

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
SOCIAL Y AMBIENTAL

PREDICTORES PERSONALES Y FAMILIARES DEL CONSUMO DE
DROGAS Y DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
BACHILLERATO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
CAROLINA SARMIENTO SILVA

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTOR: DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS

COMITÉ: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

DRA. CATALINA F. GONZÁLEZ-FORTEZA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. LILIA BERTHA ALFARO MARTÍNEZ

MÉXICO, DF.

2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo de tesis se realizó gracias al financiamiento del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) mediante la beca otorgada de 2004 a 2008 y a la comisión para estudios de posgrado que me otorgó la Escuela Nacional Preparatoria.

Agradecimientos:

Al Dr. Javier Aguilar Villalobos quien ha sido uno de los pilares de mi formación y desarrollo académico.

A la Dra. Patricia Andrade Palos y a la Dra. Catalina González-Forteza quienes acompañaron la realización de este trabajo y con sus enseñanzas hicieron posible su conclusión.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, así como a la Dra. Lilia Bertha Alfaro Martínez, miembros del comité de tesis, por su apoyo a través de sus comentarios y sugerencias que permitieron enriquecer este trabajo.

A las alumnas y alumnos de los dos planteles de la Escuela Nacional Preparatoria que cooperaron en esta investigación y que esperan respuestas derivadas de ella.

A los profesores y autoridades de los dos planteles del Bachillerato que amablemente me brindaron las facilidades para la realización de este trabajo.

Dedicatoria:

A:

Elisa, mi hija.

Daniel, mi compañero.

Rosalío y Margarita, mis padres.

ÍNDICE

	Págs.
Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	5
CAPÍTULO I. ENFOQUES Y TEORÍAS SOBRE LAS CONDUCTAS DE RIESGO	
El Enfoque Psicosocial y los Modelos de Socialización Familiar.....	11
La Conceptualización de la Adolescencia	14
El Modelo de Conductas de Riesgo	18
CAPITULO II. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES	
Tendencias en el Consumo de Drogas	23
Teorías y Modelos sobre el Consumo de Drogas	24
Conceptos Básicos	27
Consumo de Alcohol	34
Consumo de Tabaco	41
Consumo de Drogas Ilegales	49
CAPÍTULO III. IDEACIÓN SUICIDA	
Tendencias en la Conducta Suicida	61
Enfoques y Aproximaciones en el Estudio de la Conducta Suicida	64
El Proceso Suicida	66
Ideación Suicida	67
CAPÍTULO IV. FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON CONSUMO DE DROGAS E IDEACIÓN SUICIDA	
Factores Personales Asociados al Consumo de Drogas y Suicidio	79
Autoestima	80
Depresión (Afecto Negativo)	82
Factores Familiares Asociados al Consumo de Drogas y Suicidio	85
Estilos Parentales	87
Conflicto Padres-Adolescentes	100

La Satisfacción con la Familia y la Percepción de los Padres.....	108
Variables Familiares y Consumo de Drogas	109
Variables Familiares e Ideación Suicida	112

CAPÍTULO V. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Objetivo e Hipótesis General	116
Definición Conceptual y Operacional de Variables	117
Fase I. Determinación de las Propiedades Psicométricas de los Instrumentos	123
Objetivo General	123
Método	123
Tipo de Estudio y Participantes	123
Instrumentos	124
Procedimiento	129
Resultados	129
Conclusiones	138
Fase 2. Predictores de los Consumos de Alcohol, Tabaco, Drogas Ilegales e Ideación Suicida	139
Objetivo e Hipótesis General	139
Método	142
Tipo de Estudio y Participantes	142
Instrumentos	143
Procedimiento	147
Resultados	147

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

Consumo de alcohol y tabaco	175
Aportaciones.....	194
Limitaciones	196
Referencias	199
Apéndice A. Propiedades Psicométricas de las Escalas que fueron Modificadas en la Fase 1.	227
Apéndice B. Cuestionario Aplicado en la Fase 2	233
Apéndice C. Propiedades Psicométricas de las Escalas de la Fase 2	249

RESUMEN

El consumo de drogas y la ideación suicida son fenómenos multifactoriales de importancia social y de salud pública. La perspectiva psicosocial pretende contar con explicaciones sobre diversos factores asociados a estos fenómenos, así como sobre los distintos contextos en que el consumo de drogas y la ideación suicida tienen lugar. Por lo anterior, el propósito del presente trabajo fue identificar algunos factores familiares y personales asociados al consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales e ideación suicida, generales y por sexo, así como la frecuencia de estas problemáticas en adolescentes.

La investigación se llevó a cabo en dos fases. La fase piloto tuvo como objetivo contar con instrumentos consistentes y que tuvieran una estructura factorial adecuada. El estudio definitivo fue correlacional de campo. En éste, participaron 1429 alumnos de un plantel público de educación media superior. El porcentaje de hombres y mujeres fue cercano al 50% y la media de edad fue de 16.38 años. Se empleó un cuestionario de auto informe para evaluar cada una de las variables de interés, el cual incluyó el Cuestionario de Consumo de Drogas, la Escala de Ideación Suicida, el cuestionario de Patrones de Autoridad Parental, la escala de Percepción de los Padres, la escala de Satisfacción Familiar, la escala de Conflicto Familiar, la escala de Autoestima y el CES-D. La aplicación se llevó a cabo en los salones de los alumnos y su participación fue voluntaria y anónima.

El alcohol fue la sustancia de mayor consumo, seguida del tabaco y la marihuana; el consumo de todas las sustancias fue mayoritariamente experimental; el consumo de alcohol y tabaco inició más temprano y no presentó diferencias de sexo, en cambio el consumo de drogas ilegales fue mayor en los hombres. Por su parte, la frecuencia de ideación suicida fue baja y las mujeres tuvieron mayor ideación suicida.

Se obtuvieron diferentes predictores personales para el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, generales y por sexo. La autoestima y el afecto negativo participaron en algunos consumos, principalmente en los femeninos. Estos resultados señalan la necesidad de considerar las diferencias entre sexos.

Los estilos parentales y los conflictos con la madre y el padre fueron las variables familiares de mayor relevancia en los diferentes consumos y en la ideación suicida. Sin embargo, para comprender su papel como factores protectores o de riesgo, es necesario ubicarlos en el modelo particular de consumo o ideación, en las relaciones entre las diversas variables, así como en el sexo de padres e hijos.

La participación del consumo de alcohol y tabaco como predictores del consumo de drogas ilegales apoya la hipótesis de que ambas son sustancias de entrada para el consumo de esas drogas. Asimismo, la participación de la ideación suicida como predictor del consumo total de alcohol señala que las conductas de riesgo evaluadas están relacionadas entre sí.

Estos resultados apoyan la afirmación de que la escuela es un factor de protección para estas conductas. No obstante, es importante valorar estas conductas y sus factores asociados en estudiantes, para comprender sus primeras fases y contribuir al conocimiento del consumo de drogas y de la conducta suicida en su conjunto, así como para diseñar e instrumentar diversos programas de prevención.

Palabras clave: Consumo de drogas, suicidio, jóvenes, crianza, autoestima y depresión.

ABSTRACT

Drug consumption and suicidal ideation are multi-factorial phenomena of social and public health importance. From the psychosocial point of view it is important to explain the associated factors, and the different contexts where both of these risk behaviors take place. For this reason, the objective of the present study was to identify several family and personal predictors of drug consumption, and suicidal ideation, as well as to find the frequency of these problems in high school students.

This research was conducted in two phases, in the first one, the objective was to have consistent instruments, with an acceptable factorial structure; the second phase was a correlational field study. The sample, which was collected from a public high school in Mexico City, was composed by 1419 students. The percentage of male and female participants was close to 50% and the mean age was 16.38 years. A self applied questionnaire was used to assess each one of the variables. The questionnaire included the Suicide Ideation Scale, the Parental Authority Patterns Survey, the Parental Perception Scale, the Family Satisfaction Scale, the Family Conflict Scale, the Self-Esteem Scale, and the CES-D. All scales had adequate internal consistency indices and factorial structure. The survey was applied in student classrooms and lasted for an average of 40 minutes. Participation was voluntary and anonymous.

Frequency analyses were performed on the sample as a whole and also per sex. Alcohol was the most consumed drug, followed by tobacco and marihuana; experimental consumption was the main kind of consume; alcohol and tobacco were the earliest consumed substances, with no differences between sexes; and, men had a higher consumption of illegal drugs. On the other hand, suicidal ideation frequency was low in this sample, nevertheless women had a higher frequency of suicidal ideation, in agreement with what is reported in literature.

Some predictors for alcohol, tobacco, illegal drugs, and suicidal ideation were obtained. First of all, self-esteem and

negative affection were personal predictors in some consumes, particularly in some female consumes. These results point out the necessity to consider differences between sexes.

Secondly, the parental styles and the conflict with mother and father were the most relevant familiar variables in different consumes and suicidal ideation. However, in order to understand their role as a protector or risk predictors, it is necessary to include them in the context of the particular model of consumption or suicidal ideation, in relation among different variables, in parents, son or daughter's sex, as well as to consider the developmental tasks in young people.

On the other hand, the inclusion of alcohol and tobacco consumes as predictors of illegal drugs, support the hypothesis that both of them are entrance drugs for illegal substances. In addition, the participation of suicidal ideation as a predictor of total alcohol consumption shows that both risk behaviors are related.

Finally, these results confirm the role of school as a protector factor of these risk behaviors. Nevertheless, it is important to evaluate these behaviors and their associated predictors in students, in order to understand their initial phases to contribute to the knowledge of drugs consumption and suicidal ideation. Although, it is necessary to include other variables to build multi-factorial models, and finally design and develop different prevention programs.

Key words: Drug consumption, suicide, youth, rearing, self-esteem, and negative affection.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas y la conducta suicida son fenómenos multifactoriales que tienen un incremento importante en el mundo, particularmente en los jóvenes (Grotevant, 1998; Jiménez & González-Forteza, 2003; Medina-Mora, et al., 2001; Medina-Mora, et al., 2003; Villatoro, et al., 2005); estos fenómenos siguen diversas tendencias que están en cambio constante (Medina-Mora, et al., 2001); por lo que es necesario hacer monitoreos continuos y estudiar los diversos factores implicados en su ocurrencia en adolescentes, con el fin de elaborar modelos explicativos de estos fenómenos y plantear acciones preventivas.

El consumo de drogas y la conducta suicida pueden ser vistas como continuos que siguen secuencias definidas, en el caso del consumo de drogas, comienza con la fase previa de no consumo, seguida de la fase de conocimiento, la de experimentación, la de consolidación, el abandono o mantenimiento y las recaídas (Becoña, 2002); en el caso de la conducta suicida, sus fases son la ideación, el intento y el suicidio consumado (Wilburn & Smith, 2005).

De acuerdo con diversas investigaciones actuales, las edades de inicio del consumo de drogas y de los primeros intentos suicidas son cada vez más tempranas, por ejemplo muchas adolescentes comienzan a fumar antes de los doce años (Calleja, 2009), en el caso de muchos adolescentes su consumo de drogas legales comienza en la secundaria y entre un 15% y un 18% de los alumnos de este nivel educativo han presentado ideación suicida (González-Forteza, Ramos, Vignau, & Ramírez, 2001; Jiménez, Mondragón, & González-Forteza, 2000).

Por lo anterior, los estudiantes de bachillerato estarían en riesgo de haber iniciado su consumo de drogas ilegales, dado que un predictor importante del mismo es el consumo anterior de alcohol y de tabaco, de igual forma el riesgo de incrementar la frecuencia de ideación suicida sería mayor en esta población, el cual, a su vez, aumentaría el riesgo de mayor intento suicida, y este último es un predictor importante del suicidio consumado.

Por otro lado, se ha establecido que la escuela es un factor de protección para los jóvenes (Villatoro, et al., 2002, 2005), de manera que sería de esperar que aunque algunos de ellos hubieran iniciado el consumo de drogas ilegales, su frecuencia sería baja, de igual forma esperaríamos una baja frecuencia de ideación suicida, lo cual sugeriría que la mayoría de los estudiantes se encuentra en las primeras fases del continuo en ambas conductas: consumo experimental e ideación.

El consumo de drogas y la ideación suicida han sido estudiados a través de diferentes enfoques. El enfoque psicosocial hace énfasis en la importancia de considerar los contextos en los que estas conductas se producen, por lo cual incluye los factores personales (la personalidad del individuo, autoestima y depresión, entre otros), familiares, escolares, sociales y culturales en su investigación.

Los estudiantes de bachillerato se encuentran en la etapa de la adolescencia por lo que es importante considerar las características de esta etapa para la comprensión de sus conductas de riesgo. La adolescencia, desde la perspectiva del ciclo de vida, tiene ciertas tareas de desarrollo, entre las que destaca, la elaboración de la identidad, y desde la perspectiva socio-cultural este proceso tendrá características diferentes dependiendo del significado de ser joven de cada grupo social.

Para el logro de esta tarea, los jóvenes deberán transformar sus relaciones con sus padres, buscar una mayor independencia y autonomía, y lograr un sentido de pertenencia con sus grupos de pares. La aprobación de compañeros y amigos es fundamental para lograr esta separación y para fortalecer la autoestima de los adolescentes, mientras que la falta de aprobación se asocia con una baja autoestima y síntomas depresivos. Así, la autoestima de los jóvenes está en función del sentido de pertenencia a los grupos de compañeros y de sus relaciones con sus padres.

Sin embargo, la independencia y autonomía de los jóvenes se han visto obstaculizadas con la extensión de la adolescencia, sobre todo en los estudiantes quienes tienen que permanecer más tiempo con la familia de origen.

En el contexto de la adolescencia extendida y de la elaboración de la identidad, el consumo de drogas, sobre todo de las legales, puede representar formas empleadas por los adolescentes para sentirse libres, independientes y autónomos y para identificarse como jóvenes, además de ser nuevas formas de relacionarse entre ellos y compartir la diversión.

Las investigaciones revisadas muestran que la baja autoestima y la depresión son factores predictores del consumo de drogas y del suicidio, sin embargo, para comprender el papel de estas variables en ambas conductas de riesgo, es necesario considerar la etapa de desarrollo de los sujetos, así como las diferencias de sexo, debido a que consistentemente se han encontrado diferencias en las frecuencias en el consumo y en la ideación suicida entre mujeres y varones (Cantor, 2000; Medina-Mora, et al., 2001; Villatoro, et al., 2002, 2005, 2007).

Por otro lado, aunque la familia continúa ejerciendo su influencia en los y las jóvenes, la entrada a la adolescencia modifica las relaciones entre padres e hijos, y puede poner en riesgo el equilibrio familiar (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001), así cuando los padres son incapaces de realizar ajustes en respuesta a las nuevas características y demandas de sus hijos e hijas, se incrementan los conflictos familiares y éstos pueden ser un factor de riesgo para el consumo de drogas y la ideación suicida. Sin embargo, si los conflictos ocurren en un ambiente familiar afectivo, sus efectos no serán dañinos (Motrico, Fuentes & Bersabé, 2005).

La influencia de la familia difiere de acuerdo al sexo de los hijos, es mayor en las mujeres adolescentes que en los varones, además se reconoce que los resultados de socialización difieren, a menudo, de acuerdo al sexo del adolescente, al sexo del padre o la interacción entre ambos (Parke & Buriel, 1998).

En el contexto familiar, se ha establecido la asociación de los estilos parentales, y en menor medida de los conflictos con los padres, con el consumo de drogas y la ideación suicida (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001; Baumrind, 1991; Dwary & Menshar, 2006; González, García & Córdova, 2005; Musitu, et al., 2001; Oropeza, Chaparro y Ayala, 2001; Shek, 2002; Weiss & Schwarz, 1996),

sin embargo, se señala la necesidad de incluir otras variables familiares para comprender mejor la influencia que tiene la familia en estas conductas (Shek, 2005) y en cada una de sus fases.

En síntesis, el enfoque psicosocial para abordar las conductas de riesgo, el modelo de socialización familiar como contexto en el que ocurren las conductas de los hijos, el enfoque socio cultural de la adolescencia y sus tareas de desarrollo, y la teoría de las conductas de riesgo en adolescentes, constituyen los fundamentos generales de la presente investigación, junto con la hipótesis de la escalada y el modelo de suicidio como proceso.

El enfoque psicosocial pretende explicar el consumo de drogas y la ideación suicida investigando diversas variables relacionadas desde diferentes perspectivas teóricas. La mayoría de ellas reconoce la complejidad de estas conductas y en su estudio abarcan desde aspectos genéticos, fisiológicos, psicológicos, hasta familiares y culturales.

Las teorías proporcionan un marco de referencia para la comprensión de estos fenómenos, y en la actualidad hay una amplia variedad de ellas: desde teorías generales del comportamiento hasta teorías específicas de las adicciones, o del proceso suicida, cada una cuenta con sustento empírico y hace énfasis en determinados aspectos.

El modelo de protección-riesgo de Jessor (1991) menciona que los factores genéticos, el ambiente social, el ambiente percibido, la personalidad y el comportamiento actúan aumentando las probabilidades de una o varias conductas de riesgo, u obstaculizando su presencia.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es establecer los predictores personales y familiares, generales y por sexo, del consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales e ideación suicida, en estudiantes de bachillerato de una escuela pública de la Cd. de México.

Este trabajo se ha estructurado en seis capítulos. En el capítulo I se revisan el enfoque psicosocial, el modelo de socialización familiar, el enfoque socio-cultural de la adolescencia y el modelo protección-riego de Jessor (1991) como fundamentos de este trabajo.

El capítulo II presenta un panorama general de la investigación acerca del consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas ilícitas), principalmente en jóvenes, con énfasis en la investigación realizada

en nuestro país, revisa las teorías, los conceptos básicos, los datos a nivel nacional y en estudiantes, así como su asociación con diversas variables personales, familiares, sociales y culturales.

El capítulo III aborda la problemática de la ideación suicida, su relación con el intento suicida y el acto suicida exitoso, se plantean diversas perspectivas en el estudio de la ideación suicida, algunos datos de prevalencia, particularmente en jóvenes estudiantes, y algunos factores asociados a la ideación suicida, entre los que destacan variables relacionadas con la crianza, la autoestima, la depresión, el abuso de drogas y el sexo.

En el capítulo IV se analizan las variables personales (autoestima y depresión) y las familiares (estilos parentales, conflictos con los padres, percepción de los padres y satisfacción familiar) asociadas al consumo de drogas y la ideación suicida. Respecto a la influencia familiar se analiza la aproximación tipológica de los estilos parentales, sus principales aportaciones y cuestionamientos; la aproximaciones positiva y negativa en el estudio del conflicto, los temas de mayor conflicto entre padres y adolescentes, y el significado del conflicto en función del clima familiar, el sexo de padres e hijos y la adolescencia. Se analizan dos variables familiares más: la percepción que tienen los hijos de sus padres y la satisfacción que experimentan con su familia, debido a la necesidad de incluir múltiples dimensiones para comprender las complejas relaciones de la familia y el comportamiento de los hijos. Asimismo, se hace énfasis en la importancia de contextualizar esta investigación en la cultura de pertenencia y en las características de la población estudiada.

El capítulo V presenta la investigación empírica desarrollada en dos fases (la piloto y la definitiva). La primera permitió contar con instrumentos adecuados para la valoración de las distintas variables de interés. La segunda fase incluyó la realización de una investigación correlacional de campo, en la que participaron 1419 estudiantes de nivel bachillerato de una escuela pública quienes contestaron un cuestionario de auto-informe de manera anónima y voluntaria.

Además, en este capítulo se describen los principales resultados encontrados, entre los que destacan: distintos predictores para el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; diferentes factores asociados al consumo por sexo; los estilos parentales y los conflictos con los padres como las variables familiares de mayor relevancia para el consumo de las diversas drogas y de la ideación suicida; el consumo de tabaco y alcohol como predictores del consumo de drogas ilegales; y a los conflictos con ambos padres y los estilos parentales como los principales predictores de la ideación suicida. Adicionalmente, se presentan las frecuencias y tipo de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, así como de la presencia de ideas suicidas en la muestra de estudio.

El capítulo VI plantea la discusión y las conclusiones de estos resultados en términos de los diversos significados culturales y contextos sociales en los que los fenómenos del consumo de sustancias y la ideación suicida tienen lugar. Asimismo, señalan la importancia de estudiar otros agentes de socialización que pueden tener un papel relevante en la explicación de estas problemáticas.

Finalmente, el estudio de problemas como el consumo de drogas y la ideación suicida en adolescentes demanda la participación de múltiples enfoques, perspectivas, disciplinas y metodologías si se pretende contar con explicaciones más comprensivas, así como para tener la posibilidad de incidir en su prevención.

CAPÍTULO I. ENFOQUES Y TEORÍAS SOBRE LAS CONDUCTAS DE RIESGO

El Enfoque Psicosocial y los Modelos de Socialización Familiar

Este trabajo se sustenta en un enfoque general para explicar la conducta, el psicosocial, en los modelos de socialización que considera a la familia como un contexto de socialización en el que se produce el desarrollo de los hijos y que tiene influencia directa e indirecta en su conducta, incluidas las conductas de riesgo; en el concepto de adolescencia como una etapa de la vida en la que se llevan a cabo algunas tareas de desarrollo, que pueden verse obstaculizadas por el involucramiento en ciertas conductas de riesgo; en el modelo de conductas de riesgo de Jessor (1991); y en hipótesis más específicas para cada conducta de riesgo, como la de la escalada en el caso del consumo de drogas y el modelo de la conducta suicida como proceso.

El enfoque psicosocial hace énfasis en la importancia de conocer las relaciones entre diversas variables personales, familiares, comunitarias, culturales, es decir, de los diferentes contextos, desde los micro hasta los macro sistemas, en que la actividad de la persona tiene lugar, y que se asocian a diversas conductas de riesgo.

Por su parte, la socialización es definida como el proceso a través del cual el ser humano adquiere un sentido de identidad personal y aprende el sistema de valores, normas de comportamiento y creencias valoradas y esperadas por las personas que le rodean (Grotevant, 1998).

A través de la socialización los individuos se conforman a lo considerado como deseable y apropiado para su rol presente y futuro en cualquier sociedad particular. Muchos agentes participan en el proceso de socialización, entre ellos, la familia, los pares, las escuelas y los medios masivos de comunicación (Parke & Buriel, 1998).

La investigación actual sobre la socialización familiar se fundamenta en: a) los principios de la teoría de sistemas que hace

énfasis en la familia como un sistema social, y que supone el reconocimiento de la interdependencia entre los roles y funciones de todos los miembros de la familia; b) la necesidad de contar con diferentes unidades de análisis para comprender a las familias, desde el nivel individual, el de las distintas díadas y el nivel de la familia completa como una unidad; c) la consideración de que los miembros de las familias se influyen uno a otro, directa e indirectamente, es decir, hay una multidireccionalidad de influencias entre sus miembros; d) el reconocimiento de que las familias forman parte de una gran variedad de sistemas sociales, tanto formales como informales, además de que están inmersas en una cultura específica; y e) la necesidad de considerar a las tareas de desarrollo como un aspecto central para explicar el curso de desarrollo de la familia, entre las tareas más importantes están: la identidad, la ocupación, el empleo, el matrimonio y la parentalidad (Parke & Buriel, 1998).

Por lo anterior, la investigación sobre socialización familiar estudia: (a) las diversas interacciones familiares (díadas, tríadas y la familia como unidad); (b) las variaciones de los patrones de interacción y las prácticas de socialización entre y dentro de los diversos grupos étnicos, culturales y socioeconómicos; (c) el impacto de algunos cambios en la familia como su tamaño, algunos incrementos como el de la participación de la mujer en el trabajo, el de las tasas de divorcio, y el de las familias monoparentales; (d) la influencia de otros contextos sociales, que modelan y limitan las prácticas de socialización de la familia; y la consideración del período histórico en que las interacciones familiares tienen lugar (Parke & Buriel, 1998).

El estudio de la socialización familiar se ha abordado desde dos perspectivas, desde la primera, la familia es vista como una de las principales influencias en la conducta de los hijos, es decir, como el contexto en el que los hijos adquieren las opiniones, valores y conductas que la sociedad considera adecuadas (Parke & Buriel, 1998), desde la segunda perspectiva, la familia es el producto de las interrelaciones entre los hijos y los padres, lo cual significa que las características del desarrollo del adolescente afectan la evolución de las relaciones familiares (Grotevant, 1998). En realidad,

estas perspectivas son complementarias, dado que la familia es tanto el contexto de desarrollo, como el producto de las relaciones entre sus miembros, lo cual significa que está en constante cambio y tiene su propio proceso evolutivo.

Así, la investigación sobre la familia ha transitado del supuesto de la influencia unidireccional (de los padres a los hijos) al de la interacción entre sus miembros, aun cuando muchos de los estudios empleen a la familia como variable independiente.

El trabajo con modelos interactivos, aunado a la investigación transcultural y social, permitió cuestionar la universalidad de las teorías de socialización (Parke & Buriel, 1998), por lo cual se requiere hacer investigación sobre la influencia familiar en cada grupo de interés, en sus diferentes contextos (personales como las edades y el género; familiares -tipo de familia, madres que trabajan fuera del hogar, etc.-; sociales, económicos y culturales).

Además, se reconoce que la influencia de la familia en el desarrollo y conducta de los hijos se produce, tanto en forma directa como indirecta, a través de otras variables, por ejemplo de la autoestima y otras variables de personalidad (Garber, Robinson, & Valentiner, 1997; Grotevant, 1998). Lo cual señala la complejidad de esta influencia y la necesidad de elaborar modelos complejos.

La familia destaca como agente de socialización, no solo como el primer agente, pues es el grupo de personas con quienes el niño entra en contacto al nacer, sino como el agente principal pues su influencia permea la vida del individuo, y es posible apreciarla incluso en la adolescencia, etapa en la que la principal tarea de los hijos es separarse de los padres y la influencia del grupo de pares alcanza su máxima relevancia.

En esta etapa, las transformaciones relacionales con la familia están influidas por los principales cambios de la adolescencia y están enclavados dentro de los contextos culturales específicos. El término transformación, significa que en la adolescencia se reemplazan algunos lazos padre-hijo, por relaciones entre pares. Esta etapa implica, entonces, un cambio en las relaciones entre adolescentes y sus padres. Cambios que pueden hacer que la familia entre en conflicto.

De acuerdo a Musitu, et al. (2001) los retos más difíciles de los padres en la educación de los adolescentes son: renegociar la forma de relación con los hijos sexualmente maduros; revisar normas y reglas, modificar las discusiones familiares; negociar el nivel de supervisión y control, así como facilitar la socialización con su grupo de iguales.

En resumen, las perspectiva interactiva sobre la influencia familiar y la sociocultural han enriquecido el estudio tanto del desarrollo de los hijos, como el de algunas conductas específicas, incluidas las conductas de riesgo, ya que muestran que estas conductas se producen en una cultura y época, y que son diferentes de acuerdo al género y a las etapas y fases de desarrollo de hijos y padres (Grotevant, 1998; Parke & Buriel, 1998).

En el presente trabajo de investigación se considera a la familia como un contexto de socialización de los hijos que tiene importancia incluso en la adolescencia, aunque su influencia está mediada por el sexo de hijos y padres y la cultura de pertenencia. Dada la relevancia de la etapa de desarrollo de los hijos para la familia y para los propios hijos, a continuación la revisaremos brevemente.

La Conceptualización de la Adolescencia

La adolescencia es una de las etapas de la vida que puede poner en crisis el funcionamiento de la familia, debido, entre otras cosas a que padres y madres de familia y, en general, los adultos con quienes conviven, pocas veces tienen el conocimiento necesario ni las habilidades para afrontar las crisis producto de diversos eventos como la entrada a la pubertad, el consumo de sustancias, el inicio de la vida sexual, las fiestas y los permisos, los problemas académicos, la rebeldía, la violencia, la mayor influencia de amigos y compañeros, entre otros (Musitu, et al., 2001).

Algunas de las conductas en las que incurren los adolescentes son consideradas como de riesgo, y generalmente tienen un costo social alto, por lo que su prevención constituye una prioridad social y de salud para lo gobiernos del mundo. (Grotevant, 1998).

Las conductas de riesgo más frecuentes en los adolescentes, y que han recibido mucha atención en la investigación psicológica, son los conflictos con los padres, las alteraciones del estado de ánimo, la conducta delictiva, las adicciones, las enfermedades de transmisión sexual, la conducta suicida, los problemas de conducta, entre otras (Musitu, et al., 2001). La psicología está interesada en indagar porqué algunos adolescentes se involucran en estas conductas y otros no, es decir, cuáles son los factores que ponen en riesgo a los adolescentes.

Pero, la adolescencia no se define únicamente por sus problemas, la mayoría de los adolescentes logran eliminar las barreras que se les presentan en su desarrollo y transitan por esta etapa de vida, aprovechando las oportunidades que tienen a su alcance, para arribar a la edad adulta como personas sanas y constructivas (Arnett, 2008), por lo que tendríamos que explicar también por qué una gran mayoría de jóvenes no se involucra en conductas de riesgo, es decir, cuáles son los factores que los protegen.

La investigación con jóvenes en ambientes clínicos (jóvenes que presentan problemas) hacen énfasis en el lado negativo de la etapa, sin embargo Benjet (2006) en un estudio sobre la salud mental del adolescente mexicano, realizada en la ciudad de México y la zona metropolitana, reveló que la mayoría de los adolescentes no sufren algún trastorno mental. Por lo cual, lo que tendríamos que hacer para explicar una conducta de riesgo en adolescentes, no clínicos, como la población estudiantil, es evaluar la presencia de determinada conducta de riesgo en cada población particular de estudiantes y encontrar tanto los factores de riesgo como aquellos que los protegen.

También, es importante reconocer que la adolescencia es una construcción cultural reciente, es decir, no siempre ha existido, y no todos los individuos pasan por esta etapa (Arnett, 2008); para comprender que no hay una adolescencia, sino múltiples formas de vivirla, ya que la forma de vivirla depende de la época, del grupo económico, social, la pertenencia étnica, religiosa, familiar, etc. (Arnett, 2008), así nos interesa ubicar las conductas de riesgo en el tipo de adolescente con el que trabajamos: urbano, perteneciente a un

estatus económico o social medio bajo, y que principalmente se dedica a estudiar.

Adicionalmente, hay que considerar que la forma de ser adolescente tiene que ver con la cultura en la que son educados los y las jóvenes, esto es hay culturas (como las tradicionales) en las que la adolescencia transcurre con respeto y sin problemas, con un bajo grado de conflicto; mientras que, en las culturas occidentales e individualistas, los trastornos del estado de ánimo y las conductas de riesgo se presentan con mayor frecuencia, es decir, en ellas el grado de conflicto es relativamente alto. Y aunque se ha considerado que nuestro país se ubica dentro de las culturas tradicionales, el intercambio con otras culturas ha afectado las identidades juveniles, la presencia de conductas de riesgo y sus relaciones familiares sobre todo en las grandes ciudades.

Una condición que se agrega a la forma de ser adolescente, en el caso de quienes se dedican a estudiar, es que la duración de esta etapa se ha alargado hasta alcanzar el fin de la segunda década de la vida, lo cual los distingue de gente de su misma edad que ha tenido que trabajar, formar una familia, o ejercer la paternidad y la maternidad, y de aquellos que no estudian, pero tampoco se han podido incorporar al mercado de trabajo, y por lo tanto, no han asumido los roles adultos.

El alargamiento de la adolescencia debido a la realización de estudios proporciona una protección en contra de algunas conductas de riesgo, particularmente para el consumo de drogas y la conducta suicida, en relación con quienes no tienen acceso a la educación escolarizada (Villatoro, et al., 2002, 2005). Por lo anterior, la escolarización como contexto para explicar las conductas de riesgo en estudiantes es fundamental.

En síntesis, podemos decir que no hay una adolescencia, sino múltiples formas de vivirla, ya que es una construcción cultural, y para comprenderla hay que considerar los diferentes contextos en los que se desarrolla la actividad de la gente joven y que, de acuerdo con Grotevant (1998) incluyen las características personales (constituida por su sistema de creencias, sus marcos o patrones de vida diaria); las relaciones interpersonales y sus diferentes ámbitos de actividad

(tales como relaciones con miembros de la familia y amigos); y los macrosistemas (tales como la cultura, el periodo histórico y los sistemas político y económico).

Y aunque no hay una sola forma de ser adolescente, si es posible establecer sus límites, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, esta etapa comienza con la pubertad y culmina con la asunción del estatus de adulto (funciones y responsabilidades: como trabajo, matrimonio y paternidad), es decir, comienza con cambios biológicos y termina con transiciones sociales y culturales (Grotevant, 1998).

La adolescencia puede ser definida como un periodo de la vida en que los individuos toman una nueva dirección de su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, elaboran su identidad personal y se plantean un proyecto de vida propio, para lo cual se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su vida infantil (Chapa, 1996).

Esta concepción de la adolescencia como una etapa de la vida en la que se llevan a cabo ciertas tareas de desarrollo, en donde destaca la construcción de su identidad, etapa ubicada en diferentes contextos como el personal, las relaciones interpersonales y los macro sistemas (época, cultura y sistemas político y económico), es la que sustenta el presente trabajo.

En resumen, la investigación sobre la adolescencia desde el enfoque social y cultural toma en consideración múltiples contextos, entre ellos, el familiar, el escolar, la cultura de pertenencia y el sexo (Parke & Buriel, 1998), y en ellos es importante situar las problemáticas del consumo de drogas y la ideación suicida.

Finalmente, la investigación sobre la adolescencia ha pasado de una perspectiva individual a una social que toma en consideración múltiples contextos, entre ellos el familiar. Esto supone reconocer que la familia juega un papel relevante en el desarrollo del individuo, en general en su proceso de socialización, como ha sido ampliamente investigado; y, más particularmente, en el ajuste psicosocial de los jóvenes, sobre todo en la condición de alargamiento de la adolescencia de nuestros estudiantes.

El Modelo de Conductas de Riesgo

Para Jessor (1998) las conductas de riesgo son aquellas que pueden comprometer, directa o indirectamente, el bienestar, el desarrollo, la salud e incluso la vida de las personas; estas conductas conllevan resultados indeseables, tanto personales como sociales, y consecuencias adversas para su desarrollo. Involucrarse en ellas pone en peligro y complica las tareas y actividades de desarrollo psicosocial de los adolescentes.

Un elemento relevante de su teoría es el de estructura y organización de las distintas conductas de riesgo en la adolescencia, ya que es relevante saber si se producen separadamente o de forma conjunta, y sugiere que la intervención debe dirigirse a cambiar las circunstancias que sostiene al grupo de conductas de riesgo en la adolescencia. Estas estructuras, consideradas conjuntamente, constituyen un modo de estar en el mundo, un estilo de vida, por lo que se tendría que intervenir en el estilo de vida y no en cada conducta de riesgo de manera aislada.

Jessor (1991) planteó un modelo de protección-riesgo en el que representó las relaciones entre las conductas de riesgo adolescente, sus factores de riesgo y protección, así como sus consecuencias para la salud, el desarrollo y la vida misma. En las conductas de riesgo incluyó conductas problema (consumo de drogas, delincuencia y abuso de alcohol, conductas relacionadas con la salud (alimentación no saludable, consumo de tabaco, sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad) y conductas escolares (ausentismo o deserción).

Entre los factores de riesgo y protectores Jessor señaló los factores genéticos (historia familiar desventajosa vs alta inteligencia); el ambiente social (pobreza, anomia y desigualdad vs calidad de las escuelas, cohesión familiar y recursos de la comunidad); el ambiente percibido (modelos de conducta desviada y conflicto normativo padres-amigos, vs modelos de conducta convencional y controles estrictos de la conducta desviada); la personalidad (pocas oportunidades, baja autoestima, propensión a la toma de riesgos vs valor en el logro y en la salud, intolerancia a la desviación); y el comportamiento (abuso de alcohol y pobre desempeño académico vs

asistencia a la iglesia e involucramiento en la escuela y en clubes voluntarios).

En las consecuencias de las conductas de riesgo Jessor consideró la salud (enfermedad y mala condición física); los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales, embarazo adolescente); el desarrollo personal (auto-concepto inadecuado, depresión/suicidio); y la preparación para la adultez (habilidades laborales limitadas, desempleo, desmotivación).

En este modelo, las relaciones entre los diferentes dominios (conductas de riesgo, factores protectores y de riesgo y consecuencias) no son unidireccionales, sino que implican una red de interacciones en un sistema dinámico, que cambia con el tiempo.

Igra e Irwin (1996) mencionan entre las conductas de riesgo el uso de sustancias adictivas, conducta sexual precoz, o sin protección, uso de un vehículo de forma imprudente, homicidio, conducta suicida, desórdenes alimenticios y delincuencia.

Desde esta perspectiva se ha intentado explicar por qué los adolescentes se involucran en ciertas conductas de riesgo, la relación entre ellas y sus consecuencias (Becoña, 1999). Para ello cobra relevancia la comprensión del concepto de factores de riesgo y de protección.

Se entiende por factor de riesgo "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas" (mantenimiento). Los factores de protección se refieren a cualquier atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992, pág. 16).

Los factores de protección sirven de barrera para que las personas se impliquen en conductas de riesgo, sirven para atenuar, contrarrestar y equilibrar el impacto y efecto de los factores de riesgo. Los factores protectores incrementan la probabilidad de realizar conductas saludables y pro sociales, además de proporcionar

controles sociales contra los comportamientos que comprometen la salud y de ofrecer un ambiente social de apoyo.

De acuerdo a esta teoría, explicar la conducta de riesgo en adolescentes es complejo, debido a la interrelación entre distintos factores de riesgo entre sí, aunque también puede ocurrir que uno de ellos por sí solo tenga un efecto directo en la conducta de riesgo del adolescente, indirecto o mediador a través de las distintas conductas de riesgo. Adicionalmente, los factores protectores tienen un efecto principal sobre las conductas de riesgo, pero también funcionan como moderadores del impacto de los factores de riesgo. Finalmente, las relaciones entre las conductas de riesgo y los factores de riesgo y protección no son estáticas (Becoña, 1999).

Las diversas explicaciones sobre por qué los adolescentes se involucran en conductas de riesgo suponen la existencia de factores biológicos, psicológicos y socio-ambientales. De los aspectos psicológicos la autoestima y la depresión cobran relevancia porque se han encontrado relacionados con diversas conductas de riesgo, entre los socio-ambientales los estilos parentales muestran también su asociación con algunas conductas de riesgo.

Entre las conductas de riesgo de mayor frecuencia en la adolescencia se encuentran el consumo de drogas y el suicidio, las cuales tienen un gran impacto social, por lo cual han sido muy estudiadas, aunque debido a la enorme complejidad de estas conductas adolescentes se requiere de más investigación para poder ofrecer explicaciones comprensivas y posibles propuestas de prevención o intervención.

Un elemento a considerar en el estudio de estas dos conductas de riesgo es que son procesos complejos, conformados por distintas fases y predecibles, por lo que es importante conocer su evolución y los factores implicados en cada una de sus fases. Así cobra relevancia el estudio del inicio del consumo de drogas (y no solo la fase de dependencia), así como el de la ideación suicida (y no solo la consumación del suicidio).

Adicionalmente, el consumo de drogas y el suicidio son conductas de riesgo asociadas (Clayton, 1992), sobre todo cuando se mide el consumo alto de drogas y el intento suicida, por ejemplo, es casi tres

veces más probable que las adolescentes de preparatoria fumadoras hayan intentado suicidarse, de acuerdo con la Youth Risk Behavior Survey en Estados Unidos, en comparación con las no fumadoras (Calleja, 2009); el intento suicida y el consumo de alcohol, tabaco y drogas covarían junto con la conducta antisocial y la conducta sexual desprotegida (Palacios, 2009), pero se tiene poca información sobre la asociación entre la intención de consumir drogas, la experimentación con ellas y la ideación suicida (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez & Berenzón, 1996; Mondragón, Saltijeral, Bimbela, & Borges, 1998), que sería de esperar en una población de adolescentes protegida por la escuela.

La gran diversidad de modelos y teorías señala la complejidad del fenómeno y muestra que el consumo de drogas tiene componentes genéticos, fisiológicos, cognitivos, conductuales, de personalidad, sociales, económicos, políticos y culturales. Y, aunque la mayoría de las investigaciones empíricas y los programas de prevención o intervención propuestos se basen en alguno de estos modelos o teorías, generalmente sus resultados señalan la necesidad de incluir otras variables y procesos y de construir modelos más complejos e integradores, como el que Becoña propone en su trabajo de 2002.

Adicionalmente, la mayoría de las investigaciones están interesadas en elaborar modelos más específicos para explicar el consumo (inicial, mantenimiento, o dependencia) de una droga en particular, o el policonsumo, en una población determinada (general, estudiantes, consumidores), en una cohorte particular, o en un sexo específico, por ejemplo.

Por lo anterior, el presente trabajo se ubica desde el enfoque psicosocial en la perspectiva de los procesos de socialización, y pretende hacer énfasis en la participación de diversos factores de riesgo y de protección (individuales y familiares), en el consumo inicial de distintas drogas, en una población estudiantil de la Ciudad de México, con el propósito de elaborar modelos explicativos del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas para contribuir a la comprensión de este fenómeno y sentar las bases del diseño de alternativas de prevención y tratamiento de adicciones dirigidos a estudiantes de esta escuela.

CAPÍTULO II. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES

Tendencias en el Consumo de Drogas

El consumo de drogas es un fenómeno multifactorial que tiene un incremento importante en el mundo, particularmente en los jóvenes (Grotevant, 1998); este fenómeno sigue diversas tendencias que están en cambio constante (Medina-Mora, et al., 2001), por lo que cobra relevancia realizar monitoreos constantes para conocer la evolución de este fenómeno, así como estudiar los diversos factores implicados en su ocurrencia en adolescentes.

De acuerdo con diversos estudios, el consumo de drogas en México ha tenido un incremento importante, con un consumo cada vez más temprano (Medina-Mora, et al., 2003; Instituto Nacional de Salud Pública, 2009); una tendencia hacia el emparejamiento en el consumo de mujeres y hombres (Villatoro et al., 2005), lo que significa que el consumo femenino ha crecido en mayor proporción que el masculino en prácticamente todas las drogas (INSP, 2009); un patrón de consumo de alcohol de baja frecuencia y en mayor cantidad para los hombres (grandes cantidades por ocasión de consumo, en lugar de un consumo consuetudinario) y de baja frecuencia y en poca cantidad en el caso de las mujeres (INSP, 2009; Medina-Mora, et al., 2001); así como un incremento de las probabilidades de consumir otras drogas, relacionado con el inicio temprano del consumo de tabaco o alcohol (Villatoro, et al., 2005).

Adicionalmente, la investigación muestra diversos factores asociados a los consumos de distintas drogas (Villatoro, et al., 1999) en diferentes grupos poblacionales, que van desde variables biológicas hasta culturales y contextuales, como se verá en un apartado posterior. Esta investigación reporta que los factores asociados cambian dependiendo del tipo de droga (legal, ilegal y médica), de la fase de consumo (si se trata del inicio, consolidación o dependencia), de la población bajo estudio (general, estudiantes, o consumidores),

del grupo etario (pues los factores asociados a los adultos difieren de los relacionados con los adolescentes), e incluso de la fase de la adolescencia (inicial, media y tardía, o algunas investigaciones trabajan con estudiantes de secundaria, preparatoria y universitarios), por supuesto del género, del tipo de escuela (pública y privada), del medio (rural o urbano), entre otros.

Dada su importancia como problema social y de salud, este capítulo presenta una revisión sobre la investigación acerca del consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas ilícitas), principalmente en jóvenes, desde el enfoque psicosocial y con énfasis en la investigación realizada en nuestro país, comenzando con las teorías y modelos sobre el consumo de drogas, los conceptos básicos (concepto de droga, tipos de droga, fases del consumo, indicadores y factores de riesgo), continuando con datos de la prevalencia nacional y en la población de estudiantes, así como de su asociación con diversas variables personales, familiares, sociales y culturales.

Teorías y Modelos sobre el Consumo de Drogas

En el estudio de la adicción a las drogas, se reconoce la importancia de partir de un modelo o teoría que nos permita avanzar en la comprensión del consumo de drogas y construir estrategias de prevención e intervención suficientemente sustentadas. Becoña (1999, 2002) hizo una revisión de las teorías y modelos sobre este fenómeno, la cual muestra la existencia de una multiplicidad de explicaciones, a veces complementarias y otras contradictorias, de diferente nivel y con distinto grado de apoyo empírico.

Becoña (2002) clasifica a las teorías sobre el consumo de drogas en tres grupos: (a) las teorías y modelos parciales que plantean pocos componentes o factores y van desde los modelos biológicos, hasta las teorías de aprendizaje, de personalidad, teorías basadas en la familia y el enfoque sistémico, modelos sociales y basados en el afrontamiento; (b) los modelos y teorías evolutivos basados en etapas que van desde las teorías psicopatológicas hasta modelos de socialización primaria; y (c) teorías y modelos integrativos y comprensivos como la teoría cognitivo-social de Bandura, el modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins, (1996) que da gran relevancia

a los factores de riesgo y de protección, el modelo integrado general de la conducta del uso de drogas de Botvin (1999) y el modelo de autocontrol de Santacreu, Froján y Hernández (1991).

Por su parte, Palmerín (2003) menciona tres tipos de teorías que explican el consumo de drogas: (a) Teorías generales del comportamiento, entre las que se puede ubicar a la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y a las Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planificada de Azjen y Fishbein; (b) las Teorías de la conducta desviada, en las que se incluyen a la Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor, el Modelo integrador de Elliot, el Modelo del desarrollo social de Catalano y Hawkins, la Teoría del autorrechazo de Kaplan, la Teoría del autocontrol de Kirschi et al., la Teoría interaccional de Thornberry y la Teoría del desarrollo precoz de Newcomb; y (c) por último, las Teorías específicas del consumo de drogas y conductas no saludables, entre las que se incluye al Modelo médico, al Modelo de creencias de salud de Rosenstock et al., la Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis, el Modelo de las "7 esferas" de Costa y López y la hipótesis de la automedicación para el consumo de tabaco.

Como ya vimos en el capítulo anterior, este trabajo se sustenta en dos modelos generales de explicación de la conducta, el enfoque psicosocial y el modelo de socialización familiar, así como en un modelo más específico sobre las conductas de riesgo, el modelo de Jessor (1991).

De acuerdo con la clasificación de Becoña (2002), la teoría de Jessor (1991) forma parte de las teorías y modelos integradores y comprensivos y tomando como base la categorización de Palmerín (2003) esta teoría forma parte de las teorías de la conducta desviada.

La teoría de las conductas de riesgo de los adolescentes (Jessor, 1991) propone que se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de propiciar un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Esta teoría constituye una de las bases en que se sustenta este trabajo de investigación, por lo que fue revisada en el capítulo anterior.

La Hipótesis de la Escalada del Consumo de Drogas

Planteada esta hipótesis desde los años 50, suponía que el consumo de alcohol y tabaco conducían al de marihuana y éste al de heroína y cocaína de manera causal.

En la investigación que tuvo por objetivo poner a prueba esta hipótesis, se cambió, en primer lugar, el concepto de causalidad por probabilidad, en la actualidad se reconoce que hay una secuencia de consumo, es decir, la hipótesis de la escalada supone que el consumo de una droga, conlleva cierta probabilidad para el consumo de la siguiente, por ejemplo, se ha encontrado que quien consume marihuana generalmente ha consumido alcohol y tabaco y quienes consumen heroína previamente han usado marihuana (Becoña, 1999). La secuencia empieza con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y de ahí se pasa a otras drogas ilegales, Por lo anterior, se supone que si prevenimos el consumo de alcohol y tabaco, prevenimos el consumo de cannabis y si prevenimos el consumo de cannabis prevenimos también el consumo de otras drogas ilegales.

De acuerdo con Becoña (2002) la investigación indica que hay una progresión en el uso de drogas que comienza desde el no consumo, uso de drogas legales, de marihuana y uso de drogas ilegales. Sin embargo, aunque la progresión de las drogas legales a la marihuana es clara, la progresión de las drogas legales a otras drogas ilegales es menos clara, además, resalta el hecho de que muchas personas que han consumido drogas legales no progresan a las sustancias sucesivas.

Ambos hechos señalan que no hay causalidad en la secuencia de consumo y que existen otros factores como los personales, los sociales (familiares), el estilo de vida y los factores ambientales que influyen en la progresión, de manera que para comprender el consumo de una droga específica, además del consumo de drogas previas, se debe investigar su relación con otros factores.

Por tanto, hay que investigar los factores de riesgo y protección específicos asociados al consumo de cada sustancia para entender la progresión en el consumo y estar en posibilidades de plantear propuestas de prevención o intervención tanto sobre el consumo de cannabis, como sobre las sustancias previas en la cadena del consumo. Esta hipótesis constituye otro fundamento importante para este trabajo.

Conceptos Básicos

Concepto de Droga

Las distintas definiciones de droga, como la de la OMS y la de la Asociación Americana de Psiquiatría, coinciden básicamente en que son sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran una o más de sus funciones; el estado de ánimo, el nivel de percepción, el funcionamiento cerebral y la conducta; y que acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera laboral, personal, familiar, física, social, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. De esta manera, droga es toda sustancia psicoactiva que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones e incluye tanto las de tipo legal como ilegal y algunos medicamentos y tóxicos Becoña (2002).

Tipos de Drogas

Las drogas se pueden clasificar dependiendo de diferentes criterios: por ejemplo, de su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas); por su estructura química, por el medio sociocultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas); o con respecto al sujeto. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) propone once clases de drogas: alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (PCP), inhalantes, nicotina, opiáceos y otras drogas como sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y cafeína.

La clasificación de drogas legales e ilegales señala al alcohol, tabaco y cafeína en la primera categoría y ubica en la categoría de drogas ilícitas a las anfetaminas, alucinógenos, cannabis, cocaína, fenciclidina (PCP), inhalantes, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Esta distinción se relaciona con la mayor tolerancia social y disponibilidad hacia las primeras. La clasificación ha mostrado su utilidad en la investigación apoyando la hipótesis de la escalada del consumo de drogas, de acuerdo con la cual el consumo de drogas inicia con las drogas legales, las cuales serían la puerta de entrada al consumo de las drogas ilícitas, como se verá más adelante.

Fases en el Consumo de Drogas

El uso de una droga se refiere al consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica.

El abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que acarrea para la persona y que se derivan del mismo.

La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

De acuerdo con la OMS la dependencia es "el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizada por: 1) deseo dominante por continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga y, 4) efectos nocivos para el individuo y la sociedad (Becoña, 2002).

