y adulta mayor.

Las benzodiazepinas son usadas en la medicina como terapia para la ansiedad, el insomnio y otros estados afectivos (Pelissolo, 2019). Las personas que abusan de este tipo de drogas lo hacen con propósito de mejorar o calmar sus estados de ánimo, debido a sus reconocidos aportes a la salud psicológica si su prescripción es adecuada y graduada según los requerimientos de cada paciente (López, et al, 2010). Pese a ello, su uso y prescripción se encuentra relacionado con situaciones de abuso y dependencia (Brett y Murnion, 2015; Oliveras et al., 2018; Aguiluz, et al, 2018). Se ha observado en tratamientos de ocho semanas de duración, reportes del “síndrome de abstinencia en el 30% de los pacientes” (Rosas, et al, 2013, p.326). Un estudio realizado por Álvarez (2012) sobre los factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas, establece que su elevado consumo es un problema con muchas aristas, entre las que se destacan elementos sociales y psicológicos, que tiene que ver tanto con el médico que prescribe o receta, como con el individuo que llega a la consulta, así como con la autoridad sanitaria, entre otros. Lo anterior, en el marco de un modelo de sociedad que ha “convertido a las benzodiazepinas en uno de los principales fármacos demandados en consultorios de atención primaria y psiquiatría” (Fortea, Oriolo, Balcells, Sánchez y Castellvi, 2017). Por tanto, una única acción sobre un único factor no puede solucionar el problema, reconociendo un fuerte impacto del modelo sociocultural sobre la necesidad de medicación en los individuos.

Respecto de la dependencia de sustancias y su relación con el funcionamiento familiar, la evidencia empírica ha constatado que las pautas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la baja cohesión, el excesivo castigo influyen directamente en la presencia de consumo (Jiménez, et al., 2008; Jiménez y de la Villa, 2009). Por su parte, Ordoñez y otros (2015), concluye que el 100% de los casos que conformaron su muestra, existía presencia de una dinámica familiar disfuncional en aquellos casos que presentaban dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

En relación con lo anterior, se ha observado que el tipo de funcionamiento familiar puede favorecer u obstaculizar la existencia de adicciones en algún miembro de la familia (Vidal, 2015, Sarrablo, 2015, Escobar y Peñaloza, 2018). Ahora bien, los estudios existentes se han enfocado particularmente a población adolescente, inserta en ambientes educativos y de zonas urbanas, todo lo cual dista del contexto de estudio en que se realizó esta investigación, la que se ejecutó con la colaboración de pacientes adultos y adultos mayores, en tratamiento médico de carácter clínico, con niveles educativos medios-bajos y en una localidad de tipo rural. Respecto de este último dato, en un estudio realizado por Baader (2014) a estudiantes de primer año de la Universidad Austral de Chile, se establece que “las condiciones socioculturales como la alta ruralidad, pertenecer a la etnia mapuche y ser de un estrato socioeconómico medio-bajo, se correlacionan con síntomas depresivos y ansiosos, siendo estos factores un riesgo para presentar alteraciones en la salud mental” (p.173). Este antecedente, permite constatar que no se deben dejar de considerar elementos asociados a los contextos rurales, pues sus características y particularidades se pueden relacionar con la presencia de consumo de fármacos ansiolíticos como las benzodiazepinas.

Un último elemento considerado en este estudio es el efecto que estos tratamientos generan en población adulta mayor, pues el equipo médico que colaboró en esta investigación informó previamente que sus pacientes eran adultos mayores con atenciones iguales o superiores a un año. En tal sentido, es importante consignar que las benzodiazepinas son ampliamente usadas en ancianos (Rojas, et al, 2019), cuya administración desproporcionada se “relaciona con caídas, accidentes, alteraciones cognitivas y de conducta, hospitalizaciones e institucionalización” (Arriagada, Jirón y Ruiz 2008, p.313). Sumado a lo anterior, se han evidenciado efectos perjudiciales no solo de tipo físico, sino también cognitivos, donde los más graves que se destacan son disfunciones asociadas con la aparición y desarrollo de demencia senil (Gómez, et al, 2017). Así también, se ha constado el importante rol de acompañamiento que tiene la familia para personas mayores y los efectos de esta en el cuidado de su salud (Gallardo et al., 2014).