Por otro lado, Becoña (2002) señala que el proceso de consumo es complejo, lento y predecible. Hay una fase previa o de predisposición, una de conocimiento, una de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la fase de consolidación, pasando del uso al abuso y a la dependencia, la fase de abandono o mantenimiento, y la fase de recaída.

La fase previa se refiere a todos los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas. Son factores antecedentes al consumo y pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural.

La fase de conocimiento es cuando la persona tiene el conocimiento de la existencia de una sustancia concreta de la que le dicen que produce unos efectos determinados. Su conocimiento y contacto va a depender de su disponibilidad, de las actitudes de amigos y familia hacia el consumo de drogas, del interés que surja en

el individuo y que se relaciona con la etapa de desarrollo en la que se encuentre y de si los amigos y familiares inducen su consumo.

La fase de experimentación sigue a la de conocimiento y es el inicio del consumo de distintas sustancias. Hay distintos factores de desarrollo que conducen a la experimentación como los constitucionales (influencias hereditarias y anomalías genéticas), familiares (malos tratos en la infancia, conflicto familiar), emocionales e interpersonales (inmadurez emocional, incompetencia social), intelectuales y académicos (baja inteligencia, fracaso escolar), ecológicos (vecindario desorganizado y delincuencia) y acontecimientos de vida no normativos (muerte prematura de uno de los progenitores). Uno de los factores más importantes es la disponibilidad y el fácil acceso (se encuentra en la casa, le regalan la primera prueba, costo accesible), otro factor importante es el descenso de la percepción de riesgo, o publicidad dirigida a las en el caso de las drogas legales.

La fase de consolidación es donde se da el paso del uso al abuso y la dependencia. El elemento que va a mantener el consumo son las consecuencias positivas y negativas que siguen a dicho consumo. Las consecuencias estarán en relación de sus iguales, su familia y a sí mismo. Sus iguales pueden aceptar, rechazar su conducta, pueden reforzarla o castigarla, pero tiene importancia si el consumo se ha producido con ellos. El estado emocional es una variable muy importante en este momento. Cuando ya se está en una fase de dependencia y se ha mantenido en el tiempo, entonces se puede afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

Fase de abandono o mantenimiento, es cuando el consumo ha durado un periodo corto o largo, o incluso toda la vida, o bien cuando se decide abandonarla, en este momento cobran relevancia los programas de apoyo. El abandono puede ser debido a causas externas e internas. La familia, los amigos, la (el) novia (o), la escuela, el sistema legal, puede conducir al abandono o bien el deseo propio, por los problemas que acarrea.

La última fase que puede ocurrir o no es la recaída. El abandono puede considerarse un proceso por un camino lleno de recaídas.

Indicadores Empleados en la Evaluación del Consumo de Drogas

La evaluación del consumo de drogas se hace por medio de varios indicadores. Los más utilizados han sido la prevalencia del consumo, los patrones de uso, los factores de riesgo ambiental e individual, los problemas derivados del uso de sustancias, los episodios de intoxicación aguda, los criterios diagnósticos (abuso/dependencia), la severidad de la adicción (Medina-Mora, 1998), la "tasa de continuidad en el consumo" que se basa en los porcentajes de continuidad del consumo de sustancias, el cual brinda información sobre la probabilidad de estimar, una vez iniciado el consumo, cuán frecuentemente se repetirá o se incrementará a lo largo del tiempo (Linares, Cravioto, García & Medina-Mora, 2002).

De todos los indicadores mencionados, quizás el más usado para medir el nivel del consumo de drogas sea su prevalencia (Medina-Mora, 1994). Esto es, el número de usuarios de drogas comparado con el tamaño de la población, definiendo como "uso" la utilización de cualquier sustancia sin que se produzcan efectos nocivos para la salud.

Se considera como prevalencia total el número de personas que han hecho uso de alguna droga por lo menos una vez en la vida (AVV); la prevalencia lápsica es el número de personas que las han usado en el último año (UA); y la prevalencia actual, el número de personas que las han usado en el mes previo a la encuesta (UM), siempre utilizando como denominador el total de la población (Medina-Mora, 1994).

Otro de los indicadores empleados con mayor frecuencia es el Patrón de Uso o de Consumo de Drogas, el cual se establecen empleando, entre otras dimensiones, la frecuencia y la cantidad en las que se usan las sustancias. Así, el número de veces que se ha usado la droga distingue a los usuarios experimentales (los que probaron la droga de 1 a 5 veces sin seguirla consumiendo), de los regulares o moderados (aquellos que las han usado más de 5 veces y menos de 50) y de los fuertes (los que han usado cada una de las sustancias que consumen en más de 50 ocasiones) (Medina-Mora, et al., 1993).

La iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media (Millman & Botvin, 1992). En sus primeras

etapas el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia, y a situaciones sociales determinadas. A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias. Conocer los factores de riesgo y de protección se convierte así en un punto de gran relevancia para la prevención de las drogodependencias (Becoña, 2002).

Factores de Riesgo y de Protección

La investigación sobre los factores de riesgo toma en consideración los siguientes principios generales: 1) los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto, cuando un factor está presente es más probable que el individuo use o abuse que cuando no lo está; 2) la presencia de un factor de riesgo no garantiza el que se vaya a producir el uso o abuso y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y en todo caso es el resultado de la conjunción de múltiples factores; 3) el número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza de contenido y número de factores de riesgo implicados; 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tiene múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas; 5) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 6) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 7) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones en el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad, y 8) las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas Clayton (1992).

Moncada (1997) supone que existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas: por ejemplo un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el cannabis; los factores de riesgo del consumo de drogas y otros niveles tampoco son los mismos aunque en general lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo; algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo mientras que otros agudizan su influencia en determinada etapa, ejemplo, presión de grupo.

Entre los factores de riesgo individual, propuestos por diversos autores y mencionados por Becoña (2002) están los genéticos (ejemplo: hijos de consumidores de sustancias), constitucionales (como enfermedad crónica), psicológicos (problemas de salud mental, abuso sexual, actitudes favorables hacia el consumo de drogas, los valores, creencias y conocimientos sobre las drogas, además de otras conductas de riesgo como la conducta antisocial). Entre los factores de personalidad de alto riesgo están: búsqueda de sensaciones, baja tolerancia al dolor, pobre control de impulsos, alienación y rebeldía; entre los factores de protección individual están: un temperamento o disposición positiva, un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento sociales, creencia en la propia auto-eficacia y habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, una orientación social positiva (Kumpfer, et al., 1998) y depresión, búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, (Muñoz-Rivas, Graña & Cruzado, 2000).

En general, los diferentes autores, mencionan que los factores de riesgo familiar relacionados con el uso y abuso de drogas son: divorcio o separación de los padres, bajas expectativas para los niños o para el éxito (Hawkins, Catalano & Miller, 1992); historia familiar de alcoholismo, uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia su uso, problemas en el manejo de la familia (Peterson, Hawkins & Catalano, 1992); pobre supervisión familiar, pobre disciplina familiar, conflicto familiar, historia familiar de conducta antisocial, actitudes familiares favorables a la conducta antisocial, actitudes parentales favorables hacia el uso de drogas, y como factores de protección familiar están: apego familiar,

oportunidades y refuerzos para la implicación de la familia (Pollard, Catalano, Hawkins, & Arthur, 1997); conducta de la familia relacionada con el uso de drogas, prácticas de manejo de los hijos y de crianza inadecuadas, conflicto familiar, abuso físico, y de protección: cohesión, cordialidad y apego con uno o ambos padres durante la infancia, supervisión parental de las actividades y conductas diarias (Kumpfer et al., 1998); estructura y composición familiar, estatus socioeconómico familiar, disciplina familiar, relaciones afectivas y comunicación, actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas (Muñoz-Rivas, et al., 2000).

Entre los factores de riesgo de iguales están: en primer lugar, amigos o compañeros que consumen drogas (Hawkins, 1992; Peterson et al., 1992; Pollard, et al., 1997; Kumpfer et al., 1998; Muñoz Rivas et al., 2000); iguales con conducta antisocial y rechazo de los iguales (Pollard, et al., 1997); identificación con grupos desviados (Muñoz Rivas et al., 2000).

Con respecto a los factores de riesgo escolar para explicar el consumo de droga están: poco apego a la escuela, fracaso escolar o abandono de escuela, bajo rendimiento escolar, tipo y tamaño de la escuela (Hawkins, 1992; Peterson, et al., 1992; Pollard, et al., 1997; Kumpfer et al., 1998; Muñoz Rivas et al., 2000).

También se señalan factores de riesgo comunitario como deprivación económica y social, disponibilidad de drogas, desorganización comunitaria, la percepción social de riesgo, cambios y movilidad del lugar, entre otros.

La investigación sobre el consumo de drogas se ha enfocado más a los factores de riesgo que a los de protección, sin embargo, algunos autores reseñados por Becoña (2002) señalan que la religiosidad, las creencias en el orden moral, las habilidades sociales, la autoeficacia y una orientación social positiva son factores personales de protección. Entre los factores de protección familiar en contra del consumo de drogas Becoña (2002) menciona la convivencia familiar sin conflictos, el apego, los estilos de crianza adecuados y las actitudes de la familia en contra del consumo de drogas. Los factores de protección comunitaria incluyen contar con un sistema de apoyo externo positivo, el apoyo y recursos formales e informales de la familia, las normas, creencias y estándares conductuales en contra del uso de

drogas, el rendimiento escolar exitoso, el apego en la escuela, la implicación en la comunidad. El apego a los iguales no consumidores de drogas es el principal factor protector de iguales en contra del consumo.

En síntesis, se podría decir que en el campo de la prevención de drogodependencias es importante conocer los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de cada droga, que sean más relevantes y tengan mayor poder predictivo, con el propósito de elaborar modelos explicativos. De igual forma, cobra relevancia conocer las características de los diversos consumos en adolescentes, particularmente en los de nuestro país.

Consumo de Alcohol

Principales Tendencias en el Consumo de Alcohol

En México, el consumo de alcohol representa un problema importante de salud pública debido a su incremento en la población adolescente (Saltijeral, González-Forteza & Carreño, 2002; Villatoro, et al., 2002). La ENA 2008 muestra que el grupo de edad de mayor consumo son los jóvenes de 18 a 29 años y que la mayoría de los mexicanos tiene un patrón de consumo de grandes cantidades por ocasión, aunque es de baja frecuencia (INSP, 2009).

En torno al género, la mayor frecuencia e intensidad de consumo de los hombres ha sido extensamente documentada en nuestro país. Para la población en general, Medina-Mora (2001) reportó que las mujeres adultas tienen menor probabilidad de consumir alcohol que los hombres; Natera, Borges, Medina-Mora, Solís y Tiburcio (2001) presentaron datos de la ENA en población urbana del país realizada en 1988 que muestran que 13.7% de los hombres tienen un consumo consuetudinario y sólo el 9% muestran el síndrome de dependencia, mientras que en el caso de las mujeres el 0.6% tiene un consumo frecuente y el 0.6% presentan síndrome de dependencia; asimismo, para Medina-Mora, et al. (2001) el índice de consumo fuerte, es decir, 5 copas o más por ocasión, al menos una vez por mes, es alto y llega a 3.6% en los hombres y 1.5% en las mujeres, entre 12 y 17 años. Los hombres tienen un mayor consumo consuetudinario que las mujeres (5.8 a 1), también el

abuso/dependencia al alcohol es mayor en hombres que en mujeres, de acuerdo con los datos de la ENA 2008.

No obstante este mayor consumo masculino, se reconoce una tendencia importante del incremento en el consumo femenino que se presenta desde hace tiempo. Por ejemplo, los datos de la encuesta de otoño de 2003 en estudiantes de la Cd. de México muestran que el consumo de alcohol de las mujeres se incrementó, por lo que el porcentaje de hombres y mujeres consumidores fue casi igual; pero resalta el hecho de que mientras el consumo de alcohol continuó en aumento, el abuso del mismo permaneció estable (Villatoro, et al., 2005). Además, Medina-Mora, et al (2001) señalan, que el consumo que aumentó en las mujeres fue el frecuente en bajas cantidades (de 21% a 35% de 1988 a 1998); sin embargo, la ENA 2008 muestra que el consumo consuetudinario de las mujeres está aumentando, así como el consumo femenino de altas cantidades. Es decir, el consumo femenino ha aumentado en su frecuencia y en la cantidad de alcohol consumido (INSP, 2009).

Respecto al porcentaje de jóvenes que no han probado alcohol, los datos provenientes de diferentes investigaciones indican que los mayores porcentajes de no consumo lo presentan los jóvenes de menor edad/nivel educativo. Por ejemplo, en una muestra de estudiantes de secundaria de la Cd. de México encuestada en 1997, 46% no lo han consumido nunca (Villatoro, et al., 1999), mientras que en otra muestra de estudiantes de secundaria y bachillerato de la Cd de México encuestada en el 2003, el 34.2% nunca ha probado el alcohol (Villatoro, et al., 2005). Investigaciones realizadas con estudiantes del nivel bachillerato como la de Ponce de León, Solís y Alfaro (2000) y Alfaro, Harada y Díaz-Loving (2001) encontraron un porcentaje más bajo, 19.4% de estudiantes del bachillerato universitario, nunca habían probado alcohol. Por su parte, Hernández y Lozada (s/f) encontraron, a través de una encuesta automatizada a todos los estudiantes de primer ingreso a bachillerato y licenciatura de la UNAM en el ciclo escolar 1996-1997, que 31% nunca había tenido contacto con el alcohol. Por su parte, Mora y Natera, (2001) en una muestra de estudiantes universitarios (de nivel licenciatura), tanto de una institución pública como de una privada de la Cd. de México, reportaron que sólo el 17.1% fueron no consumidores. De acuerdo con,

Medina-Mora, et al. (2001) el 33% de los hombres y el 22.7% de las mujeres jóvenes de todo el país nunca habían tenido contacto con el alcohol.

Como se puede observar los alumnos de licenciatura tienen los niveles más bajos de no consumo, seguidos por los de bachillerato, mientras que, el porcentaje de alumnos de secundaria que no han probado alcohol es mayor.

Diversos estudios señalan a la edad como un fuerte predictor del uso de alcohol. Mora y Natera (2001) encontraron, en estudiantes universitarios de la Cd. de México, el mayor consumo alto para las mujeres de 20 a 22 años y para los hombres de 23 a 25 años; posteriormente, Mora, Natera y Juárez (2005) mencionaron que el consumo de alcohol es mayor en población universitaria entre los 20 y 22 años. Hernández y Lozada (s/f) encontraron un incremento en la frecuencia de consumo semanal en los estudiantes del nivel superior, el aumento es de 11% a 16% del bachillerato a la licenciatura en los varones, mientras que para las mujeres el incremento es menor, tan solo de 6% a 7%, respectivamente.

Adicionalmente, los datos de la ENA 2008 muestran que los niveles más altos de consumo se dan de los 18 a los 29 años y después descienden conforme aumenta la edad (INSP, 2009). En la revisión de diversas investigaciones realizada por Becoña (2002), este autor menciona que alrededor de los 20 años se encuentra el mayor consumo de alcohol en los jóvenes, y después la mayoría de los jóvenes moderan y declinan su consumo, lo cual puede deberse a la asunción de roles adultos, sin embargo, para quienes continúan con un alto consumo el mejor predictor es el consumo previo en la adolescencia.

Respecto a la edad de inicio, Mora y Natera (2001) y Mora, et al. (2005) encontraron, en estudiantes universitarios de la Cd. de México, que los hombres iniciaron su consumo de alcohol a los 14 años, mientras que las mujeres lo hicieron a los 15 años; Hernández y Lozada (s/f) indicaron que los hombres iniciaron su consumo cuando tenían 13 años y las mujeres a los 15 años de edad, (mientras estudiaban la secundaria); Ponce de León, et al. (2000) y Alfaro, et al., (2001) encontraron que la edad de inicio del consumo en estudiantes del bachillerato de la UNAM fue de 14.5 años. Estos datos son similares a los reportados por Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003) en España,

en donde la media de inicio de consumo de alcohol fue de 13.6 años. Por su parte, Herrera, Wagner, Velasco, Borges y Lazcano (2004) encontraron, en estudiantes del ciclo escolar 1998-1999 del estado de Morelos, que a los 15 años de edad el 50% de los estudiantes ya había iniciado el consumo de alcohol, mientras que a la edad de 17 años el 60% de los varones ya había iniciado el consumo de alcohol, en tanto que el 60% de las mujeres comenzó con el uso de alcohol a los 18 años de edad.

El inicio temprano en el consumo de alcohol se asocia a una mayor probabilidad de padecer problemas relacionados a este consumo en años posteriores, ya que la corteza prefrontal suele ser la zona más afectada, las funciones cognitivas como capacidad perceptiva y razonamiento se ven deterioradas en consumidoras (Carballo, García, Jaúregui & Saez, 2009).

El inicio temprano es un indicador muy importante, pues se sabe que un inicio del consumo de tabaco y de alcohol anterior de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Así se observa que 15.8% de quienes bebieron alcohol antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas. Esto ocurrió solamente en 4.7% de quienes empezaron a beber entre los 18 y 25 años y en 1.2% de quienes lo hicieron después de los 26 años, de acuerdo con la ENA, 2008 (INSP, 2009).

Prevalencias o Frecuencia de Consumo en Población Estudiantil

En una muestra de estudiantes de bachillerato, Palacios (2009) reportó que 87% de ellos han consumido alcohol alguna vez, 36.2% lo consumen una vez al mes o menos, 17.1% lo hace tres o cuatro veces al mes, 12.7% cada quince de días y 0.7% diariamente.

Respecto al consumo alto de alcohol en población estudiantil, Medina-Mora, et al., (1993) reportaron que 40 hombres y 10 mujeres de cada mil estudiantes del país habían bebido 5 copas o más en cada ocasión, 1 ó 2 veces a la semana; Mora y Natera (2001) encontraron que el 31% de los estudiantes presentó un consumo alto (mayor a cinco copas por ocasión de consumo en el último año), pero el consumo de los varones, fue de 23.7%, mientras que el de mujeres fue de 7.7%, además alrededor de 30% de las mujeres bebe en promedio de una a cuatro copas por ocasión con una frecuencia de al menos una vez al año versus el

18.4% de los varones, mientras que 22.2% de los hombres consume entre cinco y 11 copas al menos una vez a la semana vs el 7% de las jóvenes: la proporción fue de tres hombres por una mujer con consumo alto; Villatoro, et al. (2002) encontraron que la población masculina está más afectada (34%) que la femenina (29,9), aunque la diferencia es pequeña; Mora, et al. (2005) señalan que el 28% de los hombres reportó haberse embriagado en el último mes vs el 19% de las mujeres, mientras que el 58% y el 37%, respectivamente lo hicieron en el último año.

Palacios (2009) encontró que 21.6% de los estudiantes de nivel medio superior no han consumido 5 copas o más de alcohol por ocasión, 20.4% ha consumido esa cantidad al menos una vez, 29% lo ha hecho una vez al mes o menos y 11.9% lo hace tres o cuatro veces al mes y 9.1% consume esta cantidad cada quince días.

Respecto a este patrón de alto consumo en estudiantes, se ha encontrado que también se ha incrementado la cantidad de alcohol consumido y la frecuencia de borracheras. Así, entre los estudiantes españoles de 14 a 18 años que habían bebido en los últimos 30 días, la proporción de los que se emborracharon en ese mismo periodo pasó de 27.6% en 1994, a 41.9% en 2004 y 44.1% en 2006.

En la población estudiantil de la UNAM, Hernández y Lozada (s/f) reportaron que el 50 % de las mujeres vs el 25% de los hombres reportan un consumo de 1 o 2 copas por ocasión, mientras que el 6% de las mujeres y el 23% de los hombres mencionaron un consumo de 6 o más copas por ocasión; Más recientemente, Ponce de León, et al. (2000) encontraron que el 80.6% de la muestra de alumnos del bachillerato de la UNAM, ya había consumido alcohol, el 21% lo consume frecuentemente, el 25.5% lo hace moderadamente y el 53.5 % de manera poco frecuente.

Otro elemento a considerar en el consumo de alcohol de los jóvenes es que se ha incrementado el consumo de fin de semana, lo cual muestra la asociación del consumo de alcohol y la forma en que los jóvenes emplean su tiempo de ocio y se divierten, este fenómeno trae aparejado un cambio en los patrones de consumo asociados a esta forma de divertirse. En España, de acuerdo con el Observatorio Español de Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2007) ha disminuido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, pero se han incrementado los episodios de consumo intensivos (borracheras) el fin de semana

(incluido viernes), especialmente en el caso de los jóvenes de 15-34 años.

En resumen, en la población estudiantil, persisten las diferencias en el patrón de consumo de hombres y mujeres, el mayor porcentaje de los hombres tiene un consumo de baja frecuencia en altas cantidades (5 copas o más por ocasión), mientras que el consumo frecuente en bajas cantidades es más pequeño. El patrón más común en las mujeres es el de consumo frecuente en bajas cantidades, el cual ha aumentado de 21% a 35% de 1988 a 1998 (Medina-Mora, et al., 2001).

En el caso de personas provenientes de un grupo de alcohólicos, las diferencias de género se mantienen: un mayor porcentaje de hombres beben consuetudinariamente comparados con las mujeres que lo hacen (60.7% y 52%). De igual forma, los hombres consumen una mayor cantidad de copas por ocasión (11.7), en comparación con las mujeres (4.2) (Mariño, Berenzón & Medina-Mora, 2005). De igual forma, en población nacional usuaria del IMSS se encontró que los hombres presentan un mayor porcentaje de consumo riesgoso (17.7% vs 2.7%) y dañino (4.5% vs 0.7%) que las mujeres (Morales, Fernández, Tudón, Escobedo, Zárata & Madrazo, 2002).

A pesar de que las mujeres beben con menor frecuencia y en menor cantidad, con relación a los hombres, como se puede apreciar en las diferentes investigaciones, tanto en población general, como en estudiantil y en alcohólicos hay un incremento importante en el consumo femenino. La explicación de estas diferencias de edad y género, tal y como lo señala Medina-Mora (2001), tiene que ver con los cambios en el patrón de consumo, debido a los nuevos roles que tiene que desempeñar la mujer sobre todo en ambientes urbanos, de manera que se está incrementando el consumo de alcohol en las mujeres jóvenes. Al mismo tiempo, este patrón de consumo se relaciona con las normas y expectativas culturales y con la doble moral social que está presente no solamente en los adultos, sino en los propios jóvenes, quienes son más tolerantes hacia el consumo de alcohol con los de su propia edad, pero no con el consumo de las mujeres.

Factores de Riesgo y de Protección para el Consumo de Alcohol

La investigación ha hecho énfasis en los factores de riesgo y de protección hacia el consumo de alcohol. Con respecto a los primeros,

la gama va de los factores biológicos como el consumo de familiares, principalmente padres y hermanos; los factores personales como comportamiento antisocial temprano y/o persistente, indisposición y rebeldía a los valores dominantes, actitudes favorables e iniciación temprana del uso de alcohol, creencias, expectativas, características de personalidad como autoestima, asertividad, comunicación, empatía, entre otros; los factores familiares tales como las actitudes y comportamiento de la familia que consume drogas y alcohol, las expectativas de comportamiento y el conflicto familiar; algunos factores escolares como el fracaso escolar y el poco compromiso con la escuela; hasta los factores comunitarios (sociales) como las leyes y normas de uso favorable, la disponibilidad, la pobreza extrema, la desorganización del vecindario, la asociación con personas que consumen drogas (Hawkins, et al., 1992).

La investigación en México muestra que entre los factores biológicos que se relacionan con un mayor consumo de alcohol de los jóvenes están: el consumo de alcohol del padre, de la madre y de los hermanos (Hernández & Lozada, s/f); la historia familiar de consumo de alcohol, ya que los hombres consumidores presentan dos veces más probabilidad de desarrollar el síndrome de dependencia que aquellos que no tienen antecedentes (Natera, et al., 2001).

Entre los factores familiares de riesgo están el menor funcionamiento familiar positivo que perciben los jóvenes bachilleres (Ponce de León, et al., 2000); y el nivel educativo de los padres (Villatoro, et al., 2005).

Por otro lado, la investigación realizada en poblaciones con problemas de adicciones, señalan diversos factores familiares que están asociados al consumo de drogas, como el consumo de drogas de algún hermano, del padre y de la madre. Los hermanos son la influencia más poderosa, 15.7% de los menores cuyos hermanos eran usuarios de drogas las habían experimentado y 8.8% continuaba el uso, en comparación con solamente 2 y 0.7% de aquellos que no tenían hermanos usuarios (Medina-Mora, et al., 2003). También los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar se asocian al incremento del consumo de drogas en usuarios que acudieron a los Centros de Integración Juvenil de la Cd. de México y el uso de drogas conlleva mayores conflictos familiares (Arellanez -Hernández, Diaz-Negrete, Wagner-Echeagaray, &

Pérez-Islas, 2004). Asimismo, la intrusividad de la madre y un padre a quien le parece que su hijo no necesita de él, son factores de riesgo para el abuso de drogas, de acuerdo con datos de los Centros de Integración Juvenil (González, et al., 2005).

Consumo de Tabaco

Tendencias en el Consumo

De acuerdo con el Reporte Anual de Mortalidad atribuible al Tabaco, en México en el año 2000 murieron 26,083 hombres y 16, 505 mujeres por enfermedades causadas por el tabaquismo (Valdés-Salgado, Lazcano-Ponce, Hernández-Avila, 2005) y se estima que, para el año 2020, el tabaco será la causa individual de más muertes en el mundo, de acuerdo al estudio de la Carga Global de la Enfermedad mencionado por Lara, Romero, Foncerrada, Rebollo y Aguilar (2006).

Por su parte, el Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco en su Informe (2003) señala que se pueden observar dos tendencias importantes en el mundo: a) un descenso, o al menos un estancamiento, en el consumo de los países desarrollados, y b) un rápido incremento en los niveles de consumo de los países en desarrollo, con edades promedio de inicio cada vez más tempranas y con una mayor participación de mujeres fumadoras.

La relevancia de esta problemática se evidencia en los reportes de prevalencia del consumo de tabaco en jóvenes de diferentes países.

Por ejemplo, en Estados Unidos, la Encuesta de Comportamientos de Riesgo entre los Jóvenes, realizada en 2001 en estudiantes de preparatoria (grados 9 a 12), indicó que 28.5% de todos los estudiantes de este nivel educativo eran fumadores actuales de cigarros, es decir, que habían fumado uno o más días durante los 30 días anteriores a la encuesta.

En España el tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida entre los estudiantes de secundaria, como lo acredita el hecho de que un 34,4% ha fumado en alguna ocasión, de acuerdo con datos del Plan Nacional de Drogas Español (en su encuesta realizada en el año 2000) y que un 27% de alumnos de enseñanza Secundaria se declararon fumadores, mientras que 73% eran no fumadores, de acuerdo con Soria-Esojo, Velasco-Garrido, Hidalgo-Sanjuán, Luiz-Martínez,

Fernández-Aguirre y Rosales-Jaldo (2005), estos autores refieren que el consumo de tabaco fue mayor en las mujeres (36,1%) que en los varones (18,1%) y que a medida que aumenta la edad de los escolares, se acentúan las diferencias en la prevalencia a favor de las mujeres.

El Observatorio Español de Drogas en su informe 2007 menciona que el consumo de tabaco en la población de estudiantes de 14 a 18 años ha disminuido, pasó de 21.5% (de fumadores diarios) en 2004 a 14.8% en 2006. Con relación a este 14.8%, 12,5% eran hombres y 16,9% mujeres. Esta reducción se debe a las medidas puestas en marcha para reducir el consumo.

En Portugal, Ríos, Rosas, Machado (2005) reportaron que el 73,9% de los alumnos de una escuela secundaria, participante en un programa de espacios libres de humo, son no fumadores, el 12,3% son ex-fumadores y el 13,8% son fumadores. De los alumnos fumadores el 47,9% son del género masculino, el 52,1% del género femenino, siendo la media de edades de 16,4 años.

Por su parte, Olivari y Barra (2005) señalaron que de acuerdo con la Encuesta de Consumo de Drogas en Población Escolar en Chile el 73% había fumado alguna vez y el 52% en el último año, mientras que en la investigación realizada por estos autores con estudiantes de secundaria de algunas escuelas en Chile encontraron que la mitad de ellos fumaba (50.2%).

En México, de acuerdo con datos de la ENA 2008 (INSP, 2009) 14.9% de los adolescentes del país declaró haber probado el cigarro alguna vez en su vida y 8.8 % de los adolescentes ha fumado en el último mes (fumador activo).

En cambio, en población estudiantil la situación es diferente, los datos de la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006 muestran que los niveles de consumo de tabaco son de más del 50% y son muy similares entre Aguascalientes, Querétaro y la Ciudad de México, especialmente en los hombres y en la población de bachillerato y señalan que el consumo de tabaco se ha mantenido estable en los últimos 4 años, que (Villatoro, et al., 2007).

También los datos de la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (2008), que incluye datos obtenidos en 2003, 2005, 2006 y 2008, señala que más de la mitad de los estudiantes de secundaria ha experimentado con el cigarro al menos una vez en la vida. Entre 10.5 y 27.8% ha

fumado al menos un día en el último mes. En la mayoría de las ciudades no hay diferencias en el consumo femenino y masculino, aunque en algunas ciudades es mayor el consumo femenino y menciona que entre 20 y 31% de los estudiantes que nunca han fumado piensa que el año siguiente fumará (Reynales-Shigematsu, Valdés-Salgado, Rodríguez-Bolaños, Lazcano-Ponce, Hernández-Ávila, 2009).

En la capital del país, con datos provenientes de La Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes de la Ciudad de México de 2003, se encontró que 53% de los estudiantes de secundaria de esta ciudad han fumado, de los cuales 20.2% fumó en el último mes. Además, de que reportó que no había diferencias significativas en el consumo experimental de tabaco o en el último mes, entre hombres y mujeres, es decir, las mujeres adolescentes de secundaria de la Cd. de México fuman en la misma proporción que los hombres (Valdés-Salgado, Meneses-González, Lazcano-Ponce, Hernández-Ramos & Hernández-Avila, 2004).

En mujeres estudiantes de secundarias públicas y privadas de la Ciudad de México, mientras 50.6 % había probado el cigarro, un poco más de las mitad de las experimentadoras continuaron fumando 56.0 % (Calleja, 2009).

Por su parte, la frecuencia de consumo de tabaco en estudiantes de bachillerato del ciclo escolar 2004 en Guadalajara, fue 58.2% alguna vez en la vida, la del último año 32.4% y en el último mes 23.9% de acuerdo con Nuño, Álvarez, Madriga y Rasmussen (2005).

Con respecto a los estudiantes de nivel medio superior en la Ciudad de México, 68.3% han consumido tabaco alguna vez en la vida, de éstos 17% fuman una vez al mes o menos, 18% solo lo ha hecho una vez y 14.4% fuma diario o casi diario (Palacios, 2009).

En síntesis, se observa que el consumo de tabaco alguna vez en la vida es alto, a diferencia del consumo actual que es menor. Las diferencias en los datos reportados en cada investigación tienen que ver con las distintas muestras, las edades de los participantes, sus niveles educativos, el género, los diferentes indicadores empleados, entre otros aspectos. De cualquier manera el consumo de tabaco es muy elevado en las distintas muestras, sobre todo en población estudiantil.

La Edad de Inicio

Un indicador importante en el consumo de tabaco es la edad de inicio, su análisis refleja una tendencia hacia un inicio cada vez más temprano, apoya la relación entre el inicio temprano y el consumo prolongado, así como la hipótesis de la escalada en el consumo de drogas.

De acuerdo con Olivari y Barra (2005), en Chile, la droga de inicio más temprano es el tabaco puesto que alrededor de la mitad de los usuarios inicia su consumo a los quince años.

En España, de acuerdo con el Observatorio Español de Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2007), la edad media del consumo del primer cigarrillo se sitúa a los 16.4 años, considerando toda la muestra, siendo más temprana en los hombres (15.9) que en las mujeres (17.1), pero no se presenta el dato por diferentes grupos de edad.

En México se ha constatado que los adolescentes empiezan a fumar a edades más tempranas. De acuerdo con los datos de la ENA 2008 (INSP, 2009), la edad media de inicio para fumar en el grupo de adolescentes del país fue 13.7 años. Por su parte, el Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco (2003) ubica a los 13 años como la edad promedio de inicio para las generaciones nacidas después de 1980. Por otro lado, Valdés-Salgado, et al., (2004) encontraron que en estudiantes de la Cd. De México 69.2% de quienes han probado el tabaco lo empezaron a hacer antes de los 13 años y la curiosidad fue la principal razón para probar el cigarro 85.1% y que hay un alto porcentaje de niños/as que inician su consumo a los 12 años o antes (1 de cada 5 estudiantes). También Calleja (2009) reportó que una cuarta parte de las adolescentes de secundaria que habían fumado lo hicieron antes de lo 12 años. Palacios (2009) encontró que la media de la edad de inicio para una muestra de estudiantes de bachillerato fue 14.01.

Respecto a la relación entre la edad de inicio y su consumo prolongado, Caraballo y Lee, (2004) señalan que la iniciación en el consumo de tabaco se presenta fundamentalmente en los primeros años de la adolescencia y que mientras más pronto empiezan los jóvenes a fumar es más probable que lo sigan haciendo una vez que se vuelven adultos; es menos probable que lo dejen y el tiempo en que serán consumidores es potencialmente más largo, incrementando de esta manera la

posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas relacionadas con el tabaquismo.

En el mismo sentido Soria-Esojo, et al., (2005) señalan que fumar a edades tempranas es un factor de riesgo para la dependencia a la nicotina en edades más avanzadas. Si un adolescente sabe evitar el tabaco, es poco probable que de adulto sea fumador.

Fumar como Puerta de Entrada al uso de Sustancias

Con respecto a la hipótesis de la escalada, el Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco (2003) menciona que el inicio temprano en el consumo del tabaco se asocia a una mayor experimentación con otras sustancias. De hecho, casi la cuarta parte de aquellos adolescentes que consumieron tabaco antes de los 10 años de edad, manifestaron haber consumido alguna otra sustancia psicoactiva (diferente del alcohol).

La relación entre el inicio temprano del consumo de tabaco y el aumento en la probabilidad del consumo de otras sustancias ha sido reportada por diversos autores. Por ejemplo, Everett, Giovino, Warren, Crossett y Kann (1998) encontraron que quienes fumaban y bebían tendían a usar otras drogas; y reportaron que es 15 veces más probable que las estudiantes de preparatoria que fuman regularmente sean consumidoras habituales de alcohol y marihuana, en comparación con las no fumadoras, y es seis veces más probable que hayan consumido cocaína, inhalantes y otras drogas ilícitas. También se ha encontrado que quienes fumaban tendían a beber alcohol (Diez, Barnol, Nebot, Juárez, Martín & Villalbí, 1998).

Las drogas con las que la relación es más alta son la marihuana y la cocaína como lo han reportado Medina-Mora, et. al., (2003) y Villatoro et al., (2005) y alcohol y marihuana (Muñoz-Rivas, Andreu & Gutiérrez, 2005). También, se sabe que el consumo temprano de tabaco incrementa las probabilidades de consumir drogas médicas e ilegales (Villatoro, et al., 2007).

Factores Asociados al Consumo de Tabaco

De acuerdo con Calleja (2009), los factores asociados con el consumo de tabaco se agrupan en: biológicos, personales, familiares, sociales, de la publicidad y los medios y del control del tabaco.

Entre los factores biológicos asociados con el consumo de tabaco en adolescentes están: madre fumadora durante el embarazo, pubertad a edad temprana, experimentación con el tabaco antes de los 11 años y consumo de cafeína (Calleja, 2009).

Esta misma autora, menciona que entre los factores personales relacionados con el consumo de tabaco se han estudiado la tendencia a la rebeldía, a la toma de riesgos, y a la búsqueda de sensaciones, la depresión, la baja autoestima, el locus de control externo, la carencia de habilidades de enfrentamiento al estrés, las conductas desordenadas relacionadas con el peso, la ausencia de actividades en el tiempo libre, la percepción de invulnerabilidad ante los efectos nocivos del tabaco, la imagen de los fumadores, los conocimientos de los efectos del tabaco, las creencias y actitudes hacia el tabaco, la depresión, entre otros. En su investigación encontró que la rebeldía, la toma de riesgos, la permisividad en el consumo de tabaco en el hogar, los amigos fumadores, la creencia en los beneficios de fumar, la supervisión de los padres y la creencia en las propiedades adictivas del tabaco, se asociaron al consumo de tabaco de adolescentes de secundaria, en mayor grado en las fumadoras que en las experimentadoras.

La relación entre tabaquismo y depresión ha sido establecida en diferentes estudios como lo reseñan Moreno y Medina-Mora (2008), quienes además señalan que esta relación está modulada según el sexo de los fumadores mexicanos.

Olivari y Barra (2005) reportaron correlaciones significativas inversas entre la conducta de fumar y la auto-eficacia y auto-estima de mujeres adolescentes. Además, encontraron diferencias significativas en esas variables a favor de adolescentes no fumadores respecto a los fumadores, así como a favor de los hombres respecto a las mujeres.

Respecto a los factores familiares, se ha reportado consistentemente la influencia de padres fumadores (Nuño, et al., 2005), hermanos(as) mayores fumadores (Soria-Esojo, et al., 2007), la no desaprobación paterna explícita del tabaco, la falta de supervisión paterna de las actividades de la hija/hijo, el insuficiente involucramiento paterno en sus vidas, los vínculos familiares débiles, el ambiente familiar conflictivo y de abuso, los patrones de relación

padres-hijos (Nuño, Álvarez, Velázquez & Tapia, 2008) y el conflicto familiar.

Entre los factores sociales, destaca la influencia de los amigos y compañeros para que los adolescentes fumen (Nuño, et al., 2005), ya que es comúnmente la más directa y efectiva; aquellos que tienen amigos que fuman es muy probable que lo hagan también. Los pares influyen de muchas maneras: pueden simplemente mostrar aprobación de la conducta de fumar, ejerciendo presión, o siendo modelos de comportamiento (Botvin, Baker, Goldberg, Dusenbury & Botvin, 1992; Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel & Sailor, 2001).

Los adolescentes llegan a pensar que fumar constituye una norma de su grupo de pares y a creer erróneamente que la mayoría de los adolescentes fuma (Tapia-Conyer et al., 1990); sobreestiman la aprobación de sus pares respecto al tabaco, así como su prevalencia. Sus percepciones, a pesar de que son inexactas influyen en su consumo de tabaco (Olds & Thombs, 2001). Los altos niveles de tabaquismo en las jóvenes están asociados fuertemente con la percepción de que sus pares también fuman.

Adicionalmente, entre los factores sociales, el consumo elevado se relaciona con los bajos niveles de percepción de riesgo y una alta tolerancia social, de acuerdo con (Valdés-Salgado, et al., 2004).

En relación con la publicidad y los medios de comunicación, la publicidad y el que los actores preferidos de cine y tv aparezcan fumando, así como las medidas de control, como prohibiciones de venta a menores de edad, prohibición de fumar en ciertos espacios, son aspectos que se relacionan con la probabilidad de fumar (Calleja, 2009)

También es necesario considerar aspectos culturales como las pertenencias raciales y étnicas, la edad y el género presentadas por Caraballo y Lee (2004) con los datos de la Encuesta de Comportamientos de Riesgo entre los Jóvenes, de 2001, realizada entre estudiantes de preparatoria (grados 9 a 12) en Estados Unidos. De acuerdo con esos datos, la prevalencia de fumadores actuales de cigarrillos fue de 26.6% para los estudiantes hispanos, 31.9% para los blancos no hispanos y 14.7% para los negros no hispanos durante los 30 días anteriores a la encuesta.

Con relación a las diferencias de género, y debido a las mujeres son más vulnerables que los hombres a los efectos nocivos del tabaco, así como al incremento acelerado del consumo femenino, incremento que pasará del 12% actual al 20.5% en el 2025, Calleja (2009) probó un modelo que explica la susceptibilidad tabáquica de mujeres adolescentes, de acuerdo al cual los amigos que fuman constituyen la principal influencia, destaca también la importancia de los padres (a través de la supervisión parental y la permisividad en el consumo de tabaco en el hogar).

Además, Moreno y Medina Mora (2008) mencionan que las mujeres fumadoras tienen el doble de probabilidades de padecer depresión que las no fumadoras, así como cinco veces más probabilidad de padecer depresión que los hombres. En la revisión que hicieron estas autoras encontraron reportes de correlaciones positivas entre el grado de dependencia a la nicotina y el desarrollo de síntomas depresivos durante la abstinencia, siendo las mujeres con mayor nivel de depresión las más propensas a recaer en el tabaquismo.

Finalmente, algunos factores escolares que se ha encontrado asociados al consumo de tabaco, de acuerdo con Calleja (2009) son: la ejecución académica (particularmente las bajas calificaciones), el compromiso escolar, la actitud hacia la escuela, la información que la escuela proporciona respecto al tabaquismo, y la normatividad escolar sobre el consumo de tabaco. El rendimiento escolar se relaciona con el mayor consumo de tabaco, de acuerdo con Nuño, et al. (2005), así como el nivel educativo del estudiante y el de sus padres (Villatoro et al., 2007).

Por otro lado, se ha encontrado que el consumo de tabaco covaría con otras variables psicopatológicas como la depresión, la ansiedad y la obsesividad-compulsividad (Villar, Viñas, Ferrer, Caparrós & Cornellá, 2004).

En síntesis, el consumo de tabaco se ha incrementado en los jóvenes, en mayor medida en las adolescentes de todo el mundo, y este hecho se explica por diversidad de factores, desde el nivel biológico hasta el cultural, que interactúan de diferente manera, de acuerdo con los contextos en que el fenómeno se produce, por lo cual se requiere el establecimiento de modelos específicos para cada

población en aras de diseñar programas de prevención e intervención eficaces.

Consumo de Drogas Ilegales

Tendencias y Prevalencias del Consumo de Drogas Ilegales

El consumo de drogas ilegales y médicas también ha aumentado en la población nacional, de acuerdo con los datos de la ENA 2008 (INSP, 2009), el consumo de drogas ilegales pasó de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. El consumo de la marihuana aumentó de 3.5% a 4.2% y el de la cocaína de 1,2% a 2.4%, es decir esta última se duplicó entre ambas mediciones. El consumo de metanfetaminas, crack y heroína aunque es significativamente menor, muestran tendencias de crecimiento.

El incremento en el consumo de drogas ilícitas y médicas es una tendencia que se puede observar desde mediciones anteriores de esta misma Encuesta. Así, el consumo de marihuana se elevó significativamente de 2.99% en 1988 a 4.70% en 1998 (Linares, et al., 2002; Medina-Mora, et al., 2001; Medina-Mora, et al., 2003), aunque en el 2002 se puede observar una baja (3.48). El consumo de inhalables había descendido ligeramente entre 1988 y 1993 (0.76 y 0.50%, respectivamente), en 1998 se observó un ligero incremento (0.80%) (Medina-Mora, et al., 2003), pero en el 2002 baja nuevamente (0.45). La cocaína registra los incrementos más importantes, al casi triplicarse el consumo alguna vez en 1998 (1.45%), respecto a 1988 (0.33%) (Medina-Mora, et al., 2003), y en el 2002 sufre una pequeña disminución (1.23).

De acuerdo con Linares, et al. (2002), quienes analizaron los datos de tres Encuestas Nacionales de Adicciones, 1988, 1993 y 1998, los porcentajes de continuidad para el consumo de marihuana fueron: En 1988 fue de 13.4%; en 1993, el porcentaje de continuidad fue de 6.7%; y en 1998 fue de 18.5%, es decir no sólo ha aumentado su consumo sino el tránsito de ser usuario experimental a ser usuario regular.

Los datos de prevalencia del consumo de drogas en la población general presentados en la ENA 1988 (INSP, 2009) y analizados por Nazar, et al. (1994) muestran una prevalencia de consumo de drogas ilícitas a nivel nacional fue de 2.2% y la de drogas médicas de 1.8%.

Las drogas ilícitas más utilizadas fueron: la marihuana y los solventes inhalables. De las drogas médicas, la de mayor consumo correspondió a los tranquilizantes (0.7), seguida de los depresores, estimulantes y anfetaminas (0.3).

En el reporte de la ENA 2002 emitido por el INEGI (2004) se muestra que 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas sin incluir al tabaco y al alcohol, es decir, el 5.02% ha consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida, el consumo de los hombres fue de 3.86% y el de las mujeres fue de .81%. El consumo de marihuana fue de 3.48, el cocaína 1.23, el de inhalables 0.45.

Con respecto a la edad de inicio del consumo de drogas, en la Encuesta de 2002 (INEGI, 2004), se señala el inicio de consumo de drogas médicas a los 29.7 y a los 27.3; para la marihuana es a los 18.4 y a los 19.3; en el caso de la cocaína, a los 22.5 y a los 21.3; el de inhalables a los 18.1 y a los 13.8 años, para hombres y mujeres respectivamente.

La ENA 2008 (INSP, 2009) señala que la edad de inicio para el consumo de drogas ilícitas es temprana, aunque hay un grupo de drogas cuyo inicio se da antes de los 18 años, y otro grupo cuyo inicio se produce en la edad adulta. En el primer grupo se encuentran los sedantes, la marihuana, los inhalables y las metanfetaminas, mientras que en el segundo grupo se encuentran los estimulantes, cocaína, alucinógenos, heroína. El crack tiene dos momentos, un 41% inicia antes de los 18 y otro 42% entre los 18 y los 25 años.

El consumo de drogas ilícitas y médicas también se ha incrementado en los adolescentes (Saltijeral, et al., 2002; Villatoro, et al., 2002).

De acuerdo con la ENA 1988 (INSP, 2009), 92.5% de los adolescentes que consumieron drogas ilícitas fueron hombres, mientras que las mujeres no consumieron cocaína, alucinógenos ni heroína-opio. El consumo de drogas médicas por parte de las mujeres fue 51.9 %, y 48.1% de este consumo correspondió a los varones. Cabe destacar que la mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes correspondió al sexo masculino. Las drogas de mayor consumo en el último mes fueron la marihuana, la cocaína y los inhalables, con prevalencias de 0.7, 0.2 y 0.1 por ciento, respectivamente.

Los datos de la ENA 1998 (INSP, 2009) sobre el consumo de los adolescentes de 12 a 17 años de edad, reportados por (Medina-Mora, et al., 2003), muestran que la prevalencia "alguna vez en la vida" en el uso de una o más drogas, excluyendo al tabaco y al alcohol, fue 3.57% para los hombres y de 0.6% para las mujeres. La prevalencia en el último año fue de 2.14% y 0.45% y la prevalencia en el último mes fue de 1.4% y =.3% para hombres y mujeres respectivamente.

En cuanto a las preferencias del tipo de droga en ese año, Medina-Mora et al., (2003) reportaron que la marihuana fue la droga más usada (2.5 y 0.5%), seguida por los inhalables (1.08 y 0.20%) y la cocaína (0.99 y 0.22%) por hombres y mujeres, respectivamente. Los inhalables fueron las sustancias de inicio más temprano, seguidos por la marihuana; el consumo de cocaína se inició a partir de los 11 o 12 años, sin embargo, cuando los adolescentes inician el uso después de los 14 años, es más probable que lo hagan con marihuana o cocaína que con sustancias inhalables.

En ambos grupos, los alucinógenos tienden a ser sustancias de experimentación, en tanto que la marihuana y los estimulantes en los varones, y los estimulantes y la cocaína entre las mujeres, fueron las drogas que se continuaron usando con más frecuencia después de experimentar con sus efectos (Medina-Mora, et al., 2003).

Prevalencia en población estudiantil.

De acuerdo con Medina-Mora, et al. (1993) la prevalencia de uso de drogas ilícitas es más baja que la del alcohol y tabaco. Los datos de la Encuesta de Estudiantes a nivel nacional muestran que 8.2% del total de la muestra había consumido por lo menos una droga alguna vez en su vida, sin incluir al tabaco o al alcohol; y cerca del 2% las usó el mes anterior a la encuesta. Las drogas que más usaron fueron los inhalables, la marihuana y las anfetaminas.

La Encuesta de Estudiantes realizada en el otoño de 1997, muestra que tanto el consumo de marihuana como el de la cocaína se incrementaron de manera significativa con relación a la medición de 1993. Incluso, el número de usuarios de cocaína se duplicó, en los últimos 5 años (de 2% en 1993 a 4% en 1997). La marihuana (5%) ocupó el primer lugar de las sustancias preferidas por los adolescentes, seguida del consumo de cocaína (4.1%), los inhalables (3.9%) y los

tranquilizantes (3.2%). La prevalencia en el último año para la marihuana fue 3.20; la de cocaína fue 2.69, la de inhalables 2.28 y la de tranquilizantes 1.91. La prevalencia actual para la marihuana fue 1.27; la de la cocaína 1.11; la de los inhalables 1.09 y la de los tranquilizantes 0.84. El análisis de la prevalencia del último año por sexo revela que en este lapso (1993 a 1997) la proporción de hombres que ha inhalado disolventes disminuyó ligeramente (de 4 a 3%), y aumentó el índice de experimentación con cocaína (de 1% a 4%) y de marihuana de 2% a 5%) (Villatoro, et al., 1999).

Por otra parte, a pesar de que una proporción menor de mujeres ha experimentado con drogas, se observa un incremento en el consumo de todas, el cual es más marcado que en los hombres. Por ejemplo, el consumo de marihuana aumentó 6 veces (de 0.3% a 1.82% de 1993 a 1997) y el de cocaína aumentó 7 veces (de 0.2% a 1.4%) en este grupo (Villatoro, et al., 1999).

Los datos de la Encuesta de Estudiantes 2000 sobre consumo de sustancias indicaron un incremento en el consumo de drogas en los últimos tres años del 12% a 14.7% de adolescentes que han experimentado con estas sustancias. El consumo que más se ha incrementado es el de marihuana, cocaína y tranquilizantes. Las dos primeras son consumidas en mayor medida por los hombres (8.3% y 7.4%, respectivamente), y la tercera por las mujeres (5.8%), El incremento en el consumo de inhalables se ha mantenido estable. En los últimos 7 años se triplicó la proporción de adolescentes que han experimentado con cocaína (de 1.6% en 1993 a 5.2% en el 2000). Los hombres son el subgrupo que más consume drogas (6.2%) en comparación con las mujeres (4.4%), aunque la diferencia es pequeña. De la población total, el 10% es usuario experimental y 4.7% es usuario regular (ha tomado drogas en más de 5 ocasiones) (Villatoro, et al., 2002).