Frente a la problemática señalada surge la siguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre el riesgo de dependencia a las benzodiazepinas y el tipo de funcionamiento familiar percibido, en los pacientes del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. David Benavente de la Comuna de Ninhue? Para responder a esta interrogante se plantea como objetivo general relacionar la dependencia a las benzodiazepinas con el funcionamiento familiar percibido, en los pacientes bajo tratamiento del CESFAM Dr. David Benavente de la comuna de Ninhue.

## Diseño de la investigación

La investigación fue realizada en base a un diseño cuantitativo no experimental de tipo correlacional considerando una muestra no probabilística y un alcance temporal transversal.

### Muestra y participantes

La muestra correspondió a 24 casos clínicos, quedando constituida por 20 mujeres (83%) y 4 hombres (17%). Cabe destacar que estos 24 casos estaban en tratamiento con benzodiazepinas por periodos iguales o superiores a un año al momento de participar de la investigación. Respecto a las edades de los sujetos, un 21% (n=5) van desde los 27 a los 45 años, un 50% (n=12) oscila entre los 46 a los 65 años, mientras que un 29% (n=7) va desde los 65 a los 85 años. Además, es pertinente precisar que todos aceptaron participar de esta investigación de forma voluntaria. También, debemos destacar que la cifra

de hombres participantes fue baja, debido a la negativa de participar por gran parte de los invitados. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud, Región de Ñuble, Chile.

### **Instrumentos**

Los instrumentos utilizados fueron dos. El primero, denominado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ASSIST*, utilizado para evaluar el nivel de riesgo de dependencia a diferentes sustancias psicoactivas, validado en Chile por el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol SENDA (OMS, 2011; Soto, et al., 2014) y, en segundo lugar, la escala FACES 20 ESP, derivada del Modelo Circumplejo de Relaciones Maritales de Olson (1983) y adaptada por Martínez (2006, 2011), utilizada para medir el funcionamiento familiar percibido, el cual cuenta con validación en Chile, realizada por Zegers (2003) en la comuna de Santiago y por Zicavo (2012) en la comuna de Chillán.

### **Procedimientos**

Para el análisis de los datos recogidos se utilizó el paquete estadístico SPSS. A través de éste, se obtuvieron estadígrafos descriptivos que permitieron constatar el tipo de cohesión, adaptabilidad y funcionamiento familiar percibido, así como el nivel de riesgo de dependencia a las benzodiazepinas. Dado que los resultados no se encontraban distribuidos de manera normal se utilizó estadística no paramétrica, aplicando la prueba Kruskal-Wallis y Jonkheere-Terpstra, para relacionar el riesgo de dependencia con el tipo de funcionamiento familiar percibido.

## **Resultados**

### **Cohesión y adaptabilidad familiar**

Entendiendo como cohesión familiar “el vínculo emocional o los lazos afectivos entre los miembros del sistema y las fronteras internas y externas de la familia” (Jiménez, et al, 2017, p.3), se observó un 16,7% de la muestra presentando una cohesión desligada, en tanto que la cohesión separada correspondió a un 4,2%, la cohesión conectada a un 29,2% y finalmente, la cohesión aglutinada, a un 50% de la muestra. El modelo de evaluación indicó que los tipos de cohesión que presentaron disfunción fueron la desligada y la aglutinada, cuyos porcentajes acumulados ascendieron a 66,7%.

En cuanto a adaptabilidad familiar, es decir, “la capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus pautas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo” (Jiménez et al., 2017, p.3), los resultados indicaron que el tipo rígido representó un 25% de la muestra, la adaptabilidad estructurada contó con un 41,7%, la adaptabilidad flexible un 8,3% y finalmente la adaptabilidad caótica un 25%. Según el modelo de Olson, la adaptabilidad estructurada y flexible, consideradas saludables, exhibieron porcentajes acumulados equivalentes a un 50%. La adaptabilidad rígida y caótica consideradas como disfuncionales, presentaron porcentajes acumulados en torno a un 50%.