En la Encuesta de Estudiantes realizada en 2003, Villatoro, et al. (2005) reportaron que el consumo de drogas en la Ciudad de México mostró un ligero aumento, que sin embargo no fue estadísticamente significativo. La prevalencia total del consumo de drogas fue 15.2%, mayor al del 2000 en 0.5%. La prevalencia en el último año fue 8.4% y en el último mes fue 4.6%, respectivamente. No obstante, resultan interesantes algunos datos: el consumo de marihuana es alto, el de los inhalables y tranquilizantes se mantiene constante y el de la cocaína

decrece ligeramente. Se encontró que han aumentado los niveles de consumo de las mujeres, mientras que el nivel de consumo de los hombres se ha mantenido o ha disminuido ligeramente, aunque todavía las mujeres han experimentado con drogas en una menor proporción.

El 10.5% es usuario experimental y 4.7% regular (ha probado drogas en más de cinco ocasiones. La preferencia general de drogas se mantiene: el primer lugar lo ocupa la marihuana, seguida de los inhalables, los tranquilizantes y la cocaína con niveles de consumo similares, en tanto que por sexo, se encontró que las mujeres prefieren las drogas médicas y los hombres las ilegales (Villatoro, et al., 2005).

Factores de Riesgo y de Protección para el Consumo de Drogas Ilegales

Entre los factores de riesgo más importantes que se han destacado en la población abierta y en grupos de estudiantes, se encuentran: fumar, beber, el inicio temprano del consumo de tabaco y alcohol, el género, la depresión, el control conductual, la percepción del riesgo, los trastornos de la alimentación, el consumo de algún familiar, conflictos en la familia, el consumo de los amigos, la aceptación de los amigos, entre otros.

Fumar y consumir bebidas alcohólicas fueron factores biológicos de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. En las mujeres tiene mayor fuerza el antecedente de consumo de bebidas alcohólicas y el tener conocidos usuarios de heroína-opio o cocaína, de acuerdo con Nazar, et al. (1994).

Las personas que consumen alcohol están en un mayor riesgo de consumir otro tipo de drogas, de acuerdo con los datos de pacientes que acudieron por primera vez a la clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol del Hospital General de México (Mariño & Medina-Mora, 2000). La consideración del alcohol como un riesgo para el consumo de otras drogas se ha documentado en otras ocasiones, ya que el alcohol es una droga de entrada que facilita el consumo de otras sustancias (Medina-Mora, Mariño, Berenzon, Juárez & Carreño, 1992).

El inicio del consumo de alcohol y tabaco antes de los 18 años incrementa la probabilidad de consumir otras drogas, de acuerdo con los datos de la ENA 2008 (INSP, 2009). Por ejemplo, 14% de las

personas que comenzaron a fumar antes de los 18 años experimentó con marihuana, en comparación con 5.4% de quienes comenzaron a fumar entre los 18 y 25 años. La proporción para cocaína fue de 7.6% versus 3.8%. Con respecto al alcohol ocurre lo mismo, 15.8% de quienes comenzaron a beber antes de los 18 años experimentó también con otras drogas, en comparación con un 4.7% de los que empezaron a beber entre los 18 y 25 años y 1.2% de quienes empezaron a beber después de los 26 años.

La edad, es decir, los jóvenes, de acuerdo con diversas encuestas son el grupo poblacional de mayor consumo de drogas, pero particularmente, tener entre 19 y 21 años, aumenta las posibilidades de iniciar el uso de todas las drogas estudiadas (Herrera, et al., 2004); o la mayor edad en estudiante de secundaria aumenta la probabilidad de consumir marihuana, inhalables y cocaína (Wagner, et al., 2003).

El género, en general los hombres adolescentes consumen más drogas, (Herrera, et al., 2004; Ortiz, Soriano, Galván & Meza, 2005; Villatoro, et al., 2002), particularmente los hombres tienen mayores posibilidades de verse expuestos al uso de drogas como la marihuana, los inhalables y la cocaína (Wagner, et al., 2003), aunque el género femenino es un factor de riesgo para el uso de anorexígenos y tranquilizantes (Hernández y Lozada, (s/f).

Entre los factores personales, la depresión y el haber sido víctima de abuso sexual predice tanto el uso experimental como el abuso de sustancias; la ideación suicida, es un factor que predice la experimentación y el uso moderado de drogas (Villatoro, et al., 1999).

El control conductual fue el componente que mejor predice la intención y el consumo de drogas en estudiantes de secundaria, de acuerdo con los datos reportados por Rodríguez, Díaz, Gutiérrez, Guerrero y Lucio (2007).

Con respecto a la percepción del peligro que implica cada droga, la cual predice tanto la experimentación como el uso continuo de sustancias psicoactivas (Villatoro, et al., 1999), la menor percepción de riesgo se asocia a un mayor consumo de drogas Arellanez, et al. (2004).

Adicionalmente, la presencia de 3 o más indicadores de trastornos de la conducta alimentaria es un factor de riesgo para el

consumo de drogas, de acuerdo con Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro y Medina-Mora (2001).

Entre los factores familiares, los conflictos familiares (Ortiz, et al., 2005), la comunicación inadecuada en la familia, el incumplimiento de reglas y la falta de consecuencias ante el incumplimiento se asocian con el consumo de drogas (García & Segura, 2005). Los consumidores de alguna droga presentan, también, menor apoyo, comunicación y apego con la familia, así como mayor rechazo por parte de su papá y de la mamá que los no consumidores (Ojeda, 2003). El nivel de estrés familiar también predice tanto la experimentación como el uso moderado de drogas, de acuerdo con Villatoro, et al. (1999).

El consumo de drogas de padres o hermanos, el consumo de alcohol de algún familiar (Villatoro, et al., 1999) y la escolaridad del jefe de familia -superior a la de secundaria- son todos predictores del uso experimental de drogas (Villatoro, et al., 2002; Villatoro, et al., 2005), así como vivir únicamente con el padre (Wagner, et al., 2003).

Entre los factores sociales, la aceptación de los amigos hacia el consumo de drogas, predice la percepción de accesibilidad de las drogas; la asociación con pares que consumen drogas es el principal predictor de que un adolescente inicie, continúe e incluso abuse de las drogas; el nivel de estrés social es factor que predice la experimentación y el uso moderado de drogas, de acuerdo con Villatoro, et al. (1999).

El estrato socioeconómico medio, ser empleado o no tener ocupación son factores de riesgo para el consumo de cocaína, de acuerdo con los datos provenientes del Sistema de Reporte de Información en Drogas (Ortiz, et al., 2005); el nivel socioeconómico alto y vivir en áreas urbanas, aumentan las posibilidades de iniciar el uso de drogas (Herrera, et al, 2004); el haber trabajado durante el año anterior, se relaciona con mayores posibilidades de verse expuestos al uso de drogas como la marihuana, los inhalables y la cocaína (Wagner, et al., 2003).

Otro factor relacionado con el uso de drogas, son las oportunidades de exposición a las mismas, Wagner, et al. (2003) reportan que uno de cada tres alumnos de los que tuvieron la oportunidad de usar alguna droga, lo hizo. El ofrecimiento de la droga

como regalo por parte de algún amigo, compañero o conocido; o bien, la invitación a usarla por parte de alguien que intentaba venderla, fueron los mecanismos de exposición más frecuentes.

Entre los factores escolares, se ha encontrado que tener una escolaridad de secundaria, es un factor de riesgo para el consumo de cocaína (Ortiz, et al., 2005), además, ser estudiante de preparatoria o universidad, aumenta las posibilidades de iniciar el uso de drogas (Herrera, et al., 2004). El bajo rendimiento escolar predice la experimentación y el uso moderado de drogas, de acuerdo con Villatoro, et al. (1999), así como dejar de asistir a la escuela el año anterior (Villatoro, et al., 2002).

Entre los factores de protección, se encuentra la comunicación familiar adecuada con el adolescente que lo protege de iniciar el consumo de drogas (Villatoro, et al., 1999); la composición familiar (familias intactas) (Medina-Mora, et al., 2001) y la asistencia a la escuela (Villatoro, et al., 2005).

Con respecto a la asistencia a la escuela, Medina-Mora, et al. (2003) consideran que es sólo un factor protector para los varones; ya que de los que asisten sólo 2.9% consumen drogas, en tanto que los que ya no asisten consumen en 11.4%. En comparación con las mujeres, de las que estudian 1.3% consume drogas, y el porcentaje es muy similar para quienes ya no estudian: 0.8%.

Consecuencias del Consumo de Drogas Ilegales

Adicionalmente, se han investigado las consecuencias del consumo de drogas. Al respecto, la ENA-2002 reporta que un 1505% de los consumidores han tenido discusiones con su familia por las drogas. Otras consecuencias del consumo de drogas son: 8% de los varones y 5% de las mujeres que han usado drogas reportaron haber estado hospitalizados por razones relacionadas con el uso, 11% de los varones y 2% de las mujeres reportaron haber sido arrestados por la policía, y 6 y 0.5% reportaron haber sido asaltados después de haber estado consumiendo (Medina-Mora, et al., 2003).

Cabe resaltar que en todos los estudios, la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo en nuestro país, tanto en la población general, como en la de estudiantes e incluso entre quienes

son atendidos en instancias especiales para su tratamiento por presentar problemas con las drogas. La percepción de riesgo que implica consumir marihuana ha disminuido, lo cual posiblemente facilita que se experimente con esta sustancia Villatoro, et al. (2002).

De acuerdo con el panorama de la investigación sobre consumo de drogas que presentan Medina-Mora, et al. (2001), se está reduciendo la edad de inicio, por lo que es necesario ampliar la población de estudio; el consumo de las mujeres se está incrementando aceleradamente, aunque hay diferencias en el tipo de drogas que se consume, razón por la cual es necesario incluir la perspectiva de género en esta área; comprender la transición del uso experimental, regular y fuerte de las drogas, por lo que es necesario estudiar cada fase de consumo y su transición a la siguiente, así como los aspectos implicados, especialmente los culturales.

Después de presentar este panorama de la investigación sobre el consumo de las distintas drogas, principalmente en población joven escolarizada, se puede concluir, entre otras cosas, que:

- Tanto el consumo de alcohol como el de tabaco se han incrementado.
- Hay un incremento general en el consumo de drogas ilícitas, aunque existen diferencias en los niveles de crecimiento de las distintas drogas (Villatoro, et al., 2007).
- Los patrones de consumo están cambiando, cantidades más altas por ocasión de consumo (borracheras), en el caso del consumo de alcohol en estudiantes y un mayor consumo consuetudinario en el caso de población joven a nivel nacional.
- Las drogas ilícitas de mayor consumo son la marihuana, la cocaína y los tranquilizantes.
- El consumo de alcohol y tabaco es muy semejante entre hombres y mujeres, lo cual significa que el consumo femenino ha crecido a una mayor velocidad, y en algunos estados el consumo femenino es mayor.

- El consumo masculino de drogas ilegales es mayor que el femenino, aunque el consumo femenino en adolescentes se está incrementando.
- Hay un mayor consumo de drogas en jóvenes de zonas urbanas.
- Los factores de riesgo se han estudiado más que los de protección en el consumo de las distintas drogas.
- Entre los factores asociados al consumo de alcohol están: los biológicos la historia familiar de consumo, (padres, hermanos y familiares consumidores) y la temprana edad de inicio del consumo; los factores personales como la autoestima, la asertividad, las actitudes, rebeldía, creencias y expectativas hacia el consumo; los factores familiares como la cohesión, el ambiente familiar, el funcionamiento y el conflicto familiar; los sociales como la asociación con personas consumidoras, la disponibilidad, la desorganización del vecindario, la falta de normas; los escolares como el fracaso escolar y el compromiso con la escuela.
- Entre los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco están: los biológicos como edad de inicio anterior a los 12 años y padres fumadores; los personales como rebeldía, baja autoestima, locus de control externo, depresión, ausencia de actividades de tiempo libre, búsqueda de sensaciones, actitudes y creencias sobre el tabaco; entre los familiares resalta la falta de supervisión paterna de las actividades de la hija/hijo, el ambiente familiar conflictivo y de abuso, los patrones de relación padres- y el conflicto familiar; entre los sociales, amigos y compañeros que fuman, bajos niveles de percepción de riesgo y una alta tolerancia social; y entre los escolares están las bajas calificaciones, el compromiso escolar, la normatividad escolar sobre el tabaco, etc.
- Entre los factores biológicos asociados a los consumos de las distintas drogas ilícitas están fumar y consumir bebidas alcohólicas, la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco y el consumo de padres y familiares; entre los personales, la edad, el género, la depresión, el abuso

sexual, la ideación suicida, el control conductual y la percepción del riesgo; entre los familiares, los conflictos, la comunicación y el estrés familiar; entre los sociales el consumo de amigos, el estrés social, el vivir en zonas urbanas, el estrato socioeconómico; y entre los factores escolares, el bajo rendimiento escolar, dejar de asistir a la escuela y el nivel educativo.

- El modelo de factores de riesgo y protección ha sido muy fructífero en el estudio del consumo de las distintas drogas, aunque es necesario profundizar en el estudio de estos factores desde la perspectiva de género.
- De acuerdo con la hipótesis de la escalada el consumo previo de alcohol o tabaco se asocian al consumo de drogas ilegales, pero estos consumos se relacionan con factores de índole biológico, personal, social y cultural.
- Se requiere realizar investigación y seguimientos constantes del fenómeno, tanto para elaborar modelos explicativos específicos de acuerdo a los grupos poblacionales estudiados y sus contextos particulares (personales y familiares), como para diseñar propuestas de prevención e intervención dirigidas hacia los jóvenes.

CAPITULO III. IDEACIÓN SUICIDA

Tendencias en la Conducta Suicida

Se estima que entre 500,000 y 1.2 millones de personas mueren por suicidio en el mundo cada año, aunque los actos no fatales son más frecuentes, especialmente en gente joven (Hawton & Van Heeringen, 2000). En las últimas décadas, la tasa de suicidio en los jóvenes y adolescentes ha aumentado. Las tasas más altas de mortalidad por suicidio en población adolescente se encuentran en Canadá, Sri Lanka, Austria, Finlandia y Suiza. En los países occidentales, el suicidio es la segunda causa de muerte (después de los accidentes) en los personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años (Llorca, 2004).

En Estados Unidos la tasa de suicidio aumentó en un 200% entre 1960 y 1988 y se triplicó desde 1960 a los años noventa (Grotevant, 1998), aunque en los últimos quince años ha permanecido sin variación, de acuerdo con Espinosa, Almeida, Cortés y Leo (2003). No obstante, en la actualidad el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes estadounidenses de 15 a 19 años (Grotevant, 1998; Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

En general se ha encontrado un efecto del sexo sobre el suicidio consumado, es decir hay más hombres que consuman el suicidio que mujeres, excepto en el caso de jóvenes chinas, en donde hay mayor porcentaje de mujeres que se suicidan, esta mayor frecuencia de mujeres suicidas puede ser explicada por el estatus social más bajo que la cultura tradicional de este país asigna a la mujer (Zhang & Jin, 1998).

En México, también se han incrementado el suicidio consumado y el intento suicida. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, mencionados por Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), de 1970 a 1998 el suicidio consumado aumentó 215%, con 229% de incremento en los hombres y 165% en las mujeres. Mientras que Gutiérrez, et al. (2006)

mencionan un aumento de 459% de 1980 a 2002, con un incremento de 13% en dos años, y de 10 veces en adolescentes mexicanos en los últimos 9 años.

Respecto al incremento en el intento suicida, González-Forteza, Villatoro, et al. (2002a) encontraron que la prevalencia global del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Cd. de México pasó de 8.3% en 1997 a 9.5% en 2000.

No obstante, hay que considerar la dificultad para contar con datos confiables, debido a que hay un subregistro de su ocurrencia, por lo que González-Forteza, Berenzon-Gorn, Tello-Granados, Facio-Flores y Medina-Mora (1998) mencionan que se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados.

Otro aspecto a considerar es que los reportes de intento suicida en adolescentes muestran divergencias importantes. Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Adolescentes (1998) la prevalencia nacional fue de 1.4%, mientras que en la Encuesta de Estudiantes de Pachuca (1996) se obtuvo una prevalencia de 10.1% en jóvenes, a pesar de que en ambas se empleó el mismo instrumento de medición, una diferencia importante fue la edad comprendida en cada estudio, de 12-17 y de 10-22 años, respectivamente (Mondragón, et al., 2001).

Prevalencias del Intento Suicida

De acuerdo con Borges, et al. (2005) el intento suicida alguna vez en la vida en personas de 18 o más años de edad tuvo una prevalencia de 2.8% a nivel nacional, mientras que 0.6% reportó haber tenido algún intento suicida en los 12 meses previos a la entrevista. Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y la adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años.

Otras investigaciones señalan que entre el 10.6% y el 12.8% de los adolescentes escolarizados encuestados han intentado suicidarse al menos una vez en su vida (Andrade, Betancourt & Camacho, 2003; González-Forteza, Ramos, Vignau & Ramírez, 2001; Rivera, 2000).

Palacios (2009) en una muestra de estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México reportó que el 9.8% ha intentado suicidarse al

menos una vez en su vida y que el 4.5% lo ha intentado en dos o más ocasiones.

Otro dato importante es que las edades con mayor predisposición a quitarse la vida son las marcadas por la transición, es decir, la pubertad y el paso a la senectud. La investigación en México también coincide en que el grupo poblacional de mayor riesgo suicida es el de jóvenes de 15 a 24 años (González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al., 1998; González-Forteza, Villatoro, et al., 2002a y b).

Adicionalmente, diferentes trabajos confirman la importancia del sexo ya que los intentos de suicidio son más comunes entre las mujeres adolescentes que en los hombres. Al respecto, las diversas investigaciones analizadas por Mondragón, et al (2001) muestran mayor prevalencia de intento en las mujeres adolescentes. Este hecho también fue señalado por González-Forteza, et al. (2001) quienes encontraron que por cada varón que lo intentó, tres mujeres lo hicieron.

Asimismo, se ha encontrado que cada nuevo intento incrementa el riesgo de consumir el suicidio, ya que cada nuevo intento es de mayor gravedad que el anterior (González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al., 1998), el intento por lo tanto es un predictor importante del suicidio consumado (Kessler, Berglund, Borges, Nock & Wang, 2005) y la reincidencia, es uno de los principales problemas del intento.

A este respecto, González-Forteza, Villatoro, et al. (2002b) encontraron que casi una de cada cuatro mujeres con intento ya lo ha llevado a cabo dos o más veces en su vida (en 1997, 23.6%, y en 2000, 25.9%); en el caso de los hombres se observó un incremento ya que en 1997 la proporción de intentos recurrentes fue de casi 1:5 (18.8%), y en 2000 fue de uno por cada tres, es decir, aproximadamente 29%.

Aunque se cuenta con datos en diferentes poblaciones, y particularmente en adolescentes estudiantes, la comparación de los datos de estas investigaciones es difícil debido, entre otras cosas, a: a) la multiplicidad de fuentes como el INEGI, la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos que manejan datos diferentes; b) la diversidad de poblaciones que van desde población abierta, estudiantil, adolescentes y adultos; c) las diferentes formas de obtención de las muestras de estudio; d) los diferentes instrumentos de medición desde cuestionarios autoaplicados hasta entrevistas en las

casas; y e) el tipo de indicador empleado, prevalencia alguna vez en la vida, o en la última semana (Mondragón, et al., 2001).

A pesar de las dificultades anteriores, el incremento de la conducta suicida hace que su estudio sea un tema de importancia social y de salud en todo el mundo (De Wilde, 2000), tanto del suicidio consumado como de las conductas suicidas antecedentes, como pensamientos, amenazas, planes, e intentos de suicidio, a las que, en la actualidad, se está poniendo especial atención (Wilburn, & Smith, 2005).

Enfoques y Aproximaciones en el Estudio de la Conducta Suicida

La investigación acerca de la conducta suicida reconoce su carácter multifactorial, ya que en su base hay desencadenantes biológicos, psicológicos y sociales, por lo que su estudio debe ser multidisciplinario. Así, existen diferentes teorías derivadas tanto de la práctica clínica como de estudios empíricos sobre el suicidio que van desde las aproximaciones epidemiológicas, filosóficas, socioculturales, sociológicas, psiquiátricas, biológicas y psicológicas.

Algunos estudios epidemiológicos sobre el suicidio en México que han empleado diseños transversales, principalmente, y que se han realizado a través de encuestas muestran, entre otros datos relevantes, la prevalencia de la conducta suicida, los intentos suicidas y la ideación suicida, en diferentes poblaciones (principalmente adultos y adolescentes, tanto en población abierta como estudiantil).

La psicología aborda el estudio del suicidio desde diferentes perspectivas. El enfoque psicosocial pretende proporcionar explicaciones sobre los factores familiares, contextuales, culturales y personales, entre otros, que están asociados a esta problemática.

Diversas investigaciones han identificado algunos factores protectores y de riesgo, así como los grupos vulnerables, los motivos y los métodos empleados, también se han descrito diferencias entre los sexos, además de su relación con algunos aspectos sociodemográficos (Jiménez & González-Forteza, 2003).

Entre los factores de riesgo asociados con el suicidio consumado en los adolescentes se incluye la enfermedad psiquiátrica, el abuso de sustancias, intentos previos de suicidio, la historia familiar de suicidio, otras exposiciones a conducta suicida, los trastornos alimentarios, los trastornos de ansiedad, la desesperanza y la disponibilidad de un método de suicidio letal. Especial mención merece la depresión que parece ser el factor más importante asociado al intento, a su repetición y, por lo tanto, al riesgo de consumir el suicidio (Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James & Fagg, 1999).

Además, las investigaciones señalan que el ambiente familiar, específicamente, la relación con el padre y con la madre, el apoyo, la comunicación, el apego, los problemas con los padres y el rechazo (Andrade, et al., 2003); así como, las relaciones intrafamiliares (Rivera, 2000) protegen a los jóvenes de intentar suicidarse.

Otra aproximación a la conducta suicida es la evolutiva, de acuerdo con la cual el suicidio ocurre en condiciones de aislamiento y pérdida, por ejemplo es más frecuente en divorciados, viudos, solteros, sin amigos, depresivos y alcohólicos, así como, en mujeres solteras y con incapacidad para reproducirse (Llorca, 2004).

De acuerdo con Gutiérrez, et al. (2006) la ocurrencia del suicidio se basa en dos modelos teóricos: el de estrés y el de proceso. El primero se sustenta en las características de algunas personas que los hace reaccionar de manera específica ante algunos estímulos medioambientales, e intenta explicar porqué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes relacionados con el acto suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, especialmente la depresión. Una crisis psicosocial puede convertirse en un factor estresante que desencadene el acto suicida. Por ejemplo, las características personales de impulsividad y agresividad, conducen a una mayor probabilidad de suicidio. Los estresores pueden incluir factores tales como divorcio parental, otros eventos de vida difíciles y factores medioambientales.

El modelo explicativo del suicidio como proceso supone que existen fases que van avanzando hacia la letalidad, y se basa en las características de personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. En cuanto al temperamento y personalidad de quienes

intentan suicidarse se encuentra una actitud de búsqueda de novedades, evitación del daño, preocupación por trascender, sin una definición clara de objetivos y metas y una baja capacidad de cooperación. Así como, una incapacidad para enfrentar y resolver problemas, especialmente en adolescentes, impulsividad, desesperanza, depresión, enojo, etc. Para quienes presentan intentos repetidos empleando sobredosis el factor más importante es la depresión (Hawton, et al., 1999).

El Proceso Suicida

Concepto de Suicidio

El término suicidio, proviene del latín "sui" que significa sí mismo y "cidium" matar, es decir, matarse a sí mismo. Este acto autodestructivo, es una conducta humana compleja que se lleva a cabo como vía de solución final a los problemas.

De acuerdo con Llorca (2004) el suicidio es la muerte auto infringida con conciencia del final de la existencia y de la irreversibilidad de la elección. También se considera al suicidio como todo comportamiento que busca y encuentra una solución para un problema existencial atentando contra la propia vida. Asimismo, la conducta suicida puede ser definida como un conjunto de acciones con las que se busca quitarse la vida (Jiménez, et al., 2000).

Mucha de la literatura de investigación se ha enfocado al suicidio consumado, sin embargo, en la actualidad se reconoce que la conducta suicida es un continuo que incluye el suicidio consumado, el intento de suicidio, las ideas suicidas, las autoagresiones y las conductas autodestructivas indirectas.

Para algunos autores, como Wilburn y Smith (2005) el suicidio es un proceso continuo que comienza con la ideación suicida, seguido por un intento de suicidio, y finalmente por el suicidio consumado. Estos aspectos son no necesariamente secuenciales, e implican una cierta cantidad de riesgo por sí mismos, por lo cual cobra relevancia el estudio de cada uno y en conjunto (Bonner & Rich, 1987).

Ideación Suicida

Las definiciones de ideación suicida encontradas comparten la idea de la finalización de la propia vida, pero para algunos autores la ideación sólo incluye pensamientos (Jiménez, et al., 2000; Wilburn, & Smith, 2005) y para otros deseos y planes (Mondragón, et al., 2001).

Así, la ideación suicida se define como una preocupación con pensamientos intrusivos de finalización de la propia vida (Wilburn, & Smith, 2005). Jiménez, et al. (2000) la conciben como los pensamientos que están fijados con el fin de quitarse la vida.

Por su parte, Mondragón, et al. (2001), mencionan que la ideación se considera:

"...como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes. La ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlo a cabo". (p. 6).

El concepto amplio de ideación suicida incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas de llevarlo a efecto

Por su parte, un concepto más restringido supone que quienes presentan ideación suicida están pensando en poner fin a su propia vida, pero no cuentan con un plan ni han llevado a cabo ningún acto potencialmente letal y que la intensidad, persistencia, e intención suicida actual predicen el riesgo suicida posterior (Lai & McBride-Chang, 2001). Para Viñas, Claustre, Ballabriga y Doménech (2000) la gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal.

De acuerdo con la perspectiva del continuo suicida, la ideación va incrementando sus niveles de severidad: comienza con pensamientos de muerte inespecíficos y termina con otros más concretos. De manera que, la ideación suicida forma parte de un proceso complejo y dinámico constituido por varias etapas, desde la ideación suicida pasiva, pasando por etapas más activas de contemplación del propio suicidio,

la planeación y la preparación, hasta el intento y su consumación (Bonner & Rich, 1987).

En la actualidad se sabe que estas etapas no son secuenciales ni indispensables y que configuran un factor de riesgo, siendo su interacción lo que incrementa el riesgo suicida, es decir, para que se cometa un suicidio no es suficiente haber realizado varios intentos, o tener pensamientos suicidas. Por lo que el estudio de la conducta suicida abarca el análisis de cada etapa, así como las características de las personas que pasan de una etapa a otra, y las de quienes permanecen en alguna de ellas.

Debido a que la ideación puede ser un antecedente del intento suicida, el cual, a su vez, es el principal predictor de futuros intentos e incluso del suicidio consumado (De Wilde, 2000) los investigadores están explorando la noción de ideación suicida con mayor profundidad.

Desde la perspectiva de afrontamiento, la ideación suicida no es el primer paso en un continuo de secuencias suicidas, sino un fenómeno heterogéneo, frecuente en la población general, especialmente entre adolescentes, y aún más prevalente en el contexto clínico. Estos dos serían tipos diferentes del mismo fenómeno: la baja Ideación sin intento suicida representa una forma normal impulsiva que emplean los adolescentes para enfrentar los eventos de vida estresantes y los diferentes cambios en la vida; por otro lado, la Ideación con intentos suicidas representan un grupo minoritario que reacciona a estados más endógenos para conseguir estándares personales y sociales severos (Monroy, 2005).

Prevalencia de la Ideación Suicida

Respecto a la ideación suicida los datos revelan que es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia, por lo que en algunos países como, por ejemplo, Estados Unidos, empiezan a considerarla como algo normal y es que entre el 15% y el 53% de los adolescentes habrían deseado morir alguna vez (Viñas, et al., 2000).

Un porcentaje similar fue reportado por Lai y McBride-Chang (2001) en estudiantes de secundaria de Hong Kong, 51.6 % presentó ideación suicida mientras que 48.3% no la mostraron, de éstos 20%

fueron hombres y 31.66 % mujeres. Wong, Man y Leung (2002) encontraron también niveles superiores de ideación suicida en mujeres en una muestra de estudiantes chinos.

No obstante, hay datos diferentes que muestran una prevalencia menor para la ideación suicida en Estados Unidos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2001-2003 realizada en ese país con personas de 18 a 54 años de edad señalan que la ideación suicida no ha tenido un incremento tan importante desde la medición 1990-1991, la prevalencia en los últimos doce meses fue 3.3% vs 2.8% (Kessler, et al., 2005).

En una muestra de la población general de jóvenes chinos se encontró menor ideación suicida que la reportada en Estados Unidos (28.3% en el último año), los autores señalan que ciertos factores culturales como un mayor nivel de integración social, un estilo de vida más homogéneo, y un nivel bajo de competencia social podrían explicar esta diferencia (Zhang & Jin, 1998).

Menor porcentaje de ideación suicida se ha reportado en España, tanto en el trabajo de Ferrán, Viñas, Ballabriga y Doménech (2000) como en el de Díaz-Atienza, Prados y Ruiz (2004). En el primero, se encontró que 10,2% de estudiantes de Enseñanza General Básica, presentaron ideación suicida, 3,3% tuvieron intencionalidad suicida, mientras que 85,8% tuvieron ausencia de ideación suicida. En el segundo trabajo, se reportó que 2.4% de los hombres y el 5.1% de las mujeres estudiantes Españoles de Enseñanza Secundaria Obligatoria piensan que estarían mejor muertos.

Cabe señalar la mayor ideación suicida en mujeres reportada en la mayoría de las investigaciones (Díaz-Atienza, et al., 2004). Por ejemplo, Zhang y Jin (1998) señalaron mayor ideación suicida en mujeres (34.7%) que en hombres (22.2%).

La mayor frecuencia de ideación suicida en mujeres adolescentes, de acuerdo con Apple, Sing y Margaret (2009), debe ser explicada considerando las trayectorias de desarrollo no sólo de los y las jóvenes, sino incluso las trayectorias de la depresión, en donde hay que considerar su intensidad, su tipo y momento de su aparición, ya que ellos encontraron mayor ideación en mujeres de secundaria que en

hombres, así como mayor ideación en niños de primaria que en niñas Sudafricanas.

En México, los reportes de ideación suicida en adolescentes muestran divergencias importantes. Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Adolescentes (1991) la prevalencia nacional fue de 40.7%, mientras que en la Encuesta de (1998) la prevalencia fue de 1.0%. En todas las investigaciones reportadas por Mondragón, et al. (2001) la prevalencia de ideación fue más alta en mujeres que en hombres.

Otras investigaciones en México muestran porcentajes bajos de ideación suicida en diferentes poblaciones. Por ejemplo, los datos de prevalencia de la ideación suicida, reportados por Borges, et al. (2005) y obtenidos de la Encuesta Nacional Epidemiológica realizada en 2001-2002, con personas mayores de 18 años, muestran que 8.3% ha tenido ideación suicida alguna vez en la vida, 2.3% la tuvo en los 12 meses previos a la encuesta, y que las mujeres presentaron mayor prevalencia alguna vez en la vida y en el último año que los hombres. Asimismo, encontraron que la ideación prevaleció en la adolescencia y adultez temprana y se mantuvo presente en edades más avanzadas.

En una población abierta de 1000 personas, mayores de 15 años, que asisten a los servicios de atención médica general en un Hospital público, Luckie, et al. (1998) encontraron que .7% tuvieron ideación suicida, y de éstos 12.2% presentaron ideación suicida con alto riesgo, mientras que 6.7% tuvieron franca ideación suicida y de ellos 9% cursaron con criterios mayores para depresión.

Respecto a la presencia de ideación suicida en población estudiantil, Medina Mora, et al. (1994) encontraron que en la semana previa a la encuesta, 47% de los estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México, reportaron al menos un síntoma de ideación suicida, 17% pensó en quitarse la vida, y 10% respondió afirmativamente a todos los indicadores de ideación suicida.

Porcentajes más bajos fueron presentados por González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) quienes encontraron al menos un síntoma en 27% de las mujeres y 30% de los hombres estudiantes de licenciatura. La presencia de los cuatro síntomas tiene una frecuencia más baja, 1.8% en hombres y 2.0% en mujeres. Sin embargo, es más

frecuente la persistencia de por lo menos uno de los cuatro síntomas en las mujeres (3.3% y 3.5%).

En estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, Jiménez, et al. (2000) reportaron que 16.5% de los alumnos presentó ideación suicida (14.2% de los hombres y 19.2% de las mujeres). Por su parte, González-Forteza, et al. (2001) encontraron 15.1% de ideación suicida en los varones y 18.2% de ideación suicida en las mujeres estudiantes de secundaria de la Cd. de México.

En estudiantes universitarios que asistieron al servicio de psiquiatría, González, Díaz, Ortiz, González-Forteza y González (2000) encontraron que 18% presentaron ideación suicida y que los varones tuvieron menor ideación que las mujeres.

En una muestra clínica (con intento suicida), González-Forteza, Berenzon-Gorn, et al. (1998) encontraron que la prevalencia de ideación suicida fue de 56.7% y que 33.3% la presentó de manera persistente (de 5 a 7 días); mientras que en una muestra de estudiantes de la Cd. de México de nivel secundaria y bachillerato 11.8% presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días.

Los datos de las investigaciones mencionadas muestran la frecuencia de ideación suicida en México en diferentes muestras, así como diferencias importantes en hombres y mujeres, en donde las mujeres tienen una mayor prevalencia (12); y los estudios prestan especial atención a jóvenes estudiantes de secundaria, bachillerato y licenciatura, así como a personas que habían tenido algún intento suicida previo o que acuden a servicio de psiquiatría.

Finalmente, se menciona una mayor ideación suicida en adolescentes que en adultos en diferentes investigaciones y al comparar las prevalencias de ideación con los intentos de suicidio se observa que la prevalencia de los intentos de suicidio es menor que la prevalencia de la ideación suicida (Mondragón, et al., 2001).

Factores Asociados a la Presencia de Ideación Suicida

Un factor de riesgo es un concepto estadístico, que se puede definir como la asociación entre una característica de un individuo,

grupo o ambiente y la probabilidad de padecer un trastorno. Si la asociación es altamente significativa adquiere un valor etiológico.

Entre los factores asociados a la ideación suicida se han estudiado diversas variables familiares, como el ambiente familiar, los estilos y prácticas de crianza y el conflicto familiar; otras variables como la autoestima negativa, la depresión, el estrés, la desesperanza, el abuso sexual, los trastornos mentales, el sexo, el rendimiento escolar y el consumo de drogas, el suicidio de familiares y amigos, (Viñas, Canals, Gras, Ros & Doménech- Llaberia, 2002; Lai & McBride-Chang, 2001). El acoso y abuso escolar (bullying), la ansiedad, la habilidad para comunicar los propios sentimientos, y tener amigos con conductas desviadas (Peter, Roberts, & Buzdugan, 2008), la habilidad para solucionar problemas sociales (Lai Kwok & Shek, 2009), entre otros.

Factores Personales

Respecto a la autoestima, Wilburn y Smith (2005) encontraron que la baja autoestima y los eventos de vida estresantes predijeron significativamente la ideación suicida en un grupo de estudiantes universitarios, juntos explicaron el 22% de la varianza en ideación suicida. La autoestima mostró ser el predictor más poderoso de la ideación suicida. Una minoría significativa (el 12% de la muestra) indicó tener pensamientos severos suficientes para ser clasificados como sujetos con ideación suicida clínica.

La baja autoestima, junto con el desempeño académico percibido y el locus de control estuvieron significativamente asociados con la tendencia suicida en adolescentes australianos. Particularmente, los estudiantes que admitieron pensamientos suicida, planes y amenazas, daño auto-infringido deliberado e intentos suicidas tuvieron la autoestima más baja, comparados con quienes no reportaron conductas suicidas (Martin, Richardson, Bergen, Roeger & Allison, 2005). Adicionalmente, se observó que un estudiante con baja autoestima tuvo más de dos veces la probabilidad de reportar pensamientos, planes, amenazas y auto-daño, y tres veces más probabilidad de reportar un intento suicida que un estudiante con alta autoestima.

La baja autoestima familiar junto con la depresión estuvieron independientemente asociados con la ideación y los intentos suicidas de estudiantes Sudafricanos. Sin embargo, la baja autoestima familiar diferenció significativamente a los que intentaron suicidarse de los que sólo lo pensaron. De esta manera, los resultados de Wild, Fisher y Lombard (2004) apoyan el uso de medidas que distingan entre ideación e intentos suicidas y entre diferentes dominios de la autoestima.

Por su parte, Viñas et al. (2002) reportaron que no hubo diferencias significativas en el nivel de autoestima en niños con y sin ideación suicida.

Adicionalmente, las mujeres con mayor autoestima presentaron aproximadamente una tercera parte del riesgo de ideación suicida y depresión (OR= 0.3, IC 95%= 0.1-0.8), mientras los varones con mayor autoestima tuvieron menor riesgo de depresión o ideación suicida (OR= 0.30, IC 95%= 0.1-0.7), en estudiantes de secundaria de la Cd. de México (González Forteza, Ramos, Caballero & Wagner, 2003).

Wild, et al. (2004) también encontraron que la depresión y los bajos puntajes de todas las escalas de autoestima estuvieron significativamente asociados tanto con la ideación como con los intentos suicidas. Sin embargo, las autoevaluaciones de los adolescentes en el contexto de sus relaciones familiares son un factor particularmente importante en la escala de ideación e intento suicida. Los adolescentes con puntajes de autoestima familiar bajos tuvieron aproximadamente 2.5 veces más probabilidad que los de puntajes altos de haber intentado suicidio en lugar de sólo haberlo pensado.

La baja autoestima y la depresión se encontraron asociadas con la ideación suicida en adolescentes puertorriqueños con problemas de depresión (Roselló & Berríos, 2004) y en adolescentes chinos, aunque en este último caso, la depresión fue el predictor más poderoso de la ideación suicida (Zhang & Jin, 1998).

Asimismo, la autoestima baja y la sintomatología depresiva se relacionan con ideación suicida en estudiantes mexicanos. Jiménez, et al. (2000) encontraron que el 15.5% de toda la muestra tuvo ideación y autoestima baja, mientras que el 9.8% presentó sintomatología depresiva con ideación suicida.

También para Viñas, et al. (2000) y Viñas, et al. (2002) la depresión es un importante factor de riesgo para la conducta suicida, además de que la gravedad de la ideación suicida está en su persistencia o estabilidad temporal.

El estrés es una dimensión predictora de ideación suicida, se han encontrado efectos diferentes dependientes del tipo de estrés, por ejemplo estresores agudos vs crónicos (Wilburn & Smith, 2005); estrés familiar vs estrés social (González-Forteza & Andrade, 1994); el estrés producido por la violencia familiar (González-Forteza, Andrade & Jiménez, 1997); y del tipo de respuestas de afrontamiento: agresivas y no resolutivas, impulsivas, agresivas y resolutivas (González Forteza, et al., 2003).

El abuso sexual también se asocia a la ideación suicida (González-Forteza, et al., 2001), así como la desesperanza (Mondragón, et al., 1998), el consumo alcohol y de drogas (López, et al., 1996; Mondragón, et al., 1998) y las relaciones interpersonales (Zhang & Jin, 1998). Mondragón, et al. (2001) señalan que el sexo es el factor más importante asociado a la ideación suicida.

Algunos trastornos también se han asociado a la presencia de ideación suicida; los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de conducta antisocial y los trastornos por alcohol y drogas son los más asociados al suicidio en jóvenes.

Por ejemplo, Kessler, et al., (2005) encontraron que la depresión mayor fue el trastorno que se presentó con mayor frecuencia en quienes tuvieron ideación suicida, de acuerdo con datos de dos encuestas nacionales en Estados Unidos.

Sin embargo, de acuerdo con Espinosa, et al. (2003) la presencia de un trastorno mental o adictivo único no basta para explicar la conducta suicida, dado que la mayoría de los pacientes que sufre estas patologías no muere por suicidio. Por ejemplo, sólo entre 10 y 19% de los pacientes con trastornos afectivos unipolares y bipolares muere por suicidio y del 10 al 15% de los pacientes con trastornos afectivos mayores, con esquizofrenia y con alcoholismo crónico acaban suicidándose.

La presencia de uno o más trastornos evaluados por el DSM-IV asociados a la Ideación, el plan y el intento suicida, fue investigada

por Borges, et al. (2005), quienes señalan que la presencia de trastornos fue común entre las personas con ideación (60.9%), plan (75.6%), e intento (74.6%) suicidas y encontraron que este hecho es un factor de riesgo fuerte para el comportamiento suicida, incrementando en 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para plan y 9.6 para intento. Cabe resaltar que la dependencia a las drogas se relacionó con la ideación, la distimia con el plan y los desórdenes de conducta con el intento suicida.

Factores Familiares

La investigación reconoce la influencia de la familia sobre la conducta suicida del adolescente (De Wilde, 2000); entre otras variables, el ambiente familiar disfuncional, es un factor de riesgo para la ideación suicida en adolescentes de educación media, así como la mala comunicación con la madre (González-Forteza, Berenzon & Jiménez, 1999), el funcionamiento familiar (Lai Kwok, & Shek, 2009), etc.

Además, algunos patrones de interacción y de crianza, así como ciertas variables sociodemográficas explican de manera significativa la variabilidad de la puntuación sobre ideación suicida, mostrando factores que protegen disminuyéndola, y otros que favorecen su incremento.

Al respecto, Lai y McBride-Chang (2001) mostraron que las dimensiones de cuidado y exceso de control en la crianza se relacionaron con la ideación suicida. En su investigación los adolescentes que percibieron tanto a su padre como a su madre como más autoritarios presentaron ideación suicida versus quienes no los percibieron así. Con respecto al cuidado de la madre, quienes no tuvieron ideación reportaron mayor cuidado de ellas, mientras que quienes tuvieron ideación percibieron a ambos padres como más controladores. La percepción de los padres como controladores en adolescentes con ideación suicida ya había sido mostrada por de Man, Labreche y Leduc (1993), quienes también reportaron que los padres fueron percibidos como poco cálidos. Posteriormente, la pérdida de la calidez materna y afectividad fue confirmada como un predictor

sobresaliente de la ideación suicida entre adolescentes Chinos y el control parental no tuvo ninguna relación con la ideación (Wong, et al., 2002).

Lai y McBride-Chang (2001) reportaron que el estilo autoritativo paterno junto con la baja calidez parental, un alto control materno, prácticas de crianza negativas y un clima familiar negativo se asociaron a la ideación suicida en adolescentes de Hong Kong, mientras que un clima familiar positivo puede actuar como barrera en contra de la ideación suicida.

El conflicto parental, junto con una pobre comunicación, son algunos factores que conducen a la ideación suicida en estudiantes de preparatoria, de acuerdo con Lai y McBride-Chang (2001). Estos autores también reportan que los conflictos parentales, la pérdida de la comprensión y del cuidado parental y la falta de armonía familiar estuvieron asociados a la ideación suicida en adolescentes de Hong Kong.

Respecto al conflicto con los padres, van Renen y Wild, (2008) encontraron que los adolescentes que reportaron ideación o conducta suicida el año previo experimentaron niveles más altos de conflicto, así como mayor control psicológico y regulación conductual en la relación con sus padres que los adolescentes no suicidas. Sin embargo, la estructura familiar y el conflicto entre los padres no se asociaron significativamente con la ideación y la conducta suicida.

De acuerdo con Apple, et al. (2009) el conflicto y la disfunción familiar son causas potenciales de suicidio, o agravan indirectamente los riesgos a través de los síntomas depresivos.

La buena comunicación y el sentimiento de que son comprendidos por los miembros de la familia se asociaron a una baja prevalencia de pensamientos y conductas suicidas, de acuerdo a una revisión de diversos trabajos realizada por Evans, Hawton y Rodham (2004). Al mismo tiempo, hay evidencia de que la armonía familiar reduce el riesgo de conducta suicida mientras que el conflicto familiar lo incrementa.

La cohesión familiar y el autoconcepto social fueron moderadores significativos para la ideación suicida en niños y adolescentes (Apple, et al., 2009). Específicamente mejor apoyo parental y relación

con los pares debilitaron la relación entre depresión e ideación suicida. La cohesión familiar, junto con otras variables sociales, tuvieron efectos significativos sobre la autoestima y la depresión y éstas a su vez fueron variables mediadoras de la ideación suicida en adolescentes, de acuerdo con Sun, Hui y Watkins (2007). El funcionamiento familiar es una variable moderadora de la relación entre la habilidad para resolver problemas sociales y la ideación suicida en adolescentes de secundaria en Hong Kong (Lai, & Shek, 2009).

Por otro lado, Monge, Cubillas, Román y Abril (2007) reportaron que el ambiente familiar negativo y el rechazo de los padres, entre otras variables familiares predijeron el intento suicida en jóvenes de nivel medio superior.

En México, Artasánchez (1999) encontró que los patrones negativos, o poco adecuados, de crianza e interacción tienen influencia en la presencia de la ideación suicida y en su intensidad, en tanto que los patrones positivos protegen a los sujetos. Resalta la importancia de la relación con la madre y su calidez afectiva.

Andrade y Betancourt (2008) encontraron que el apego de la mamá y la comunicación con la mamá predicen el riesgo de suicidio de adolescentes mexicanos.

La literatura revisada sugiere que diversos aspectos del funcionamiento familiar tienen un impacto significativo en la vida de los adolescentes y pueden ser considerados, por lo tanto, como factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta para comprender la conducta suicida y para crear mecanismos de intervención y prevención, pero es necesario considerar otros factores de igual importancia, como los personales, entre los que destacan la autoestima y la depresión.

Factores Escolares

Otro factor asociado a la ideación suicida es el desempeño académico, el cual es un buen predictor de largo plazo en la tendencia suicida (Martín, et al., 2005). Al respecto, las calificaciones bajas, percibir un bajo desempeño y haber abandonado la escuela se

encontraron asociados a la ideación suicida (González-Forteza, García et al., 1998).

En síntesis, se han investigado los factores asociados a la ideación suicida. En la actualidad se sabe que el ambiente familiar, los estilos y prácticas de crianza, el conflicto con los padres (González-Forteza, García, et al., 1998), la autoestima, la depresión, el estrés, el rendimiento escolar, la desesperanza, el consumo de drogas, el abuso sexual y el sexo, entre otros, pueden predecir la ideación. Hay una gran coincidencia en que ser mujer incrementa casi dos veces el riesgo de ideación (Mondragón, et al., 1998), así como una mayor ideación en jóvenes (González-Forteza, García, et al., 1998).

Finalmente, la ideación suicida es un fenómeno complejo que se relaciona con la tendencia suicida, los intentos suicidas y el acto suicida consumado y aunque la ideación puede existir sin intento y estar presente en la vida de muchos jóvenes, la presencia de diversos factores asociados y su relación con otras conductas de riesgo puede constituirse en un peligro mayor (González-Forteza, Berenzón-Gorn, et al., 1998), por lo que se requiere diseñar diversos programas de prevención.

CAPÍTULO IV. FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON CONSUMO DE DROGAS E IDEACIÓN SUICIDA

Factores Personales Asociados al Consumo de Drogas y Suicidio

Algunas variables personales (autoestima, depresión, rebeldía, impulsividad, toma de riesgos, edad, género, algunos trastornos mentales, abuso sexual, ciertas conductas de riesgo, etc.), se encuentran consistentemente asociadas con el consumo de drogas, la conducta suicida en general, y particularmente con la ideación suicida. Destaca la relación de la autoestima con el consumo de drogas y de la depresión con la ideación suicida, por lo cual dichas relaciones se revisan en este capítulo.

En la investigación de las variables personales, es necesario contextualizar el estudio de la autoestima y la depresión en la etapa de desarrollo de los sujetos, y en el proceso de socialización. Con respecto a la etapa de desarrollo, tanto la autoestima como la depresión adquieren características especiales en la adolescencia, por su importancia para la construcción de su identidad, además la autoestima (saludable o no) y la depresión afectan la relación del joven con su familia y con sus pares, lo que, a su vez, ejercen diversos efectos en la presencia de conductas de riesgo (consumo de drogas y suicidio).

Además, la autoestima y la depresión se relacionan entre sí y con otras variables familiares y sociales, tejiendo un entramado propio de estas dos complejas conductas de riesgo: consumo de drogas y suicidio.

Autoestima

La autoestima se ha considerado un constructo psicológico que resulta de la autoevaluación del sí mismo, en y con relación a los demás, es decir, a su entorno sociocultural (Rosenberg, 1965).

Reidl (1981) señala que hay dos aproximaciones a la autoestima, en la primera se considera que ésta puede ser multidimensional, mientras que en la segunda se le concibe como una orientación hacia o en contra de un objeto o evento, que tiene connotaciones afectivas positivas o negativas. La calidad de retroalimentación recibida del medio ambiente significativo afecta el funcionamiento del individuo. La retroalimentación negativa del sí mismo disminuye la autoestima, mientras que la positiva la incrementa.

De acuerdo con Hiriart (2001), la autoestima tiene un curso de desarrollo, se va nutriendo con las experiencias tempranas en la familia, la interacción con los pares y otras fuentes de socialización. Los eventos normativos como las transiciones a la adolescencia o a la vejez la pueden afectar, por lo que sufre una reestructuración en la adolescencia y participa en la conformación de la identidad. Adicionalmente, los eventos no normativos pueden repercutir en ella, pero su grado de afectación dependerá de los recursos del individuo para afrontar las situaciones problemáticas de su vida.

Cuando los adolescentes tienen una autoestima negativa pueden sentirse inferiores, desvalidos, desalentados y con falta de confianza para enfrentarse a los problemas. Entender la autoestima es indispensable para comprender la conducta de los adolescentes y resulta vital para entender cómo los adolescentes se valoran, perciben e interpretan su conducta (Rosselló & Berríos, 2004).

La autoestima es una variable muy importante que tiene relación con muchas conductas de salud y de ajuste de los adolescentes. Así, se ha reportado que la autoestima alta es uno de los predictores más fuertes del bienestar y que es una fuente poderosa para combatir los efectos del estrés (Wilburn, & Smith, 2005).

Se ha reportado que la autoestima alta es un factor protector del consumo de drogas (Hawkins, Calatano & Miller, 1992), particularmente del consumo de tabaco (Olivari & Barra, 2005) y que es

una fuente poderosa para combatir los efectos de la ideación suicida (Wilburn, & Smith, 2005).

También se ha encontrado consistentemente que la baja autoestima está relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y drogas (González-Forteza, 1996; López, et al., 1996; Villatoro, et al., 1999). Por su parte, Garber, et al. (1997) reportaron que la autoestima negativa predispone a los adolescentes a la depresión y a otras dificultades psiquiátricas.

Del mismo modo, la autoestima baja se asocia con ideación suicida, de acuerdo con diversos autores. Por ejemplo, tres estudios revisados por Evans, et. al. (2004) mostraron que las mujeres adolescentes que experimentaron ideación suicida presentaron significativamente autoestima más baja que otros adolescentes; la baja autoestima también se relacionó con la ideación suicida en una muestra clínica de adolescentes puertorriqueños (Rosselló & Berríos, 2004); y en niños y niñas de Hermosillo la baja autoestima fue un factor de riesgo para la ideación suicida, de acuerdo con Miranda, Cubillas, Román y Abril (2009).

Algunos estudios señalan a la autoestima y la desesperanza como los mediadores más importantes de la ideación suicida (e.g. Zhang & Jin, 1998; Simons and Murphy, 1985).

Por otro lado, los estudios sobre la familia sugieren que diversas variables familiares tienen un impacto directo sobre el bienestar y, específicamente en la autoestima de los hijos (Aguilar, Valencia, Martínez, Romero & Lemus, 2003-2004; Aguilar, Valencia & Romero, 2004; Cheng & Furnham, 2004; Shek, 1997, 1999).

Los estilos parentales se relacionan con la autoestima de acuerdo con diversos autores. Por ejemplo, Buri, Louiselle, Misukanis, & Mueller (1988) reportaron que el autoritarismo y la autorizatividad de la madre y del padre correlacionaron significativamente con la autoestima. Los resultados sugieren que el desarrollo de la autoestima en las mujeres puede ser más dependiente de la autoridad parental ejercida en la casa (especialmente la ejercida por las prácticas autorizativas de ambos padres) de lo que lo es la autoestima de los hombres. Los autores concluyeron que el ejercicio saludable de la

autoridad dentro del hogar puede tener mayor significatividad para el desarrollo de la autoestima en las hijas que en los hijos.

Por su parte, Pawlak y Klein (1997) reportaron que los padres y madres autorizativos y cálidos en su crianza tuvieron con mayor probabilidad niños con alta autoestima. En el mismo sentido, Furnham y Cheng (2000) reportaron que el estilo autorizativo de la madre fue un importante predictor de la autoestima, lo cual sugiere que una disciplina razonablemente ejercida por las madres hacia sus hijos incrementa su autoestima.

En México, el trabajo de Aguilar, et al. (2003-2004) muestra que a los estilos de autoridad parental positivos (autorizativos y permisivos) les correspondió una mayor autoestima de sus hijos adolescentes, comparados con la autoestima asociada a los estilos parentales negativos (autoritarios y negligentes).

Depresión (Afecto negativo)

Moreno y Medina-Mora (2008) mencionan que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002 la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general fue de 154012 casos, de los cuales 62% fueron mujeres (95023 casos). Asimismo, se reconoce que el trastorno de la depresión es uno de los problemas más importantes de salud mental y que las mujeres la padecen más que los hombres (Agudelo, Carretero-Dios, Blanco, Pitti, Spielberger & Buela-Casal, 2005; Agudelo, Casadiegos, Sánchez, 2008; Dwairy & Menshar, 2006; Gómez-Maquet, 2007; Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón & Rubí, 2003; Lara, Navarro & Navarrete, 2004).

En México, se estima una prevalencia de depresión de 12 a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años, además las personas que desarrollan depresión en edades tempranas tienen 18 veces mayor probabilidad de desarrollar dependencia a las drogas. En los últimos años se ha reportado una fuerte relación entre tabaquismo y depresión; se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarro, de acuerdo con la revisión de diferentes trabajos de investigación realizada por Moreno y Medina-Mora (2008).

Por su parte, en la literatura sobre depresión, ha sido necesario distinguir entre ánimo (humor) deprimido, síndromes y desórdenes depresivos. El ánimo deprimido o afecto negativo se refiere a los sentimientos de tristeza e infelicidad, mientras que el síndrome depresivo incluye la identificación de síntomas que afectan el estado de ánimo del sujeto y que se relacionan consistentemente con otros problemas como quejas somáticas, tendencias autodestructivas, y conducta agresiva (Grotevant, 1998). Los desórdenes depresivos, por su parte, incluyen diagnóstico categórico a través del DSM-IV.

De acuerdo con Grotevant (1998) el ánimo deprimido se presenta en mayor medida en niñas y durante la adolescencia se presenta con mayor frecuencia que durante la infancia, e incluso que durante la edad adulta. Algunos estudios que valoran la relación entre depresión y consumo de drogas y/o suicidio, hacen una estimación la sintomatología depresiva o afecto negativo.

La depresión se encuentra asociada a diversas variables como la autoestima, el género, el consumo de drogas, la conducta suicida, diversas variables del funcionamiento familiar (como los estilos parentales y los conflictos familiares), entre otros, como veremos a continuación.

Entre las características que se relacionan con la depresión en la adolescencia está la autoestima (Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2000), de manera que la baja autoestima es un predictor de la depresión adolescente (Burns, Andrews, & Szabo, 2002).

Asimismo, se observa que la depresión en los y las jóvenes está relacionada con el consumo de drogas (Alfaro, et. al, 2001; Arellanez, et al., 2004; Villatoro, et al., 1999; Villatoro, et al., 2002; Villatoro, et al., 2005), que predice la intensidad del uso de sustancias (Grotevant, 1998) y que tiene efectos sobre el consumo de sustancias de los hombres jóvenes (González, et al. 2005). También se reportó que el nivel de la sintomatología depresiva predice la aparición del tabaquismo en no fumadores y que las mujeres son más vulnerables (Moreno & Medina-Mora, 2008).

Además, la autoestima y la depresión se encuentran relacionadas con la ideación suicida (González-Forteza, et al., 2003; Wilburn &

Smith, 2005; Wild, et al., 2004); y se reconoce la influencia de la familia sobre la conducta suicida del adolescente (De Wilde, 2000).

La depresión y la ideación suicida se asociaron en adolescentes puertorriqueños/as (Rosselló & Berrios, 2004); en alumnos (prepúberes españoles) (Viñas, et al., 2002), en quienes, además, la persistencia de la intencionalidad suicida se asoció a una mayor sintomatología depresiva; y en niños de Hermosillo Sonora, en donde los varones presentaron mayor depresión que las niñas y aquéllos con ideación suicida tuvieron mayor depresión en comparación con el grupo sin ideación, además, los niños con depresión grave tuvieron un riesgo 8.8 mayor de tener ideación suicida (Miranda, et al., 2009).

De acuerdo con Sun, y Hui, (2007) diversos estudios han señalado a la depresión como el mediador más inmediato de la ideación suicida (e.g. De Man, 1999).

También vale la pena considerar que los jóvenes que usan drogas y alcohol tienen 4.2 veces más probabilidad de tener pensamientos suicidas comparados con quienes no consumen estas sustancias. Los jóvenes con depresión y ansiedad presentan 1.4 veces más probabilidad de tener pensamientos de suicidio que quienes no tienen depresión y ansiedad, de acuerdo con Peter, et al., (2008). La asociación entre consumo de alcohol, drogas más fuertes e ideación suicida también fue reportada en diversos estudios analizados por Evans, et al. (2004)

Con respecto a la relación entre los estilos parentales y la depresión, se encontró que la aceptación y control psicológico (componentes parentales) contribuyeron significativamente a la predicción de la depresión (Garber, et al, 1997). De acuerdo con estos autores, la autoestima predijo una parte de la varianza de la depresión y los componentes parentales tuvieron efectos indirectos sobre la depresión a través de la autoestima. Asimismo, encontraron que el estilo parental materno predijo, tanto directa como indirectamente, la depresión del adolescente.

De igual forma, dimensiones parentales como la calidez emocional y la comprensión de los padres (parentalidad saludable) se relacionaron con la depresión (Xia & Qian, 2001).

Dwairy y Menshar (2006) encontraron que la depresión estuvo asociada positivamente con el estilo autorizativo, pero no estuvo

asociada negativamente con el estilo autoritario, en una muestra de adolescentes egipcios. Por su parte, Aguilar, et al. (2003-2004) y Aguilar, et al., (2004) encontraron que los estilos positivos, autorizativo y permisivo, se asociaron a menor depresión, en comparación con los negativos (autoritarios y negligentes).

Adicionalmente, en el trabajo de Hill, Busch y Roosa (2003) se encontró que los hogares en los que se establecieron reglas y mostraron bajos niveles de conflicto, donde los niños se sintieron aceptados y donde las madres no recurrieron al control hostil, promovieron los niveles más bajos de síntomas depresivos, tanto para los niños Europeo-Americanos como para los Mexicano-Americanos.

Finalmente, Sun, y Hui (2007) consideran que hay que elaborar modelos específicos que consideren el género y la edad de los adolescentes para comprender mejor la ideación suicida, y podría decirse lo mismo del consumo de drogas. El género es un aspecto relevante del contexto cultural para la explicación de estos fenómenos como se reconoce en la investigación actual. Además, los modelos específicos deberán considerar no solamente las relaciones directas entre autoestima y consumo de drogas e ideación suicida, y de depresión con consumo de drogas e ideación suicida, sino incluir las relaciones indirectas entre estas variables y, entre los factores personales y los familiares.

Factores Familiares Asociados al Consumo de Drogas y Suicidio

La importancia de la familia en la socialización de los hijos ha sido ampliamente investigada. Desde el enfoque psicosocial se considera que la familia se encuentra en constante cambio y adaptación y que debe ser estudiada considerando diversos niveles de análisis, así como los contextos culturales, sociales, e individuales en que el funcionamiento familiar tiene lugar.

Diversos estudios muestran que el funcionamiento familiar se asocia con conductas de riesgo de los hijos, sobre todo con los hijos adolescentes, aun cuando otros agentes de socialización cobran relevancia en esta etapa de la vida.

La investigación sobre la influencia de la familia en las conductas y desarrollo de los hijos, se llevó a cabo, en un primer momento, desde una perspectiva unidireccional, es decir, analizando la influencia de la familia en el desarrollo de los hijos. Esta aproximación considera que la calidad de las relaciones familiares puede predecir diversas consecuencias en los hijos (aún en adolescentes), tales como el desarrollo de la identidad, de la moral, de su autoestima, o de conductas de riesgo, entre otros aspectos (Musitu, et al., 2001), aunque se reconoce que la influencia familiar no es simple y se puede ejercer de manera directa o indirecta, a través de otras variables.

Posteriormente, la investigación sobre la influencia familiar asumió una perspectiva bidireccional que supone la reciprocidad en la interacción humana. El principal interés de esta aproximación es comprender cómo diferentes condiciones y experiencias pueden producir variaciones en la conducta, para lo cual ha incluido, entre otras variables moderadoras, al género, la orientación sexual, la clase social, la identidad étnica, la estructura familiar y la calidad de las relaciones, entre otras (Grotevant, 1998).

Estos modelos más complejos conllevan el reconocimiento de que padres e hijos se afectan en forma recíproca, lo cual se observa particularmente en la entrada a la adolescencia que produce cambios relevantes en las relaciones entre los adolescentes y sus padres, y que pueden hacer que la familia entre en conflicto (Musitu, et. al., 2001).

Algunas de las variables familiares que han recibido especial atención en la explicación de diversas conductas de los hijos son los estilos parentales y el conflicto con los padres, en menor medida se ha estudiado la percepción que tienen los hijos de sus padres y la satisfacción que experimentan con su familia, aunque se coincide en la necesidad de incluir múltiples dimensiones para comprender las complejas relaciones de la familia y el comportamiento de los hijos.

En la investigación reciente sobre la interacción padres-hijos, desde la perspectiva psicosocial, destaca la aproximación tipológica para estudiar el impacto de esta interacción sobre los productos de la socialización. Dicha aproximación examina los estilos de autoridad

parental (Baumrind, 1966, 1972, 1991; Maccoby & Martín, 1983) que emplean los padres con sus hijos.

Desde esta perspectiva, las relaciones familiares son el contexto en el cual ocurre el desarrollo del adolescente, la calidad de las relaciones es, entonces, la variable independiente que puede predecir varias consecuencias en el desarrollo de los jóvenes (Grotevant, 1998), aunque se reconoce que las relaciones familiares también cambian debido al desarrollo de sus miembros.

Estilos Parentales

La variable estilos parentales, ha sido un campo fructífero de investigación desde que fue propuesta por Baumrind (1966, 1972, 1991), quien sugirió distintos estilos de autoridad parental.

El estilo autoritario, en él los padres valoran la obediencia y creen en la restricción, asimismo proporcionan poca atención a las necesidades de sus hijos.

El estilo permisivo, consiste en que los padres proporcionan toda la autonomía posible, siempre que no se ponga en peligro la supervivencia física del hijo o hija. Los padres son poco exigentes, pero atienden las necesidades de sus hijos.

El estilo autorizativo, los padres intentan dirigir las actividades del hijo de modo racional y orientado al problema, los padres son exigentes, pero atienden las necesidades de sus hijos.

Maccoby y Martín (1983) extendieron esta tipología y añadieron un cuarto tipo de estilo parental caracterizado por la negligencia o pérdida de involucramiento:

Negligente: Los padres tienden a limitar el tiempo que invierten en las tareas parentales. Son poco exigentes y ponen poca atención a las necesidades de sus hijos.

Baumrind (1991) usó el constructo de estilos parentales para referirse a las variaciones normales de los intentos de los padres por controlar y socializar a sus hijos, es decir a formas de regulación y control ejercidas por los padres.

De acuerdo con Maccoby y Martin (1983) el estilo parental está definido por dos elementos: la responsividad y la exigencia. La responsividad (también llamada calidez parental o apoyo) se refiere al

grado en que los padres fomentan la individualidad, la autorregulación, la auto-decisión y condescienden a las necesidades especiales y demandas del niño. La exigencia se refiere al control conductual, a las demandas de madurez, supervisión, esfuerzos disciplinarios y voluntad para confrontar al niño que desobedece.

La investigación también señala una tercera dimensión: el control psicológico, el cual se refiere a los intentos de control que se introducen en el desarrollo emocional y psicológico del niño, a través de prácticas parentales como inducción a la culpa, retiro del amor, o avergonzar al hijo. Así, una diferencia clave entre los estilos autorizativo y autoritario es la dimensión de control psicológico. Ambos tipos de padres tienen altas demandas para que sus hijos se comporten apropiadamente y obedezcan las reglas. Los padres autoritarios, sin embargo, esperan que sus hijos acepten sus juicios, valores y metas sin cuestionamiento, mientras que los autorizativos son más abiertos y dan más explicaciones. Ambos ejercen un alto control conductual, pero mientras los autorizativos ejercen un bajo control psicológico, los autoritarios tienen un alto control psicológico.

La literatura proporciona amplia evidencia de que el estilo parental, la disciplina inductiva, las prácticas correctivas sin castigo, y la consistencia en la crianza de los niños están asociados al desarrollo mental positivo de los hijos. Particularmente, para probar las relaciones entre los estilos parentales y algunas conductas de los hijos, como desarrollo psicosocial, bienestar, competencia, ejecución académica, motivación escolar, problemas de conducta internalizados y externalizados, autoestima, felicidad, entre otros, se han llevado a cabo muchas investigaciones.

Como resultado de estas investigaciones, se considera que el estilo autorizativo está relacionado con mejores ejecuciones y habilidades de los niños y jóvenes, mientras que el autoritario y el negligente se asocian con una pobre ejecución en todos los dominios (Aguilar, et al., 2003-2004; Baumrind, 1991; Buri, Louiselle, Misukanis & Mueller, 1988; Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991; Musitu, et al., 2001; Shek, 1997, 1999, 2002, 2005; Steinberg,

Elmen & Mounts, 1989; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts & Dornbusch, 1994).

De acuerdo con Baumrind (1973) el estilo autorizativo conduce a un desarrollo emocional, social y cognitivo positivo en el niño. Los padres autorizativos proporcionan a sus hijos considerable libertad dentro de límites razonables, pero son firmes y están dispuestos a poner restricciones. Tal disciplina da a los niños la oportunidad para explorar su ambiente y obtener competencia personal. La conducta del niño esta asociada con el desarrollo de la autoestima, adaptabilidad, competencia, control internalizado, popularidad con los pares y bajos niveles de conducta antisocial.

En contraste, los padres autoritarios son rígidos, impositivos, rudos, y no responden a las necesidades de sus hijos. En tales familias los niños tienen poco control sobre su ambiente y reciben pocas gratificaciones, se sienten enojados, pero con miedo, en un ambiente hostil.

Por su parte, a pesar de la relación afectuosa de los padres permisivos con sus hijos, su excesiva laxitud, la disciplina inconsistente y el fomento de la libre expresión de los impulsos de los niños estuvieron asociados con el desarrollo de conducta impulsiva en sus hijos (Baumrind, 1973).

Para Baumrind (1991) los padres negligentes mantienen a distancia al niño y se enfocan en sus propias necesidades más que en las del niño. Con niños mayores, este estilo se asocia con el fracaso de los padres para monitorear las actividades de sus hijos, para conocer dónde están, qué están haciendo y qué compañías tienen. Los niños con padres negligentes muestran rupturas de apego, son impulsivos, agresivos, caprichosos y tienen una baja autoestima, son socialmente incompetentes, irresponsables e inmaduros, también muestran disrupciones en sus relaciones con sus pares, en su conducta de logro y en su ejecución escolar (Baumrind, 1991; Steinberg, et al., 1989).

Influencia de los Estilos Parentales en la Adolescencia

Aunque los primeros estudios se dirigieron a la influencia de estos estilos parentales en la niñez, también han sido investigados en

la adolescencia. Algunas variables de interés sobre los aspectos del desarrollo de los hijos e hijas adolescentes en relación con los estilos parentales son: el grado de autonomía, la competencia escolar, cognitiva, social, problemas de conducta internalizados y externalizados, como la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias y el suicidio, entre otros.

Baumrind (1991) encontró que los hijos adolescentes de padres autorizativos tuvieron altos niveles de ajuste, madurez psicosocial, competencia psicosocial y éxito académico. Los jóvenes fueron capaces de tomar sus propias decisiones y formular planes apropiados, se identificaron fuertemente con sus padres, tuvieron una baja incidencia de internalización de conductas problema, un índice muy bajo de consumo de drogas y una buena autoestima. En el mismo sentido, Lamborn, et al. (1991) encontraron que estos jóvenes presentaron mejores patrones de ajuste psicológico, competencia académica y bajos niveles de problemas de conducta.

De acuerdo con Baumrind (1991) el estilo autoritario se encuentra relacionado con dificultades de los hijos para ser autónomos, menor desarrollo de su propia identidad, confiaron menos en su competencia y fueron más susceptibles a la presión de sus pares, porque aprendieron a depender de fuentes externas de aprobación y guía, asimismo encontró una mayor incidencia de internalización de conductas problema y un índice bajo de consumo de drogas en los adolescentes. Este estilo tuvo resultados más negativos a largo plazo para los niños que para las niñas. Los hijos de padres autoritarios tuvieron una competencia cognitiva y social más baja; su ejecución académica e intelectual fue más pobre, ellos fueron poco amistosos y perdieron la iniciativa, el liderazgo y la autoconfianza en sus relaciones con sus pares. Por su parte, Lamborn, et al (1991) reportaron que los jóvenes con padres autoritarios presentaron un adecuado desempeño académico, tuvieron menos posibilidades de comprometerse con problemas de conducta y delincuencia. Además, Steinberg, et al. (1994) encontraron mayores reportes de angustia y depresión en estos jóvenes.

Respecto a los adolescentes de las familias con estilo permisivo, Baumrind (1991) observó una proporción significativamente

mayor de consumo de marihuana y otras drogas en comparación con los adolescentes de otros estilos parentales, además de mostrar un índice mayor de conductas problema. En la investigación de Lamborn, et al. (1991) los jóvenes provenientes de familias con este estilo mostraron índices adecuados de ajuste psicológico, alta autoestima y seguridad, pero poco compromiso con el desempeño académico y mayores posibilidades de involucrarse en problemas de conducta que los jóvenes con padres autoritarios. También, Steinberg, et al. (1994) reportaron que estos jóvenes tuvieron una alta autoestima y estabilidad psicológica, pero mostraron un declive en su orientación hacia la escuela.

Adolescentes y adultos jóvenes de hogares negligentes tuvieron índices más bajos de conducta prosocial y altos índices de internalización y externalización de conductas problema, presentaron más problemas de bebida, muchos de ellos fueron asiduos consumidores de drogas. La pérdida de monitoreo parental está fuertemente asociada con el riesgo de conducta delictiva (Baumrind, 1991; Musitu, et al., 2001). Además, Lamborn, et al. (1991) encontraron un ajuste psicológico deficiente y constantes problemas de conducta y delincuencia en estos jóvenes. En un estudio longitudinal realizado por Steinberg, et al. (1994) los jóvenes con padres negligentes tuvieron mayor problemática escolar, de consumo de alcohol y de delincuencia.

Musitu et al. (2001) señalan que durante la adolescencia, los estilos de los padres deben cambiar para responder a las necesidades de los adolescentes, principalmente en la dimensión de control, ya que durante la niñez esta dimensión es asimétrica (hay un mayor control de los padres), mientras que, a mayor edad de los hijos, ellos perciben menor control por parte de sus padres, lo que sugiere que tienen una mayor autonomía (Pelegriña, García y Félix, 2002 & Smetana, 1995).

Investigación en México sobre los Estilos Parentales en Diversas Áreas del Desempeño

En México, Aguilar, Valencia, Romero y Lemus (2005), Aguilar, et al. (2003-2004) y Aguilar, et al. (2004), Palacios (2005) y Palacios y Andrade (2005) han realizado investigación sobre estilos parentales en

diferentes áreas: rendimiento académico, competencia escolar, motivación, conductas de salud, conductas problema, ajuste psicosocial, entre otras. Entre los resultados más importantes están que los estilos autorizativo y permisivo se relacionan positivamente con el ajuste psicosocial y conductas de salud, mientras que los estilos autoritario y negligente lo hacen con la depresión y negativamente con autoconfianza y autoestima

Por su parte, Palacios y Andrade (2005) encontraron que el estilo autoritario de la mamá se asocia con el consumo de marihuana de los adolescentes y que este consumo es predicho por una menor supervisión de la mamá y una mayor imposición por parte del papá, entre otros factores.

De todos estos estudios se desprende que el estilo autorizativo es el más eficaz y el más pernicioso es el negligente, seguido del autoritario; sin embargo, los padres con estilo autoritario tienen hijos con mayor desempeño académico que se involucran poco en problemas de conducta social y consumo de drogas y alcohol, pero reportan problemas de depresión y autoestima; los padres permisivos facilitan el desarrollo de la autoestima en sus hijos pero es frecuente que éstos se involucren en problemas de abuso de alcohol, enervantes y actos de delincuencia; finalmente, los jóvenes provenientes de familias negligentes tienen un incremento en la depresión y problemas de conducta a medida que pasa el tiempo. Para Darling (1999) es sorprendente la consistencia de los resultados en torno a las ventajas del estilo autorizativo y a las desventajas del negligente.

Cuestionamientos a la Aproximación Tipológica

Esta aproximación ha sido cuestionada respecto a los procesos que contribuyen a la efectividad relativa de los diferentes estilos, ya que aún se está tratando de identificar los componentes o dimensiones que explican dicha efectividad, la dirección de la influencia y la universalidad de la tipología (con relación al estatus socioeconómico, a los grupos étnicos, a la cultura de pertenencia y al género).

Al respecto, Grotevant (1998) sugiere que las líneas de investigación futuras para esta área son, además de las dimensiones específicas de los estilos parentales, los contextos en los que la conducta de adolescentes y padres tiene lugar, la conformación de modelos más complejos de estas relaciones. Al mismo tiempo, este autor señala la importancia de estudiar algunas conductas problema o de riesgo en los adolescentes para comprender mejor esta etapa de la vida.

Componentes o Dimensiones de los Estilos Parentales

Sobre los componentes de los estilos, tanto la responsividad como la exigencia se encuentran relacionadas con un conjunto diferente de consecuencias para el desarrollo del adolescente: mientras que la responsividad (apoyo) parece estar relacionada con la autoestima y las habilidades sociales, predice la competencia social y el funcionamiento psicosocial; la exigencia (control) parece promover el control de los impulsos, la responsabilidad social y el control conductual.

Los dos tipos de exigencia o control: control psicológico y conductual, han sido descritos por Steinberg (1990), para quien la principal distinción entre ellos radica en que las formas de control psicológico (como la inducción de la culpa y el retiro del amor) afectan negativamente al adolescente impidiendo el desarrollo de la autonomía psicológica y la auto-dirección, mientras que la regulación conductual sirve en forma positiva a la socialización proporcionando al joven la guía y la supervisión necesaria.

Para Barber, Olsen, y Shagle (1994) la regulación conductual, está relacionada con la regulación, supervisión y manipulación de la conducta. El monitoreo es un componente fundamental de la regulación conductual efectiva, especialmente en la niñez media y los años de la adolescencia, y se define en términos de la atención de los padres y la supervisión del paradero, actividades y compañías de sus hijos. El control psicológico se refiere a los intentos de control que inhiben o interfieren con el desarrollo de la independencia y la auto-dirección de los niños, manteniendo a los niños emocionalmente dependientes de los padres.

Sobre los efectos de ambos tipos de control, Pettit, Laird, Dodge, Bates y Criss (2001), encontraron que las madres que fueron rígidas y tuvieron una disciplina de castigo en la primera infancia tuvieron más probabilidad de ser psicológicamente intrusivas y manipuladoras en los años de la adolescencia temprana y se asocia a una mayor ansiedad/depresión de los hijos. Con relación al control conductual (monitoreo), los resultados muestran que el monitoreo fue asociado con menores problemas de conducta delictiva.

Adicionalmente, Branstetter (2001) encontró que el bajo monitoreo está asociado con mayores niveles de uso de drogas en adolescentes.

Claes, Lacourse, Bouchard y Perucchini (2003) encontraron que la tolerancia, la equidad, los vínculos emocionales y la supervisión parental (dimensiones de los estilos parentales) difieren dependiendo de la cultura del país de origen (Canadá, Italia y Francia) y afectan de manera diferencial a los hijos e hijas.

Otras dimensiones de los estilos parentales estudiadas son: la disciplina materna inconsistente, la aceptación materna y el control hostil (Hill, et al., 2003).

Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López (2007) propusieron estudiar las dimensiones de afecto y comunicación, promoción de autonomía, control conductual, control psicológico, revelación y humor, y su relación con problemas internos/externos, consumo de sustancias y satisfacción vital y encontraron correlaciones entre estilos educativos y la mayoría de las medidas de ajuste adolescente.

Muris, Meesters and van den Berg (2003) encontraron que niveles elevados de calidez emocional y altos niveles de rechazo y sobreprotección estuvieron acompañados de niveles altos de síntomas psicopatológicos (ansiedad/depresión y quejas somáticas).

Gracia, Lila y Musitu, G. (2005) reportaron relaciones entre el rechazo parental y medidas de ajuste psicológico y social de los hijos como ansiedad, depresión e incomunicación, obsesividad-compulsividad, problemas somáticos, retraimiento social, y problemas de conducta externalizados, tales como hiperactividad, agresividad y delincuencia.

Especialmente son claves la disponibilidad del padre, su implicación en los asuntos del hijo o hija, su capacidad de

comunicación y el grado de apoyo paterno que percibe el adolescente. En general, hemos observado el predominio de una buena comunicación y apoyo instrumental y calidez emocional de ambos padres (Rodrigo, et al., 2004).

Dirección de la Influencia de los Estilos Parentales

Sobre la dirección de la influencia, no está clara la dirección de la relación entre los estilos descritos por Baumrind y la conducta del niño o adolescente, por lo que cabría preguntarse ¿son los estilos los que promueven determinadas conductas o las conductas de los niños determinan la naturaleza del estilo parental? De hecho, puede argumentarse que los niños con ciertos temperamentos y características conductuales determinan la naturaleza del estilo parental (Parke & Buriel, 1998).

El tipo de metodología empleada en la mayoría de las investigaciones realizadas no permite establecer la dirección de la influencia (o la causalidad de la relación), sin embargo, partiendo de los modelos de relación recíproca podemos plantear que hay una interacción entre los estilos de autoridad empleados por los padres y las conductas de los hijos, y que a menor edad de los hijos mayor es la influencia parental.

Problemas Metodológicos en la Investigación sobre Estilos Parentales

A pesar de que Baumrind (1967, 1989, 1991) llevó a cabo un estudio longitudinal para examinar el efecto de los estilos parentales sobre el desarrollo de niños de 3 a 15 años y que Steinberg, et al. (1994) mostraron que los beneficios del estilo autoritativo se mantuvieron al término de dos años, la mayoría de las investigaciones en esta área se han realizado mediante estudios transversales. De igual forma, a pesar de que Baumrind (1967, 1991) usó diversas técnicas como la entrevista estructurada, además de la observación en el hogar y en el laboratorio, la mayoría de las investigaciones en esta área se realizan aplicando diversos cuestionarios.

Adicionalmente, las investigaciones han sido criticadas por el uso casi exclusivo del reporte del estudiante para evaluar la conducta de los padres, sin embargo, cuando se emplea la valoración de los

propios padres (Flouri, 2004), o se usa un formato multi-informante (Weiss & Schwarz, 1996) se obtienen resultados similares.

A pesar de que se han encontrado discrepancias en la percepción de padres e hijos respecto al estilo parental empleado en la crianza. Por ejemplo, McBride-Chang y Chang (1998) encontraron que los alumnos (adolescentes de Hong Kong) evaluaron a sus padres como más permisivos y autorizativos y como menos autoritarios de lo que los padres se evaluaron a sí mismos, estas diferencias son ligeras.

También se encuentran diferencias dependiendo del cuestionario empleado para valorar el estilo parental, no obstante los estudios de validación muestran que los estilos parentales evaluados con diferentes instrumentos se relacionan significativamente con las medidas de ajuste seleccionadas y tienen relaciones entre sí (Aguilar, Valencia, Sarmiento & Cázares, 2007).

Universalidad de la Tipología

Respecto a la universalidad del esquema tipológico, algunos estudios (Baumrind, 1973; Chao, 1994, 2001; Claes, et al., 2003; Dwairy & Menshar, 2006) cuestionan su generalización en diferentes estatus socio-económicos, o grupos étnico-culturales. Las preguntas relevantes son ¿estos estilos se presentan en los distintos grupos culturales?, ¿los estilos se diferencian por sus resultados de socialización? y ¿el mismo estilo parental se asocia con resultados similares entre los distintos grupos?, por ejemplo el estilo autorizativo se asocia siempre a resultados sociales positivos?

Las investigaciones que hacen énfasis en la cultura muestran que una gran cantidad de adolescentes y padres no pueden ser clasificados en ninguno de los estilos parentales, por lo cual McBride-Chang y Chang (1998) cuestionaron la categorización propuesta por Baumrind. O bien, que aunque sea posible ubicar a las personas en algún estilo, no se encuentran diferencias significativas en las conductas de ajuste entre algunos estilos, por ejemplo entre autorizativo y permisivo (Aguilar, Valencia & Romero, 2007), o entre indulgente y autorizativo (Martínez & García, 2007).

Respecto a los resultados de un mismo estilo en distintos grupos, la investigación ha mostrado que existen diferencias

dependientes del grupo social o cultural. Por ejemplo, el estilo autoritario, frecuentemente asociado a resultados negativos, se presenta con mayor probabilidad en familias con un bajo estatus socioeconómico, pero este estilo parece proporcionar oportunidades para una mejor adaptación a las condiciones de peligro y amenaza que puede caracterizar las vidas de estas familias. Por lo tanto, el uso de estrategias autoritarias bajo estas circunstancias puede estar vinculado con resultados más positivos para estos niños (Baumrind, 1972; Parke & Buriel, 1998).

Baumrind (1972) encontró en Estados Unidos que las niñas negras de padres autoritarios fueron excepcionalmente independientes, especialmente cuando participaron en ambientes novedosos y ajenos en donde mostraron madurez social y un amplio rango de conducta adaptativa. El hecho de que el estilo autoritario fomente la independencia y la conducta adaptativa de las niñas negras, se puede explicar en términos del significado que ellas le asignan a estas prácticas, ya que perciben al autoritarismo como un cuidado especial de su crianza y no como una muestra de rechazo.

Adicionalmente, en las familias chinas, por ejemplo, el estilo autoritario de crianza infantil es el más común y el que tiene mayores ventajas para los niños (Chao, 1994). En adolescentes egipcios el estilo autoritario no se asocia negativamente con su salud mental, por lo cual Dwairy y Menshar (2006) sugieren que este estilo no es tan dañino dentro de una cultura autoritaria como dentro de una cultura liberal.

La explicación, de acuerdo con Chao (1994), es que las prácticas restrictivas que involucran una relación jerárquica padres-hijos están vinculadas con cogniciones positivas y afectos en contextos que enfatizan las relaciones jerárquicas y el respeto a la autoridad.

Además de las prácticas culturales relacionadas con el respeto a la autoridad y el uso del afecto y la aceptación, los valores de las diferentes culturas (colectivistas versus individualistas) como la interdependencia, la armonía, la seguridad familiar y la cooperación versus la independencia, la autonomía en las decisiones, y la asertividad social afectan los resultados de la socialización

(Aguilar, Valencia, Sarmiento, et al., 2007) y ambas (prácticas y valores) explican los diferentes resultados de los estilos parentales.

Los estudios culturales muestran que la suposición de que el estilo autorizativo tiene más ventajas para el desarrollo del niño, no se aplica a todos los grupos étnicos, de hecho su generalización puede ser considerada etnocéntrica y errónea y corresponden a una perspectiva individualista de la socialización y el desarrollo en la niñez.

De hecho, en España el estilo indulgente o permisivo parece ser el que brinda mayores beneficios en autoestima (Martínez & García, 2007) y en autoconcepto (Musitu y García, 2004), lo anterior se debe, de acuerdo con Martínez y García (2007) a que en España se pone mayor énfasis en el uso del afecto, la aceptación y el involucramiento en la socialización de los niños, por lo que las prácticas que involucran algún grado de de coerción, aunque sea bajo como el que se presenta en el estilo autorizativo, no tienen una influencia positiva en la socialización de niños y jóvenes.

El hecho de que en México, Aguilar y cols (Aguilar, Valencia & Romero, 2007) hayan encontrado reiteradamente asociaciones de los estilos autorizativo y permisivo con resultados benéficos similares, señala la importancia del afecto en la socialización de los adolescentes en el contexto de una cultura colectivista, en donde el control y la supervisión parental presentes en el estilo autorizativo son percibidos como actos de cuidado e interés.

Por otro lado, se ha encontrado que los estilos de autoridad de las madres y de los padres difieren en su nivel de asociación con las conductas de los hijos, dependiendo de la cultura.

En este sentido, Shek, (1999) reportó mayor importancia de las cualidades paternas en el bienestar psicológico de adolescentes chinos respecto de las cualidades maternas, lo cual contrasta con otras investigaciones en donde la influencia materna es prioritaria. Una posible explicación señalada por este autor tiene que ver con la importancia de los roles del padre y de la madre en la cultura china, ya que el niño puede interpretar que la relación con el padre es especial. Otra explicación es que los roles paternos y maternos son muy rígidos y disparan diferentes respuestas en la interacción padre-

hijo. Por ejemplo, los conflictos padres-hijos se pueden convertir en peleas, pues los padres no abren ninguna posibilidad de negociación, y disparan problemas emocionales, mientras que los conflictos con la madre no, pues con ella si se puede discutir y negociar, por ello cuando hay conflicto con la madre los problemas emocionales de los hijos son menos frecuentes.

Por otro lado, en España ambos estilos, materno y paterno, se asocian de manera similar con problemas externos y consumo de sustancias de los hijos, se encontró un efecto de interacción: mayor control conductual y menor consumo acompañado de afecto alto (Oliva, et al., 2007).

En México, Aguilar, Valencia, Martínez, Romero y Lemus (2007) encontraron muy pocas diferencias en los estilos paternos y maternos, sin embargo el padre predice mejor la autovaloración de la capacidades intelectuales de los hijos, mientras que la madre tiene mayor impacto en la autovaloración de sus procesos volitivos.

Pero no solo se han estudiado las diferencias entre los estilos de padres y madres y su asociación con el ajuste de los hijos, sino también la diferencia en la conducta de hijos e hijas. Por ejemplo, las actitudes autoritarias de las madres medidas cuando sus hijos e hijas tenían 5 años de edad, no se asociaron con el bienestar de los hijos varones a la edad de 30 años, pero si con la autoeficacia y la satisfacción con la vida de las hijas (Flouri, 2004).

De todas estas investigaciones se puede concluir que los estilos de socialización parental tienen diferentes repercusiones en el ajuste de los hijos en función del entorno cultural en el que se produce la socialización, así en la cultura española el control tiene repercusiones negativas y el grado de coerción, bajo o alto, es lo que permite diferenciar a los autoritativos de los indulgentes.

En resumen, los cuestionamientos que se le han hecho a esta aproximación se han convertido en líneas de investigación, cuyos resultados han permitido comprender mejor el papel de la familia en la socialización de los niños, adolescentes y adultos jóvenes, en la promoción de comportamientos de salud y de riesgo; el efecto diferencial de las dimensiones de la parentalidad, sobre los problemas de conducta internalizados y externalizados; el papel de la cultura de

pertenencia en la que se producen estas interacciones familiares, en donde los efectos de los estilos dependen de los significados y normas culturales; el papel del género de padres e hijos para explicar la influencia diferencial del padre y de la madre, así como las diferencias en la conducta de hijos e hijas ante la conducta de padres y madres, entre otros aspectos.

Conflicto Padres-Adolescentes

El conflicto, de acuerdo con Rubbin, Pruitt y Hee (1994) es una discrepancia percibida de intereses, expectativas o aspiraciones que no pueden ser alcanzadas por los dos interactuantes al mismo tiempo o que son inconciliables entre sí. También puede ser definido como una incompatibilidad conductual donde los interactuantes pueden prevenir, obstruir o interferir en la actividad del otro (Fisher, 1993).

Dentro del contexto familiar el conflicto entre padres e hijos(as) puede definirse como un desacuerdo explícito entre ambas partes sobre diversos asuntos de la vida familiar (Pérez, 2009).

Diversos estudios han analizado los conflictos que se producen entre padres e hijos/as durante la adolescencia, tratando de indagar los motivos que los originan, su incidencia, su evolución y la resolución de los mismos. Dos enfoques han matizado estas investigaciones: por un lado, aquél que supone que estos conflictos deterioran la relación padres-adolescentes (Holmbeck & Hill, 1991) y el que propone que la existencia de conflictos es algo natural en cualquier tipo de relación íntima, e incluso ejerce un efecto positivo sobre estas relaciones (Steinberg, 1990). Para Motrico, et al. (2001) el significado funcional de los conflictos durante la adolescencia depende, en parte, de la calidad de las relaciones entre padres e hijos/as, por lo que hay que considerar el grado de intimidad, afecto y comunicación en dicha relación.

De acuerdo con el primer enfoque, el conflicto padres-adolescente, ha sido considerado como un factor de riesgo para algunos problemas de conducta. Las diferentes investigaciones sobre las causas del conflicto entre padres y adolescentes, pueden ser clasificadas en: las que hacen énfasis en las características personales del adolescente y las que se enfocan en las características de los padres,

así como en los patrones de interacción familiar (tales como los estilos de crianza que los padres emplean con sus hijos).

Características Personales del Adolescente asociados al Conflicto con los Padres

Respecto a las características personales del adolescente, el arribo a la adolescencia, más que la fase en sí misma, ha recibido considerable atención como posible determinante del conflicto padre-adolescentes. El deterioro se puede observar por un incremento en el conflicto que disminuye la satisfacción de los padres con su paternidad y con un incremento importante del estrés parental, así como por una disminución del apoyo parental experimentado por los adolescentes (Dekovic, 1999).

El inicio de la pubertad (el inicio temprano o tardío del desarrollo físico con relación al grupo de referencia) está acompañado, a menudo, por un incremento del conflicto, por una disminución de la cohesión y por una mayor distancia emocional entre padres y adolescentes (Holmbeck & Hill, 1991). Además, la transición de la pubertad en las mujeres puede ir acompañada de un incremento en la sintomatología depresiva, en la imagen corporal negativa y en los problemas externalizados que presentan, pero eso no ocurre en los hombres estudiantes de secundaria, quienes, por el contrario, pueden sentirse mejor con sus cuerpos como consecuencia de los diversos cambios experimentados (Benjet & Hernández-Guzmán, 2001).

Otra de las características personales del adolescente que ha sido estudiada con relación a los mayores niveles de conflicto es el temperamento del adolescente. Particularmente, el rasgo de la impulsividad, que es un estilo conductual caracterizado como explosivo, incontrolado y una tendencia a reaccionar intensamente y sin mirar las consecuencias de las propias acciones. La impulsividad puede estar asociada con las dificultades en la relación padre-adolescentes, porque los adolescentes con esta característica se enojan fácilmente y tienen dificultad para controlar sus impulsos en mayor medida que los adolescentes que reaccionan con menos intensidad y que muestran emociones más equilibradas (Thomas & Chess, 1991).

El Conflicto como Producto de la Interacción Padres-Hijos

Aun cuando las características personales del adolescente pueden contribuir al conflicto, la ocurrencia del conflicto depende de cómo reaccionan los padres a los cambios que acompañan este periodo. La interacción debe cambiar durante la adolescencia, para permitir una respuesta sensible a las necesidades cambiantes de los hijos. Conforme el adolescente crece, las tareas de los padres se transforman, si bien deben proporcionar lineamientos conductuales, también deben permitir y fomentar la independencia de los adolescentes. Diversos estudios han advertido que la paternidad más benéfica, en la cultura occidental liberal, se caracteriza por un alto grado de calidez y aceptación, un alto grado de democracia o de otorgamiento de autonomía psicológica y un nivel alto de monitoreo o supervisión (Baumrind, 1991; Steinberg, et al., 1989; Steinberg, Lamborn, Dornbusch & Darling, 1992).

La forma en la que los padres ejercen el control es importante para el conflicto padres-adolescentes. Los adolescentes solicitan más libertad de la que sus padres están dispuestos a concederles (Dekovic, Noom & Meeus, 1997). Los padres que responden a la autonomía de los adolescentes peleando, producen más intercambios negativos con sus hijos e hijas y menos complacencia de los hijos con las demandas de los padres (Montemayor, 1986).

El nivel de conflicto dentro de las relaciones padres-hijos está relacionado con severos problemas internos y externos, tales como la baja autoestima y la depresión (Rutter, Graham, Chadwick & Yule, 1976). Estos descubrimientos sugieren que el conflicto padres-adolescente tiene consecuencias negativas para el desarrollo del adolescente y su bienestar.

La investigación de Dekovic (1999) mostró que el conflicto padres-adolescente afecta más al padre que a los adolescentes, está relacionado con las características personales del adolescente, sobre todo las temperamentales (definidas como la inhabilidad para modular la expresión impulsiva), más que con el estilo de crianza y que la calidad de la relación influye en la autoestima y la depresión de los adolescentes, más que el conflicto en sí mismo.

Por su parte, el enfoque positivo del conflicto supone que éste es un aspecto normal del desarrollo y un facilitador del crecimiento

psicológico. Es decir, las relaciones entre padres e hijos se transforman durante la adolescencia, en ella los hijos comienzan a negociar con sus padres nuevos niveles de autonomía e interdependencia acordes con su edad, a la vez que mantienen los vínculos afectivos existentes con ellos. Por tanto, un nivel de conflicto normativo en las familias no tiene por qué deteriorar la calidad de las relaciones de apego entre padres y adolescentes cuando ocurren en un contexto de calidad relacional, mientras que cuando se estudia a las familias que manifiestan dificultades con la llegada de los hijos/as a la adolescencia, se advierte que, en muchos casos, los problemas ya estaban presentes desde la infancia (Steinberg, 1990).

Temas de Conflicto entre Padres y Adolescentes

La mayoría de los estudios sobre los conflictos entre padres e hijos/as han encontrado que padres e hijos/as tienen, en algunas ocasiones, desacuerdos sobre diversos asuntos de la vida familiar, pero estas pequeñas desavenencias rara vez amenazan los vínculos afectivos que existen entre ellos (Montemayor, 1986).

Los principales focos de conflicto entre padres y adolescentes, según recogen numerosos estudios (Collins & Laursen, 1992; Laursen, Coy & Collins, 1998; Montemayor, 1986), se refieren a los siguientes temas: opciones y costumbres sociales (la hora de llegar a casa, pasar la noche fuera de casa, la forma de vestir y el arreglo personal, la colaboración en las tareas domésticas, elección de amigos y pareja, frecuencia de las citas con la pareja, edad para tener relaciones de pareja estables y el tipo de actividades de ocio), responsabilidad (realización de tareas familiares, consumo y uso del dinero, cuidado de las cosas personales y de la propia habitación, uso de vehículos, uso del teléfono y realización de trabajos fuera de casa), los estudios (calificaciones y nivel de rendimiento, hábitos de estudio, asistencia a clase, actitud respecto a los estudios y los profesores y en general la conducta en la escuela), relaciones familiares (respeto a los padres, riñas con los hermanos, relaciones con los abuelos y autonomía respecto a la familia) y valores morales (conductas perjudiciales como beber, fumar y consumir drogas, el tipo de

lenguaje, la honestidad, la conducta sexual, cumplimiento de las leyes y acudir a actos religiosos).

Adicionalmente, Parra y Oliva (2002) señalan que los conflictos más frecuentes se relacionan con aspectos más cotidianos, mientras que los que presentan una mayor intensidad emocional tienen que ver con temas como las drogas o la sexualidad, que cuando aparecen provocan discusiones muy fuertes.

Al respecto, se ha encontrado que los temas de discusión de los adolescentes son diferentes en el caso del padre (dinero, tiempo libre y colegio) y de la madre (modales, cambio de amigos, forma de vestir). Además, Smetana y Asquith (1994) informaron que se daban más conflictos sobre temas morales (robar) y prudenciales (consumo de alcohol, drogas) en las familias con varones adolescentes, y sobre temas personales (dormir hasta tarde) en las familias con mujeres.

En México, Andrade y Betancourt (2005) mostraron que los problemas más frecuentes en preadolescentes mexicanos son: rebeldía, desobediencia, falta de atención y cambios de carácter. Para los adolescentes, los problemas más frecuentes son: rebeldía, curiosidad por el alcohol, tabaco y drogas, respondón, inquieto y desobediente.

Por su parte, Vallejo, et al., (2005) obtuvieron diferencias significativas en la frecuencia e intensidad de los conflictos de los adolescentes mexicanos con la madre siendo en ambas mayor para las mujeres que para los hombres. Para el padre el rezongar se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. Entre los conflictos más intensos que tienen los adolescentes con sus padres se presentan los problemas por el alcohol, fumar y consumo de drogas que sin embargo no se reportan como conflictos frecuentes. Resalta el hecho de que los adolescentes conceden mayor autoridad a la madre que al padre por lo que es necesario revisar qué pasa al interior de las familias que los hijos e hijas otorgan muy poca autoridad al padre.

De acuerdo con Pérez (2009) los temas de conflicto entre padres-madres y adolescentes de una escuela secundaria de la Cd. de México son aprovechamiento escolar, cumplimiento de normas familiares, amistades y conductas de riesgo (adicciones y embarazos tempranos). Adicionalmente, esta autora muestra que hombres y mujeres adolescentes refieren niveles conflictivos similares con su mamá en todos los temas

de conversación, a excepción de "aprovechamiento escolar", tema de conflicto más frecuente entre madre e hijo. Las jóvenes reportaron más conflictos con su papá en temas que implican mayor regulación de su conducta (como la hora de llegar a casa) y el cumplimiento de los quehaceres domésticos, mientras que el conflicto más frecuente de los jóvenes con su padre fue por su "aprovechamiento escolar", al igual que con su mamá.

Frecuencia de Conflictos entre Padres y Adolescentes

En cuanto a la frecuencia de los conflictos, las investigaciones (Smetana & Asquith, 1994) revelan que los adolescentes discuten pocas veces con sus padres, aunque los conflictos con ellos tienen mayor impacto en su bienestar y ajuste psicológicos (Shek, 1999). Las investigaciones indican que el 60% de los adolescentes tienen relaciones armoniosas con sus padres, el 20% experimenta problemas de forma intermitente a lo largo de la adolescencia y sólo el otro 20% presenta problemas graves y persistentes en las relaciones familiares (Montemayor, 1986).

De igual manera, Motrico, et al., (2001) encontraron una baja frecuencia de conflictos entre padres e hijos (adolescentes españoles de edades comprendidas entre los 12 y 17 años) y Parra y Oliva (2002) señalan que adolescentes españoles afirman no tener grandes conflictos con sus progenitores. Por su parte, Pérez (2009) a pesar de que encontró conflictos entre padres e hijos adolescentes mexicanos señala que éstos no muestran niveles altos.

Además, diversas investigaciones reportan que la frecuencia y los tipos de conflicto varían según el sexo de los padres y de los adolescentes. Así, distintos autores (Baumrind, 1991; Smetana & Asquith, 1994; Laursen, et al., 1998) coinciden al afirmar que tanto los hijos como las hijas tienen más conflictos con las madres que con los padres. Además, las chicas, especialmente con la llegada de la pubertad, tienen más conflictos con las madres que los chicos.

Motrico, et al., (2001), señala que los principales conflictos entre madres y adolescentes surgen por la realización de las tareas de la casa; mientras que los conflictos entre padres e hijos/as se deben a la realización de las tareas del colegio. Según la percepción de los

hijos/as, los datos revelan diferencias significativas en algunas de las causas de los conflictos teniendo en cuenta el sexo de los padres y del propio adolescente: los hijos e hijas tienen mayor frecuencia de conflictos con las madres que con los padres y sobre más temas y los hombres tienen más conflictos con ambos padres que las mujeres.

Adicionalmente, Parra y Oliva (2002) señalan que las mujeres presentan menor tasa de conflictos con sus progenitores y menor autonomía para decidir sobre diferentes aspectos.

Por su parte, Pérez (2009) encontró en adolescentes de secundaria que, tanto los hijos como las hijas, perciben mayor frecuencia e intensidad de conflictos con los padres y menor nivel de conflicto con las madres, y que las hijas perciben más conflictos con el padre (comparadas con la percepción de los varones). La explicación, de acuerdo con la autora, se encuentra en la mayor rigidez de los padres -varones-, debida a las normas culturales y a las expectativas sociales de los géneros. Adicionalmente, los padres perciben mayor conflicto con sus hijas que con sus hijos.