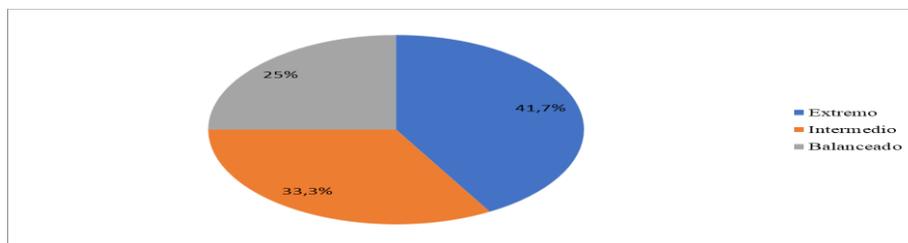
### **Tipos de funcionamiento familiar**

El cruce de las variables antes señaladas permite identificar el tipo de funcionamiento familiar percibido por los sujetos participantes. En tal sentido, se pudo observar que el 25% de la muestra mostró un funcionamiento familiar de tipo balanceado (n=6), otro 33,3% presentó un funcionamiento familiar de

rango medio o intermedio ( $n=8$ ), mientras que el 41,7% ( $n=10$ ) restante manifestó un funcionamiento familiar considerado extremo, entendido tradicionalmente, como disfuncional.

Dicho lo anterior, se puede señalar que el 75% ( $n=18$ ) de la muestra, presentó características de disfunción, ya sea en la variable adaptabilidad, cohesión o en ambas variables.

Gráfico N°1: Distribución tipos de funcionamiento familiar

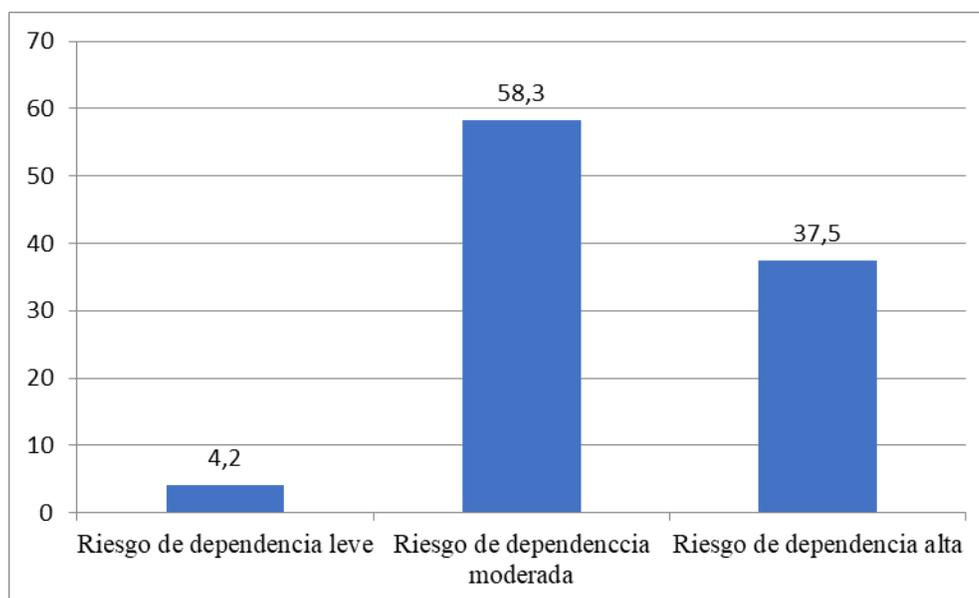


Fuente: Elaboración propia tras aplicación y análisis del FACES 20 ESP

### Riesgo de dependencia a las benzodiazepinas.

Los resultados del instrumento ASSIST permiten señalar que un 4,2% ( $n=1$ ) presentó un riesgo de dependencia de tipo leve, lo que – según la interpretación del instrumento - indica que éste sujeto no requiere intervención. Un 58,3% ( $n=14$ ) de la muestra presentó un riesgo de dependencia de tipo moderado, indicativo de la necesidad de un tipo de intervención de carácter breve. Finalmente, un 37,5% de la muestra ( $n=9$ ), presentó un alto riesgo de dependencia a las benzodiazepinas, por tanto, se trataría de sujetos que requieren intervención de carácter intenso

Gráfico N°2: Distribución según riesgo de dependencia a las benzodiazepinas



Fuente: Elaboración propia datos obtenidos tras aplicación del instrumento ASSIST.