Evolución de los Conflictos en la Adolescencia

Respecto a la evolución de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia los estudios no son coincidentes. Mientras que algunas investigaciones afirman que los conflictos entre padres e hijos/as surgen con más virulencia al comienzo de la adolescencia y van disminuyendo con la edad (Dekovic, et al., 1997; Smetana & Asquith, 1994), otros estudios (Baumrind, 1991; Laursen, et al., 1998) muestran que la frecuencia de los conflictos disminuyen a través de los años de adolescencia, al mismo tiempo que la intensidad afectiva del conflicto incrementa desde el inicio de la pubertad hasta la mitad de la adolescencia y a partir de este punto disminuyen hasta llegar a desaparecer al final de la misma.

Por su parte Conger y Ge (1999) comprobaron que los conflictos son más intensos durante la adolescencia temprana, porque es cuando los chicos refieren menor cohesión afectiva con sus padres y los padres son más inflexibles al momento de negociar las nuevas reglas familiares.

Motrico, et al., (2001) encuentran que la frecuencia de conflictos van aumentando a lo largo de la primera adolescencia y se mantienen durante la mediana adolescencia, pero solo en determinados temas.

Con respecto a la evolución a lo largo de los años, Parra y Oliva (2002) señalan que la frecuencia de los conflictos y su intensidad emocional parecen descender ligeramente mientras que la comunicación parece aumentar, sobre todo para las adolescentes.

Variables Familiares y el Conflicto Padres-Adolescente

Distintos trabajos han estudiado diversas variables relacionadas con el surgimiento y mantenimiento del conflicto intrafamiliar, entre ellas la flexibilidad y la cohesión afectiva (Rueter y Conger, 1995), la inflexibilidad parental (Gray & Steinberg, 1999), así como las conductas de riesgo (Barber, 1996).

Hay múltiples factores causantes del conflicto, uno es la estructura familiar (flexibilidad y vinculación emocional), otro es el estilo comunicativo (ya que los estilos positivos favorecen la aparición de las conductas no conflictivas y disminuyen la frecuencia de las conductas conflictivas), la insatisfacción marital (que influye en la relación de las madres con sus hijos, a mayor satisfacción menores oposiciones, más atención al adolescente y más exhibiciones conductuales positivas), los temas de conflicto (cotidianos y relacionados con conductas de riesgo), el género del adolescente (más conflictos percibidos por las hijas) y el género del padre (más conflictos con el padre), entre otros (Pérez, 2009).

Para Shek (1997) el conflicto padre-adolescente es un estresor que afecta la vida emocional del adolescente y considera que, junto con un amplio rango de factores familiares como los estilos parentales y la competencia familiar, está vinculado al bienestar del adolescente, al ajuste escolar, a la salud mental y a las conductas de riesgo. Por lo anterior, integró la medida del conflicto, junto con otras variables familiares a un factor general denominado Calidad Parental Materna y Paterna y encontró que la Calidad Paterna predijo mejor la salud mental y el bienestar del hijo adolescente que la Materna, lo cual se explica porque en la cultura China se espera que

el padre sea estricto y rígido y que la madre sea cálida. Una relación negativa con el padre dispara efectos emocionales que el hijo no puede evitar, afectando su salud mental y bienestar, mientras que con la madre se puede negociar, hablar, etc. (Shek, 1999; 2002)

Adicionalmente, en el 2005, Shek mostró que las cualidades parentales paternas predijeron cambios en el bienestar existencial y en la conducta delictiva en hombres adolescentes, pero no en mujeres, las cualidades parentales maternas predijeron cambios en la salud mental y en las conductas de riesgo en mujeres adolescentes, pero no en hombres.

En México, Aguilar, et al., (2005) indicaron que la frecuencia de conflictos, junto con otras variables familiares, se asocia con motivación académica baja.

La Satisfacción con la Familia y la Percepción de los Padres

Ante la necesidad de incluir diversas variables familiares para explicar la complejidad de la influencia de la familia sobre la conducta de ajuste de los adolescentes (Shek, 1997, 1999, 2005), diversos estudios han encontrado relaciones entre los estilos parentales con otras variables familiares como la percepción de los padres (Aguilar, et al., 2005), la satisfacción familiar (Musitu, et al., 2001; Shek, 2005) y el conflicto con los padres (Smetana, 1995).

Por su parte, Musitu et al. (2001) proponen a la satisfacción con la familia y a la percepción del padre y de la madre, como variables relevantes para evaluar el funcionamiento familiar y su repercusión en las conductas de niños y adolescentes Españoles. Además, estos autores consideran que, tanto la satisfacción como la percepción de los padres son recursos que pueden emplear los jóvenes para enfrentar los problemas de conducta y las adicciones, dependiendo del género y la edad.

Entre los resultados más importantes reportados por estos autores destaca la mayor satisfacción familiar externada por los hombres, lo cual puede ser debido a los roles de género, ya que la sociedad occidental otorga una mayor libertad a los hombres, y con respecto a la edad, mencionan que conforme aumenta la edad de los adolescentes, disminuye la satisfacción con su familia, aunque esto

depende de que la familia esté dispuesta a renegociar los límites y la autonomía otorgada a sus hijos.

Con relación a la percepción de los padres, Musitu et al. (2001) encontraron que la percepción positiva de los padres se relaciona con menos problemas de los hijos, mientras que la percepción negativa se relaciona con una mayor frecuencia de problemas de los adolescentes.

En México, se ha estudiado la relación de la percepción de los padres, los estilos parentales y el conflicto padres-hijo, con algunos problemas de los adolescentes y se ha encontrado que la percepción de los padres y la frecuencia de conflictos, entre otras variables familiares, se asocian a problemas tan diversos como la baja motivación académica de los jóvenes (Aguilar, et al., 2005), mientras que la percepción materna contribuye a la autoestima de los hijos adolescentes (Valencia, Aguilar, Sarmiento & Lemus, 2005).

En resumen, la investigación resalta la importancia de incluir distintas variables familiares para tener explicaciones más completas de la influencia familiar sobre las conductas de los hijos; considerar los contextos culturales en los que la influencia familiar tiene lugar; tomar en cuenta la fase de desarrollo de los hijos; e incorporar las interacciones del género de padres e hijos (as) en la explicación de diversas conductas de los hijos como el consumo de drogas y el suicidio.

Variables Familiares y Consumo de Drogas

Las relaciones entre los estilos parentales y el uso de diversas sustancias, desde el alcohol hasta drogas más fuertes, han sido investigadas por Baumrind y sus seguidores, en diferentes trabajos. En constantes ocasiones se ha apoyado la existencia de relaciones significativas entre los estilos parentales y el uso de sustancias, empleando diversas muestras y metodologías.

El trabajo de Baumrind (1991) reporta datos de tres mediciones de una investigación longitudinal. En la tercera medición, que se hizo cuando los hijos tenían 15 años de edad, se encontró que los padres autorizativos tuvieron un éxito muy marcado en proteger a sus adolescentes del uso problemático de alcohol. Los adolescentes de hogares directivos -tanto autoritarios como no autoritarios, usaron

significativamente menos alcohol que cualquier otro grupo, excepto los autorizativos. Los adolescentes de hogares no comprometidos (estilo negligente o indiferente) difirieron de todos los demás en su alta incidencia de problemas de conducta externalizados, incluyendo problemas de uso de alcohol, entre otros.

Por su parte Weiss y Schwarz (1996) trataron de comprobar los resultados de Baumrind (1991) y extenderlos a una población de estudiantes de Universidad, edad en la que la influencia directa de los padres ha disminuido sustancialmente y la de los compañeros y amigos se ha incrementado. Una característica relevante de esta investigación es que incluyó los reportes del estudiante, su madre, su padre, y un hermano y cuando se consideró necesario también del compañero de habitación. Se encontró que los hijos de padres autorizativos tuvieron el uso más bajo de alcohol cuando estaban en la Universidad y fue significativamente más bajo que los de hogares democráticos y negligentes. El grupo no directivo (permisivo) rivalizó con el grupo autorizativo en resultados positivos. Lo que sugiere que el apoyo parental es el factor que distingue los resultados en la adolescencia tardía. Los hijos de padres negligentes tuvieron un mayor consumo de alcohol que los de los otros tipos de hogares. Estos autores encontraron una cercanía entre los estilos autorizativos y no directivos (permisivos) y los estilos autoritarios-directivos y negligentes.

Adalbjarnardottir y Hafsteinsson (2001), reportaron que los estilos parentales estuvieron asociados con la experimentación con la bebida en los adolescentes de 14 años. Los padres autoritarios y los negligentes parecieron menos capaces que los padres autorizativos de prevenir que sus adolescentes de 14 años bebieran. Los adolescentes de familias negligentes tendieron a experimentar con la bebida más que los adolescentes de familias indulgentes o permisivas. Además, la conducta de beber de padres y amigos se asoció positivamente con la ingesta de alcohol en los adolescentes.

Estas relaciones entre los estilos parentales y la bebida se mantuvieron a la edad de 17 años. Los adolescentes que experimentaron con la bebida a los 14 años y que tuvieron compañeros que bebían a esa edad, tuvieron una mayor probabilidad de beber fuerte a la edad de 17

años. Los adolescentes que caracterizaron a sus padres como autorizativos estuvieron menos involucrados con la ingesta fuerte de alcohol a los 17 que los de familias negligentes, quienes a su vez, bebieron más fuerte que los de familias autoritarias, esto significa que el estilo autorizativo protege a los adolescentes, tanto hombres como mujeres, del consumo de alcohol, mientras que el negligente se relaciona con un mayor consumo (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001).

Los niveles más bajos de monitoreo parental (una de las dimensiones de los estilos parentales), junto con las relaciones negativas con los padres y tener modelos de apego inseguro con sus padres, se asocian a la mayor probabilidad de usar alcohol (Branstetter, 2001).

Respecto a la influencia diferencial del padre y de la madre en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, Palacios (2005) encontró que al estilo autoritario de la madre y del padre les corresponde un mayor consumo, mientras que el estilo democrático es más frecuente entre los no consumidores. Además, encontró que los adolescentes consumidores de alcohol percibieron una mayor Imposición y Control del padre y un menor reconocimiento de la madre, a diferencia de los adolescentes que no consumen alcohol. Por último, menor supervisión de la mamá y mayor imposición del papá se asoció a conductas multi-riesgo en adolescentes.

Andrade y Betancourt (2008) encontraron que la permisividad del papá predice el riesgo de consumo del tabaco; la permisividad del papá y el rechazo de la mamá predicen la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol; y, finalmente, el rechazo materno predice el riesgo de consumo de drogas en adolescentes mexicanos.

Aguilar, et al. (2003-2004) no encontraron relaciones entre los estilos parentales de ambos padres y el consumo de alcohol y otras drogas de sus hijos adolescentes. Tampoco se corroboró la asociación del estilo negligente con las adicciones alumnos de bachillerato de una escuela pública, (Aguilar, et al., 2004).

Además, Betancourt (2007) reportó que el control psicológico materno, una menor supervisión materna, la permisividad paterna, la menor supervisión paterna y el control psicológico paterno

(dimensiones de los estilos parentales) influyen en el consumo de alcohol y tabaco de los y las adolescentes.

Respecto al Conflicto Familiar, Oropeza, et al. (2001) lo encontraron asociado, junto al clima familiar negativo, con el abuso de alcohol, de manera que los adultos con mayor dependencia reportaron ambientes familiares más negativos y más conflictos familiares, lo cual se ve influido por el sexo de los sujetos, los cuales se agudizan en los hombres con alta dependencia.

Por otro lado, la Percepción que tienen los jóvenes de sus padres, particularmente su percepción de la intrusividad materna, junto con la depresión del usuario varón, y la percepción paterna de la intrusividad del hijo, son los factores de riesgo más importantes para el abuso de alcohol, en una muestra de jóvenes de toda la república con problemas de dependencia (González, et al., 2005).

La relación entre el consumo de drogas y los estilos parentales ha sido establecida en diversos estudios como muestra la literatura presentada previamente, en general los estilos autoritario y negligente se asocian a un mayor consumo de sustancias, el estilo autoritativo (o democrático) tiene una asociación negativa con el consumo. Además, entre las dimensiones de los estilos parentales, el control excesivo, la intrusividad, la falta de monitoreo, la permisividad y el rechazo parental parecen vincularse con el mayor consumo, aunque hay diferencias por género.

Por otro lado, la mayor parte de los diversos estudios revisados evalúan la relación de diversas variables familiares (estilos parentales, conflicto familiar y comunicación con los padres, entre los más estudiados) y señalan que para comprender la influencia de la familia en este tipo de conductas es necesario incluir más variables, por lo que en este trabajo se propone tomar en consideración además de los estilos parentales, al conflicto con los padres, la percepción de los padres y la satisfacción familiar.

Variables Familiares e Ideación Suicida

Dado el escalamiento del suicidio, comprender los factores de riesgo y de protección de la ideación suicida es importante en

cualquier propuesta para prevenir futuros intentos de suicidio, así como su consumación.

Entre los factores familiares, desarrollados previamente en este capítulo, Lai y McBride-Chang (2001) reportaron que el estilo autorizativo paterno junto con otras variables familiares se asociaron a la ideación suicida en adolescentes de Hong Kong. Algunas dimensiones de los estilos parentales (como la falta de apoyo parental, así como el exceso y la falta de supervisión parental) también se han encontrado asociadas directamente con los intentos suicidas (Evans, Hawton & Rodham, 2004).

Los conflictos familiares, junto con otras variables familiares conducen a la ideación suicida en estudiantes de preparatoria (Lai & McBride-Chang (2001)) en adolescentes de Hong Kong. De acuerdo con una amplia revisión de diversos trabajos realizada por Evans, Hawton y Rodham (2004), la mayoría de la evidencia sugiere que el conflicto familiar se relaciona directamente con el suicidio.

Adicionalmente, Grob, Klein y Eisen (1983) mostraron que el conflicto parental, junto con otros factores familiares, se asociaron a la ideación suicida en estudiantes de high-school. De igual forma, Zhang y Jin (1998) mostraron que el conflicto con los miembros de la familia estuvo relacionado con la mayor ideación suicida en jóvenes chinos (Zhang & Jin, 1998). En adolescentes sudafricanos van Renen y Wild, (2008) encontraron que quienes reportaron ideación o conducta suicida el año previo experimentaron niveles más altos de conflicto, comparados con los adolescentes no suicidas. Mientras que, Viñas et al. (2002) no encontraron diferencias significativas en el conflicto familiar entre los pre-púberes españoles con y sin ideación suicida.

Vale la pena señalar que van Renen y Wild, (2008) encontraron que altos niveles de conflicto padre-hijo (padre varón), junto con una baja conexión emocional son los predictores más importantes de la ideación y la conducta suicida, lo cual es contrario al papel periférico comúnmente atribuido a los padres varones, aquí se apoya lo encontrado en investigaciones anteriores de que la relación negativa con el padre es un factor de riesgo para la conducta suicida en adolescentes.

En resumen, hay información de que el mal funcionamiento familiar caracteriza a las familias de adolescentes con conducta suicida (Kerfoot, Dyer, Harrington, Woodham, & Harrington, 1996, Koopmans, 1995), pero hay información limitada de las dimensiones específicas del funcionamiento familiar que están asociadas con un incremento en la probabilidad de la ideación suicida y aun cuando hay coincidencias, por ejemplo con respecto al papel del conflicto familiar, es necesario contemplar los aspectos culturales para su adecuada interpretación. Apple et al. (2009) también señalan que se requiere saber cómo los diversos aspectos del funcionamiento familiar pueden proteger a los jóvenes de los pensamientos y de la conducta auto-destructiva.

Adicionalmente, como señalan diversos estudios la contribución de los distintos aspectos del funcionamiento familiar no siempre es directa, por lo que habría que estudiar sus relaciones con otras variables psicológicas que en algunas investigaciones han mostrado una fuerte relación con la ideación suicida, como la autoestima y la depresión (Apple, et al., 2009; Sun, & Hui, 2007).

En suma, la comprensión de fenómenos multifactoriales como el consumo de drogas y la ideación suicida requieren de tomar en consideración diversos factores personales como la autoestima y la depresión (afecto negativo), la etapa de desarrollo de los sujetos y el género; factores familiares como los estilos parentales, los conflictos, la satisfacción con la familia y la percepción de los padres; así como la cultura, como contexto general en los que estos fenómenos tienen lugar. De igual forma, se requiere construir modelos explicativos comprensivos y más complejos que incluyan la consideración de los efectos directos e indirectos de los diferentes factores.

CAPÍTULO V. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

A partir de la revisión de la literatura sobre estas dos conductas de riesgo y sobre los factores personales y familiares asociados a estas conductas en jóvenes, se encontró: que ambas conductas muestran un incremento constante y nuevas tendencias en México, particularmente en población estudiantil; que entre los factores personales asociados destacan la depresión y la autoestima, y entre los familiares los estilos parentales y los conflictos familiares; que la familia sigue teniendo influencia en la conducta del adolescente, particularmente sobre las conductas de riesgo, pero que esa influencia se produce en el contexto de la construcción de la identidad de los jóvenes (que implica la separación de sus padres y la pertenencia al grupo de pares), en una adolescencia alargada, cuyo impacto difiere por sexo; que la influencia familiar involucra diversos factores y dimensiones y se produce tanto de manera directa como indirecta.

Cabe hacer énfasis en que, la literatura señala la influencia de diversas variables familiares sobre las conductas de riesgo de interés, aunque los estilos parentales destacan por su capacidad para predecir diversas conductas de riesgo, particularmente el consumo de alcohol y otras drogas junto con el conflicto familiar, con el padre y con la madre, el cual también se ha encontrado asociado al consumo de drogas. Ambas variables se asocian a la ideación suicida.

Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los investigadores coincide en el papel protector de los estilos autorizativo y permisivo y del efecto negativo de los estilos negligente y autoritario, se reconoce que el papel de los estilos depende de la cultura o grupo de pertenencia, por lo que pueden asociarse a diferentes resultados (Baumrind, 1991; Chao, 1994; Dwary & Menshar, 2006). Adicionalmente, se ha planteado que la influencia familiar es muy compleja pues la interrelación de diferentes variables familiares puede producir resultados diferentes (Motrico, Fuentes & Bersabé, 2001; Shek, 2005).

Las autoestima y el afecto negativo -depresión- se han reportado como predictoras del consumo de drogas (Alfaro, Harada & Díaz-Loving, 2001; Arellanez, et al., 2004; González-Forteza, 1996; Olivari & Barra, 2005; Villatoro, et al., 1999; Villatoro, et al., 2002) y de la ideación suicida (Evans, et. al., 2004; González-Forteza, et al., 2003; Miranda, et al., 2009; Rosselló & Berríos, 2004; Wilburn & Smith, 2005; Wild, et al., 2004).

También se ha reportado la asociación entre consumo de alcohol y drogas más fuertes con la ideación suicida (Evans, et. al., 2004). Sin embargo, la mayoría de los trabajos aborda el intento suicida y son menos los trabajos referidos a la ideación.

Por lo anterior, el presente trabajo pretende establecer la asociación de diversos factores de riesgo y de protección (personales y familiares), con el consumo de drogas legales e ilegales y la ideación suicida, así como estimar la frecuencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y de ideación suicida, en una población estudiantil de la Ciudad de México, con el propósito contribuir a la comprensión de este fenómeno en esta población y sentar las bases para diseñar programas de prevención dirigidos a la comunidad de esta escuela.

Por lo anterior, la presente investigación tiene como

Objetivo General

Establecer los factores predictores personales y familiares, generales y por sexo, para explicar el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales e ideación suicida, en estudiantes de bachillerato de una escuela pública de la Cd. de México.

Hipótesis General

Los consumos, general y por sexo, de alcohol, tabaco y drogas ilegales, así como la ideación suicida, de adolescentes estudiantes de bachillerato de una escuela pública de la Cd. de México, pueden ser predichos por variables personales (la autoestima y el afecto

negativo) y familiares (estilos parentales, conflicto familiar, percepción de los padres y satisfacción familiar) .

Definición Conceptual y Operacional de Variables

Consumo de Drogas Legales e Ilegales

Consumo de Alcohol

Se refiere al consumo de una copa completa de cualquier bebida que contenga alcohol, ya sea en forma simple como cerveza, vino, ron, tequila, brandy, whisky, aguardiente, pulque, o como bebidas preparadas como "piña colada", "cubas", "new mix", etc. (Villatoro, 1994).

Consumo de Tabaco

Se refiere al consumo de cigarrillos o cualquier otro producto que contenga tabaco como el puro, la pipa, etc. (Caraballo & Lee, 2004).

Consumo de Drogas Ilegales

Se refiere al consumo de alguna sustancia, diferente al tabaco y al alcohol, con efectos psicoactivos sobre el organismo; son compuestos de origen natural o sintético, que crean efectos en la personalidad de quien las ingiere debido a los ingredientes químicos que contienen (Villatoro, 1994). Para el presente estudio se indagó sobre las siguientes drogas:

Anfetaminas y tranquilizantes.

Se adquieren en una farmacia con receta médica, por lo que se denominan drogas médicas, sin embargo para ser considerada dentro de la presente investigación el estudiante debió haberlas conseguido sin receta o sin supervisión médica. Se incluyeron por ser las de mayor consumo entre la población estudiantil, de acuerdo con los resultados de las Encuestas de Estudiantes (2000, 1997).

Marihuana, cocaína e inhalables.

Estas drogas denominadas no médicas, se consiguen generalmente de manera ilegal ya que su venta está prohibida por las leyes federales y estatales (exceptuando a los inhalables cuya venta es común para usos industriales, residenciales o para el uso de vehículos, sin embargo su venta es regulada para que no sean comprados por menores de edad).

Otras drogas.

En este grupo están los alucinógenos, sedantes, heroína y metanfetaminas. Se mide con el auto informe del propio alumno sobre su consumo alguna vez en la vida.

Indicadores del Consumo

Casi todos los indicadores que se describen a continuación se obtienen a través de las respuestas de los estudiantes a algunos reactivos del Cuestionario de Estudiantes de la Encuesta de Consumo de Drogas del Distrito Federal, medición 2003 (Villatoro, et al., 2005).

Consumo alguna vez en la vida.

Es la respuesta del sujeto sobre si ha fumado, bebido, probado, usado, alguna vez tabaco, alcohol, o cualquiera de las drogas investigadas.

Consumo en el último año.

Es la respuesta del sujeto sobre si ha fumado, bebido, probado, usado, en el último año tabaco, alcohol, o cualquiera de las drogas investigadas.

Consumo en el último mes.

Es la respuesta del sujeto sobre si ha fumado, bebido, probado, usado, en el último mes tabaco, alcohol, o cualquiera de las drogas investigadas.

Edad de inicio del consumo.

Es el número de años con que contaba el sujeto cuando inició su consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Número de veces que se ha consumido la droga.

Es el número de veces que el usuario ha probado la droga, de acuerdo a los siguientes rangos: de 1 a 2, 3 a 5, 6 a 10, 11 a 49 y 50 o más veces.

Consumo experimental-moderado-alto.

Esta clasificación está basada en el número de veces que los estudiantes han consumido la droga conforme los siguientes rangos: experimental de 1 a 5 veces, moderado de 6 a 49 veces y, alto más de 50 veces.

Consumo total de alcohol.

Mide la intensidad del consumo de cualquier bebida alcohólica. Se obtiene con la puntuación total de los reactivos de la Escala de Consumo de Alcohol de Aguilar, Valencia, Martínez, et al. (2007)

Ideación Suicida

Se define como el contenido cognitivo de pensamientos en torno a la muerte de sí mismo. La variable será medida con la frecuencia temporal de los reactivos presentes durante la semana previa a la aplicación del cuestionario conformado por la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980) y por algunos reactivos de la Escala de Wilburn & Smith (2005).

Indicadores de la Ideación Suicida

Frecuencia de ideas suicidas.

Número de ideas suicidas que se manifiestan en la semana anterior a la evaluación (González-Forteza, García, et al., 1998).

Persistencia de ideas suicidas.

Una o más ideas suicidas que se manifiesta de cinco a siete días de la última semana (González-Forteza, García, et al., 1998).

Variables Personales

Autoestima

De acuerdo con Rosenberg, Schooler y Schoenback (1989) se considera que la autoestima son los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí mismo como un objeto. Se mide con el nivel de autoestima alcanzado en la versión corta de la escala de Rosenberg (1965).

Afecto Negativo

Mide la frecuencia de ocurrencia de los sentimientos de desamparo, soledad y tristeza, en la semana previa a su aplicación, mediante el Cuestionario de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D (Radloff, 1977) que fue validado y confiabilizado por Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (1993).

Variables Familiares

Estilos Parentales

Se refiere a la percepción que tienen los hijos de las actitudes y conductas características de los patrones de autoridad que emplean sus padres: autorizativo, autoritario y negligente. El autorizativo es la autoridad racional, que proporciona afecto y límites, y que toma en cuenta las necesidades y opiniones de sus hijos; el autoritario, se centra en la disciplina rígida, da órdenes y espera que se cumplan, sin considerar las necesidades de los hijos y sin proporcionar sus razones; el negligente, se caracteriza, por el escaso interés en los hijos, la falta de responsabilidad y la distancia que establece con ellos.

Se mide con el puntaje alcanzado en cada uno de los estilos parentales evaluados, los cuales son medidos a través de la Escala de Estilos Parentales de Aguilar et al. (2003-2004), Aguilar, et al., (2004); o su modificación, el Cuestionario de Patrones de Autoridad Parental de Aguilar, Valencia, Sarmiento, et al. (2007), que miden los estilos autorizativo, autoritario y negligente, paternos y maternos.

Conflicto con los Padres

Es un conjunto de situaciones de la convivencia cotidiana que pueden causar discusiones entre padres e hijos. Se considera tanto su frecuencia como su intensidad. Se midió con las respuestas de los alumnos sobre la frecuencia e intensidad de discusiones que tuvo con su mamá o su papá en el último mes, mediante la escala de conflictos de Parra y Oliva modificada por Aguilar, Valencia y Lemus (2007). La escala supone que a mayor puntaje mayor frecuencia e intensidad de los conflictos.

Percepción de los Padres

Son un conjunto de características (cualidades y defectos) que los hijos perciben en sus padres. Se define como el puntaje alcanzado en la Escala de Percepción de los padres de Musitu et al. (2001) y modificada por Aguilar, Valencia, Romero, et al. (2005).

Satisfacción Familiar

Se refiere a la sensación de agrado experimentada por el adolescente con la unión familiar para tomar decisiones o hacer cosas conjuntamente, además de la flexibilidad para dialogar, llegar a acuerdos y adaptar normas y reglas de convivencia. Se midió con las respuestas sobre la intensidad de la satisfacción familiar experimentada, es decir por el puntaje total que alcanzan los adolescentes en la escala de Olson y Wilson (1982) y adaptada por el Grupo Lisis (Musitu, et al., 2001).

Variables Atributivas

Edad del Estudiante

Período entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto (INEGI, 1990). Se considera como el número de años cumplidos que los estudiantes reporten.

Sexo

Se define como Hombre o Mujer, de acuerdo con la respuesta del joven a la solicitud de que marque según corresponda H o M.

Turno Escolar

Turno en el que está inscrito el alumno y cursando los estudios de nivel medio superior. Se establece por la mención que hace el estudiante sobre si está inscrito en el turno matutino o vespertino.

Consideraciones Éticas

Se informó a las autoridades de la escuela acerca de los objetivos de la investigación y se entregaron dos reportes de los resultados obtenidos al término de cada fase (la piloto y la definitiva).

La información proporcionada por los alumnos fue anónima y voluntaria.

Se ofreció a todos los participantes un folleto con información sobre adicciones y un directorio de algunos centros de atención para personas con problemas por el uso de drogas.

El estudio se llevó a cabo en dos fases; en la primera se pusieron a prueba los instrumentos en una muestra de estudiantes de bachillerato y se hicieron las adecuaciones pertinentes; en la segunda fase, o estudio definitivo, se obtuvieron los modelos de las relaciones entre las variables personales, familiares y los diferentes consumos de drogas, y con la ideación suicida, general y por sexo.

Fase I. Determinación de las Propiedades Psicométricas de los Instrumentos

Con el propósito de contar con instrumentos psicométricamente adecuados para la valoración de cada una de las variables de interés, se llevó a cabo un estudio piloto.

Objetivo General

Establecer las características psicométricas de los instrumentos que evalúan: la autoestima, la depresión, los estilos parentales, el conflicto familiar, la percepción de los padres, la satisfacción familiar, el consumo de drogas y la ideación suicida en una muestra de estudiantes de bachillerato de una Universidad Pública.

Método

Tipo de Estudio y Participantes

El presente estudio fue correlacional de campo, de tipo ex post facto, debido a que las variables no se manipularon, sólo fueron medidas, estableciéndose correlaciones y comparaciones entre ellas.

Se seleccionó una muestra no probabilística e intencional de estudiantes de dos planteles diferentes de educación media superior, compuesta por 198 estudiantes, de los cuales 98 fueron mujeres y 100 hombres. La media de edad fue 17.36 años (véase tabla 1 y 2).

Tabla 1
Distribución de la muestra por plantel, turno, grado y sexo

Nombre de la variable	Dimensiones de la variable	Frecuencia	Porcentaje
Plantel	1	111	55.8
	2	86	43.2
Turno	Matutino	112	56.3
	Vespertino	86	43.2
Grado Escolar	4°	30	15.1
	5°	73	36.7
	6°	95	47.7
Sexo	Femenino	98	49.2
	Masculino	100	50.3
Total 198			

Tabla 2
Promedio de edad por sexo.

	Mínimo	Máximo	Media	DS
Hombres	15	25	17.64	1.894
Mujeres	15	23	17.08	1.359
Total	15	25	17.36	1.672

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala de Estilos Parentales (EEP) de Aguilar, et al., (2003-2004)

La escala original está conformada por 26 aseveraciones que describen actitudes y conductas características de los cuatro estilos. En esta versión se utilizaron 23 reactivos, a los estilos autoritativo (7), autoritario (9) y negligente (7), tanto del padre como de la madre. Los reactivos fueron tipo likert con cuatro niveles de

respuesta que iban de completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (4). Ejemplos: autoritativo, "Mi papá/mamá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone"; autoritario "Mi papá/mamá me exige que haga las cosas exactamente como él (ella) quiere"; y negligente, "Mi papá/mamá se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer".

En investigaciones del propio autor, que incluye al estilo permisivo, se reportan coeficientes de confiabilidad adecuados, de .65 a .86 (Aguilar et al., 2003-2004; Aguilar, et al., 2004; Aguilar, Sarmiento, Valencia & Romero, 2007a, b).

Escala de Conflictos Padres-Adolescentes de Aguilar, Valencia y Lemus (2007).

Esta escala es una versión modificada de la escala elaborada por Parra y Oliva (2002), la cual evalúa las percepciones que tienen los hijos sobre la frecuencia e intensidad de los conflictos que tienen con sus padres.

En esta versión se eliminaron cuatro reactivos cuya frecuencia de respuesta fue muy baja en la versión original, por ejemplo, las ideas políticas y religiosas. Se omitió la evaluación respecto a quien toma las decisiones sobre los temas de discusión. Se añadieron dos reactivos, no te dan el dinero que necesitas y otro que resultó de separar los componentes del reactivo "alcohol o tabaco". Los resultados de su aplicación en estudiantes de una secundaria pública del Estado de México mostraron que su consistencia interna es adecuada (alfa = .78) (Aguilar, Valencia & Lemus, 2007). La escala final quedó constituida por 12 reactivos con cuatro niveles de respuesta que iban desde "ninguna bronca" (1) hasta "muchas broncas" (4).

Escala de Satisfacción con el Sistema Familiar (Musitu et al., 2001)

Evalúa la satisfacción que experimenta el joven en la forma de relacionarse de la familia, es decir, su satisfacción con la vinculación emocional y con la flexibilidad familiar. Está compuesta

por 14 reactivos, con cinco opciones de respuesta que va de totalmente insatisfecho (1) hasta totalmente satisfecho (5), ejemplo: indica tu grado de satisfacción con "Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia". Se dirige a una población con edades entre los 12 y los 20 años y su fiabilidad global, de acuerdo con Musitu et al. (2001) fue .87. En México se obtuvo un coeficiente alfa de .88 con una muestra de estudiantes de bachillerato de una escuela pública (Sarmiento, 2004).

Escala de Percepción de los Padres de Aguilar et al. (2005).

Está constituida por 16 adjetivos (ocho positivos y ocho negativos) en un formato tipo Likert con cinco niveles de respuesta que iban de casi nunca (1) a casi siempre (5), ejemplo: "Cariñoso (a)", "Tolerante", "Responsable", "Desconfiado (a)", "Insensible". La escala tuvo como base una construida por Musitu et al. (2001), de cuatro adjetivos positivos y cuatro negativos para padre y madre, pero estos autores no reportaron su confiabilidad.

La escala de Aguilar, et al. (2005) tuvo un coeficiente alfa de .88 para la percepción del padre y .82 para la percepción materna en estudiantes mexicanos. En otro trabajo se reporta una confiabilidad de .86 para la percepción paterna y de .79 para la materna, en una versión de 14 reactivos, en la que se eliminaron 2 reactivos negativos (Aguilar, Sarmiento, Valencia & Romero, 2007b).

La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Incluye pensamientos y sentimientos de la persona sobre sí misma y contempla atributos positivos y negativos de autoestima. Está constituida por 10 afirmaciones con cinco opciones de respuesta en un formato tipo Likert, que van de casi siempre a nunca. La escala tiene una adecuada consistencia interna (de .77 a .88), y confiabilidad test-retest (.82, Pawlak & Klein, 1997), además de validez de facie y validez convergente y puede ser usada con sujetos a partir de los 10 años (Martin, et al., 2005). La escala tiene cuatro niveles de respuesta que van de 1 (completamente de acuerdo) a 4 (completamente

en desacuerdo), donde a mayor puntaje mayor autoestima. Ejemplo: "Creo que soy una persona tan valiosa como cualquier otra" y "Quisiera respetarme más a mi mismo".

En México, González-Forteza (1996) encontró valores alfa de Cronbach de .67 y .76 con estudiantes de secundaria y bachillerato, respectivamente. Por su parte, Aguilar, Valencia, Martínez, et al. (2007) obtuvieron un alfa de .88 para esta escala con una muestra de estudiantes de licenciatura de una universidad pública del Distrito Federal.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Esta escala fue elaborada por Radloff (1977) y validada y confiabilizada por Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (1993) del Instituto Mexicano de Psiquiatría en una muestra de adolescentes mexicanos. Mide el afecto negativo (sentimientos de desamparo, soledad y tristeza), los síntomas somáticos (constituye la forma en la que se exterioriza la depresión) y el afecto positivo (optimismo y seguridad).

La CES-D es una escala de auto-informe desarrollada para utilizarse en estudios epidemiológicos para medir sintomatología depresiva en población general. Esta escala consta de 20 reactivos que se registran de 0 a 3 puntos de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma durante la semana previa. Por ejemplo: Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan y las opciones de respuesta fueron 0 = 0 días, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 5 = 5-7 días.

De acuerdo con los datos de su validación en México, la escala presenta un alto nivel de confiabilidad (general = .88, para los hombres = .85 y para las mujeres = .89) y una estructura factorial bien definida que indica la existencia de tres subescalas: afecto negativo (7 reactivos con un coeficiente alfa de .86); síntomas somáticos (9 reactivos, su coeficiente alfa fue de .83); y afecto positivo (4 reactivos, el coeficiente alfa de .71).

Escala de Consumo de Drogas

Evalúa la frecuencia y patrones de consumo de las drogas más empleadas en México por los jóvenes estudiantes: tabaco, marihuana, cocaína, inhalantes, alcohol, tranquilizantes y anfetaminas. Incluye algunos de los reactivos del Cuestionario de Estudiantes que se aplicó en la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal (medición 2003) elaborada y aplicada por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz" y la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.

Los reactivos seleccionados para constituir este cuestionario fueron los relacionados con las prevalencias alguna vez en la vida, en el último año y actual (en el último mes), así como con los patrones de consumo (ocasional, regular y fuerte), la edad de inicio para el consumo, el nombre de los productos específicos que se han usado y el consumo de otra droga diferente.

Escala de Ideación Suicida

Pretende evaluar las ideas sobre la posibilidad de hacerse daño a sí mismo y de producirse la propia muerte.

La primera parte incluyó la Escala de Ideación Suicida (González-Forteza, 1996) que consta de cuatro reactivos: "no podía seguir adelante", "tenía pensamientos sobre la muerte", "sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta", y "pensé en matarme", con cuatro opciones de respuesta permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 0= "0 días"; 1= "1-2 días"; 2= "3-4 días", y 3= "5-7 días"; así, el rango teórico es de 0 a 12. Su consistencia interna en adolescentes mexicanos ha sido satisfactoriamente alta: $\alpha = .88$ (Mariño, et al., 1993), y $\alpha = .81$ (González-Forteza, 1996) y $\alpha = .83$ y $\alpha = .92$; (González-Forteza, et al., 1998).

La segunda parte incluye cinco pensamientos que sirven como indicadores de tendencia suicida clínica: (Pienso matarme, Pienso cómo podría matarme; Pienso cuándo matarme; Pienso que si tuviera la oportunidad me mataría; Pienso sobre las formas en que la gente se suicida. La consistencia interna del instrumento completo es de .96 y

su confiabilidad test-retest tuvo un nivel de .86. (Wilburn & Smith, 2005).

Se incluyó una tercera parte, constituida de 21 afirmaciones, para valorar los motivos presentes en el pensamiento suicida y contempla las siguientes áreas que la investigación ha mostrado como motivaciones importantes en la conducta suicida de los jóvenes: Esperanzas en el futuro, Relaciones amorosas, Metas, Problemas personales, Fracazos, Desempeño escolar, Problemas familiares. Ejemplos: "Pensé en suicidarme porque siento que no le intereso a nadie", "Me sentí tan infeliz acerca de mi relación con alguien que deseaba estar muerto". Las opciones de respuesta van de 0 Nunca a 3 en términos de la frecuencia de estos pensamientos en la última semana.

Procedimiento

Se aplicaron los cuestionarios en los salones de clase de los alumnos. Se les explicó que se trataba de una investigación sobre conductas de riesgo en los estudiantes del bachillerato universitario y se les exhortó a contestar el cuestionario con toda sinceridad ya que se les garantizaba su anonimato. Se les dijo que los resultados del estudio serían reportados únicamente en términos globales y se emplearían para fines estadísticos. Se hizo énfasis en que su participación era voluntaria.

Después de leer las instrucciones generales se aclararon las dudas sobre la forma de contestar el instrumento.

Resultados

Dado que todas las escalas contenían reactivos de carácter positivo y negativo se recodificaron los valores asignados, a fin de que las calificaciones altas en las escalas indicaran mayor magnitud del constructo considerado. Todos los análisis se realizaron por computadora utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS 13.0 para windows).

Se obtuvieron los índices de confiabilidad (alfa de Cronbach) para cada escala, los cuales fueron satisfactorios. Las escalas

correspondientes a los tres estilos paternos, los tres estilos maternos, percepción paterna, percepción materna, satisfacción familiar, depresión, ideación suicida tuvieron un coeficiente alfa de Cronbach superior a .81. Por su parte, autoestima, conflicto con el padre y conflicto con la madre tuvieron un alfa de Cronbach entre .74 y .79 (véase Tabla 3).

Se encontraron diferencias en los índices de confiabilidad en todas las escalas que evalúan separadamente las relaciones con padres y madres. Las relacionadas con los padres presentaron un alfa de Cronbach superior, excepto la Escala de Conflicto Familiar del Padre cuyo coeficiente fue menor al del Conflicto Familiar con la Madre. No obstante las escalas maternas presentaron una adecuada consistencia interna (véase Tabla 3).

Asimismo, se realizó un análisis factorial de componentes principales, el cual reveló que las escalas Estilo Paterno Autorizativo, Estilo Paterno Autoritario, Estilo Paterno Negligente, Estilos Materno Autorizativo, Estilo Materno Autoritario, Estilo Materno Negligente y Satisfacción Familiar evaluaban en general un solo constructo, correspondiendo a la denominación de cada escala. El porcentaje de varianza explicada fue de 44.01% a 89.89% (véase Tabla 3).

Tabla 3
Coeficientes de confiabilidad y cargas factoriales de cada
escala

No.	Escalas	Factores	Carga	No. reactivos	Confiabilidad
1	Estilo Autorizativo Paterno	Autorizatividad	85.634	7	.9720
2	Estilo Autoritario Paterno	Autoritarismo	84.186	9	.9764
3	Estilo Negligente Paterno	Negligencia	89.892	7	.9812
4	Estilo Autorizativo Materno	Autorizatividad	52.607	7	.8475
5	Estilo Autoritario Materno	Autoritarismo	44.014	9	.8389
6	Estilo Negligente Materno	Negligencia	54.389	7	.8592
7	Percepción Paterna	Positiva	39.039	8	.8840
		Negativa	14.119		
8	Percepción Materna	Positiva	30.796	8	.8265
		Negativa	12.606		
9	Conflicto con el Padre	Cotidianos	30.592	12	.7841
		Consumo de drogas	18.278		
10	Conflicto con la Madre	Cotidianos	31.457	12	.7945
		Consumo de drogas	18.509		
11	Satisfacción Familiar	Satisfacción	57.305	14	.9418

Continuación

No.	Escalas	Factores	Carga	No. reactivos	Confiabilidad
12	Autoestima	Positiva	49.439	5	.740
13	Depresión	A. Negativo	24.094	7	.8907
14	Ideación Suicida	Ideas	58.576	8	.896

En el caso de la escala de Percepción del Padre y Percepción de la Madre, los factores constitutivos fueron percepción negativa y percepción positiva para cada uno (véase Tablas A1 y A2 del Apéndice A págs. 227 y 228).

Las escalas de Frecuencia de Conflicto Familiar con el Padre y con la Madre se conformaron por dos factores relacionados con los conflictos cotidianos y los asociados a las drogas.

La escala de Autoestima compuesta por dos factores (autoestima positiva y negativa), mostró que algunos reactivos de un factor cargaron en otro, por ejemplo en el factor de autoestima negativa cargaron los reactivos 7 y 3 que son positivos, por lo que se decidió quedarse con la versión corta que incluye solamente los reactivos positivos. El análisis factorial final mostró que los reactivos cargaron adecuadamente en el factor único, explicando un 49% de la varianza (véase Tabla A3, del Apéndice A, págs. 229).

La escala de Depresión incluyó tres factores (Afecto Negativo, Afecto Positivo y Síntomas Somáticos). Sin embargo, debido a que algunos reactivos de un factor cargaban en otro, se decidió tomar solo esta subescala. El porcentaje de varianza explicado fue de 24.094% (véase Tabla A4, del Apéndice A pág. 230).

Con relación a la escala de Ideación Suicida, conformada originalmente por tres factores (Ideas, Tendencia Suicida Clínica y Motivos de suicidio), se encontraron algunos problemas: dos reactivos de esta escala (6 y 2), cargaron en un factor diferente al que se suponía, así el reactivo 6 que correspondía al factor 2 cargó en el primer factor y el reactivo 2 que correspondía al factor 3 cargó en el

2. Además, se consideró que la subescala de motivos para pensar en suicidarse no era adecuada y se excluyó, debido a que lo que se quería medir era solamente la frecuencia y persistencia de la ideación. El análisis factorial final reveló un solo factor, por lo cual esta escala quedó finalmente conformada por un factor "denominado ideas suicidas" y un alfa de Cronbach = .89 (véase Tabla 3 y tabla A5, en el Apéndice A, pág. 231).

Adicionalmente, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables familiares: estilos de autoridad materna y paterna, percepción de la madre y del padre, conflicto familiar con la madre y el padre y satisfacción familiar. Se encontró que las asociaciones entre ellas fueron significativas y en la dirección esperada, excepto la de estilo autoritario de la madre y del padre, que no fue significativa como se observa en la tabla 4. Hay que mencionar, sin embargo, la dirección de algunas asociaciones: El estilo materno negligente se asocia positivamente, aunque de manera no significativa, con el estilo paterno autorizativo. El conflicto familiar con la madre, se asocia en dirección contraria a la esperada con el estilo negligente y autoritario del padre, aunque tampoco son significativas (véase Tabla 4).

Tabla 4
Correlaciones entre variables familiares

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Estilo Paterno Autorizativo	1	.854**	.825**	.432**	-.137	.152*	-.021	.034	.090	-.182*	.103
2. Estilo Paterno Autoritario		1	.935**	.056	.344**	-.093	.107	.103	-.136	-.026	-.165*
3. Estilo Paterno Negligente			1	.045	.160*	-.078	.028	.175*	-.108	-.032	-.184
4. Percepción del Padre				1	-.271**	.182*	-.168*	-.118	.374**	-.258**	.498**
5. Frecuencia de Conflictos con el Padre					1	-	.232**	.153*	-	.747**	-
6. Estilo Materno Autorizativo						1	.262**	.261**	.473**	-.248**	.424**
7. Estilo							1	.691**	-	.439**	-

Materno Autoritario		.366**		.234**
8. Estilo Materno Negligente	1	-	.287**	-
9. Percepción de la Madre		.281**		.299**
10. Frecuencia de Conflictos con la Madre		1	-.477**	.580**
11. Satisfacción Familiar			1	-
				.306**
				1

* p = 0.05; **p = 0.01

También se calcularon las correlaciones de las variables familiares con la autoestima, la depresión y la ideación suicida. En la tabla 5 se muestra que las correlaciones del estilo materno autorizativo son significativas con autoestima y depresión y se producen en la dirección esperada, es decir, a mayor autorizatividad mayor autoestima y menor depresión, lo mismo ocurre con la percepción de la madre y con el conflicto con la madre.

Por su parte, la correlación entre estilo materno autoritario y con autoestima fue negativa y no significativa. Los estilos paternos no se relacionan significativamente con la autoestima, depresión e ideación suicida. La percepción paterna y el conflicto con el padre se asociaron en la dirección esperada con estas tres variables, aunque solo la correlación con depresión fue significativa, en el caso de percepción paterna; mientras que las tres variables se asociaron significativamente con el conflicto con el padre. La satisfacción familiar se asocia significativamente con autoestima, depresión e ideación suicida en la dirección esperada.

Autoestima se asocia significativa y negativamente con depresión e ideación suicida, mientras que depresión lo hace significativa y positivamente con ideación suicida. Cabe resaltar que las correlaciones más altas de ideación fueron con depresión, autoestima y conflicto con el padre.

Tabla 5
Relaciones entre las variables familiares, autoestima, depresión e ideación suicida.

Variab ^{les} Familiares	Autoestima	Depresión	Ideación Suicida
Estilo Materno Autorizativo	.247**	-.171*	.044
Estilo Materno Autoritario	-.098	.087	.035
Estilo Materno Negligente	-.092	.086	.084
Percepción de la Madre	.296**	-.340**	-.147*
Conflicto familiar con la Madre	-.311**	.305**	.286**
Estilo Paterno Autorizativo	.117	-.094	-.052
Estilo Paterno Autoritario	-.003	.086	.031
Estilo Paterno Negligente	-.045	.080	.016
Percepción del Padre	.136	-.329**	-.104
Conflicto familiar con el padre	-.234**	.253**	.316**
Satisfacción Familiar	.269**	-.415**	-.192**
Autoestima	1	-.428**	-.328**
Depresión		1	.478**
Ideación Suicida			1

* p = 0.05; **p = 0.01

Conclusiones

El análisis de los instrumentos muestra que la mayoría de ellos poseen, en general, características psicométricas adecuadas, tanto por su consistencia interna, como por su estructura factorial.

La escala de Ideación Suicida tuvo una modificación mayor, aunque la versión final presentó un índice de consistencia interna y una estructura factorial adecuados.

No obstante cabría hacer un análisis más minucioso de la escala de depresión, debido a que algunos reactivos que se consideraban pertenecientes a una subescala, se agruparon en otra. Por ejemplo, algunos reactivos del factor Síntomas Somáticos cargaron en el primer factor de Afecto Negativo (13 "platicué menos de lo normal" y 10 "tenía miedo", mientras que el reactivo 14 "me sentía solo" que pertenece al factor 1 Afecto Negativo, cargó en el factor 2 de Síntomas Somáticos. Sin embargo, dado que esta escala está validada con adolescentes mexicanos y se ha utilizado muchas veces en diferentes trabajos de investigación, se decidió aplicarla completa y realizar nuevamente los análisis psicométricos correspondientes en la fase definitiva de este trabajo.

La mayoría de las correlaciones entre las variables familiares, aunque bajas, fueron en la dirección esperada, lo cual indica que los constructos están siendo adecuadamente valorados por estos instrumentos.

Todas las correlaciones entre las variables familiares y las variables personales (autoestima y depresión) e ideación suicida se presentaron en la dirección esperada, aunque no todas fueron significativas. Más variables maternas se asociaron significativamente con estas tres variables (autoestima, depresión (afecto negativo) e ideación suicida) en comparación con las paternas. Sin embargo, estas correlaciones fueron bajas contrastadas con las personales y la ideación suicida.

La asociación más alta de autoestima fue con depresión y la más alta de ideación suicida fue con depresión (de acuerdo a lo reportado en la literatura).

Fase 2. Predictores de los Consumos de Alcohol, Tabaco, Drogas Ilegales e Ideación Suicida

Objetivo General

Establecer los factores predictores personales y familiares, generales y por sexo, de los consumos de alcohol, tabaco, drogas ilegales e ideación suicida, en estudiantes de bachillerato de una escuela pública de la Cd. de México.

Hipótesis General

Los consumos, general y por sexo, de alcohol, tabaco y drogas ilegales, así como la ideación suicida, de adolescentes estudiantes de bachillerato de una escuela pública de la Cd. de México, pueden ser predichos por variables personales (la autoestima y el afecto negativo) y familiares (estilos parentales, conflicto familiar, percepción de los padres y satisfacción familiar) .

Objetivos Específicos

- Determinar las frecuencias de consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, de tabaco, alcohol y las drogas evaluadas en esta muestra.
- Identificar el tipo de consumo (experimental, moderado y alto) de las distintas drogas que consumen los estudiantes de esta muestra.
- Comparar las frecuencias en el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, inhalables y tranquilizantes por sexo y turno escolar.
- Identificar los predictores del consumo en el último mes de tabaco, alcohol y drogas: personales (autoestima y afecto

negativo), familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar) y consumo de tabaco y alcohol.

- Identificar los predictores por sexo del consumo en el último mes de tabaco, alcohol y drogas: personales (autoestima y afecto negativo), familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar) y consumo de tabaco y alcohol.
- Identificar los predictores del consumo total de alcohol en la muestra de estudiantes: personales (autoestima y afecto negativo), familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar) y la ideación suicida.
- Identificar los predictores por sexo del consumo total de alcohol en mujeres y hombres de esta muestra: personales (autoestima y afecto negativo) y familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar).
- Determinar la frecuencia de ideación suicida en los estudiantes del plantel.
- Comparar la frecuencia de ideación suicida por sexo.
- Identificar los predictores de la ideación suicida en estudiantes de bachillerato: personales (autoestima y afecto negativo) y familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar).
- Identificar los predictores por sexo de la ideación suicida: personales (autoestima y afecto negativo) y familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar).

Hipótesis Específicas

- Los consumos de alcohol y tabaco, en esta muestra de estudiantes de bachillerato, serán bajos por tratarse de una población protegida por la escuela.

- No existen diferencias en la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco entre mujeres y hombres, debido a la tendencia del incremento del consumo femenino.
- Los patrones de consumo de drogas ilegales, en esta muestra de estudiantes de bachillerato, serán mayoritariamente experimentales por tratarse de una población protegida por la escuela.
- Hay diferencias en la frecuencia de consumo de drogas ilegales entre hombres y mujeres: en donde los hombres presentarán una mayor frecuencia de consumo.
- La frecuencia de ideación suicida en esta muestra de estudiantes de bachillerato, serán bajos por tratarse de una población protegida por la escuela.
- Hay diferencias en la frecuencia de ideación suicida entre hombres y mujeres: en donde las mujeres tienen una mayor frecuencia de ideación.
- Los consumos de alcohol, tabaco y drogas ilegales de estudiantes de bachillerato, pueden ser predichos por variables personales (la autoestima y el afecto negativo) y familiares (estilos parentales, conflicto familiar, percepción de los padres y satisfacción familiar).
- Existen diferentes predictores personales y familiares para los consumos masculino y femenino de alcohol, tabaco y drogas ilegales por sexo.
- La ideación suicida de estudiantes de bachillerato puede ser predicha por variables personales (la autoestima y el afecto negativo) y familiares (estilos parentales, conflicto familiar, percepción de los padres y satisfacción familiar)
- Existen diferentes predictores personales y familiares para la ideación suicida de mujeres y hombres adolescentes.

Método

Tipo de Estudio y Participantes

El presente estudio es de tipo ex post facto, correlacional y de campo. Se seleccionó una muestra no probabilística de 1419 estudiantes de un plantel de una escuela pública del nivel medio superior ubicada en la Cd. de México, inscritos en el ciclo escolar 2006-2007, esta muestra representó 25.46 % de la población inscrita en ese ciclo escolar.

La muestra incluyó a los grupos de ambos turnos y de los tres grados del plantel elegido. La selección de los grupos se llevó a cabo listando los existentes en la escuela por cada grado escolar y turno; y se obtuvieron 38 grupos.

Las características de la muestra se presentan en la Tabla 6, en la que destaca el porcentaje de hombres y mujeres participantes que fue cercano al 50%. La media de edad de los hombres fue mayor que la de las mujeres: 16.57 y 16.20, con desviaciones estándar de 1.51 y 1.12, respectivamente, mientras que la media general fue de 16.38 años, con una desviación estándar de 1.33.

La mayoría de los estudiantes reportó tener mamá, 97%, en el 2.1% de los casos la sustituyó algún familiar y en 1% la sustituyó otra persona. Por su parte, 84.6% reportó tener papá, 7.1% fue sustituido por algún familiar y 7.9 fue sustituido por otra persona.

La mayoría de los estudiantes lo fue de tiempo completo, 81.6%, 14.2%, de medio tiempo, y solamente 4.3% no estudiaron el año anterior. Asimismo, la mayoría de los estudiantes no trabajó recibiendo un sueldo el año anterior 90.5%, 7.5% trabajó medio tiempo y 1.9% trabajaron tiempo completo.

Tabla 6
Distribución de la muestra por turno, grado y sexo

Nombre de la variable	Dimensiones de la variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	728	51.5
	Masculino	686	48.5
Grado Escolar	4°	520	36.8
	5°	516	36.5
	6°	378	26.7
Turno	Matutino	891	63.1
	Vespertino	521	36.9
Total		1419	100.0

Instrumentos

Se emplearon los siguientes cuestionarios cuya validez y confiabilidad se obtuvo en la fase 1 de esta investigación. La parte correspondiente al consumo de drogas, alcohol y tabaco, ha sido previamente validada en grandes muestras en diferentes ocasiones y sus indicadores se han mantenido en las diversas encuestas (Apéndice B, págs. 233-248).

A pesar de que en la fase 1 (piloto) se concluyó que se requeriría un análisis minucioso de la escala de Depresión, ya que algunos reactivos que pertenecían a un factor se agruparon en otro, se decidió aplicar la CES-D completa y sin modificación pues en diferentes estudios se han reportado propiedades psicométricas adecuadas. Adicionalmente, la escala de Conflicto Familiar que se aplicó en la fase piloto, no incluyó la evaluación de la intensidad de los conflictos, por lo que en esta fase se corrigió dicha omisión. Por último, en este estudio se aplicaron versiones modificadas de los Cuestionario de Patrones Parentales y de Percepción de los Padres,

debido a que mostraron mejores características psicométricas (Aguilar, Valencia, Sarmiento, et al., 2007).

El cuestionario que se aplicó en esta etapa quedó conformado por las siguientes secciones:

Datos Generales.

Incluye información sobre sexo, edad y turno escolar.

Cuestionario de Consumo de Drogas

Evalúa la frecuencia (alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes), los patrones de consumo de las drogas más empleadas por estudiantes en México, así como la edad a la que se inicia el consumo. Este cuestionario se aplicó en la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal (medición 2003), y ha sido previamente validado en grandes muestras (Medina-Mora, Mariño, et al., 1992).

La Escala de Consumo de Alcohol (Aguilar, et al., 2003-2004)

Esta escala mide la frecuencia del consumo de alcohol y consta de seis reactivos, tiene seis opciones de respuesta en un continuo de "nunca he bebido alcohol" (0) hasta "diario" (5). Ha tenido una consistencia interna satisfactoria en estudiantes (Aguilar, et al., 2003-2004; Aguilar, et al., 2004).

Escala de Ideación Suicida

Evalúa las ideas sobre la posibilidad de hacerse daño a sí mismo y de producirse la propia muerte. Está conformada por los cuatro reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980) y cuatro reactivos del Cuestionario sobre Tendencia Suicida de Wilburn y Smith (2005). Las opciones de respuesta indican el número de días durante los cuales se tuvieron ideas suicidas en la última semana y son: "0 días"; "1-2 días"; "3-4 días", y "5-7 días".

Los reactivos de la Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980) han presentado una consistencia interna satisfactoriamente alta en

adolescentes mexicanos: alfa \geq .87 (González-Forteza, Ramos, Mariño & Pérez, 2002; Mariño, et al., 1993).

Cuestionario de Autoridad Parental (CAP) de Aguilar, Valencia, Sarmiento, et al. (2007).

Este cuestionario describe la percepción que tienen los hijos de las actitudes y conductas características de tres estilos de autoridad ejercidas por el padre y por la madre: autorizativo, autoritario y negligente. El cuestionario está conformado por 23 aseveraciones tipo Likert con cuatro niveles de respuesta que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo.

El cuestionario original ha mostrado una consistencia interna satisfactoria, con coeficientes alfa de .70 a .79.

Escala de Percepción de los Padres de Musitu, et al. (2001) modificada por Aguilar, Sarmiento, Valencia y Romero (2007b)

La escala modificada está compuesta por 14 adjetivos en un formato tipo Likert con cinco niveles de respuesta, de casi nunca a casi siempre. Su confiabilidad fue de .79 para la percepción materna y de .86 para la paterna (Aguilar, Sarmiento, et al., 2007b).

Escala de Satisfacción con el Sistema Familiar de Olson & Wilson, adaptada por el Grupo Lisis (Musitu et al., 2001)

Evalúa la satisfacción que experimenta el joven con su relación familiar. Está compuesta por 14 reactivos, con cinco opciones de respuesta, desde totalmente insatisfecho hasta totalmente satisfecho. La confiabilidad reportada con estudiantes españoles fue .87 (21).

Escala de Conflictos Familiares de Parra y Oliva (2002) modificada por Aguilar, Valencia y Lemus (2007)

Esta escala evalúa las percepciones de los hijos sobre la frecuencia e intensidad de los conflictos que tienen con su padre y su madre. La escala está constituida por dos factores: conflictos cotidianos (9 reactivos) y conflictos por el uso de drogas (3 reactivos) con cuatro niveles de respuesta que van desde "ninguna" pelea o discusión (1) hasta "muchas" (4), así como la intensidad de

los mismos en una escala de tres niveles, desde "leves" (1) hasta "fuertes" (3). En México ha mostrado una consistencia interna adecuada (alfa = .78) (Aguilar, Valencia & Lemus, 2007).

La Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

La escala de Rosenberg (1965) incluye pensamientos y sentimientos de la persona sobre sí misma y contempla atributos positivos y negativos de la autoestima. En México, se han obtenido coeficientes alfa de Cronbach de .74 a .78 con estudiantes (Aguilar, Valencia, Martínez, et al., 2007; González-Forteza, et al., 2001).

En este trabajo se aplicó la versión corta constituida por 5 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta en un formato tipo Likert, que van de completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo, donde a mayor puntaje mayor autoestima, debido a que el estudio piloto mostró que algunos de los reactivos de la versión original no cargaron en el factor que les corresponde. Una razón adicional fue que esta versión corta ha sido empleada en la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, Medición 2003.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff (1977)

La escala, validada y confiabilizada por Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza (1993), ha presentado un alto nivel de confiabilidad de .85 a .89 y una estructura de tres factores (afecto negativo, síntomas somáticos y afecto positivo) (Benjet, Hernández, Tercero, Hernández & Chartt, 1999; González-Forteza, Ramos, et al., 2002).

En esta fase se aplicó la escala completa, pero debido a que esta Escala presentó nuevamente los problemas del estudio piloto, se decidió emplear solamente la subescala de afecto negativo compuesta de 7 reactivos que miden los sentimientos de desamparo, soledad y tristeza. Las opciones de respuesta, relacionadas con la frecuencia de ocurrencia de cada indicador durante la semana previa, fueron 1 = 0 días, 2 = 1-2 días, 3 = 3-4 días y 4 = 5-7 días.

Procedimiento

Se pidió la autorización de los directivos de la escuela elegida, quienes además respaldaron la aplicación del cuestionario mediante un oficio dirigido a cada uno de los profesores cuyos grupos resultaron seleccionados.

Se aplicaron los cuestionarios en los salones de clase de los propios alumnos. Se les explicó que se trataba de una investigación sobre algunas problemáticas de los jóvenes universitarios, como consumo de drogas, depresión e ideación suicida y se les exhortó a contestar el cuestionario con toda sinceridad ya que se les garantizaba su anonimato.

Se les dijo que los resultados del estudio serían reportados únicamente en términos globales y se emplearían para fines estadísticos. Se hizo énfasis en que su participación era voluntaria. A pesar de lo cual la mayoría de los estudiantes colaboró, sólo tres cuestionarios fueron desechados porque estaban incompletos.

El aplicador proporcionó las instrucciones generales a cuyo término contestó las dudas de los alumnos, adicionalmente si a algún alumno le surgían dudas mientras contestaba el cuestionario el aplicador acudía a su lugar para resolverlas. En promedio los alumnos contestaron el cuestionario en 40 minutos.

Resultados

Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS 13.0 para windows).

Dado que la mayoría de las escalas contienen reactivos de carácter positivo y negativo se recodificaron los valores, a fin de que la calificación asignada a cada reactivo tuviera el mismo significado. La puntuación total en cada escala se obtuvo sumando las puntuaciones de sus reactivos individuales que iban de uno a cinco (excepto en las escalas de estilos parentales de padres y madres cuyos reactivos iban del uno al cuatro). En todas las escalas la calificación más alta indica mayor magnitud del constructo considerado.

Se obtuvieron medidas de estadística descriptiva, media, desviación estándar y asimetría de todas las variables (véase Tabla 7).

Tabla 7
Estadística descriptiva de consumo de alcohol, ideación suicida, variables familiares, autoestima y afecto negativo.

No	Variabes	Rango	Media	D. E.
1.	Consumo Total de alcohol	0-35	11.01	8.14
2.	Ideación suicida	8-32	9.97	4.10
3.	Estilo Autorizativo materno	7-28	22.84	4.00
4.	Estilo autoritario materno	3-32	16.27	4.54
5.	Estilo negligente materno	7-26	9.86	3.42
6.	Percepción materna	14-70	54.34	7.58
7.	Estilo autoritario paterno	7-32	16.43	4.78
8.	Estilo negligente paterno	7-28	10.70	4.14
9.	Percepción paterna	14-70	51.37	9.46
10.	Satisfacción familiar	15-70	50.81	11.25
11.	Frecuencia de conflictos con la madre	12-48	18.74	5.24
12.	Frecuencia de conflictos con el padre	12-48	17.94	5.16
13.	Intensidad de conflictos con la madre	0-36	7.35	5.76
14.	Intensidad de Conflictos con el Padre	0-36	6.30	5.49
15.	Autoestima	5-20	17.52	2.74
16.	Afecto Negativo	7-28	11.55	4.63

Debido a las modificaciones realizadas a las escalas de Autoestima e Ideación Suicida en la Fase 1 (piloto); a la necesidad de incluir la evaluación de la intensidad de los conflictos paternos y maternos que fue omitida en la fase 1 de esta investigación; así como a la necesidad de analizar minuciosamente la escala CES-D, y con el objetivo de verificar la adecuación de estas escalas se repitieron los análisis factorial y de consistencia interna de todas las escalas empleadas.

Los resultados de estos análisis, en general, confirman los de la fase piloto y muestran que las adecuaciones realizadas fueron pertinentes, de manera que todas las escalas empleadas presentan una consistencia interna y una estructura factorial adecuadas (véanse la Tabla 8 y las Tablas C1 a C17 del Apéndice C, págs. 249 a 265).

Tabla 8
Factores, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach de cada una de las escalas

No.	Escalas	No. de reactivos	Factores	% de varianza	alfa de Cronbach
1	Estilo autorizativo paterno	7	Autorizatividad	46.301	.8027
2	Estilo autoritario paterno	8	Autoritarismo	37.688	.7596
3	Estilo negligente paterno	7	Negligencia	45.343	.7938
4	Estilo autorizativo materno	7	Autorizatividad	41.457	.7555
5	Estilo autoritario materno	8	Autoritarismo	35.522	.7358
6	Estilo negligente materno	7	Negligencia	38.477	.7231
7	Percepción paterna	13	Positiva	41.138	.8709
8	Percepción materna	13	Positiva	36.460	.8409
9	Frecuencia de conflicto con el padre	93	Cotidianos Consumo de drogas	30.229 16.863	.786 .836
10	Frecuencia de conflicto con la madre	93	Cotidianos Consumo de drogas	29.799 16.392	.780 .825
11	Intensidad de conflicto con el padre	3	Cotidianos Consumo de drogas	0.819 15.195	.786 .810
12	Intensidad de conflicto con la madre	9 3	Cotidianos Consumo de drogas	31.333 14.994	.788 .795
13	Satisfacción familiar	14	Satisfacción	48.018	.9138
14	Autoestima	5	Positiva	63.551	.8552
15	Afecto Negativo	7	A. Negativo	53.89%	.84
16	Ideación suicida	8	Ideas	64.972	.9132
17	Frecuencia de consumo total de alcohol	6	Frecuencia de consumo	86.566	.9679

164

En primer lugar, los coeficientes alfa de Cronbach fueron satisfactorios: los de las escalas correspondientes a las variables familiares estuvieron entre .7231 y .9138; el coeficiente alfa de la Escala de Autoestima fue .8552; el de Consumo de Alcohol fue .9679 y el de Ideación Suicida fue .9132 (véase Tabla 8).

Se encontraron diferencias en los coeficientes de confiabilidad de la mayoría de las escalas que evalúan separadamente las relaciones de los jóvenes con sus padres y sus madres. La confiabilidad de las escalas paternas fue superior a la de las maternas, excepto en las escalas de Conflicto Familiar cuyos coeficientes alfa fueron semejantes. No obstante las escalas maternas presentaron una adecuada consistencia interna (véase Tabla 8).

En segundo lugar, los resultados de los análisis factoriales revelaron que las escalas: Consumo Total de Alcohol, Ideación Suicida, Patrón Autorizativo Paterno, Patrón Autoritario Paterno, Patrón Negligente Paterno, Patrón Autorizativo Materno, Patrón Autoritario Materno, Patrón Negligente Materno, Percepción Paterna, Percepción Materna, Satisfacción Familiar y Autoestima evaluaban en general un solo constructo, correspondiendo a la denominación de cada escala. El porcentaje de varianza explicada varió de 35.522% a 86.566% y las cargas factoriales de los reactivos fueron superiores a .358 (véanse Tablas C1 a C11 y C16 del Apéndice C, págs: 249-259 y 264).

Las escalas de Conflicto Familiar con el Padre y con la Madre se conformaron por dos factores relacionados con los conflictos cotidianos y los asociados al consumo de drogas (véanse Tablas C12 a C15 del Apéndice C, págs: 260-263).

Por último, la escala de depresión mostró algunos problemas; en primer lugar, algunos reactivos que pertenecían a los factores 2 y 3 se agruparon en el factor 1; en segundo lugar, la mayoría de los reactivos de los factores 2 y 3 tuvieron cargas factoriales inferiores a .400. Por lo anterior, se decidió trabajar sólo con la subescala de afecto negativo, cuyo coeficiente alfa de Cronbach fue .84 y su estructura fue unifactorial (véase Tabla C16 del Apéndice C, pág. 264).

Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales

Frecuencias del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales

Se determinaron las frecuencias del consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes de alcohol, tabaco y drogas en esta muestra de estudiantes. Algunos de los resultados más importantes son:

La frecuencia del consumo de sustancias alguna vez en la vida, muestra que el alcohol tuvo el mayor consumo (74.6%), seguido del tabaco (62.7%), la marihuana (14.2%), los tranquilizantes (7.1%), los inhalables (3.8), la cocaína (3.6%), otras drogas (2.6%) y, por último, las anfetaminas (2.1%).

La frecuencia del consumo de sustancias en los últimos 12 meses, muestra que el alcohol mantuvo el mayor consumo (60.8%), seguido del tabaco (47.2%), la marihuana (10.5%), los tranquilizantes (3.7%), la cocaína (1.4%), los inhalables (1.3%) y, por último, las anfetaminas (1.2%).

En cuanto al consumo en el último mes, el consumo de alcohol es el más alto 51.73%, el más bajo fue el de anfetaminas con .49%. El orden de mayor a menor fue: alcohol, tabaco (30.7%), marihuana (4.4%), tranquilizantes (2.04%), inhalables (.9%), cocaína (.77%) y anfetaminas (véase Tabla 9).

Tabla 9

Frecuencia de consumo en el último mes de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes o anfetaminas

Tipo de Droga	Si		No		Nunca he consumido	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Alcohol	732	51.73	394	27.8	289	20.4
Tabaco	433	30.7	477	33.7	505	35.6
Marihuana	62	4.4	140	9.9	1216	85.8
Cocaína	11	.77	40	2.8	1368	96.4
Inhalables	13	.9	44	3.1	1362	96.0
Tranquilizantes	29	2.04	102	7.2	1285	90.7
Anfetaminas	7	.49	25	1.8	1387	97.7

Tipo de Consumo

Con relación al número de días en el último mes que se consumió tabaco, alcohol y las distintas drogas, se encontró que las frecuencias bajas tuvieron mayor porcentaje, uno a cinco días (63.4%), que las frecuencias altas, 20 días o más (13.5%); es decir, la mayoría de los jóvenes tuvo un consumo de baja frecuencia, excepto en el caso del consumo de tabaco (véase Tabla 10).

Tabla 10

Número de días que se consumió alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes o anfetaminas en el último mes

Tipo de Droga	1 a 5 días		6 a 19		20 días o más	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Alcohol	550	39.6	158	11.2	14	1.0
Tabaco	222	15.7	63	4.5	148	10.5
Marihuana	38	2.7	9	.6	15	1.1
Cocaína	7	.5	1	1	3	2
Inhalables	10	3.1		.7	3	.2
Tranquilizantes	21	1.5	3	.2	5	.4
Anfetaminas	4	.3	1	.1	2	.1
Total	852	63.4	235	17.4	190	13.5

De igual modo, se observa que la mayor frecuencia de consumo de drogas corresponde al consumo experimental (véase Tabla 11).

Tabla 11

Tipo de consumo de marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes o anfetaminas

Tipo de Droga	Experimental 1 a 5 veces		Moderado 6 a 49 veces		Alto 50 o más veces	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Marihuana	115	8.1	55	3.9	32	2.3
Cocaína	28	2.0	18	1.3	4	.3
Inhalables	35	2.5	9	.6	4	.3
Tranquilizantes	70	4.9	31	2.2	2	.1
Anfetaminas	16	1.1	9	.6	5	.4

Frecuencia de Consumo por Edad, Sexo y Turno Escolar

Con respecto a la edad de inicio del consumo, los datos muestran una media de edad más baja para el consumo de tabaco (13.78), seguido de alcohol (13.82) y luego tranquilizantes (14.22). El consumo de marihuana (15.27) tuvo el inicio más tardío, en relación con las otras drogas evaluadas (véase Tabla 12).

Tabla 12

Edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes y anfetaminas

Tipo de droga	Media	D. E.	Moda
Alcohol	13.82	2.01	15
Tabaco	13.78	1.981	15
Marihuana	15.27	1.70	15
Cocaína	14.81	2.98	16
Inhalables	14.32	1.88	15
Tranquilizantes	14.22	2.24	15
Anfetaminas	14.34	1.77	13

Por sexo, se encontró que alrededor del 60% de los hombres a la edad de 14 años ya había fumado tabaco y bebido alcohol, mientras que 56% de las mujeres de 14 años ya había fumado tabaco y 58% de ellas ya habían bebido alcohol. Además, a la edad de 16 años arriba de 90% tanto de hombres como de mujeres han consumido tabaco y alcohol. El consumo de anfetaminas es a una edad más temprana en mujeres que en hombres: a los 12 años 23.5% de las mujeres ya las habían consumido, en tanto que un porcentaje similar de hombres lo hicieron a la edad de 13 años (27.3%); es decir, un año más tarde. El consumo de cocaína también inicia más tempranamente en las mujeres que en los hombres (12 años). El porcentaje de mujeres que ha consumido inhalables a los 14 años es mayor que el de hombres, 64.7% y 40%, respectivamente (véase Tabla 13).

Tabla 13
Porcentaje de hombres y mujeres que han fumado, bebido y consumido alguna droga por edad

Droga	Años									
	12		13		14		15		16	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	26.4	14.8	42.8	32.4	62.6	56.4	80.7	86.7	95.5	97.3
Alcohol	24.0	18.0	39.5	33.9	60.3	58.3	82.8	86.0	93.8	96.0
Marihuana	5.5	3.6	12.8	9.5	31.2	22.6	51.4	58.3	76.1	79.8
Cocaína	---	6.3	23.3	25.0	33.3	43.8	43.3	62.5	80.0	75.0
Inhalables	23.3	17.6	36.7	23.5	40.0	64.7	60.0	94.1	83.3	100
Tranquili- zantes	20.0	15.2	28.6	27.3	40.0	47.0	68.6	74.2	85.7	89.4
Anfetami- nas	---	23.5	27.3	52.9	36.4	64.7	63.6	82.4	---	100

H = hombres, M = mujeres

En cuanto a las diferencias de consumo de drogas ilegales por sexo, se encontró que el consumo alguna vez en la vida de marihuana, cocaína, inhalables y otras drogas fue mayor en los hombres; mientras

que el consumo de tranquilizantes fue mayor en las mujeres. El consumo tanto en el último año como en el último mes muestra que las mujeres tuvieron un mayor consumo de tranquilizantes (véase Tabla 14).

Tabla 14
Porcentaje de los distintos consumos de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes, anfetaminas y otras drogas de cada sexo

Tipo de droga	Alguna vez en la vida		Último año		Último mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alcohol	73.0	76.2	61.0	60.5	54.3	27.4
Tabaco	63.1	62.4	47.4	47.0	29.3	31.8
Marihuana	16.6	11.8	12.6	8.1	5.5	3.2
Cocaína	4.8	11.8	2.3	.5	1.3	.2
Inhalables	5.1	2.6	2.3	.3	2.3	.3
Tranquilizantes	4.7	9.4	2.3	5.0	.7	3.3
Anfetaminas	1.7	2.3	.9	1.4	.3	.5
Otras drogas	3.9	1.4	3.9	.1	--	--

Adicionalmente, se encontraron diferencias significativas por sexo en el consumo alguna vez en la vida de marihuana, inhalables y otras drogas (con mayor consumo masculino), así como en los de cocaína y tranquilizantes (mayor consumo femenino). En tanto que, no se obtuvieron diferencias significativas en el consumo alguna vez en la vida de tabaco, alcohol y anfetaminas por sexo (véase Tabla 15).

Tabla 15
Comparaciones del consumo alguna vez en la vida de alcohol,
tabaco y drogas por sexo

No.	Droga	Sexo			
		X ²	p	% Hombres	% Mujeres
	Alcohol	1.891	.169	73.0	76.2
	Tabaco	.087	.769	63.1	62.4
	Marihuana	6.715	.010	16.6	11.8
	Cocaína	6.344	.012	4.8	11.8
	Inhalables	5.972	.015	5.1	2.6
	Tranquilizantes	12.809	.002	4.7	9.4
	Anfetaminas	604	.437	1.7	2.3
	Otras Drogas	10.043	.007	3.9	1.4

En cuanto a emborracharse por sexo, se encontró que a pesar de que más mujeres se han emborrachado por lo menos una vez en el último año, más hombres se han emborrachado en el último mes y en la última semana que las mujeres (véase Tabla 16).

Tabla 16
Frecuencia de "emborracharse" por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
	%	%	%
Ninguna en el último año	34.9	45.3	40.2
Una vez en el último año	15.8	18.9	17.4
Una vez en el último mes	10.8	9.2	10.0
De dos a tres veces en el último mes	7.0	2.5	4.7
Una o dos veces en la última semana	4.8	2.1	3.4
Diario	0.3	0	.1

Adicionalmente, 24.8% de los hombres que fuman reportan que no lo hacen diario, contra 22.8% de mujeres; 2.3% de los hombres y 2.5% de mujeres reportaron fumar un cigarrillo diario; 3.6% de los hombres y 3.8% de las mujeres consumieron 3 cigarros al día y consumieron 20 cigarros al día solo .3% de cada sexo.

Por otro lado, respecto al tipo de consumo de drogas ilegales por sexo se encontró que los hombres tuvieron un mayor porcentaje de consumo experimental de cocaína, e inhalables, en tanto que el porcentaje de este consumo en las mujeres fue mayor para la marihuana, tranquilizantes y anfetaminas; en cambio el porcentaje de consumo alto es mayor en los hombres, excepto el de los tranquilizantes, como puede observarse en la tabla 17.

Tabla 17
Porcentaje del tipo de consumo de marihuana, cocaína, inhalables, tranquilizantes o anfetaminas por sexo

Tipo de Droga	Experimental 1 a 5 veces		Moderado 6 a 49 veces		Alto 50 o más veces	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Marihuana	7.7	8.4	5.4	2.3	3.5	1.1
Cocaína	2.3	1.6	1.8	.7	6	--
Inhalables	2.9	2.1	1.0	.3	.6	--
Tranquilizantes	3.2	6.5	1.9	2.5	.3	.3
Anfetaminas	1.0	1.7	4	.8	.4	.1

Respecto al turno, se encontraron diferencias significativas en el consumo alguna vez en la vida de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables ($p = .000$), en donde el mayor consumo fue para el turno vespertino; mientras que no hubo diferencias significativas en el consumo alguna vez en la vida de tranquilizantes, anfetaminas y otras drogas ($X^2 = 1.016$, $p = .602$; $X^2 = .800$, $p = .371$, $X^2 = 2.259$, $p = .323$, respectivamente) (véase Tabla 18).

Tabla 18

Comparaciones del consumo alguna vez en la vida de alcohol, tabaco y drogas por turno

o.	Droga	Turno			
		X ²	p	% Matutino	% Vespertino
	Alcohol	22.473	000	69.4	81.5
	Tabaco	31.799	000	54.8	71.2
	Marihuana	34.629	000	10	20.3
	Cocaína	21.536	000	1.6	6.0
	Inhalables	13.038	000	2.4	5.1
	Tranquilizantes	1.016	602	6.7	7.7
	Anfetaminas	800	371	1.8	2.5
	Otras Drogas	2.259	323	2.1	3.3

Variables Predictoras del Consumo en el Último Mes de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales

Se realizaron tres análisis de regresión logística con el propósito de identificar los predictores del consumo en el último mes de tabaco, alcohol y drogas, empleando como variables independientes: los estilos parentales, la percepción de los padres, el conflicto familiar, la satisfacción familiar, la autoestima y la depresión. Los modelos resultantes se muestran en la Tabla 19.

En el primer modelo, el consumo de alcohol en el último mes fue predicho por el consumo de tabaco (RM = 5.051) y la intensidad del conflicto con la madre (RM = .936).

El consumo de tabaco de los estudiantes en el último mes fue predicha por la presencia de los siguientes factores: autoestima, intensidad del conflicto con la madre y satisfacción familiar. La autoestima aumenta un .067 la probabilidad de consumir tabaco, mientras que la intensidad de conflicto con la madre lo hace en un .059. La satisfacción familiar protege a los estudiantes del consumo de tabaco.

De igual manera, el consumo de drogas en el último mes fue predicho por el consumo total de alcohol (RM = 1.129), el afecto

negativo (RM = 1.050), el estilo autorizativo paterno y el consumo de tabaco en el último mes.

Tabla 19
Predictores del consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el último mes

Criterio	Predictores	Razón de momios	IC AL 95% para Odds Ratios	
			Inferior	Superior
Consumo de alcohol	Consumo de tabaco en el último mes	5.051*	3.818	6.682
	Intensidad del conflicto con la madre	.936*	.916	.957
Consumo de tabaco	Autoestima	1.067**	1.018	1.120
	Intensidad del conflicto con la madre	1.059*	1.031	1.088
	Satisfacción familiar	.985***	.973	.997
Consumo de drogas	Consumo de tabaco en el último mes	1.986**	1.211	3.258
	Consumo total de alcohol	1.129*	1.094	1.165
	Estilo autorizativo del padre	1.057**	1.009	1.107
	Afecto negativo	1.050***	1.016	1.086

*p < 0.001, **p < 0.01, ***p < 0.05

Variables Predictoras del Consumo en el Último Mes de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales por Sexo

Adicionalmente, se encontraron distintos predictores por sexo para cada uno de los consumos como se puede observar en la Tabla 20.

El consumo de alcohol en el último mes en las mujeres fue predicho por el consumo de tabaco en el último mes (RM = 5.587) y la frecuencia de conflictos con el padre (RM = .923). En cambio, en los hombres, el consumo de tabaco en el último mes (RM = 4.088), junto con la intensidad de conflictos con el padre (RM = .955) predijeron el consumo de alcohol en el último mes.

En las mujeres, la intensidad del conflicto con la madre (RM = 1.105), la autoestima (RM = 1.068) y el estilo autorizativo paterno (RM = .961) predijeron el consumo de tabaco en el último mes, estas últimas aumentaron un .105 y el .068 la probabilidad del consumo de tabaco, en tanto que, el estilo autorizativo paterno fue el único predictor del consumo de tabaco en los hombres (RM = .934).

En las mujeres, el consumo total de alcohol (RM = .896) y el afecto negativo (RM = .912) predijeron el consumo de drogas ilegales. Por su parte, en los hombres los predictores del consumo de drogas ilegales fueron el consumo de tabaco en el último mes (RM = 3.388) y el consumo total de alcohol (RM = .880).

Tabla 20
Predictores por sexo del consumo de alcohol, tabaco y drogas
en el último mes.

Criterio	Predictores	Razón de momios	IC AL 95% para Odds Ratios	
			<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Consumo de alcohol				
Mujeres	Consumo de tabaco en el último mes.	5.587*	3.805	8.203
	Frecuencia de Conflictos Padre	.923*	.890	.958
Hombres	Consumo de tabaco en el último mes	4.088*	2.720	6.144
	Intensidad de Conflictos Padre	.955**	.925	.986
Consumo de tabaco				
Mujeres	Intensidad de conflictos con la madre	1.105*	1.065	1.145
	Autoestima	1.068***	1.006	1.134
	Estilo autorizativo paterno	.961***	.927	.997
Hombres	Estilo autorizativo paterno	.934*	.898	.971
Consumo de drogas ilegales				
Mujeres	Consumo total de alcohol	.896*	.860	.933
	Afecto negativo	.912**	.865	.962
Hombres	Consumo de tabaco en el último mes	3.388*	1.663	6.906
	Consumo total de alcohol	.880*	.840	.921

*p > 0.001, **p > 0.01, ***p > 0.05

Factores de Riesgo y de Protección de los Diferentes Consumos

De acuerdo con Pardo & Ruiz (2002), en contextos relacionados con la salud, podemos decir que las variables independientes cuya razón de Momios es mayor que 1 se les suele llamar factores de riesgo, mientras que a las variables independientes cuya razón de Momios es menor que 1 se les denomina factores de protección. De manera que, tomando en cuenta este criterio, los factores predictivos deberían ser clasificados como lo muestra la Tabla 21.

Tabla 21
Factores protectores y de riesgo para los diferentes consumos, general y por sexo

Consumos	Factores de Riesgo	Factores de Protección
General	Alcohol UM	Consumo de Tabaco UM
	Tabaco UM	Intensidad del Conflicto con la Madre
	Drogas Ilegales UM	Autoestima Intensidad Conflicto con la Madre
		Satisfacción Familiar
	Consumo de Tabaco UM Consumo T de Alcohol Estilo Autorizativo Paterno Afecto Negativo.	
Mujeres	Alcohol UM	Consumo de Tabaco UM
	Tabaco UM	Frecuencia de Conflictos con el Padre
	Drogas Ilegales UM	Intensidad Conflictos con la Madre Autoestima
		Estilo Autorizativo Paterno
		Consumo de Tabaco UM Afecto Negativo
Hombres	Alcohol UM	Consumo de Tabaco UM
	Tabaco UM	Intensidad de Conflictos con el Padre
	Drogas Ilegales UM	Consumo de Tabaco UM
		Estilo Autorizativo Paterno
		Consumo Total de Alcohol

*UM = una vez al mes

Los factores de riesgo encontrados pueden ser relativamente fáciles de explicar (ya sea desde las propias teorías e hipótesis del consumo de drogas, la etapa de desarrollo y la influencia familiar), lo mismo ocurre con algunos factores de protección como la Satisfacción Familiar y el Estilo Autorizativo Paterno, pero otros factores que resultaron de riesgo y protectores requieren de una revisión y un análisis más profundo, que se presentará en la discusión.

Variables Predictoras del Consumo Total de Alcohol

Dada la importancia en nuestra cultura del consumo de alcohol y su mayor frecuencia en esta muestra, se calcularon las correlaciones bivariadas de Pearson de las variables familiares (estilos parentales, percepción de los padres, conflicto familiar y satisfacción familiar), la autoestima y el afecto negativo con el consumo total de alcohol (véase Tabla 22).

En la tabla 22 se muestra que casi todas las variables familiares se asociaron significativamente con el consumo de alcohol, la autoestima y la depresión, excepto el estilo autoritario, tanto el paterno como el materno, cuya correlación con el consumo total de alcohol no fue significativa. Cabe señalar que, en general, las correlaciones aunque significativas fueron bajas y que se presentaron en la dirección esperada, a excepción de la correlación entre autoestima y consumo total de alcohol que no fue significativa.

También se observa que, de los estilos parentales, los estilos paterno autorizativo y materno negligente presentaron las correlaciones más altas con consumo total de alcohol, al mismo tiempo, la intensidad y la frecuencia de conflictos con el padre y con la madre mostraron las correlaciones más altas con el consumo de alcohol.

Adicionalmente, se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson entre la Ideación Suicida y el Consumo Total de Alcohol, el cual resultó significativo ($r = .130$, $p = .000$).

Tabla 22

Coeficientes de correlación de Pearson entre las variables familiares, autoestima, afecto negativo y consumo total de alcohol

	Autoestima	Afecto negativo	Consumo total alcohol
Estilo materno autorizativo	.262**	-.229**	-.087**
Estilo materno autoritario	-.142**	.194**	.014
Estilo materno negligente	-.223**	.290**	.102**
Percepción de la madre	.265**	-.317**	-.133 **
Frecuencia de conflicto con la madre	-.160**	.284**	.199**
Intensidad de conflicto con la madre	-.174**	.286**	.210**
Estilo paterno autorizativo	.258**	-.272**	-.107**
Estilo paterno autoritario	-.122**	.187**	.031
Estilo paterno negligente	-.238**	.322**	.097**
Percepción del padre	.244**	-.313**	-.102**
Frecuencia conflicto con el padre	-.123**	.252**	.202**
Intensidad conflicto con el padre	-.112**	.234**	.184**
Satisfacción familiar	.354**	-.411**	-.136**
Autoestima	1.00	-.562**	.026
Afecto negativo	-.526**	1.00	.076**
Consumo Total de Alcohol	.026	.076**	1.00

Variables Predictoras del Consumo Total de Alcohol por Sexo

En el análisis de los efectos de las variables personales y familiares sobre el Consumo Total de Alcohol femenino, la Intensidad de Conflictos con la Madre entró en el primer paso $R^2 = .069$, $F(1,638) = 47.095$, $p = .000$; en el segundo paso se añadió la Autoestima $R^2 = .075$, F incremental $(1,637) = 4.453$, $p = .035$. La proporción de varianza explicada fue 7.2%. A diferencia del análisis anterior, la Autoestima predice el consumo de las mujeres.

Finalmente, en el análisis para los hombres, se examinaron los efectos de las variables personales y familiares sobre el Consumo Total de Alcohol. El primer factor incluido en el análisis fue la Frecuencia del Conflicto con la Madre $R^2 = .066$, $F(1,585) = 41.373$, $p = .000$; seguido del Estilo Negligente Paterno $R^2 = .074$, F incremental $(1,584) = 5.192$, $p = .023$ (véase Tabla 23). La proporción de varianza explicada fue 7.1%. En el caso de los hombres una variable materna y una paterna se asocian al consumo de alcohol, pero además, los datos sugieren que la combinación de Estilos Negligente y Conflictos con la Madre es de riesgo para los jóvenes.

Tabla 23

Predictores, coeficientes de regresión estandarizados (β), probabilidades (p) y coeficientes de regresión múltiple (R^2) para el consumo total de alcohol general, así como en mujeres y en hombres

Criterio	Predictores	β	t	p	R^2
Consumo total alcohol	Intensidad de Conflictos con la Madre	.193	4.946	.000	073
	Ideación Suicida	.061	2.166	.030	
	Intensidad de Conflictos con el Padre	.079	2.052	.040	
Mujeres	Intensidad de Conflictos con la Madre	.280	7.175	.000	072
	Autoestima	.082	2.110	.035	
Hombres	Frecuencia de conflictos con la madre	.237	5.824	.000	071
	Estilo Negligente Paterno	.093	2.279	.023	

Ideación Suicida

Frecuencia de Ideación Suicida

Se determinaron las frecuencias de cada reactivo de Ideación suicida, en la muestra total y en hombres y mujeres. Algunos de los resultados más importantes son:

Del total de estudiantes, 80.5% no presentaron ninguna idea suicida la semana anterior al estudio, 19.5% presentó al menos una idea, 4.7% presentó una solo idea, y 3.4% presentó las ocho ideas (véase Tabla 24).

Se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de ideación suicida en hombres y mujeres. Los resultados indican que los porcentajes de las ideas suicidas en las mujeres son mayores que en los hombres, 24.5% y 14.1%, respectivamente. Además, el porcentaje de mujeres que presentó las ocho ideas fue 5.6%, mientras que el de los hombres fue solo 1.0% (véase Tabla 24).

Las diferencias de Ideación Suicida entre Hombres y Mujeres fueron significativas ($t = -5.485$, $p = .000$, media hombres = 15.91, media mujeres = 17.00).

Tabla 24
Frecuencias de quienes presentaron 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 u 8
ideas suicidas

Número de ideas	Total		Mujeres		Hombres	
	Frec. (F)	Porc. (%)	Frec. (F)	Porc. (%)	Frec. (F)	Porc. (%)
Ninguno	1143	80.5	550	75.5	589	85.9
1	67	4.7	39	5.4	27	3.9
2	36	2.5	19	2.6	17	2.5
3	50	3.5	34	4.7	16	2.3
4	20	1.4	13	1.8	7	1.0
5	18	1.3	8	1.1	10	1.5
6	19	1.3	15	2.1	4	0.6
7	18	1.3	9	1.2	9	1.3
8	48	3.4	41	5.6	7	1.0
De 1 a 8 ideas	276	19.5	178	24.5	97	14.1
Total	1419	100	728	100	686	100

El porcentaje del número de días en que se presentó cada una de las ocho ideas muestra que la ideación es un fenómeno de baja frecuencia en esta muestra, ya que el mayor porcentaje se presenta en el menor número de días; la idea que tuvo un mayor porcentaje fue la del reactivo 3 "tenía pensamientos sobre la muerte", mientras que la que tuvo el menor porcentaje fue la del reactivo 6 "pensé cuándo matarme". El reactivo tres es más general, mientras que el 6 refleja un plan de suicidio (véase Tabla 25).

Tabla 25

Porcentaje del número de días en que se presentaron cada una de las ideas

Número de ideas	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días
	(%)	(%)	(%)	(%)
1. No podía seguir adelante	80.5	12.5	4.0	3.0
2. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta (o)	81.2	11.1	4.0	3.7
3. Tenía pensamientos sobre la muerte	72.0	17.2	4.8	6.0
4. Pensé en matarme	89.5	6.1	2.0	2.4
5. Pensé cómo podría matarme.	88.4	6.9	2.5	2.3
6. Pensé cuándo matarme	91.6	4.6	1.6	2.2
7. Pensé que si hubiera tenido la oportunidad me hubiera matado	90.0	5.9	2.2	1.9
8. Pensé en las formas en que la gente se suicida.	82.6	10.9	3.0	3.5

Variables Predictoras de la Ideación Suicida general y por Sexo

La Tabla 26 muestra que todas las variables familiares tuvieron correlaciones de Pearson significativas con las puntuaciones de ideación suicida. El afecto negativo presentó la correlación más alta con la ideación suicida, seguida de la autoestima. También se observó que de los estilos parentales el negligente, tanto materno como paterno, presentó las correlaciones más altas con la ideación suicida. De todas las variables familiares, la satisfacción familiar y la frecuencia de conflictos con la madre tuvieron las correlaciones más altas con ideación suicida y fue en el sentido esperado, es decir, a mayor satisfacción familiar, menor ideación suicida y a mayor frecuencia de conflictos mayor ideación.

Tabla 26

Coefficientes de correlación de Pearson de las variables personales y familiares con la ideación suicida

Variabales familiares y personales	Ideación suicida
Estilo materno autorizativo	-.183**
Estilo materno autoritario	.195**
Estilo materno negligente	.241**
Percepción de la madre	-.258**
Frecuencia de conflicto con la madre	.267**
Intensidad de conflicto con la madre	.247**
Estilo paterno autorizativo	-.194**
Estilo paterno autoritario	.158**
Estilo paterno negligente	.221**
Percepción del padre	-.209**
Frecuencia conflicto con el padre	.187**
Intensidad conflicto con el padre	.165**
Satisfacción familiar	-.287**
Autoestima	-.444**
Afecto negativo	.587**

**p = .000

Posteriormente, se realizaron análisis de regresión múltiple por pasos para estimar la frecuencia de ideación suicida, a partir de las variables que correlacionaron con la ideación.

Con el propósito de incluir las variables familiares y a la autoestima y debido a que el Afecto Negativo está altamente correlacionado con la ideación suicida, se realizaron análisis de regresión múltiple por pasos excluyendo esta variable.

En el primer paso se incluyó la Intensidad de Conflictos con la Madre $R^2 = .057$, $F(1,1250) = 75.789$, $p = .000$; seguido del Estilo Negligente Materno $R^2 = .069$, F incremental $(1,1249) = 16.502$, $p = .000$; y en el tercer paso entró la Frecuencia de Conflicto con el Padre $R^2 = .079$, F incremental $(1,1248) = 12.452$, $p = .000$. La proporción de varianza explicada fue $R^2 = .076$ (véase Tabla 26). Los datos sugieren que los conflictos con ambos padres y los estilos parentales son las variables familiares (de las estudiadas aquí) de mayor importancia para predecir la Ideación Suicida en esta muestra de estudiantes.

El análisis de los efectos de las variables personales y familiares sobre la Ideación Suicida de las mujeres, muestra que en el primer paso entró la Intensidad de Conflictos con la Madre $R^2 = .067$, $F(1,644) = 46.018$, $p = .000$; en el segundo paso se añadió la Frecuencia de Conflictos con el Padre $R^2 = .082$, F incremental $(1,643) = 10.498$, $p = .001$; y en el tercer paso entró el Estilo Autoritario Paterno $R^2 = .090$, F incremental $(1,642) = 5.531$, $p = .019$. La proporción de varianza explicada fue 8.5%. Nuevamente, dos variables paternas y una materna se asocian a la problemática de las hijas.

El análisis de los efectos de las variables personales y familiares sobre la Ideación Suicida de los hombres, incluyó en el primer paso el Estilo Negligente Paterno, $R^2 = .054$, $F(1,587) = 33.384$, $p = .000$; y la Frecuencia de Conflictos con la Madre, $R^2 = .084$, F incremental $(1,586) = 19.375$, $p = .000$. La proporción de varianza explicada fue 8.1% (véase Tabla 27).

Tabla 27

Predictores, coeficientes de regresión estandarizados (β), probabilidades (p) y coeficientes de regresión múltiple (R2) para ideación suicida general, y por sexo

Criterio	Predictores	β	t	p	R2
Ideación suicida	Intensidad de	146	4.387	.000	.076
	Conflictos con la				
	Madre				
	Estilo Negligente	111	3.931	.000	
Ideación Suicida en mujeres	Materno				.085
	Frecuencia de	116	3.529	.000	
	Conflictos con el				
	Padre				
Ideación Suicida en hombres	Frecuencia de	194	4.633	.000	.081
	Conflictos con la				
	Madre				
	Estilo Negligente	.115	2.969	.003	
Ideación Suicida en mujeres	Paterno				.085
	Estilo Autoritario	.098	2.352	.019	
	Materno				
	Estilo Negligente	.194	4.798	.000	
Ideación Suicida en hombres	Paterno				.081
	Frecuencia de	.178	4.402	.000	
	Conflictos con la				
	Madre				

En síntesis, los resultados muestran que el consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida es más elevado que el de drogas ilegales; el tabaco es la droga con la edad de inicio más temprano seguido del alcohol; no se encontraron diferencias por sexo en el consumo de alcohol y tabaco, lo cual corrobora el incremento en el consumo femenino en nuestro país; y aunque más mujeres se emborracharon por lo menos una vez en el último año, más hombres lo hicieron diariamente en el último año.

El consumo de drogas ilegales es bajo en esta muestra de jóvenes, se da pocos días y en su mayoría es experimental; la droga

ilegal de mayor consumo es la marihuana; hay diferencias por sexo en cuanto a las drogas consumidas, el consumo experimental de marihuana, inhalables y otras drogas es mayor en los hombres, mientras que el consumo de cocaína y tranquilizantes es mayor en las mujeres. En general, hay más hombres que mujeres con consumo alto.

Más variables familiares participan en el consumo de alcohol y tabaco, junto con la autoestima, pero en el consumo de drogas ilegales, los consumos previos de tabaco y alcohol son más importantes, así como el afecto negativo

Los resultados, tanto de consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales e ideación suicida, muestran que los factores familiares se asocian consistentemente a estas variables, aunque en el caso del consumo de sustancias, además participan los consumos de tabaco y alcohol. Cabe mencionar que la Ideación Suicida no entró en ninguno de los análisis de regresión del consumo de drogas.

Por su parte, la ideación suicida es un fenómeno que puede estar presente en la vida de los jóvenes, que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres y que hay diferentes aspectos personales y familiares que la predicen.

Dos variables familiares destacan en la Ideación Suicida, los conflictos con ambos padres y los estilos parentales, específicamente el Negligente y el Autoritario. Estas variables, en conjunto, se configuran como factores que ponen en riesgo a los jóvenes.

Finalmente, el papel de la autoestima, el afecto negativo, los estilos parentales y de los conflictos con la familia como predictores del consumo de drogas legales e ilegales y de la ideación suicida, señalan la importancia de reconocer la influencia de este agente de socialización en la promoción de comportamientos de salud y de riesgo de adolescentes escolarizados.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

Consumo de Alcohol y Tabaco

La hipótesis de que los consumos de alcohol y tabaco, en esta muestra de estudiantes de bachillerato, serían bajos por tratarse de una población protegida por la escuela, se confirmó parcialmente. En primer lugar, aunque la frecuencia de consumo de ambas drogas fue alta, de acuerdo con los indicadores: alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, el patrón de consumo fue bajo, sobre todo cuando se consideran otros indicadores como el número de días, la frecuencia de emborracharse o de fumar diario y el número de cigarrillos fumados diariamente, ya que estos indicadores muestran que el mayor consumo se presentó el menor número de días y que emborracharse y fumar diario tuvo una frecuencia muy baja. Por lo tanto, la hipótesis se sostiene solo en lo referente al patrón de consumo.

Por otro lado, los datos del consumo de drogas legales e ilegales en esta muestra confirman los encontrados en diversas encuestas. Los estudiantes tienen un mayor consumo de drogas legales, comparado con el consumo de drogas ilegales. El consumo actual (último mes) es más bajo que el consumo alguna vez en la vida y el del último año en todos los casos.

La droga de mayor consumo es el alcohol, seguida del tabaco, aunque su consumo es de baja frecuencia (pocos días). Son pocos los jóvenes que beben hasta emborracharse y menos quienes lo hacen consuetudinariamente, también son muy pocos los jóvenes que fuman diario y menos aún quienes consumen hasta 20 cigarrillos al día.

De acuerdo a la frecuencia de consumo alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes, por número de días de consumo, el orden de mayor consumo es alcohol y después tabaco, excepto en la opción de 20 días o más, y por edad de inicio en donde el tabaco pasa al primer lugar.

Los resultados del mayor consumo de alcohol y tabaco se explican, principalmente, por la mayor tolerancia social hacia estas drogas (Valdés-Salgado, et al., 2004), ya que, en nuestra cultura,

ambas son drogas socialmente aceptadas, que tienen un carácter legal y son de fácil adquisición.

Al mismo tiempo, es importante considerar que en la adolescencia, etapa de desarrollo en la que se encuentran los estudiantes de nivel bachillerato, el consumo de alcohol y tabaco se relaciona con la pertenencia y aceptación del grupo de pares (Calleja, 2009; Tapia-Conyer et al., 1990).