### Relación entre el riesgo de dependencia el tipo de funcionamiento familiar percibido

Para constatar la existencia de relación entre el riesgo de dependencia a las benzodiazepinas y el tipo de funcionamiento familiar percibido, se construyó una tabla cruzada que permitió observar la media de riesgo de dependencia según el tipo de funcionamiento familiar percibido. Este primer procedimiento aportó un resultado particular, pues la media de riesgo de dependencia (22 puntos) fue más alta en aquellos sujetos que percibieron un funcionamiento familiar balanceado

Tabla N°1: Distribución media de riesgo dependencia, según tipo de funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Riesgo de dependencia	
	n	Media
Extremo	10	18
Intermedio	8	19
Balanceado	6	22
Fuente: Elaboración propia, tabla cruzada en base a variables medidas por FACES 20 ESP y el ASSIST		

Frente a este resultado, se aplicó una prueba Kruskal-Wallis, donde el rango promedio de dependencia resultó de 14,42 en las familias con funcionamiento familiar balanceado, respecto al valor de 11,75 en las familias con funcionamiento familiar extremo

Tabla N°2: Prueba Kruskal-Wallis, Rango promedio de dependencia según tipo de funcionamiento familiar

Tipos de Funcionamiento Familiar <sup>1</sup>		n	Rango promedio
Dependencia	Extremo	10	11,75
	Intermedio	8	12,00
	Balanceado	6	14,42
	Total	24	
Fuente: Elaboración propia en base a resultados del instrumento ASSIST			

Frente a este hallazgo, se ejecutó una prueba de Jonckheere-Terpstra, con el propósito de constatar la existencia de relación estadísticamente significativa en virtud de las diferencias antes señaladas, sin embargo, el valor de la prueba fue de  $p=0,50$  por tanto, no permite establecer la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el riesgo de dependencia a las benzodiazepinas y el tipo de funcionamiento familiar percibido.

<sup>1</sup> Considerar que los tipos de funcionamiento familiar señalados son propios del Modelo en que se basó la evaluación.

## Discusión

Esta investigación, buscó relacionar el riesgo de dependencia a las benzodiazepinas respecto del funcionamiento familiar percibido. Si bien la estadística descriptiva utilizada dio cuenta de ligeras diferencias en la comparación de los grupos de estudio, los puntajes obtenidos permitieron evidenciar una escasa relación entre variables dependencia y funcionamiento familiar para este grupo estudiado. En este sentido, los resultados obtenidos difieren de las investigaciones revisadas, las que señalan la existencia de una relación entre la dependencia a sustancias y el tipo de funcionamiento familiar. Respecto a esta divergencia entre los resultados obtenidos y los presentados por otras investigaciones, se observan varias diferencias. Un primer motivo de radica en que los estudios revisados se enfocan en población adolescente o escolar, con consumos exploratorios o recreativos y no en población clínica en tratamiento con benzodiazepinas. Esta diferencia es relevante al momento del análisis de los resultados, pues se ha señalado que la población de tipo clínico no suele responder a los parámetros de normalidad estadística (Domínguez, 2016; Tamayo y Domínguez, 2017). Otro elemento analizado es el tamaño de la muestra. La cantidad de casos en los que se basó este estudio no permiten cumplir los criterios para la aplicación de estadística paramétrica. Tal situación, responde a dificultades presentadas en el trabajo de campo, donde variables intervinientes fuera del control del investigador, resultaron ser un obstaculizador relevante de cara a las pretensiones de esta investigación. En tal sentido, para futuras investigaciones, se estima pertinente aumentar el tamaño de la muestra para profundizar con mayor detalle en el tipo de población clínica investigada. Otra diferencia por destacar se refiere a que, la muestra analizada, fue de tipo rural, contexto escasamente investigado y reportado por la literatura científica referida a la dependencia y al funcionamiento familiar. Respecto de la ruralidad se debe señalar que, en las investigaciones revisadas, se ejecutaron en su mayoría en establecimientos educacionales ubicados en localidades urbanas, con sujetos y familias heterogéneas, donde resulta factible obtener un tamaño muestral que permita asegurar los criterios de representatividad. Asociado a la ruralidad, el equipo médico que colaboró ya adelantaba una preconcepción de familias definidas como tradicionales, en atención a su estructura y sistemas de creencias.