Adicionalmente, en nuestra cultura el consumo de alcohol se considera un elemento importante para el paso a la edad adulta y la adolescencia se vive en un ambiente "húmedo" (Medina-Mora, et al., 2001), o en palabras de Espada, et al (2003) los jóvenes usan su tiempo libre para beber, conformando lo que estos autores denominan una "cultura alcohólica".

Asimismo, el porcentaje de no consumo de alcohol de esta muestra de estudiantes es menor al encontrado en las Encuestas de Estudiantes de 1997 y de 2003, (Villatoro, et al., 1999 y Villatoro, et al., 2005), e incluso al reportado a nivel nacional en el grupo de jóvenes (Medina-Mora, et al., 2001), aunque dada la tendencia al incremento en el consumo reportados en la ENA, 2008, (INSP, 2009) la diferencia podría ser explicada por los distintos momentos en que se recogieron los datos. Sin embargo, el hecho de que este estudio fue llevado a cabo con estudiantes y que, de acuerdo con las investigaciones sobre consumo de drogas la escuela es un factor de protección (Medina-Mora, et al., 2001; Villatoro, et al., 2005), el porcentaje bajo de no consumo de alcohol, podría indicar que la escuela está perdiendo su papel de factor protector para este consumo.

Edad de Inicio del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales

La edad de inicio del consumo de alcohol en la muestra de este trabajo fue menor a la reportada en estudiantes por Mora y Natera (2001) y Mora, et al. (2005). Incluso fue menor que la obtenida en muestras de estudiantes de nivel bachillerato, que incluyeron a la población del plantel, pero que correspondieron a generaciones anteriores (Alfaro, et al., 2001 y Ponce de León, et al., 2000). Ello parece indicar que la edad de inicio de este consumo sigue disminuyendo.

La menor edad de inicio del consumo de tabaco encontrada en este trabajo, respecto a las demás drogas, está de acuerdo con el Informe del Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco (2003), que menciona una tendencia esperada en los países en desarrollo de un inicio cada vez más temprano.

Este hecho es relevante porque el inicio temprano es un factor de riesgo para la dependencia a la nicotina (Soria-Esojo, et al., 2005) y disminuye las probabilidades de abandonarlo en la edad adulta (Caraballo y Lee, 2004). Además, el inicio temprano del consumo de tabaco se asocia a una mayor experimentación con otras sustancias (Everett, et al., 1998).

Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol iniciaron antes que el consumo de drogas ilegales, lo cual apoya la suposición de que éstas son sustancias de entrada, cuyo consumo inicia a una edad más temprana. Es decir, los estudiantes prueban primero tabaco y alcohol y luego pasan a experimentar con drogas ilegales (Espada, et al., 2003; Herrera, et al., 2004; Mariño y Medina-Mora, 2000; Medina-Mora, Mariño, et al., 1992; Villatoro, et al., 2005).

Diferencias en el Consumo de Alcohol y Tabaco por Sexo

La hipótesis de que no existen diferencias en la frecuencia de consumo de alcohol y tabaco entre mujeres y hombres, debido a la tendencia del incremento del consumo femenino, se ratifica parcialmente, ya que no se encontraron diferencias por sexo en el consumo alguna vez en la vida y en el último año de alcohol y tabaco.

Esta ausencia de diferencias entre hombres y mujeres confirma el incremento del consumo femenino, y marca una tendencia que fue nombrada "tendencia hacia el emparejamiento", encontrada desde 2000 por Villatoro, et al., (2002) y ratificada en el 2003 por Villatoro, et al., (2005), de manera que el porcentaje del consumo de estas drogas legales es casi el mismo en hombres y mujeres estudiantes de la Cd. de México.

La inserción de la mujer en la cultura alcohólica puede ser explicada por el cambio en los roles de las mujeres jóvenes, la mayor disponibilidad de recursos económicos, una mayor educación y vivir en un ambiente urbano (Medina-Mora, 2002).

No obstante, el aumento del consumo femenino de alcohol, hay algunas diferencias importantes, mientras que, más mujeres se emborracharon por lo menos una vez en el último año, más hombres lo hicieron una o dos veces en la última semana, algunos hombres se emborracharon diariamente y ninguna mujer lo hizo diario, lo cual señala que las diferencias persisten en las características del consumo, y podría ser explicado por el mayor estigma social hacia la mujer alcohólica (Del Pozo, 2005).

En el caso del tabaco no se perciben estas diferencias, el consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes es muy parejo, igual que el consumo diario y el número de cigarrillos que mujeres y hombres fuman diariamente.

Estos resultados representan un incremento en el consumo femenino de tabaco y está de acuerdo con la mayor participación de mujeres fumadoras que se espera en los países en desarrollo, de acuerdo a las tendencias señaladas por el Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco en su Informe 2003.

Además, la importancia de este aumento cobra sentido cuando se analizan las consecuencias para la salud, pues se sabe que las mujeres son más vulnerables que los hombres a los efectos nocivos del tabaco (Calleja, 2009).

Consumo de Drogas Ilegales

Se confirmó la hipótesis de que los patrones de consumo de drogas ilegales, en esta muestra de estudiantes de bachillerato, serían mayoritariamente experimentales y de baja frecuencia por tratarse de una población protegida por la escuela.

Los resultados de un consumo experimental de drogas ilegales apoya la afirmación de que la escuela es un factor de protección para el consumo de drogas, por lo que a pesar de que el consumo alguna vez en la vida ha aumentado su frecuencia es baja (Medina-Mora, et al., 2003; Villatoro, 1994; Villatoro, et al., 1999; Villatoro, et al., 2002; Villatoro, et al., 2005; Wagner, et al., 2003).

Los resultados muestran que la droga ilegal de mayor consumo fue la marihuana, de acuerdo con el consumo alguna vez en la vida, en el

último año, el último mes y el tipo de consumo, seguida de los tranquilizantes y, al último, las anfetaminas.

Respecto al orden de consumo de drogas ilegales por número de días, los inhalables estuvieron en primer lugar, mientras que, considerando la edad de inicio el consumo de tranquilizantes inició más tempranamente y la marihuana tuvo el inicio más tardío.

Este orden (alcohol, tabaco y marihuana) que se repite a través de distintos indicadores, concuerda con resultados de estudios anteriores en población estudiantil (Hernández & Lozada, s/f; Medina-Mora et al., 1993; Villatoro, et al., 2002 y Villatoro, et al., 2005; Villatoro, et al., 2007) y se mantiene tanto en el consumo masculino como en el femenino.

Diferencias en el Consumo de Drogas Ilegales por Sexo

La hipótesis de diferencias en la frecuencia de consumo de drogas ilegales entre hombres y mujeres, en donde los hombres presentarán una mayor frecuencia de consumo se confirma en este trabajo.

Respecto al consumo alguna vez en la vida de drogas ilegales por sexo, se encontró que las drogas de mayor consumo masculino fueron marihuana, inhalables y otras drogas. Estos resultados son semejantes a los obtenidos en las encuestas de estudiantes de 1993 (Medina-Mora, 1993), 1997 (Villatoro, et al., 1999), 2000 (Villatoro, et al., 2002) y 2003 (Villatoro, et al., 2005).

Por su parte, las mujeres tuvieron un mayor consumo alguna vez en la vida de cocaína, y tranquilizantes; mientras que el consumo femenino de tranquilizantes fue mayor en el último año y en el último mes.

El consumo experimental de cocaína, inhalables y otras drogas fue mayor en los hombres, mientras que el consumo de marihuana, tranquilizantes y anfetaminas fue mayor en las mujeres; el consumo moderado fue mayor en los hombres, excepto el consumo de tranquilizantes y anfetaminas; y, en general, hubo más hombres que mujeres con consumo alto.

El mayor consumo masculino de drogas ilícitas se puede explicar por las expectativas sociales de su rol de sexo: a los hombres se les

permite tener ciertos excesos, de manera que los miembros del sexo femenino que tienen un consumo fuerte de este tipo de drogas son estigmatizadas y rechazadas tanto por la familia como por la sociedad, lo cual crea una barrera social que las protege (Medina-Mora, 2002).

Por otro lado, el mayor consumo de tranquilizantes en las mujeres está de acuerdo con lo reportado por Medina-Mora (2001) de que ser mujer es un factor de riesgo para el uso de drogas médicas, categoría en la que se ubican los tranquilizantes. Asimismo, el mayor uso de drogas médicas por esta población puede ser explicada por situaciones de abuso sexual, depresión, ideación suicida, estrés y deserción escolar, como sugirieron Romero-Mendoza y Díaz-Martínez (2002), además de la mayor presencia de trastornos de la alimentación

Respecto a las diferencias por turno escolar, el mayor consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables en el turno vespertino lo señalan como de mayor riesgo para el consumo de drogas legales e ilegales. Además, el mayor consumo de tabaco en el turno vespertino es similar a lo encontrado por Nuño, et al. (2005) en una preparatoria en Guadalajara.

Factores Asociados al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en el Último Mes y al Consumo Total de Alcohol

La hipótesis de que los consumos de alcohol, tabaco y drogas ilegales de estudiantes de bachillerato, pueden ser predichos por variables personales (la autoestima y el afecto negativo) y familiares (estilos parentales, conflicto familiar, percepción de los padres y satisfacción familiar) fue apoyada en este trabajo, ya que se encontraron predictores específicos del consumo de cada droga, de acuerdo a lo planteado en la literatura (Moncada, 1997).

En primer lugar, el Consumo de Alcohol en el último mes fue predicho por el consumo de tabaco en el último mes y la intensidad del conflicto con la madre. Lo anterior concuerda con investigaciones que reportan que quienes fuman tienden a beber alcohol (Diez, Barniol, Nebot, Juárez, Martín y Villalbí, 1998) y con el señalamiento de que el inicio temprano en el consumo del tabaco se asocia a una mayor experimentación con otras sustancias (Grupo Interinstitucional sobre Estudios del Tabaco, 2003), además apoya la hipótesis del consumo de tabaco como puerta de entrada al consumo de otras drogas. Por su

parte, la importancia de los conflictos con la madre para diversas conductas de ajuste, ya había sido mencionada por Shek (2005) y la relación del conflicto familiar con el consumo de alcohol fue reportada por Oropeza, Chaparro y Ayala (2001).

En segundo lugar, el Consumo de Tabaco en el último mes, fue predicho por la autoestima (un factor personal), la intensidad del conflicto con la madre y la satisfacción familiar (factores familiares).

El modelo muestra que la autoestima positiva se relaciona con un mayor riesgo de consumir tabaco, hecho que podría explicarse por las expectativas de los jóvenes relacionadas con sensaciones placenteras de poder y sociabilidad, además de ser un elemento que se comparte cuando los jóvenes están juntos y se divierten. La autoestima es probablemente un factor cuya influencia en este consumo es más marcada en la adolescencia y pierde su poder en la edad adulta (Moncada, 1997), debido a que se asocia con la necesidad de adquirir una identidad y un estatus de adulto (Mora, et al., 2005), para lo cual se requiere la aceptación de los pares.

Sin embargo, otra posible explicación podría encontrarse en la forma de medir la autoestima, en este trabajo se obtuvo una medida general a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg, versus diferentes dimensiones de la autoestima proporcionadas por otros instrumentos (como la Multidimensional Self esteem Escala, de García y Musitu) que muestran que determinadas dimensiones de la autoestima se asocian diferencialmente con ciertas variables como los estilos parentales (Martínez & García, 2007) e incluso con el consumo de tabaco (Olivari & Barra, 2005).

Respecto a las variables familiares que resultaron predictoras de este consumo, los resultados sugieren que si los y las jóvenes perciben fuertes conflictos con su madre y se sienten poco satisfechos con su familia tendrán mayor riesgo de consumir tabaco. Para entender el papel de los conflictos con los padres, hay que tener presente que se trata de adolescentes en búsqueda de una identidad, para lo cual requieren una transformación de sus relaciones familiares y una reafirmación de su independencia que en el contexto de la escolarización es muy limitada. Además, estos resultados apoyan la idea de que la satisfacción familiar es un recurso de apoyo que

emplean los jóvenes para enfrentar diferentes problemas (Musitu, et al., 2001) ya que cuando no se sienten satisfechos con la familia los problemas pueden aumentar.

En tercer lugar, el Consumo de Drogas Ilegales fue predicho por los consumos de tabaco y alcohol, el estilo autoritativo paterno y el afecto negativo. Cabe resaltar la importancia del consumo de tabaco y alcohol como predictores del consumo de drogas ilegales, lo cual apoya la hipótesis de la escalada en el consumo de drogas (Becoña, 2002) que señala que ambas son drogas de entrada, por lo que constituyen un riesgo importante en la conducta de consumo de los jóvenes, asimismo, este resultado apunta hacia la necesidad de prevenir el consumo de alcohol y tabaco para, a su vez, prevenir el consumo de las drogas ilegales.

Por su parte, el afecto negativo destaca como predictor del consumo de drogas ilegales en el último mes, relación que ya había sido reportada (Arellanez, et al., 2004; Córdova, 2000; González, et al., 2005; Medina-Mora, et al., 2001; Romero-Mendoza & Díaz-Martínez, 2002) y que sugiere que el consumo de drogas ilegales está asociado a problemas más graves y a un mayor riesgo. Al respecto, Moncada (1997) supone que a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo, como sería el uso de drogas ilegales, los factores de riesgo son más peligrosos.

En cuarto lugar, el Consumo Total de Alcohol fue predicho por Intensidad de Conflictos con la Madre, Ideación Suicida e Intensidad de Conflictos con el Padre, lo cual sugiere que este es un indicador de un consumo de mayor riesgo que el Consumo de Alcohol en el último mes, por lo que a diferencia de éste se asocia a Conflictos con ambos padres, no solo con la Madre y con Ideación Suicida. Esta asociación apunta hacia una estructura de riesgo, según la cual el consumo de drogas estaría covariando con la ideación suicida.

Factores asociados al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en el último mes y de Consumo Total de Alcohol por Sexo

La hipótesis sobre la existencia de diferentes predictores personales y familiares para los consumos masculino y femenino de alcohol, tabaco y drogas ilegales se sostiene en este trabajo.

En primer lugar, ambos Consumos de Alcohol en el último mes (femenino y masculino) fueron predichos por el Consumo de Tabaco en el último mes, la diferencia fue que la Frecuencia de Conflictos con el Padre predijo el consumo femenino, mientras que la Intensidad de Conflictos con el Padre predijo el masculino. La relevancia del consumo de tabaco como predictor del consumo de alcohol ya había sido explicada en párrafos anteriores, lo que aquí destaca es que las hijas que consumen alcohol tienen más problemas con sus padres, mientras que los problemas de los hijos con ellos son de mayor intensidad. La importancia de la influencia paterna ha sido reconocida por Shek (2002), entre otros autores.

En segundo lugar, la Intensidad de Conflictos con la Madre, la Autoestima y el Estilo Autorizativo Paterno fueron los predictores femeninos del Consumo de Tabaco, mientras que el Estilo Autorizativo Paterno fue el único predictor en el caso de los hombres. En el consumo femenino se advierte una mayor importancia familiar pues dos variables se le asocian (una materna y una paterna), además sobresale la participación de la autoestima.

Esto último puede ser explicado porque, de acuerdo con Buri et al. (1988), la autoestima de las mujeres depende en mayor medida de la autoridad parental ejercida en el hogar, en este caso la autorizativa. Dos razones adicionales podría ser que el consumo se produce en el contexto de la búsqueda de identidad, en la que ellas quieren mostrarse más atractivas, sexys, más libres y con mayor poder (comparten la creencia de que las chicas que fuman tienen una apariencia física atractiva y son populares) y en su necesidad de ser aceptadas y aprobadas por sus pares, ambos factores se consideran de riesgo para el consumo femenino (Díaz-Barriga, Lovaco & Chávez, 2006).

En tercer lugar, el Consumo de Drogas Ilegales fue predicho por el Consumo de Alcohol y el Afecto Negativo en el caso de las mujeres, mientras que los Consumos de Tabaco y Alcohol predijeron el consumo de los hombres. Ambos modelos apoyan la hipótesis de la escalada, pero, en el primero destaca, además, el Afecto Negativo como predictor del consumo femenino. El hecho de que el Afecto Negativo se asocie al Consumo de Drogas Ilegales e Ideación Suicida sugiere que hay relaciones (aunque sean indirectas) entre estas variables, además apoya la idea de que los estereotipos de género protegen a las mujeres

de la adicción a estas sustancias, pero que actúan como aceleradores una vez que ellas avanzan en su consumo (Del Pozo, 2005), haciéndolas experimentar sensaciones de soledad y tristeza.

En cuarto lugar, el Consumo Total de Alcohol femenino fue predicho por la Intensidad de Conflictos con la Madre y la Autoestima, mientras que el masculino fue predicho por la Frecuencia de Conflictos con la Madre y el Estilo Negligente Paterno. Las diferencias en estos modelos señalan la influencia diferencial de los conflictos con la madre, ya que la intensidad de los conflictos afecta el consumo de las hijas y la frecuencia el de los hijos. Esto parece indicar que los conflictos con el padre del mismo sexo tienen más intensidad, ya que el mismo patrón se presentó en el Consumo de alcohol en el último mes, en donde la frecuencia de conflictos con el padre se asoció al consumo de alcohol femenino, pero la intensidad de los conflictos con él se relacionó con el consumo masculino. Shek (2005) señaló que para comprender la influencia de los padres hay que tomar en consideración el sexo de hijos y padres, como se muestra aquí.

Adicionalmente, la combinación de Conflictos con la madre y Negligencia del padre, deja al hijo varón sin apoyo; mientras que la combinación de Intensidad de Conflictos con la madre y la participación de la Autoestima nos conduce nuevamente a ubicar este consumo en el contexto de desarrollo de la joven que busca separarse de sus padres (y por ello pelea con ellos) y ser aceptada por sus compañeros y amigos, a través de lo cual confirma su autoestima y construye su identidad.

En síntesis, las principales diferencias en los predictores del consumo por sexo fueron: en el caso femenino, una mayor cantidad de predictores (9 vs 7), diferentes predictores familiares y la participación de variables personales (autoestima y afecto negativo), mientras que en el caso masculino se observó una mayor importancia del consumo de tabaco y alcohol para predecir sus consumos de alcohol y drogas ilegales.

Las principales variables familiares relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas fueron los estilos paternos autorizativo y negligente y los conflictos con la madre y con el padre. La satisfacción familiar sólo participó en el consumo de tabaco en el

último mes, mientras que la percepción de los padres no fue relevante para predecir ninguno de estos consumos (a pesar de que se asoció significativamente con el Consumo Total de Alcohol). Cabe resaltar que, de las variables familiares, solamente el estilo autorizativo paterno se relaciona con el consumo de drogas ilegales que podría considerarse un consumo más problemático.

Sin embargo, para comprender el papel de las variables Percepción de los Padres, Satisfacción Familiar y el Estilo Parental Autoritario, sería necesario analizar las relaciones directas e indirectas de estas variables con los diferentes consumos estimados, pues se sabe que la influencia de la familia es mucho más compleja (Shek, 2005).

La relación de mayor autoestima con mayor consumo había sido reportado en el consumo de alcohol en hombres (Alfaro et al., 2001; Ponce de León, et al., 2000), pero no para el de tabaco y menos en mujeres, lo cual podría indicar un cambio en los roles sociales de las mujeres jóvenes, además de una percepción de riesgo más baja para el consumo de tabaco de las jóvenes y una mayor tolerancia social hacia este consumo (Villatoro, et al., 2005). De igual forma, la necesidad de ser aprobada por el grupo de pares, unidos a la búsqueda de una identidad asociada a estereotipos de juventud (libertad, rebeldía, toma de riesgos, búsqueda de placer, mayor poder, etc.) podrían en parte explicar este resultado.

Sin embargo, hay que señalar que la relación de autoestima y consumo de tabaco y alcohol es contraria a la reportada en la mayoría de las investigaciones, para las cuales la menor autoestima se asocia a un mayor consumo de alcohol y tabaco, tanto para hombres como para mujeres (López et al., 1996; Villatoro, et al., 1999). No obstante, algunos trabajos reportan relaciones inversas o por lo menos no claras entre la autoestima y el consumo de tabaco (Olivari & Barra, 2005).

La mayor participación de los consumos de alcohol y tabaco confirma el papel de estas drogas como entrada para el consumo de drogas ilegales (Espada, et al., 2003; Herrera, et al., 2004; Mariño y Medina-Mora, 2000; Medina-Mora, Mariño, et al., 1992; Villatoro, et al., 2005), con especial énfasis en el consumo masculino.

Finalmente, hay que señalar que el coeficiente de determinación de los diferentes modelos fue bajo, lo cual indica que a pesar de que

estas variables participan en la predicción de cada consumo, hay otros factores que intervienen. Seguramente, por la etapa de desarrollo de los jóvenes la influencia de los pares, las creencias y expectativas sobre los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas, las intenciones de consumo, las normas paternas, la mayor permisividad familiar y social, la rebeldía, la toma de riesgos, la búsqueda de placer, la historia familiar de consumo, entre otros aspectos, contribuyen a explicar el consumo de las diferentes drogas.

Los Factores de Riesgo y de Protección

Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de iniciar el consumo de drogas, o de transitar a un nivel de mayor implicación con las mismas. Los factores de protección, por su parte, inhiben, reducen o atenúan la probabilidad de iniciar esta conducta o de transitar a la adicción.

Los factores de riesgo o protección no actúan aislados, sino que conjuntamente (pero no de manera aditiva) aumentan o disminuyen la probabilidad de ocurrencia del consumo. La forma en que se relacionan estos factores es compleja y depende de su combinación (o interrelación), de las normas relacionadas con la edad, de la fase de implicación en el consumo, del sexo, entre otros aspectos.

Por lo anterior, los modelos obtenidos en este trabajo, a partir de las regresiones logísticas, muestran factores de riesgo y de protección específicos para cada consumo y para cada sexo. De manera que, un factor que en un consumo aparece como de riesgo, para otro consumo funciona como factor de protección. Si consideramos los contextos en que estos consumos se producen: la adolescencia extendida, el género, la escolarización, el medio urbano y aún la época, entonces podremos comprender mejor esta situación.

Por ejemplo, los Conflictos con el Padre resultaron ser factores de protección para el Consumo de Alcohol en el último mes, tanto para hombres como para mujeres, lo cual parece contradecir la suposición de que los conflictos tienen un efecto negativo en la conducta de hijos e hijas, sin embargo, Steinberg (1990) señala que los conflictos pueden ejercer un efecto positivo sobre las relaciones familiares, mientras que para Motrico, et al., (2001) el significado de los conflictos

depende, en parte, de la calidad de las relaciones entre padres e hijos/as, es decir, si las relaciones son afectuosas y de respeto, entonces los conflictos tendrán un efecto benéfico, pero si se caracterizan por falta de comunicación, cohesión, calidez, etc., entonces sus resultados serán adversos.

En este contexto, el que el Padre tenga discusiones con sus hijos e hijas que ya consumen tabaco los protege de iniciar el consumo de alcohol, aunque los hijos varones necesitan de discusiones más fuertes.

Con relación a los Conflictos con la Madre, se encontró que la Intensidad de los Conflictos es un factor de riesgo para el Consumo general de Tabaco, y para este mismo consumo en mujeres, pero también es un factor de protección para el Consumo general de Alcohol en el último mes. En el caso del consumo de tabaco, que constituye el primer contacto con las drogas para muchos de los adolescentes, esta variable constituye un factor de riesgo, pero para el consumo de alcohol el hecho de que la madre discuta intensamente con sus hijos e hijas que ya fuman los protege de consumir alcohol.

En el caso del Estilo Autorizativo Paterno, este trabajo muestra que es un factor protector del Consumo de Tabaco, tanto para mujeres como para hombres, pero es un factor de riesgo para el Consumo general de Drogas Ilegales. Visto de manera aislada este último resultado entra en contradicción con la investigación sobre los Estilos Parentales que considera al Estilo Autorizativo como un factor de protección y al Negligente como un factor de riesgo para el consumo de diversas drogas (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001; Baumrind, 1991; Musitu, et al., 2001; Steinberg, Lamborn, et al., 1994; Weiss & Schwarz, 1996). Sin embargo, la investigación transcultural señala que los estilos no tienen el mismo significado y consecuencias en las diferentes culturas (Chao, 1994, 2001; Claes, et al., 2003; Dwary & Menshar, 2006; Martínez & García, 2007).

Por lo cual, cuando se analiza la participación del Estilo Autorizativo como factor de riesgo junto con los otros factores que predicen el Consumo de Droga Ilegales, se observa que si el o la joven ya consume tabaco y alcohol y tiene un ánimo deprimido (afecto negativo), quizá necesita un padre que ejerza su autoridad firme y tome decisiones (autoritario) y no uno que negocie con los hijos

(autorizativo). El autoritarismo podría percibirse como un cuidado especial de los padres hacia los hijos, sobre todo si consideramos que en nuestra cultura se espera que los padres cuiden y protejan a sus hijos, mientras que un padre autorizativo podría no ser efectivo en este contexto.

En cualquier caso, lo que este trabajo muestra es que no existen factores que siempre sean de riesgo o de protección, sino que tal carácter va a depender de la muestra específica (estudiantes, población general), del sexo, o de las otras variables predictoras, también puede depender del tipo de droga (legales o ilegales) o del tipo de consumo (experimental, moderado, alto).

Por lo anterior, es necesario investigar en cada población de interés cuáles son los factores de riesgo y protección específicos asociados al consumo de cada sustancia para estar en posibilidades de plantear propuestas de prevención o intervención.

Otra posibilidad es estudiar los factores de riesgo o de protección, a partir de comparar los factores asociados con el consumo versus el no consumo, como lo hacen diversos autores (Martínez & Robles, 2001; Nuño, et al., 2008; Olivari & Barra, 2005; Soria-Esojo, et al., 2005).

Ideación Suicida

Frecuencias de Ideación Suicida

Se confirma la hipótesis de que la frecuencia de ideación suicida en esta muestra de estudiantes, es baja por tratarse de una población protegida por la escuela, ya que se encontró una mayor frecuencia de casos sin ideación, y cuando ésta estuvo presente quienes contestaron afirmativamente a un solo reactivo constituyeron el mayor porcentaje, lo cual corrobora lo encontrado por Medina-Mora, et al (1994). Asimismo, hubo pocos casos que presentaron 8 ideas sobre su propia muerte.

Estimar la frecuencia de Ideación Suicida es relevante debido a que la Conducta Suicida se ha incrementado en la población de jóvenes y se sabe que la Ideación Suicida precede en muchos casos al intento suicida y éste es un predictor importante del suicidio consumado (De

Wilde, 2000), es decir, la Ideación forma parte de un continuo que va incrementando su severidad que comienza con pensamientos inespecíficos sobre la muerte y termina con ideas concretas y un plan (Bonner & Rich, 1987).

La ideación suicida por sí sola podría no significar más que una forma que emplean los adolescentes de afrontar los problemas estresantes y los cambios en la vida (Monroy, 2005), pero acompañada de otras variables se constituye en un mayor riesgo para el intento o para la consumación del acto suicida.

De hecho en el campo de la salud, se ha estudiado la comorbilidad del suicidio con enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, intentos previos de suicidio, historia familiar de suicidio, otras exposiciones a conducta suicida, trastornos alimentarios, trastornos de ansiedad y depresión. Esta última parece ser el factor más importante asociado al intento, a su repetición y, por lo tanto, al riesgo de consumir el suicidio (Hawton, et al., 1999).

En el ámbito psicosocial se considera que diversas conductas de riesgo pueden aparecer juntas configurando un estilo de vida (Jessor, 1991), es decir, están asociadas, de manera que presentar una conducta aumenta las probabilidades de involucrarse en otras conductas.

Diferencias en la Frecuencia de Ideación Suicida por Sexo

La hipótesis de la existencia de diferencias en la frecuencia de ideación suicida entre hombres y mujeres: en donde las mujeres tienen una mayor frecuencia de ideación fue constatada, de acuerdo con lo reportado en la literatura (Cantor, 2000; Rivera, 2000).

Estos resultados concuerdan con la mayor ideación suicida de las mujeres, estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, encontrada por González-Forteza, et al. (2001) y por Jiménez, et al. (2000), así como por Medina-Mora, et al. (1994) en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal, diferencia que también estuvo presente en estudiantes universitarios que asistieron al servicio de psiquiatría, reportada por González, et al. (2000) y en adolescentes chinos (Wong, et al., 2002).

Además, las mujeres pueden llegar a tener mayor intento, pero no necesariamente llegan al suicidio consumado, a diferencia de los hombres (Cantor, 2000; Grotevant, 1998; y Rivera, 2000).

La mayor frecuencia de ideación suicida en las mujeres, puede estar relacionada con mayor depresión, la mayor depresión femenina comparada con la masculina se ha constatado en múltiples estudios y revisiones sobre el tema (Moreno & Medina-Mora, 2008). De hecho, la correlación entre afecto negativo e ideación suicida encontrada en este trabajo fue la más alta, comparado con las correlaciones entre Ideación Suicida y las otras variables.

Adicionalmente, la explicación de estas diferencias requiere de un enfoque de género desde el cual se debe desentrañar la construcción social de los malestares femeninos y masculinos, porque la concepción de que hay problemas emocionales femeninos crea un estigma que dificulta la aceptación masculina de estos malestares (Fleiz, 2010) e interfiere en la concepción de los mismos, las formas de evaluarlos, los diagnósticos y, por supuesto, en su interpretación.

Esta autora trabajó con el ánimo depresivo en los hombres y considera que es necesario profundizar en la comprensión de la forma en que los hombres viven, manifiestan y enfrentan este malestar. Estas afirmaciones podrían ser aplicadas a la Ideación Suicida, para lo cual se requeriría investigar a profundidad las variables asociadas a la Ideación Suicida en cada sexo, las manifestaciones físicas que acompañan la Ideación en unos y otras, las expresiones emocionales, y los mecanismos que hombres y mujeres emplean para afrontarla.

No obstante, se podría especular que la mayor Ideación femenina versus la mayor consumación suicida masculina están relacionadas con los estereotipos de género, de acuerdo a los cuales a la mujer se le permite expresar más abiertamente sus malestares, pero no atentar contra la vida (pues su principal función es dar vida), en cambio a los hombres se les inhibe la expresión de sus emociones, por lo cual niegan la presencia de algunas emociones como miedo, tristeza y dolor, y se exalta el empleo de conductas agresivas, por lo cual se podría esperar que no reconozcan sus ideas suicidas, pero que cuando la situación se vuelve insostenible para ellos vuelquen su violencia contra sí mismos y atenten contra su vida.

Adicionalmente, la mayor Ideación Suicida femenina puede ser explicada, en parte, por las condiciones de subordinación que los roles tradicionales de género exigen y las nuevas demandas que la sociedad impone: trabajar/estudiar, tener éxito, y al mismo prepararse para formar una familia, tener hijos, atender la crianza, entre otros.

Por lo tanto, para comprender los mecanismos implicados en la construcción de las masculinidades y feminidades en jóvenes y su relación con ciertos malestares y comportamientos, como la Ideación Suicida, habría que estudiar cómo los modelos tradicionales de ser hombre y ser mujer permean las identidades de los jóvenes, cómo las nuevas situaciones y los nuevos roles que tienen que adoptar afectan esta construcción, además de enfocarse en las relaciones de poder/dominación en las relaciones familiares y entre pares.

Predictores Personales y Familiares de la Ideación Suicida

La hipótesis acerca de que la Ideación Suicida de estudiantes de bachillerato puede ser predicha por variables personales (autoestima y afecto negativo) y familiares (estilos parentales, conflicto familiar, percepción de los padres y satisfacción familiar) fue confirmada.

Las relaciones que se encontraron entre los conflictos con los padres, la autoestima, el afecto negativo y la ideación suicida ya se había establecido por otros autores (Díaz-Atienza, et al., 2004; González-Forteza, et al., 2003; González-Forteza, 1996; González-Forteza, et al., 2001; Jiménez et al., 2000; Unikel, Gómez-Peresmitré & González-Forteza, 2006; Mondragón, et al., 1998; Wilburn & Smith, 2005; Wild, et al., 2004).

Este trabajo muestra además que la Ideación Suicida se asocia con la Percepción que tienen los hijos de sus padres, la Satisfacción que experimentan con su Familia y la percepción de los Estilos de Autoridad ejercida por los padres.

Cabe resaltar la alta correlación encontrada entre Afecto Negativo (dimensión de la sintomatología depresiva) y la Ideación Suicida, que corresponde a la reportada en la literatura entre depresión e Ideación Suicida (Cantor, 2000; González, et al., 2005; Jiménez, et al., 2000; Medina-Mora, et al., 1994) y entre sintomatología depresiva, ideación suicida y conducta suicida en los y

las adolescentes (Hollis, 1996; Unikel, Gómez-Peresmitré y González-Forteza, 2006).

Los factores familiares predijeron la Ideación Suicida en esta muestra de estudiantes, específicamente los Conflictos con los Padres y los Estilos Parentales. Los conflictos con ambos padres resultaron relevantes, pero fueron la Intensidad de los Conflictos en el caso materno y la Frecuencia de Conflictos en el caso paterno, las variables predictoras de la Ideación Suicida. De los estilos parentales, el Negligente materno contribuyó a la explicación de la Ideación Suicida. Esto significa que si la madre se ocupa poco de sus hijos y cuando interactúa con ellos es a través de discusiones y pleitos intensos, y si el padre se une a las peleas contra ellos, los hijos tendrán mayores probabilidades de desarrollar ideas suicidas.

El hecho de que los Conflictos con ambos padres sean predictores de la ideación suicida, apoya el enfoque de los conflictos como un factor de riesgo para algunos problemas de conducta (Holmbeck & Hill, 1991), en contra del que supone que el conflicto es parte natural de las relaciones entre padres e hijos y que, incluso, ejerce un efecto positivo sobre estas relaciones (Collins, 1997; Steinberg, 1990).

Resalta la participación paterna en la Ideación de los jóvenes, reconocida con antelación por González-Forteza, et al (2003), contraria al mayor reconocimiento de la influencia materna en diversos comportamientos de los hijos (Aguilar, Valencia & Lemus, 2007).

Predictores Personales y Familiares de la Ideación Suicida en Hombres y Mujeres

En este trabajo se confirmó la hipótesis de la existencia de diferentes predictores personales y familiares de la Ideación Suicida de mujeres y hombres adolescentes.

Las mujeres parecen más susceptibles a la influencia familiar, por lo menos hay más variables familiares involucradas en el modelo femenino comparado con el masculino. En ambos casos participan variables maternas y paternas y en ambos casos los Conflictos y los Estilos Parentales predicen la Ideación.

Sin embargo, hay diferencias importantes, mientras que la Ideación Suicida en las mujeres se asocia con tener pleitos y discusiones fuertes con la madre y frecuentes con el padre, en los

hombres se relaciona con discusiones frecuentes con la madre. Adicionalmente, el estilo parental involucrado en la Ideación femenina es el Autoritario del Padre, y en los hombres es el Estilo Negligente Paterno. Es decir, las mujeres resienten la exigencia paterna y los hombres su falta de interés.

Por lo tanto, para explicar la Ideación Suicida de mujeres y hombres no basta la presencia de conflictos, sino entender el clima en el que éstos se producen, de manera que si se agrega la rigidez e intransigencia paterna en el caso femenino, o la distancia emocional que caracteriza al estilo negligente paterno en el caso de los hombres, los conflictos adquieren mayor relevancia, lo cual coincide con la afirmación de que la importancia del conflicto en la adolescencia depende de la calidad de las relaciones entre padres e hijos (Motrico, et al., 2001).

En el caso de la Ideación Suicida también hay que señalar que los coeficientes de determinación de los diferentes modelos fueron bajos, lo cual indica la existencia de otros factores que intervienen en este fenómeno, entre los que podemos mencionar, intentos previos de suicidio, historia familiar de suicidio, desesperanza, estrés, locus de control, impulsividad/agresividad, autoeficacia, etc. Seguramente, por la etapa de desarrollo de los jóvenes la influencia de compañeros o amigos con ideación o intento suicida, el rechazo del grupo de pares, ser víctima de violencia, abuso sexual o emocional, entre otros aspectos, contribuyen a explicar la presencia de ideas suicidas.

Conclusiones Generales

El consumo experimental de drogas y la ideación suicida son dos fases de las conductas de riesgo: consumo de drogas y suicidio.

El Consumo de Drogas Legales e Ilegales y la Ideación Suicida son bajos en esta muestra de estudiantes de bachillerato, de acuerdo con los diferentes indicadores empleados para medirlos.

Los estudiantes consumen más drogas legales que ilegales, no hay diferencias de sexo en el consumo de drogas legales, pero los hombres consumen más drogas ilegales que las mujeres (excepto anfetaminas).

Este trabajo muestra que la autoestima y el afecto negativo se asocian con consumos específicos de drogas, y sugiere que para comprender el papel de la autoestima es necesario ubicarla en el

contexto de la autoridad parental, así como recurrir a las tareas de desarrollo de los adolescentes y a los roles y estereotipos de género.

Adicionalmente, esta investigación confirmó la asociación de la familia con el consumo de alcohol, tabaco, drogas y la ideación suicida; específicamente, con los conflictos con los padres y los estilos parentales. La influencia de la familia en estas conductas de riesgo de los adolescentes se produce en el contexto de estudiantes que siguen dependiendo (económica y emocionalmente) de sus padres, que tienen que acatar sus reglas, aunque su tarea principal que es la búsqueda de su identidad les demanda una transformación de sus relaciones con ellos.

También fue posible identificar algunos factores familiares de riesgo y de protección, pero para su comprensión se requiere interpretarlos en el contexto del modelo que explica cada consumo, es decir, en las relaciones que se encontraron entre las variables, así como en el sexo de padres e hijos.

Al respecto, se encontró que el Estilo Autorizativo Paterno no fue siempre un factor de protección, y que los Conflictos con ambos Padres y el Afecto Negativo no fueron factores de riesgo en todos los casos, lo cual señala que se deben analizar en conjunto las variables personales y familiares, ya que unidas crean condiciones que incrementan u obstaculizan las probabilidades de las conductas de riesgo bajo estudio.

Se encontraron variables comunes para predecir los Consumos de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en el último mes, Consumo Total de Alcohol e Ideación Suicida, como la Intensidad de Conflictos con la Madre, aunque no fue posible establecer las relaciones directas e indirectas entre ellas, lo cual es necesario para tener una idea más completa de estas conductas de riesgo en sus fases de experimentación e ideación.

Aportaciones

Las principales contribuciones de este trabajo son:

Corroborar el papel de la familia y de factores personales, como la autoestima y el afecto negativo, en el consumo de drogas y la ideación suicida en estudiantes de bachillerato.

Mostrar que el consumo de cada droga se asocia a diferentes factores predictores.

Reconocer que cada etapa de las conductas de riesgo está influida por diferentes factores, por lo cual es necesario elaborar modelos específicos que las expliquen.

Incluir la perspectiva de género para encontrar explicaciones de los consumos de drogas y del suicidio de estudiantes de preparatoria, aunque en este trabajo se señalan algunas, es necesario explorar a profundidad los factores involucrados en uno y otro consumo, así como los patrones de consumo e ideación de mujeres y hombres.

Para lograr lo anterior, se requiere comprender cómo los mecanismos implicados en la construcción de las masculinidades y feminidades en jóvenes se relacionan con ciertos malestares y comportamientos, como el consumo de drogas y la Ideación Suicida.

Considerar las principales tareas de desarrollo que los adolescentes tienen en la actualidad en la explicación de estas conductas de riesgo.

Reconocer que las variables bajo estudio pueden ser de riesgo o de protección, dependiendo de la participación de todas las otras variables junto a las cuales ocurren.

Señalar que el diseño de programas de prevención de estas conductas de riesgo requiere, en primer lugar, estimar la presencia de estas conductas en la población meta, así como valorar los factores de diferente tipo (biológicos, personales, familiares, sociales, escolares, ambientales, etc.) asociados con la fase del comportamiento adictivo o suicida en cuestión.

Este trabajo también sugiere que los programas de prevención universal deben considerar las variables personales en relación con las tareas de desarrollo de los sujetos, e incluir el trabajo con la familia, principalmente con los padres, por la influencia que tienen sobre los hijos. Los programas de prevención universal deberán estar encaminados a tratar de impedir o retrasar el inicio del consumo de alcohol y tabaco, para, de esta manera, prevenir el consumo de drogas ilegales.

Asimismo, deberán elaborarse programas de prevención selectiva que consideren el sexo e, incluso al turno, pues se mostró que el vespertino está en mayor riesgo. Se deberá también ofrecer programas

de prevención indicada para que quienes hayan empezado a experimentar con drogas no traspasen su nivel de consumo, y lo abandonen, de ser posible.

Limitaciones

Si bien el presente trabajo contribuye a la explicación de los consumos de drogas legales e ilegales y la ideación suicida en adolescentes mexicanos de una escuela pública de la Ciudad de México, a través de algunas de sus variables personales y familiares asociadas, la explicación es limitada si consideramos que ambas conductas de riesgo son multifactoriales y debe incluir aspectos biológicos, psicológicos y socio-ambientales.

De manera que, no se incluyeron otros factores importantes para la población en estudio, aunque se estudiaron dos variables personales relevantes (la autoestima y el afecto negativo -depresión) se dejaron de lado variables cognitivas relevantes como las creencias sobre los beneficios del consumo, las intenciones, ciertos rasgos de personalidad, la desesperanza, el estrés, o las habilidades de afrontamiento, entre otros; no se estudiaron algunos factores sociales (como la influencia de los pares), ni los escolares que son importantes por tratarse de una muestra de estudiantes (como el compromiso con la escuela y los problemas escolares,).

A pesar de que se incluyeron cuatro variables familiares, solo dos resultaron predictoras de la mayoría de los consumos y la ideación, otra más fue predictora de un consumo, aun cuando todas estuvieran asociadas a las conductas de riesgo evaluadas. Sin embargo, no se contó con la posibilidad de evaluar su participación como variables mediadoras.

Además, el hecho de que no se hayan incluido los intentos suicidas en el estudio impide distinguir los factores asociados a la ideación y los asociados al siguiente paso del continuo suicida.

El empleo del Cuestionario de Consumo de Drogas, utilizado en las Encuestas de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, aunque fue útil porque permitió comparar los resultados de esta muestra con los de diversas aplicaciones de la Encuesta de

Estudiantes y mostrar que los resultados siguen las tendencias generales, fue un obstáculo para la elaboración de modelos más complejos que muestren las relaciones directas e indirectas entre las distintas variables predictoras y las variable criterio.

Una limitación más fue la medición de la autoestima general y únicamente la positiva, lo cual podría explicar los resultados contrarios a lo esperado, en todo caso es una variable a considerar en otras investigaciones que la incluyan.

Referencias

- Adalbjarnardottir, S. & Hafsteinsson, L. G. (2001). Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analysis. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401-423.
- Agudelo, D. M, Carretero-Dios, H., Blanco, A., Pitti, C., Spielberger, Ch. & Buena-Casal, G. (2005). Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP Revisado. *Salud Mental*, 28(3), 32-41. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Agudelo, D. M., Casadiegos C. P., & Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34 - 39.
- Aguilar, J., Sarmiento, C., Valencia, A. & Romero, L. (2007a). Relaciones de bienestar y la salud percibida con los estilos parentales, la armonía interpersonal y la autoestima. En: J. Aguilar, A. Valencia & C. Sarmiento (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (pp. 59-77), México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, J., Sarmiento, C., Valencia, A. & Romero, L. (2007b). La autoestima y sus relaciones con los estilos de crianza, las percepciones parentales y la motivación escolar. En: J. Aguilar, A. Valencia & C. Sarmiento (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (pp. 125-138). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, J., Valencia, A. & Lemus, L. (2007). La motivación escolar y sus relaciones con los estilos de crianza, el involucramiento parental y los conflictos entre padres e hijos. En: J. Aguilar, A. Valencia & C. Sarmiento (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones*

- entre estudiantes de escuelas públicas (pp. 139-153). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, J., Valencia, A., Martínez, M., Romero, P. & Lemus, L. (2003-2004). Estilos parentales y medidas de desarrollo psicosocial en estudiantes universitarios. *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje*, 12(1), 69-81.
- Aguilar, J. Valencia, A., Martínez, M., Romero, P. & Lemus, L. (2007). Impacto de los estilos parentales sobre el ajuste personal, escolar y social entre estudiantes universitarios. En: J. Aguilar, A. Valencia & C. Sarmiento (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (págs: 37-57). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, J., Valencia, A. & Romero, P. (2004). Estilos parentales y desarrollo psicosocial en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 119-129.
- Aguilar, J., Valencia, A. & Romero, P. (2007). Impacto de los estilos parentales sobre el ajuste personal, escolar y social entre estudiantes de bachillerato. En: J. Aguilar, A. Valencia & C. Sarmiento (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas públicas* (pp. 139-153). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilar, J., Valencia, A., Romero, L. & Lemus, L. (2005, octubre). La motivación escolar y sus relaciones con los estilos de crianza y las percepciones parentales. En J. Aguilar (Coordinador), *Relaciones de los estilos parentales, conflictos padre-hijo y percepciones parentales con autoestima y motivación académica*. Simposio efectuado en el XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Gro. México.
- Aguilar, J., Valencia, A., Sarmiento, C. & Cázares, A. (2007). Validez relativa del enfoque de Buri y el de Lamborn y cols. para evaluar los estilos parentales. Percepciones del control parental. En: J. Aguilar, A. Valencia, & C. Sarmiento (Eds.), *Relaciones familiares y ajuste personal, escolar y social en la adolescencia. Investigaciones entre estudiantes de escuelas*

- públicas* (139-153). México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alfaro, L. B., Harada, E., & Díaz-Loving, R. (2001). Personalidad, consumo de alcohol y comportamiento sexual entre los estudiantes preparatorianos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XVII (2), 161-175.
- American Psychiatric Association, (2000). *DSM-IV-TR. Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson. Tercera edición.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2005, octubre). Problemas internalizados y externalizados en preadolescentes y adolescentes. En P. Andrade (Coordinadora), *Problemas en la adolescencia*. Simposio efectuado en el XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Gro. México.
- Andrade, P. & Betancourt, D. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En P. Andrade, J. Cañas y D. Betancourt (Eds.), *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 181-227). México: UNICACH.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Camacho, M. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han Intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XIX(1), 55-64.
- Apple C. Y. A.u, Sing Lau, & Margaret T. Y. Lee. (2009). Suicide ideation and depression: The moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44 (176), 851-868.
- Arellanez-Hernández, J. L, Diaz-Negrete, D. B, Wagner-Echeagaray, F. & Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), 54-64. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque Cultural*. México: Pearson, Educación.
- Artasánchez, F.S.A. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida: Análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza* (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01

- Barber, K. B. (1996). Parental psychological control. Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9706244861
- Barber, K. B., Olsen, E. J., & Shagle, S. C. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65(4), 1120-1136. DOI: 10.1111/1467-8624.ep7252832
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monograph*, 75, 43-48.
- Baumrind, D. (1972). An exploratory study of socialization. Effects on black children: Some Black-White comparisons. *Child Development*, 43(1), 261-267.
- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. En A. D. Pick (Ed.). *Minnesota Symposium of Child Psychology* (vol. 7, pp 3-46). Minneapolis. University of Minnesota Press.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. En W. Damon (Ed.). *New direction for child development. Child Development, today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Josey-Bass.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Becoña, I. E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, pp 156. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional de las Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, pp. 477. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Benjet, C. (2006, septiembre). La crisis en la adolescencia: ¿estado normal o trastorno mental? [Resumen] Conferencia magistral. Memorias del XIV Congreso Mexicano de Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 3.

- Benjet, C. & Hernández-Guzmán, L. (2001). Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*, 36 (141), 47-65.
- Benjet, C., Hernández, L., Tercero, G., Hernández, A. y Chartt, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1) 175-185.
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base= TES01
- Bonner, R., & Rich, A. (1987). Toward a predicate model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 17, 50-63.
- Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), 41-47. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Bouchard, G. (2000). Le suicide à l'adolescence. *Psychomedia*. Recuperado de <http://www.psychomedia.qc.ca/dart7.htm>
- Botvin, G. J. (1999). Lifeskills training students guide -Level 1 (Elementary School). White Plains, N. Y: Princeton Health Press.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., Miller, N., & Ifill-Williams, M. (1999). Smoking initiation and escalation in early adolescent girls: One-year follow-up of a school-based prevention intervention for minority youth. *Journal of the American Medical Women's Association*, 54, 139-143.
- Botvin, G. J., Baker, E. Goldberg, C. J., Dusenbury, L. & Botvin, E. M. (1992). Correlates and predictors of smoking among black adolescents. *Addictive Behaviors*, 17(2), 97-103.
- Branstetter, S. A. (2001). *Parental monitoring and adolescent drug use frequency. Control problems, and adverse consequences*. Recuperado de www.du.edu/psychology/relationshipcenter/SteveB.html
- Buri, J. R., Louiselle, P. A., Misukanis, T. M. & Mueller, R. A. (1988). Effects of parental authoritarianism and

- authoritativeness on self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14(2), 271-282.
- Burns, J. M., Andrews, G., & Szabo, M. (2002). Depression in young people: What causes it and can we prevent it? *Preventing Depression Supplement*, 177, 93-96.
- Cantor, Ch. (2000). Suicide in the western world. En: K. Hawton & K. van Heeringen Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicida* (pp. 9-28). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Calleja, N. (2009). *Prevención de tabaquismo en mujeres adolescentes* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Carballo, J. L., García, G., Jáuregui, V. & Saez, A. (2009). Diferencias en habilidades cognitivas entre jóvenes universitarias consumidoras de alcohol. *Salud y Drogas*, 9 (1), 79-92. Recuperado de <http://www.haaaj.org/es>
- Caraballo, R. & Lee, M. (2004). Consumo de tabaco entre los mexicanos y sus descendientes, en Estados Unidos de América. *Salud Pública de México*, 46(3), 241-250. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. A., (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J. D. Hawkins (ed.); *Delinquency and crime. Current theories*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Chao, R. K. (1994). Beyond parental control and authoritarian parenting style: Understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development*, 65(4), 1111-1119. DOI: 10.1111/1467-8624.ep7252822
- Chao, R. K. (2001). Extending research on the consequences of parenting style for Chinese Americans and European Americans. *Child Development*, 72(6), 1832-1843.
- Cheng, H. & Furnham, A. (2004). Perceived parental rearing style, self-esteem and self-criticism as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 5, 1-21.
- Claes, M., Lacourse, E., Bouchard, C. & Perucchini, P. (2003). Parental practices in late adolescence, a comparison of three

- countries: Canada, France and Italy. *Journal of Adolescence*, 26(4), 387-399.
- Clayton, (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors». En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Collins, W. A. (1997). Relationships and development during adolescence: Interpersonal adaptation to individual change. *Personal Relationships*, 4, 1-14.
- Collins, W.A. & Laursen, B. (1992). Conflict and the transition to adolescence. In C.U. Shantz & W.W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp.216-241). New York: Cambridge University Press.
- Conger, R. D. & Ge, X. (1999). Conflict and cohesion in parent-adolescent relationships. Changes in emotional expression from early to midadolescence. En Cox, M. J. and Brooks-Gunn (Eds.), *Conflict and cohesion in families. Causes and consequences*. (pp.185-206). New Jersey: Lawrence-Earlbaum.
- Córdova. A. J. (2000). Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes. (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Darling, N. (1999). Parenting style and its correlates. *ERIC Clearinghouse on Elementary & Early Child Education Champaign IL*. ED427896. Recuperado de ww.ericdigests.org/1999-4/parenting.htm
- Dekovic, M. (1999). Parent-adolescent conflict: Possible determinants and consequences. *International Journal of Behavioral Development*, 23(4), 977-1000.
- Dekovic, M., Noom, M.J. & Meeus, W. (1997). Expectations regarding development during adolescence: Parental and adolescent perception. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 253-272.
- Del Pozo, J. (2005). Retos y perspectivas sobre las Drogodependencias y Género. *Salud y Drogas*, 5(2), 117-136. Recuperado de <http://www.haaaj.org/es>

- De Man, A. F. (1999). Correlates of suicide ideation in high school students: The importance of depression. *The Journal of General Psychology*, 160(1), 105-114.
- De Man, A. F., Labreche, L., & Leduc, C. P. (1993). Parent-child relationships and suicidal ideation in French-Canadian adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 154, 17-23.
- De Wilde, E. J. (2000). Adolescent suicidal behavior: A general population perspective. Hawton K, Van Heeringen K (eds), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (249-259). England: John Wiley and Sons.
- Díaz-Atienza, F.; Prados, M. y Ruiz, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 10-19.
- Díaz-Barriga, L., Lovaco, M. & Chávez, E. (2006). Modelo de atención al tabaquismo en Centros de Integración Juvenil; tratamiento a mujeres trabajadoras en una unidad móvil. En C. Fernández (13-38), *Tabaco y mujeres*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Díez, E., Barniol, J., Nebot, M., Juárez, O., Martín, M., & Villalbí, J. R. (1998). Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol, y cannabis. *Gaceta Sanitaria*, 12, 272-280.
- Dwairy, M. & Menshar, K. E. (2006). Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *Journal of Adolescence*. 29, (1), 103-117.
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, W. K., & Botvin, G. (2003). *Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas*. Papeles del Psicólogo. 84, Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1051#inicio>
- Espinosa , L., Almeida, L. G., Cortés, F. & Leo, G. E. (2003). Análisis de muertes por suicidio en el estado de Querétaro. *Salud Mental*, 26(6), 47-54. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A aystematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 957-979.