El supuesto considerado por el equipo médico cobró mayor sentido cuando los resultados del instrumento FACES 20 ESP indicaron que el 50% (n=12) de los casos presentó una cohesión del tipo aglutinado, caracterizado por la ambigüedad en el establecimiento de límites claros entre los distintos miembros del grupo familiar, así como una adaptabilidad rígida a caótica (50% n=12), cuyos resultados serían indicativos de sistemas de reglas y acuerdos familiares que van desde la ausencia de las mismas, hasta la inexistencia de ellas y escasa o nula capacidad de transformarlas si es que fuese necesario.

Otro elemento relevante, dice relación con la edad de los sujetos que conformaron la muestra. La edad media de los casos encuestados fue de 58 años, encontrándose un 50% de los sujetos en un rango de edad entre los 46 a los 65 años (n=12), mientras que un 29% estaban entre los 66 y 85 años (n=7). Este antecedente es importante, toda vez que existe escasa evidencia empírica respecto del funcionamiento de familias que cuentan con un miembro adulto mayor en su interior, quien además es medicado con benzodiazepinas. En este sentido, las investigaciones disponibles nos advierten de los riesgos para la salud de los adultos mayores que se encuentran en tratamiento de larga data, pero no profundizan en el rol familiar para el acompañamiento de estos tratamientos y menos aún en como el sistema de salud incorpora a las familias en los procesos de diagnóstico y tratamiento con benzodiazepinas.

En cuanto a la escolaridad de los encuestados, en el trabajo de campo se observaron serias dificultades expresadas por los participantes, quienes no poseían habilidades claras de lectoescritura. Los que declaraban leer y escribir, presentaban dificultades para comprender las preguntas, por tanto, 20 de los 24 encuestados solicitaron que se les leyera y explicara el instrumento de encuesta para así poder responderlo.

Los resultados presentados en este apartado se consideran relacionados a las tipologías familiares existentes en los sectores rurales de Chile, donde la presencia de familias extensas y aglutinadas suelen encontrarse con regularidad. No obstante, el tamaño de la muestra obtenida no permite dar certeza de esta aseveración, pero si expone la necesidad de desarrollar mayores estudios de esta naturaleza en contextos rurales, con sujetos en tratamientos clínicos vigilados por dispositivos de salud primaria. Por ello, se reitera el hallazgo de diferencias entre los grupos de participantes según riesgo de dependencia a las benzodiazepinas y funcionamiento familiar percibido. Dado lo anterior, surge una profunda interrogante que sin lugar a dudas requiere ser revisada en estudios posteriores, teniendo resguardos en torno al perfil y tamaño de la muestra, profundizando en torno a la ruralidad como variable relevante dentro del estudio, así como la edad de los encuestados y su nivel educativo.

## Referencias

- Aguilar, N., Alvarado, C., Calix, H., Coello, I., Fawed, O., Martínez, C., Paz, A y Ramos, Y. (2016). Uso crónico y sobreindicación de Benzodiazepinas en pacientes del Hospital Mario Mendoza. *Acta Reumatológica*. <https://doi.org/10.3823/1322>.
- Aguiluz., J., Álvarez, M., Pimentel, E., Abarca, C., y Moore, P. (2018). ¿Cómo afrontar un paciente con dependencia a benzodiazepinas en atención primaria? Estrategias para la deshabitación. *Medwave*, 18(01). <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.01.7159>.
- Arriagada L (2008) Uso de Medicamentos en el Adulto Mayor *Rev Hosp Clin Univ Chile*, 19, 309-317.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167–176.
- Brett, J., y Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, 38(5), 152-155. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.055>.
- Domínguez, S. (2016). Análisis estructural del Inventario de Depresión Estado–Rasgo en pacientes con diagnóstico de depresión de Lima. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*.
- Escobar, M y Peñaloza, Brito. (2018). Relación del ambiente familiar, consumo de sustancias y Calidad de vida, con ansiedad y depresión, en adolescentes de 12 a 17 años, que asisten a centros de acogida y adicciones, en Quito, Cotacachi, Pusuqui y Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Fortea, A., Oriolo, G., Balcells, M., Sánchez, R., y Castellvi, M. (2017). Deterioro cognitivo secundario a trastorno por uso de benzodiazepinas y su reversibilidad: A propósito de un caso. *Adicciones*, 29(1), 61. <https://doi.org/10.20882/adicciones.767>.
- Gallardo, L., López, A., Sánchez, E., y Arias, A. (2014). Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores en Chile. 31, 11.
- Galleguillos U., Risco N., Luis, J., González A., y Vogel, M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 131(5), 535-540. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000500009>.
- Gómez, S., León, T., Macuer, M., Alves, M., y Ruiz, S. (2017). Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. *Revista médica de Chile*, 145(3), 351-359. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300009>.

- González, L., Rodríguez, P., Merino, F., y Francisco, G; (2018). Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural. *Cadernos de atención primaria*, ISSN-e 1134-3583, Vol. 24, N° 1, 2018, págs. 11-16.
- Jiménez, L., Menéndez, S., Lorence, B., y Hidalgo, V. (2017). Análisis factorial de las escalas FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) con familias en situación de riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 16(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.afef>.
- Jiménez, M., y de la Villa, M. (2009). Influencia familiar sobre las actitudes ante el consumo de drogas en adolescentes españoles. *Summa Psicológica UST*, 6, 155–76.
- Jiménez, T., Musitu, G., y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139–151.
- López, A., Aroche, A., Bestard, J., y Ocaña, N. (2010). Uso y abuso de las benzodiazepinas. *Medisan*, 14(4), 0–0.
- Martínez, A., y Castillo, I. (2011). Structural Validity of the FACES-20Esp: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Spanish version of 20 items, 1, 19.
- Martínez, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of clinical and health psychology*, 6(2).
- Martínez, A., Merino, L., e Iriarte, L. (2017). Psychometric properties of the spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psicothema*, (29.3), 414–420. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.21>.
- Oliveras, C., Fortea, A., Espinosa, L., Barrio, P., Lligoña, A., y Balcells-Olivero, M. (2018). “Carga de diazepam”: ¿puede una estrategia para prevenir abstinencia al alcohol usarse con éxito para tratar la dependencia a benzodiazepinas? *Adicciones*, 30(2), 155. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1058>.
- Olson, D., Russell, C., Sprenkle, D (1983). Circumplex model of marital and family system, VI: Theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- OMS (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_intervention\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf).
- Ordoñez, J., de Figueroa, J., Gómez, P., Ortega, Y., Arenas, G., Laiton, L., y Ariza, E. (2015). Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Ciencia y Cuidado*, 9(2), 36–42.
- Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC - Tratado de Medicina*, 23(2), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(19\)41998-3](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(19)41998-3).
- Rojas, C., Calquin, F., González, J., Santander, E., y Vásquez, M.(2019). Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: Una breve revisión. *Salud y Sociedad*, 10(1), 40-50. doi: 10.22199/S07187475.2019.0001.00003.
- Rosas, I., Simón, K., y Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud mental*, 36(4), 325–329.
- Sarrablo, R. (2015). Adicciones y familia: Un estudio descriptivo en el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones de la ciudad de Zaragoza. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Facultad de Ciencias Sociales u del Trabajo, Universidad de Zaragoza, España.
- Soto, G., Portilla, R., Huepe, D., Rivera, Á., Escobar, M., Salas, N., Castillo, Á. (2014). Evidencia de validez en Chile del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Adicciones*, 26(4), 291. <https://doi.org/10.20882/adicciones.27>.

- Tamayo, W., y Domínguez, S. (2017). Análisis estructural de la Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS) en universitarios colombianos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* Volumen 13 No.3.
- Vidal, G. (2015). *Funcionamiento familiar en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas* (tesis Licenciado en Psicología). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Zegers. B., Larrain. M., Polaino. A., Trap. A., Diez. Isabel. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista chilena de neuro-psiquiatría versión On-line* ISSN 0717-9227. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000100006>.
- Zicavo, N., Palma, C. y Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20-ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 219-234.