- Everett, S. A., Giovino, G. A., Warren, C. W., Crossett, L., & Kann, L. (1998). Other substance use among high school students who use tobacco. *Journal of Adolescent Health, 23*, 289-296.
- Ferrán, Viñas Poch, Claustre, M., Ballabriga, J. & Doménech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema, 12(4)*, 594-598. Recuperado de www.psicothema.com
- Fisher, R. J. (1993). Toward a model social-psychological model of intergroup conflict. En Larsen, K. (Ed.), *Conflict and social psychology*. (pp. 109-122). London: Sage publications.
- Fleiz, B. C. M. (2010). *El malestar depresivo: una experiencia vivida por los hombres a través de su construcción de género*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Flouri, E. (2004). Psychological outcomes in midadulthood associated with mother's child-rearing attitudes in early childhood. Evidence from the 1970 British birth cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*, (1), 35-41 DOI 10.1007/s00787-004-0355-5
- Furnham A. & Cheng H. (2000). Perceived parental behavior, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35(10)*, 463-470.
- Garber, J., Robinson, N. S. & Valentiner, D. (1997). The relation between parenting and adolescent depression: Self-Worth as a mediator. *Journal of Adolescent Research, 12(1)*, 12-33.
- García, F. & Segura, M. C. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. *Salud y Drogas, 5(1)*, 35-55. Recuperado de <http://www.haaj.org/es>
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39(3)*, 435-447.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González-Forteza, C. & González, J. J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental, 23* (2), 21-30. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/

- González, J. D., García, V. R., y Córdova, A. (2005). *Uso de sustancias entre adolescentes y su relación con síntomas de depresión y percepción de sus relaciones familiares* (Informe de Investigación 04-03). México: Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/pdf/informacioninvestigacion.pdf>
- González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes* (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1994). Ideación suicida en adolescentes. *La Psicología Social en México, V*, 298-304.
- González-Forteza, C., Andrade, P. & Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes Mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 43(4)*, 319-326.
- González-Forteza, C., Berenzon, S., & Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental, 22(Esp.)*, 145-153. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A.M., Facio-Flores, D. & Medina-Mora, M. E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México, 40*, 430-437. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E. & Sánchez, M. A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental, 21 (3)*, 1-9. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- González Forteza, C., Ramos, L., Caballero M. Á. & Wagner F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes Mexicanos. *Psicothema, 15 (4)*, 524-532. Recuperado de www.psicothema.com
- González-Forteza, Ramos, L., Mariño, M. C. & Pérez, E. (2002). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 48(1-4)*, 74-84.

- González-Forteza, Ramos, L., Vignau, L. E., & Ramírez, C. (2001). Abuso sexual e intento suicida: asociación con el malestar depresivo y la ideación suicida actuales en adolescentes. *Salud Mental*, 24(4), 16-25. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- González-Forteza, Villatoro, Alcántar, Medina-Mora, Fleiz, Bermúdez, et al., (2002a). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-11. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora M., Fleiz, C., Bermúdez, P., et al. (2002b). Prevalencia de intento suicida en estudiantes de la Cd. de México: Medición 2000. *La Psicología Social en México*, 9, 298-304.
- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005) Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud Mental*, 28(2), 73-81. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Gray, M. R. & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting. Reassessing a multi-dimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574-587.
- Grotevant, H. D. (1998). Adolescent development in family contexts. En W. Damon (Ed. de la serie), & N. Eisenberg (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, Emotional and personality development* (5th edition, pp. 1097-1149). Nueva York, NY, EE.UU.: Wiley.
- Grupo Interinstitucional sobre Estudios en Tabaco. (2003). Información relevante para el control del tabaquismo en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/inf_tabaco.pdf
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(005), 66-74. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. & Medina-Mora, M.E. (2001). El consumo de drogas en una muestra de mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 24(6), 55-61. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/

- Hawkins, Calatano & Miller (1992). Risk & protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A. and Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: The role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369-378.
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Hernández, M & Lozada, C. (s.f.). Perfil de consumo de alcohol y otras sustancias en población universitaria de primer ingreso. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/ppriori/10/1297/arti.htm>
- Herrera. M., Wagner F. A., Velasco. E., Borges, G. & Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46, 132-140. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- Hill, N. E., Busch, K. R. & Roosa, M. W. (2003). Parenting and family socialization strategies and children's mental health: Low-income Mexican-American and Euro-American mothers and children. *Child Development*, 74(1), 189-204.
- Hiriart, V. (2001). "Yo sexo, tu sexo, nosotros...". México: Ed. Grijalbo.
- Hollis, C. (1996). Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child And Adolescent Psychiatry*, 35(5), 622-630.
- Holmbeck, G.N., & Hill, J.P. (1991). Confictive engagement, positive affect, and menarche in families with seventh-grade girls. *Child Development*, 62(5), 1030-1048. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9112161644
- Igra, V. & Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taken behavior. En R. J. DiClemente, W. B., Hansen, & L. E. Ponton, (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behavior*, (pp 35-48). New York and London: Plenum Press.

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (1990). *XI Censo General de Población y Vivienda*. INEGI, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía, e Informática. (2004). *Encuesta Nacional de Adicciones ENA-2002*. Recuperado de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/ena02.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence. A psychosocial framework for understanding an action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597, 605.
- Jessor, R. (1998). *New perspectives in adolescence risk behavior* (pp.1-10). USA: Cambridge University Press.
- Jiménez, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente. *Salud Mental, 26*(6), 35-46. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Jiménez, J. A., Mondragón, L, & González-Forteza, C. (2000). Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *La Psicología Social en México, VIII*, 185-191.
- Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A. & Harrington, R. (1996). Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry, 168*, 38-42.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *The Journal of the American Medical Association, 293*(20), 2487-2495.
- Koopmans, M. (1995). A case of family dysfunction and teenage suicide attempt: Applicability of a family systems paradigm. *Adolescence, 30*, 87-94.
- Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. & Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance

Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

- Lai, K. W. & McBride-Chang, C. (2001) Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents *The Chinese University of Hong-Kong, Shatin, Hong Kong. International Journal of Psychology*, 36 (2) 81-87. DOI:10.1080/00207590042000065
- Lai Kwok, S. Y. C. & Shek, D. T. L. (2009). Social problem solving, family functioning, and suicidal ideation among Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174), 391-406.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L. & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9112161645
- Lara, M. A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 46(5), 378-387. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp>
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. & Rubí, N. A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Lara, M. del C., Romero, T., Foncerrada, H., Rebollo, C., & Aguilar, J., (2006). Psicopatología y uso del tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 29(6), 48-56. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Laursen, B., Coy, K. & Collins, A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A Meta-analysis. *Child Development*, 69(3), 817-832.
- Linares, N., Cravioto, P., García, G. & Medina-Mora, M. E. (2002). Porcentaje de continuidad del consumo de la marihuana en México: Una aproximación desde las Encuestas Nacionales de Adicciones. *Salud Mental*, 25 (2), 1-8. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/

- Llorca, G. J. (2004). Suicidio y evolución. Fuente: interpsiquis. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/investigacion/14907/>
- López, E., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Juárez, F. & Berenzon, S. (1996). Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes. *La psicología Social en México, VI*, 561-568.
- Luckie, L., Moran, P., Juárez, R., Vázquez, D., Curiel, O. & Ramiro, M. (1998). Identificación de la Ideación Suicida en una población abierta. *Medicina Interna de México, 14*(3), 1-12.
- Maccoby, E. & Martín, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction.. En P. Mussen (Ed. de la serie), & E. M. Hetherington (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (Fourth edition, pp. 1-101). Nueva York, NY, EE.UU.: Wiley.
- Mariño, M.C., Berenzón, S. & Medina-Mora, M. E. (2005). Síndrome de dependencia al alcohol. *Salud Mental, 8*(3), 33-39. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Mariño, M.C. & Medina-Mora, M. E. (2000). El uso de drogas en un grupo de alcohólicos. *La Psicología Social en México, VIII*, 633-638.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E., Chaparro, J. J. & González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 10* (2), 141-145.
- Martin, G., Richardson, A., Bergen, H. A., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus de control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: Implications for teachers. *Journal of Adolescence, 28*(1), 75-87.
- Martínez, I. & García, J. F. (2007). Impact of parental styles on adolescents's self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(2), 338-348. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/>
- Martínez, J. M. & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema, 13* (2), 222-228. Recuperado de www.psicothema.com

- McBride-Chang, C. & Chang, L. (1998). Adolescent-parent relations in Hong Kong: Parenting styles, emotional autonomy, and school achievement. *The Journal of Genetic Psychology*, 159(4), 421-436.
- Medina-Mora, M. E. (1994). Los conceptos de uso, abuso y dependencia y su medición. En: Tapia C. R. (Ed.), *Las adicciones en México: dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 40-67). México: El Manual Moderno.
- Medina-Mora, M. E. (1998). Introducción al manejo del problema y de los recursos disponibles. En: M. E. Medina-Mora (Ed.), *Manual para elaborar un diagnóstico del problema de las adicciones* (pp.10-64). México, Secretaría de Salud.
- Medina-Mora, M. E. (2001). Women and alcohol in developing countries. *Salud Mental*, 24(2), 3-10. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Medina-Mora, M. E. (2002). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: M. A. Lara & V. N. Salgado (Compiladoras), *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas* (pp. 71-84). México: Ed. Pax.
- Medina-Mora M. E., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván-Castillo, F., & Tapia-Conyer, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud Publica México*, 45(supl 1), S16-S25.
- Medina Mora, M. E., Lopez, E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., et al. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. En: *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* (pp.7-14), México.
- Medina-Mora, M. E., Mariño, C., Berenzon, S., Juárez, F. & Carreño, S. (1992). Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas. En: *Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario* (pp. 87-97). México: CONADIC/SSA.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P. Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R. (2001). Del Siglo XX al Tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/

- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S., Galván, J., et al. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16, 2-8. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Millman, R. B. & Botvin, G. J. (1992). Substance use, abuse, and dependence. En M. Levine, N. B. Carey, A. C. Crocker y R.T. Gross (Eds.), *Developmental behavioral pediatrics* (2nd. ed., pp. 451-467). Nueva York: Saunders.
- Miranda, I., Cubillas, M. J., Román, R., Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Moncada, S. (1997) Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/preven.pdf>
- Mondragón, L., Borges, G. & Gutiérrez (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A, & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20-27. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Monge, J. A., Cubillas, M. J., Román, R., & Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(001), 45-51. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/entrada-2.html>
- Monroy, L. C., (2005, noviembre). *Dinámica del comportamiento de riesgo juvenil. Manuscrito no publicado*. Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Psicología, México.
- Montemayor, R. (1986). Family variation in parent-adolescent storm and stress. *Journal of Adolescent Research*, 1, 15-31.
- Mora, J. & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de

- México. *Salud Pública de México*, 43, 89-96. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- Mora, J., Natera, G. & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el Alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28 (2), 82-90. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Morales. J. I. C., Fernández, I. H., Tudón, H., Escobedo, J., Zárate, A. & Madrazo, M. (2002). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 44, 113-121. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- Moreno, A. y Medina-Mora, M. E. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31, 409-415. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Motrico, E., Fuentes, M. J. & Bersabé, R. (2001). Discrepancias en la percepción de los conflictos entre padres e hijos/as a lo largo de la adolescencia. *Anales de Psicología*, 17(1), 1-13. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J. M. & Gutiérrez, P. (2005). Género y continuidad en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en jóvenes. *Salud y Drogas*, 5(2), 67-80. Recuperado de <http://www.haaj.org/es>
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. & Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. <http://www.ucm.es/BUCM/compludoc/S/S/15769941.htm>
- Muris, P., Meesters, C. and van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 171-183.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia. Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Musitu, G. y García, J. F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16(2), 288-293. Recuperado de www.psicothema.com

- Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Solís, L. & Tiburcio, M. (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol. *Salud Pública de México*, 43, 17-26. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- Nazar, A., Tapia, R., Villa, A., León, G., Medina-Mora, M. E. & Salvatierra, B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. *Salud Pública de México*, 36, 646-654. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/>
- Nuño, B. L., Álvarez, J., Madriga, E. & Rasmussen, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 28 (5), 64- 70. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Nuño, B. L., Álvarez, J., Velázquez, A. & Tapia Curiel, A. (2008). Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*, 31(5), 361-369. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Olds, R. S. & Thombs, D. L. (2001). The relationship of adolescent perceptions of peers norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *Journal of School Health*, 71, 223-228.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I., y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Olivari, C. y Barra, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y de la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(002), 5-11. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Ojeda, V. I. (2003). *Ambiente familiar y bienestar subjetivo en usuarios de drogas* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Oropeza, R., Chaparro, A. & Ayala, H. (2001). Relación entre la severidad en el nivel de dependencia al alcohol y la percepción del ambiente familiar. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, XVII(1), 1-16.

- Ortiz, A., Soriano, A., Galván, J. & Meza, D. (2005). Tendencia y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México. Sistema de Reporte de Información en Drogas. *Salud Mental*, 28(2), 91-97. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Palacios, J. R. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Palacios, J. R. (2009). *Modelo biopsicosocial de las conductas de riesgo* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Palacios, J. R. & Andrade, P. (2005, octubre). Factores parentales asociados al consumo de marihuana en adolescentes. En P. Andrade (Coordinadora), *Problemas en la adolescencia*. Simposio efectuado en el XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Gro. México.
- Palmerín, A. (2003). Manual Práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, Plan Nacional sobre Drogas, pp. 159. Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Manualpractico_alcoholjovenes.pdf
- Parke, R. & Buriel, R. (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. En W. Damon (Ed. de la serie) & N. Eisenberg (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, Emotional and personality development* (5th edition, pp.463-552). Nueva York, NY, EE.UU.: Wiley.
- Parra, A. & Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18(2), 215-231. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Pardo, A. & Ruiz, M. A. (2002). SPSS 11 Guía para el análisis de datos. Madrid, McGraw Hill, pp. 715.
- Pawlak, J., L. & Klein, H. A. (1997). Parental conflict and self-esteem: The rest of the story, *Journal of Genetic Psychology*, 158(3), 303-313. Recuperado de <http://web.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail?vid=1&hid=106&sid=ebac1678-08fa-40dd-a37d->

1cf152673726%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d
b=a9h&jid=GNP#db=a9h&jid=GNP

- Pelegrina, S., García, M. & Félix, P. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia académica de los adolescentes. *Infancia y Aprendizaje*, 25(2), 147-168.
- Pérez, M. (2009). *El Conflicto entre padres y adolescentes. Un estudio multimétodo* (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México). Recuperada de http://132.248.67.65:8991/F/-/?func=find-b-0&local_base=TES01
- Peter, T., Roberts, L. W. & Buzdugan, R. (2008). Suicidal Ideation among Canadian youth: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 263-275.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Criss, M. M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72(2), 583-598.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2000). Memoria. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2000.pdf>
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). *Observatorio Español Sobre Drogas. Informe 2007*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. Y Arthur, M. W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.
- Ponce de León, C., Solís, R. & Alfaro, L. B. (2000). El consumo de alcohol entre los adolescentes y su influencia en la familia y personalidad. *La Psicología Social en México*, VIII, 676-681.

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Reidl, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 1(2)*, 273-288.
- Reynales-Shigematsu L. M, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. (2009). Encuesta de tabaquismo en jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://www.insp.mx/produccion-cientifica/654-encuesta-de-tabaquismo-en-jovenes-en-mexico.html>
- Rivera, M. E. (2000). Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida en Adolescentes. *La Psicología Social en México, VIII*, 555-559.
- Ríos, S., Rosas, M., Machado, P. A (2005). Exposição ao Fumo Passivo e os Hábitos Tabágicos Numa Escola Secundária. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5(1)*, 143-160.
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research, 2*, 125-134.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez A. y Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema, 16, (2)*, 203-210. Recuperado de www.psicothema.com
- Rodríguez, S. E., Díaz, D. B., Gutiérrez, G., Guerrero, J. A., & Lucio, E., (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta panificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental, 30(1)*, 68-81. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Romero-Mendoza, M. & Díaz-Martínez, A. (2002). Ciclo vital femenino y abuso de sustancias psicoactivas, págs: 85-103. En: Lara, M. A., Salgado, V. N. (Compiladoras). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Ed. Pax.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton, University Press.

- Rosenberg, M., Schooler, C. & Schoenback, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54(5), 1004-1018.
- Roselló, J. & Berrios, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(002), 295-302.
- Rubbin, J. Z., Pruitt, D. G., & Hee, K. S. (1994). *Social conflict escalation, stalemate, and settlement*, New York: McGraw Hill.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O.F.D., & Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: Fact or Action? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56.
- Rueter, M. A., & Conger, R. D. (1995). Antecedents of parent-adolescent conflict. *Journal of the marriage and the family*. 57(2), 435-448.
- Saltijeral, M. M., González-Forteza, C. & Carreño, G. S. (2002), Predictores del uso de sustancias adictivas en estudiantes de dos secundarias del centro histórico. *La Psicología Social en México*. IX, 419-426.
- Santacreu, J., Froján, M. X. Y Hernández, J. A. (1991). «El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I)». *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201-215.
- Sarmiento, C. (2004). *Influencia del funcionamiento familiar y el medio escolar sobre la motivación y el desempeño escolar* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Shek, D. T. L., (1997). Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: A pioneer study in a Chinese context. *Journal of Genetic Psychology*, 158(1), 113-128.
- Shek, D., T. L. (1999). Paternal and maternal influences on the psychological well-being of Chinese adolescents. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 125(3), 23.
- Shek, D. T. L. (2002). The relation of parental qualities to psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in Chinese adolescents with economic disadvantage. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 215-230.

- Shek, D., T. L. (2005). Paternal and maternal influences on the psychological well-being, substance abuse, and delinquency of Chinese adolescents experiencing economic disadvantage. *Journal of Clinical Psychology*, 61(13), 219-234.
- Simons, R. L., Murphy, P.I. (1985). Sex differences in the causes of adolescent suicide ideation. *Journal of Youth Adolescence*, 14(5):423-434
- Simons-Morton, B., Haynie, D. L., Crump, A. D., Eitel P. & Sailor, K. E. (2001). Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education and Behavior*, 28, 95-107.
- Smetana, G. J. (1995). Parenting styles and conceptions of parental authority during Adolescence. *Child Development*, 66, 299-316. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9505240334
- Smetana, J.G. & Asquith, P. (1994). Adolescents' and parents' conceptions of parental authority and personal autonomy. *Child Development*, 65(4), 1147-1162. DOI: 10.1111/1467-8624.ep7252861
- Soria-Esojo, M.C., Velasco-Garrido, J. L., Hidalgo-Sanjuán, M. V., Luiz-Martínez, G., Fernández-Aguirre, C. y Rosales-Jaldo, M. (2005). Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. *Archivos de Bronconeumología*, 41(12), 654-8 26. Recuperado de <http://www.doyma.es> el 20/11/2007.
- Steinberg, L. (1990). Interdependence in the family: autonomy, conflict and harmony in the parentadolescent relationship. En S. S. Feldman & G. L. Elliott, *At the threshold: The developing adolescent* (pp.255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Steinberg, L., Elmen, J., D. & Mounts, N. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60(6), 1424-1436. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9772457
- Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N., Mounts, N. & Dornbusch, S. (1994). Over time changes in adjustment among adolescent from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 65(4), 754-770. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9408220878

- Steinberg, L., Lamborn, S.D., Dornbusch, S.M., & Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 63(5), 1266-1281. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9301210142
- Sun, R. C., & Hui, K. P. (2007). Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. *Journal of Youth Adolescence* 36,775-786.
- Sun, R. C. F., Hui, K. P., & Watkins, D. (2006). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*, 29, 209-224.
- Tapia-Conyer, R., Medina-Mora, M. E., León Álvarez, G., Rascón, M. L., Lazcano Ramírez, F., Alcaraz, G. S., et al, (1990). El consumo de tabaco en el Distrito Federal. *Salud Mental*, 13, 17-22. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Thomas, A., & Chess, S. (1991). Temperament in adolescence and its functional significance. En R.M. Lerner, A.C. Petersen, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (pp.1131-1340). New York: Garland.
- Unikel, C., Gómez-Peresmitré, G., and González-Forteza, C. (2006). Suicidal behavior, risky eating behaviors and psychosocial correlatos in Mexican female students. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 414-421. Recuperado de <http://web.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/detail?vid=1&hid=106&sid=227bfbdf-5ecb-41db-a664-e3e5f054977d%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&jid=BVM#db=a9h&jid=BVM#db=a9h&jid=BVM>
- Valdés-Salgado, R., Meneses-González, F., Lazcano-Ponce, E. C., Hernández-Ramos, M. I., Hernández-Ávila, M. (2004). Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes, México 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/etj2003.pdf>
- Valdés-Salgado, R., Lazcano-Ponce, E. C., Hernández-Avila, M. (2005). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el control del Tabaco, México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de

<http://www.insp.mx/produccion-cientifica/637-primer-informe-sobre-el-combate-al-tabaquismo.html>

- Valencia, A., Aguilar, J., Sarmiento, C. & Lemus, L. (2005, octubre). La autoestima y sus relaciones con los estilos de crianza y las percepciones parentales. En J. Aguilar (Coordinador), *Relaciones de los estilos parentales, conflictos padre-hijo y percepciones parentales con autoestima y motivación académica*. Simposio efectuado en el XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Gro. México.
- Vallejo, A. Osorno, R. Mazadiego, T., Melchor, J. Alva, R., Guerrero, C., et al. (2005, octubre). Frecuencia e intensidad de los conflictos entre adolescentes veracruzanos y sus madres. En P. Andrade (Coordinadora), *Problemas en la adolescencia*. Simposio efectuado en el XIII Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Gro. México.
- van Renen, L. J., & Wild, L. G. (2008). Family functioning and suicidal ideation/ behavior in adolescents: a pilot study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health, 20(2), 111-121*. DOI: 10.2989/JCAMH.2008.20.2.7.690
- Villar, E., Viñas, F., Ferrer, J. J., Caparrós, B., & Cornellá, C. M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología, 20(1), 33-46*. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Villatoro, J. (1994). Problemas psicosociales asociados al consumo de drogas: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N., & Medina Mora, M. E., (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D. F. <http://www.inpsiquiatria.edu.mx/javv/>
- Villatoro, J. Medina-Mora, M. E., Cardiel, H., Fleiz, C. Alcántar, E., Hernández, S., et al. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Cd. de México, medición de otoño 1997. *Salud Mental, 22(2), 18-30*. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/

- Villatoro, J, Medina-Mora, M. E., Hernández, M, Fleiz, C., Amador, N. & Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes del nivel medio y medio superior de la Cd. de México: Noviembre, 2003. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28(1), 38-51. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Villatoro, J, Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P., et al., (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la Encuesta de Estudiantes. *Salud Mental*, 25(1), 43-54. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Viñas, F., Canals, J., Gras, M. E., Ros, C., y Doménech- Llaberia, E. (2002). Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 5(1), 20-28.
- Viñas, F., Claustre, M., Ballabriga, J. & Doménech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*, 12(4), 594-598. Recuperado de www.psicothema.com
- Wagner, F., González-Forteza, C., Aguilera, R. M., Ramos-Lira, L. E., Medina-Mora, M.E. & Anthony, J. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre Estudiantes de secundaria de la ciudad de México. *Salud Mental*, 26(2), 22-32. Recuperado de http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/
- Weiss, L. & Schwarz, C. (1996). The relationship between parenting types and older adolescents' personality, academic achievement, adjustment, and substance use. *Child Development*, 67(5), DOI: 2101-2114. DOI: 10.1111/1467-8624.ep9706060156
- Wilburn, V. R. & Smith, D. R. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, 40(157), 33-45.
- Wild, L. G., Flisher, A. J. & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: Associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27(6), 611-624.
- Wong, I. N., De Man, A. F. & Leung, P. W. L. (2002). Perceived parental rearing and suicidal ideation in Chinese adolescents. *Social Behavior and Personality*, 30(1), 19-24.

- Xian G. & Qian, M. (2001). The relationship of parenting style to self-reported mental health among two subcultures of Chinese. *Journal of Adolescence*, 24, 251-260.
- Zhang J. & Jin, S. (1998). Interpersonal relations and suicide ideation in China. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 124(1), 79-94.

Apéndice A

Propiedades Psicométricas de las Escalas que fueron Modificadas en la Fase 1

Tabla A1
Análisis Factorial de la Escala de Percepción del Padre

No.	Reactivos	Percepción	Percepción
		Positiva	negativa
		<i>Factor 1</i>	<i>Factor2</i>
5	Tolerante	.816	
2	Comprensivo	.800	
3	Justo	.797	
6	Confiable	.758	
4	Amable	.757	
1	Cariñoso	.701	
8	Responsable	.569	
7	Trabajador	.523	
11	Exigente		.640
14	Descuidado		.584
9	Mandón		.558
13	Flojo		.514
15	Arbitrario		.427
16	Insensible		.397
10	Desconfiado		.384
12	Egoísta		.285
	Porcentaje	de	39.039
	Varianza		14.119
	Alfa de Cronbach		.8840

Tabla A2

Análisis Factorial de la Escala de Percepción de la Madre

No.	Reactivos	Percepción	
		Positiva	Percepción negativa
		Factor 1	Factor2
2	Comprensiva	.777	
3	Justa	.712	
4	Amable	.703	
5	Tolerante	.779	
6	Confiable	.659	
1	Cariñosa	.622	
7	Trabajadora	.272	
8	Responsable	.272	
13	Floja		.740
14	Descuidada		.746
12	Egoísta		.644
11	Exigente		.514
16	Insensible		.493
15	Arbitraria		.426
9	Mandona		.196
10	Desconfiada		.174
Porcentaje de		30.796	12.606
Varianza			
Alfa de Cronbach		.8265	

Tabla A3
Análisis Factorial de la Escala de Autoestima

No.	Reactivos	Positiva
		<i>Factor 1</i>
1	Creo que soy una persona tan valiosa como cualquier otra.	.701
7	Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.	.678
3	En general estoy satisfecho conmigo mismo.	.630
5	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.629
9	Creo que tengo un buen número de cualidades.	.545
Porcentaje de Varianza		49.439
Alfa de Cronbach		.740

Tabla A4**Análisis Factorial de la Escala de Depresión**

No.	Reactivos	Afecto negativo
		<i>Factor 1</i>
2	No tenía hambre, no tenía apetito*	.753
6	Me sentí deprimido (a)*	.699
18	Me sentía triste*	.692
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan*	.679
3	Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos*	.660
17	Lloraba a ratos*	.569
14	Me sentía solo (a)*	.545*
Porcentaje de Varianza		24.094
Alfa de Cronbach		.8907

Tabla A5
Análisis Factorial de la Escala de Ideación Suicida

No.	Reactivos	Motivos Tendencia Ideas Clínica
		<i>Factor 1</i>
	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta (o)	.752
	Tenía pensamientos sobre la muerte	.718
	Pensé en matarme	.698
	No podía "seguir adelante"	.689
	Pensé en las formas en que la gente se suicida.	.628
	Pensé cuándo matarme.	.623**
	Pensé cómo podría matarme.	.611**
	Pensé que si hubiera tenido la oportunidad me hubiera matado	.349**
Porcentaje de Varianza		58.576
Alfa de Cronbach		.896

Apéndice B. Cuestionario Aplicado en la Fase 2

No. de cuestionario

--	--	--

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario forma parte de un estudio que pretende conocer algunas problemáticas de los jóvenes. Las preguntas son acerca del uso de alcohol, drogas y algunos aspectos relacionados con este consumo. También se preguntan otros datos como son: edad, sexo, convivencia familiar, etc. Para que este estudio sea provechoso es muy importante que contestes a todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son **estrictamente confidenciales y ninguna persona podrá ser identificada**. Es por esto que no preguntamos ni tu nombre, número de cuenta, ni tu grupo.

I N S T R U C C I O N E S

Esto NO es un examen, NO hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor contesta con cuidado.

Para cada pregunta, busca la respuesta que para tí sea la mejor. Contesta encerrando en un círculo el número de la respuesta que hayas escogido, o escribiendo el número de la opción en el espacio que corresponda no dejes ninguna pregunta sin contestar.

En **todas** las preguntas **deberás elegir sólo una opción**. En algunas te pedimos que escribas tu respuesta en los recuadros o en las líneas correspondientes.

Por ejemplo: ¿Has tomado agua en los últimos 30 días?

- | | |
|--------------------------|---|
| No | 1 |
| Sí, de 1 a 5 días | 2 |
| Sí, de 6 a 19 días | 3 |
| Sí, 20 días o más..... | 4 |

La respuesta circulada fue "4" indicando que el joven que contestó tomó agua 20 días o más en los últimos 30 días.

Si no sabes la respuesta a alguna pregunta o sientes que no puedes contestarla porque no la entiendes, entonces levanta la mano y un encuestador vendrá a resolver tus dudas.

Por favor, contesta lo siguiente:

Sexo: Masculino (1) Femenino (2)
Edad _____ (años cumplidos)
Grado escolar: _____
Turno: Matutino (1) Vespertino (2)

<p>A continuación encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la forma de ser de tu papá y de tu mamá, indica qué tan cierto es lo que se dice en cada una de estas afirmaciones para cada uno de ellos, escribiendo el número en el espacio que corresponda, utilizando las siguientes opciones de respuesta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. totalmente cierto 2. medianamente cierto 3. poco cierto 4. muy poco cierto. <p>(Si no tienes papá o mamá, piensa en la persona que para tí ocupa su lugar)</p>		Papá	Mamá
Afirmación			
P1	Mi papá, mamá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.		
P2	Cuando mi papá, mamá me pide que haga algo espera que lo haga pronto y sin protestar.		
P3	Mi papá, mamá toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos		
P4	A mi papá, mamá parece importarle poco lo que me suceda.		
P5	Mi papá, mamá piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.		
P6	Cuando mi papá, mamá quiere que yo haga algo me explica las razones.		
P7	Mi papá, mamá regatea mucho cualquier ayuda que le pida.		
P8	Mi papá, mamá piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.		
P9	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.		
P10	Mi papá, mamá no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.		
P11	Mi papá, mamá dirige nuestras actividades y conductas mediante el razonamiento y el convencimiento.		
P12	Mi papá, mamá es poco responsable conmigo.		
P13	Mi papá, mamá es exigente pero comprensivo(a)		
P14	Cuando mi papá, mamá piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque yo no quiera.		

	<p>Continuación) Indica qué tan cierto es lo que se dice de tu papá y de tu mamá en cada una de estas afirmaciones para cada uno de ellos, escribiendo el número en el espacio que corresponda, utilizando las siguientes opciones de respuesta:</p> <p>1. totalmente cierto 2. medianamente cierto 3. poco cierto 4. muy poco cierto. (Si no tienes papá o mamá, piensa en la persona que para tí ocupa su lugar)</p>	Papá	Mamá
	Afirmación		
P15	Mi papá, mamá se mantiene distante y ajeno a lo que hacemos sus hijos.		
P16	Cuando mi papá, mamá toma una decisión que me afecta, él (ella) está dispuesto(a) a discutirla conmigo y aceptar que cometió un error.		
P17	Mi papá, mamá me exige que haga las cosas exactamente como él (ella) quiere.		
P18	Mi papá, mamá se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.		
P19	Mi papá, mamá ajusta las reglas de comportamiento a nuestras necesidades		
P20	Mi papá, mamá se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.		
P21	Mi papá, mamá se entromete en todos mis asuntos.		
P22	Mi papá, mamá limita mucho mi libertad para hacer lo que yo quiera.		
P23	Mi papá, mamá me ha impuesto una disciplina rígida y severa.		

3		Encierra en un círculo qué tan satisfecho te sientes con cada situación o forma de relacionarte con tu familia.				
Situación familiar		Totalmente insatisfecho	Bastante insatisfecho	En parte insatisfecho / en parte satisfecho	Bastante satisfecho	Totalmente satisfecho
SF1	Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia	1	2	3	4	5
SF2	Tu propia facilidad para expresar en tu familia lo que deseas.	1	2	3	4	5
SF3	La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas.	1	2	3	4	5
SF4	Las decisiones que toman tus padres en tu familia	1	2	3	4	5
SF5	Lo bien que se llevan tus padres.	1	2	3	4	5
SF6	Lo justas que son las críticas en tu familia.	1	2	3	4	5
SF7	La cantidad de tiempo que pasas con tu familia.	1	2	3	4	5
SF8	La forma de dialogar para resolver los problemas familiares.	1	2	3	4	5
SF9	Tu libertad para estar solo cuando lo deseas.	1	2	3	4	5
SF10	Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de la casa entre os distintos miembros de tu familia.	1	2	3	4	5
SF11	La aceptación de tus amigos por parte de tu familia.	1	2	3	4	5
SF12	Lo que tu familia espera de ti.	1	2	3	4	5
SF13	La cantidad de veces que toman decisiones todos juntos en tu familia.	1	2	3	4	5
SF14	La cantidad de actividades de diversión o de ocio que hay en tu familia.	1	2	3	4	5

Los adjetivos siguientes se refieren a la percepción que tienes de tus padres. Encierra en un círculo la opción que elegiste en el espacio indicado.

		Mi papá es					Mi mamá es				
		1 Casi siempre	2 Muchas veces	3 Algunas veces	4 Pocas Veces	5 Casi nunca	1 Casi siempre	2 Muchas veces	3 Algunas veces	4 Pocas Veces	5 Casi nunca
PP/PM1	Cariñoso (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM2	Comprensivo (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM3	Justo (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM4	Amable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM5	Tolerante	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM6	Confiable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM7	Trabajador (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM8	Responsable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM9	Mandón (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM10	Desconfiado (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM11	Exigente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM12	Egoísta	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM13	Flojo (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PP/PM14	Descuidado (a)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

En esta sección podrás indicar qué tantas peleas o discusiones has tenido con tu papá y tu mamá durante el último mes en los temas que aparecen en la lista de abajo. En cada tema selecciona una de las cuatro posibles respuestas y encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta. No olvides marcar tus respuestas para tu papá y tu mamá.

Discusiones sobre		PAPÁ				MAMÁ			
		Ninguna pelea o discusión	Alguna	Bastantes	Muchas	Ninguna	Alguna	Bastantes	Muchas
F1	La hora a la que llegas a casa.								
F2	Lo que haces en tu tiempo libre								
F3	Los quehaceres de la casa (limpiar, ordenar tu cuarto)								
F4	No te dan el dinero que necesitas								
F5	Beber alcohol								
F6	El tiempo que dedicas a estudiar y las calificaciones que sacas								
F7	Cómo te vistes o arreglas								
F8	Los lugares a dónde vas cuando sales.								
F9	Tomar drogas.								
F10	En qué gastas el dinero.								
F11	Los amigos con quien sales.								
F12	Fumar.								

Indica qué tan fuertes o intensas han sido las peleas o discusiones que has tenido con tu papá y tu mamá durante el último mes en los temas que aparecen en la lista de abajo. En cada tema selecciona una de las tres posibles respuestas y encierra en un círculo el número que corresponda a tu respuesta. No olvides marcar tus respuestas para tu papá y tu mamá.

Discusiones sobre		PAPÁ			MAMÁ		
		Leves	Moderadas	Fuertes	Leves	Moderadas	Fuertes
IC1	La hora a la que llegas a casa.	1	2	3	1	2	3
IC2	Lo que haces en tu tiempo libre	1	2	3	1	2	3
IC3	Los quehaceres de la casa (limpiar, ordenar tu cuarto)	1	2	3	1	2	3
IC4	No te dan el dinero que necesitas	1	2	3	1	2	3
IC5	Beber alcohol	1	2	3	1	2	3
IC6	El tiempo que dedicas a estudiar y las calificaciones que sacas	1	2	3	1	2	3
IC7	Cómo te vistes o arreglas	1	2	3	1	2	3
IC8	Los lugares a dónde vas cuando sales.	1	2	3	1	2	3
IC9	Tomar drogas.	1	2	3	1	2	3
IC10	En qué gastas el dinero.	1	2	3	1	2	3
IC11	Los amigos con quien sales.	1	2	3	1	2	3
IC12	Fumar.	1	2	3	1	2	3

<p>Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada una y marca el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así en <u>la última semana</u>.</p> <p>(1) 0 días (2) 1-2 días (3) 3-4 días (4) 5-7 días</p>					
<i>Pensamiento</i>	Número de días				
	0	1-2	3-4	5-7	
S1	No podía seguir adelante	1	2	3	4
S2	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta (o)	1	2	3	4
S3	Tenía pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
S4	Pensé en matarme	1	2	3	4
S5	Pensé cómo podría matarme.	1	2	3	4
S6	Pensé cuándo matarme.	1	2	3	4
S7	Pensé que si hubiera tenido la oportunidad me hubiera matado	1	2	3	4
S8	Pensé en las formas en que la gente se suicida.	1	2	3	4

	<p>A continuación te haremos unas preguntas sobre el uso de tabaco, medicinas y algunas drogas. Por favor, contesta todas las preguntas. Encierra en un círculo la respuesta correcta y escribe lo que se pide.</p>		
T1	¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?	Si (1)	No (2)
T2	En los últimos 12 meses, ¿has fumado tabaco ?	Si (1) No (2) Nunca he fumado tabaco (3)	
T3	En los últimos 30 días, ¿has fumado tabaco ?	No (1) Sí, de 1 a 5 días (2) Sí, de 6 a 19 días (3) Sí, 20 días o más (4) Nunca he fumado tabaco (5)	
CT4	¿Cuántos cigarros fumas al día?	Número de cigarros _____ Nunca he fumado tabaco (00) No fumo diario (99) Actualmente ya no fumo (98)	
CT5	¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarro?	Nunca he fumado tabaco (1) Primeros 5 minutos (2) Entre 5 y 30 minutos (3) Entre 31 y 60 minutos (4) Más de 1 hora (5) Actualmente ya no fumo (6)	
CT6	¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez?	a) Nunca he fumado tabaco (1) b) Años _____	
CAN1	¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado anfetaminas u otros estimulantes, para perder o no subir de peso, o dar energía como el Éxtasis o la Efedrina, etc., sin que un médico te lo recetara?	Si (1)	No (2)
CAN2	En los últimos 12 meses, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Si (1) No (2) Nunca he usado anfetaminas (3)	
CAN3	En el último mes, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No (1) Sí, de 1 a 5 días (2) Sí, de 6 a 19 días (3) Sí, 20 días o más (4) Nunca he fumado tabaco (5)	

CAN4	<p>Escribe por favor el (los) nombre(s) de la(s) anfetamina(s) u otros estimulantes que has tomado, sin que un médico te las recete.</p> <p style="text-align: center;"><i>Anota tu respuesta en las líneas</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nunca he usado anfetaminas (00)</p>
CAN5	<p>¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?</p>	<p>1-2 veces 1</p> <p>3-5 veces 2</p> <p>6-10 veces 3</p> <p>11-49 veces 4</p> <p>50 o más veces 5</p> <p>Nunca he usado anfetaminas 6</p>
CAN6	<p>¿Cuántos años tenías cuando usaste anfetaminas u otros estimulantes por primera vez sin que un médico te lo recetara?</p>	<p>00 a) Nunca he usado anfetaminas</p> <p>b) Años _____</p>
CTR1	<p>¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado tranquilizantes para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diacepam, etc., sin que un médico te lo recetara?</p>	<p>Sí (1)</p> <p>No (2)</p>
CTR2	<p>En los últimos 12 meses, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>Nunca he usado tranquilizantes.. 3</p>
CTR3	<p>En el último mes, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recete?</p>	<p>No 1</p> <p>Sí, de 1 a 5 días 2</p> <p>Sí, de 6 a 19 días..... 3</p> <p>Sí, 20 días o más..... 4</p> <p>Nunca he usado tranquilizantes.. 5</p>
CTR4	<p>Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) tranquilizante(s) que has tomado, sin que un médico te lo recete.</p> <p style="text-align: center;"><i>Anota tu respuesta en las líneas</i></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nunca he usado tranquilizantes . 00</p>
CTR5	<p>¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes, sin que un médico te lo recete?</p>	<p>1-2 veces 1</p> <p>3-5 veces 2</p> <p>6-10 veces 3</p> <p>11-49 veces 4</p> <p>50 o más veces 5</p> <p>Nunca he usado tranquilizantes . 6</p>

TR6	¿Cuántos años tenías cuando usaste tranquilizantes por primera vez sin que un médico te los recetara?	Nunca he usado tranquilizantes Años _____	00
M1	¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado mariguana, hashish ?	Sí No	1 2
M2	En los últimos 12 meses, ¿has consumido mariguana ?	Sí No Nunca he consumido mariguana	1 2 3
M3	En el último mes, ¿has consumido mariguana ?	No Sí, de 1 a 5 días Sí, de 6 a 19 días Sí, 20 días o más Nunca he consumido mariguana	1 2 3 4 5
M4	Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) producto(s) que has usado. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca he consumido mariguana ...	00
M5	¿Cuántas veces en tu vida has usado mariguana ?	1-2 veces 3-5 veces 6-10 veces 11-49 veces 50 o más veces Nunca he consumido mariguana	1 2 3 4 5 6
M6	¿Cuántos años tenías cuando usaste mariguana por primera vez?	Nunca he usado mariguana Años _____	00
C1	¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado Cocaína ?	Sí (1) No (2)	
C2	En los últimos 12 meses, ¿has usado cocaína ?	Sí No Nunca he consumido cocaína	1 2 3
C3	En el último mes, ¿has usado cocaína ?	No Sí, de 1 a 5 días Sí, de 6 a 19 días Sí, 20 días o más Nunca he consumido cocaína	1 2 3 4 5
C4	Escribe por favor el (los) nombre(s) del (los) producto(s) que has tomado. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca he consumido cocaína	00

C5	¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido cocaína 6
C6	¿Cuántos años tenías cuando usaste cocaína por primera vez?	Nunca he usado cocaína 00 Años _____
C7	¿Cómo has usado cocaína ?	Fumada 1 Inyectada 2 Inhalada 3 Tomada o tragada 4 Nunca he consumido cocaína 5
CI1	¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc., para elevarte?	Sí 1 No 2
CI2	En los últimos 12 meses, ¿has usado inhalables para elevarte?	Sí 1 No 2 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 3
CI3	En el último mes, ¿has usado inhalables para elevarte?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 5
CI4	Escribe por favor el (los) nombre(s) de(1) (los) inhalable(s) que has aspirado o inhalado para elevarte <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca he inhalado sustancias para elevarme 00
CI5	¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 6
CI6	¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste por primera vez sustancias para elevarte?	Nunca he aspirado inhalables 00 Años _____

ACD1	¿Qué persona te proporcionó drogas por primera vez (que no sea alcohol ni tabaco)?	Nunca he usado drogas	1
		Un familiar	2
		Un amigo o conocido	3
		Un vendedor de drogas	4
		Un compañero de la escuela	5
		Otro _____	6
CDF1	¿Alguna de estas personas ha usado algún tipo de droga (que no sea alcohol ni tabaco)? (Marca una opción para cada persona)	Sí	No
		1	2
		1	2
		1	2
		1	2
	a) Tu papa	1	2
	b) Tu mamá	1	2
	c) Alguno de tus hermanos(as)	1	2
	d) Tu mejor amigo(a)	1	2

Ahora, quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas. Encierra en un círculo la opción que corresponda																								
A1	C	Alguna vez en tu vida ¿has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"?	Sí 1 No 2																					
A2	C	De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (Marca una respuesta para cada inciso) a) Vino (blanco, tinto, rosado) b) Bebidas como "coolers," "viña real", etc. c) Cerveza d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc. e) Bebidas preparadas en lata como: "Presidencola", "New Mix" f) Pulque g) Alcohol puro o aguardiente	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Nunca he bebido alcohol</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Sí	No	Nunca he bebido alcohol	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Sí	No	Nunca he bebido alcohol																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
A3	C	¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?	Edad Nunca he tomado alcohol 1																					
A4	C	En los últimos 12 meses, ¿has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"?	Si (1) No (2)																					
A5	C	En los últimos 30 días, ¿has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"?	Si (1) No (2)																					
A6	C	¿Con qué frecuencia tomaste, en el <u>último año</u> , 1 ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, vodka, pulque, etc.)	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Nunca</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 2 veces en el último año</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>De 3 a 11 veces en el último año</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 2 veces en el último mes</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Una o más veces a la semana</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Diario</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Nunca	0	De 1 a 2 veces en el último año	1	De 3 a 11 veces en el último año	2	De 1 a 2 veces en el último mes	3	Una o más veces a la semana	4	Diario	5									
Nunca	0																							
De 1 a 2 veces en el último año	1																							
De 3 a 11 veces en el último año	2																							
De 1 a 2 veces en el último mes	3																							
Una o más veces a la semana	4																							
Diario	5																							

A7	¿Con qué frecuencia en el <u>último mes</u> tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como "piña colada" o "medias de seda"?	Nunca 0 De 1 a 2 veces en el último mes 1 De 3 a 11 veces en el último mes 2 Más de 20 veces en el último mes..... 3 Una o más veces en la última semana 4 Diario 5
AA1	¿Con qué frecuencia ingieres una o dos copas o vasos de bebida alcohólica?	Nunca 0 De 1 a 2 veces al año 1 De 3 a 11 veces al año 2 De 1 a 2 veces al mes ... 3 Una o más veces a la semana 4 Diario 5
AA2	¿Con qué frecuencia ingieres tres o cuatro copas o vasos de bebida alcohólica?	Nunca 0 De 1 a 2 veces al año 1 De 3 a 11 veces al año 2 De 1 a 2 veces al mes ... 3 Una o más veces a la semana 4 Diario 5
AA3	¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca 0 De 1 a 2 veces al año 1 De 3 a 11 veces al año 2 De 1 a 2 veces al mes ... 3 Una o más veces a la semana 4 Diario 5
AA4	¿Con qué frecuencia te has emborrachado?	Nunca 0 De 1 a 2 veces al año 1 De 3 a 11 veces al año 2 De 1 a 2 veces al mes ... 3 Una o más veces a la semana 4 Diario 5

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Apéndice C

Propiedades Psicométricas de las Escalas de la Fase 2

Tabla C1

*Estructura factorial de la escala de consumo de alcohol de
Aguilar, et al., (2003-2004)*

No.	Reactivos	Factor 1 Frecuencia
53	¿Con qué frecuencia ingieres tres o cuatro copas o vasos de bebida alcohólica?	.955
52	¿Con qué frecuencia ingieres una o dos copas o vasos de bebida alcohólica?	.950
51	¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste, una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como "piña colada" o "medias de seda"?	.936
54	¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	.931
50	¿Con qué frecuencia tomaste en el último año, 1 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	.929
55	¿Con qué frecuencia te has emborrachado?	.878
	Porcentaje de Varianza	86.566
	Alfa de Cronbach	.9679

Tabla C2
Estructura factorial de la escala de ideación suicida

No.	Reactivos	Factor 1 Ideas
5	Pensé cómo podría matarme.	.877
4	Pensé en matarme	.874
6	Pensé cuándo matarme.	.866
7	Pensé que si hubiera tenido la oportunidad me hubiera matado	.840
8	Pensé en las formas en que la gente se suicida.	.787
2	Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta (o)	.778
3	Tenía pensamientos sobre la muerte	.764
1	No podía "seguir adelante"	.634
	Porcentaje de Varianza	64.972
	Alfa de Cronbach	.9132

Tabla C3

Estructura factorial de la escala de estilo autorizativo materno

No.	Reactivos	Factor 1 Autorizativo
6	Cuando mi mamá quiere que yo haga algo me explica las razones.	.724
1	Mi mamá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	.721
16	Cuando mi mamá toma una decisión que me afecta, ella está dispuesta a discutirla conmigo y a aceptar que cometió un error.	.699
3	Mi mamá toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	.698
13	Mi mamá es exigente pero comprensiva.	.564
19	Mi mamá ajusta las reglas de comportamiento a nuestras necesidades.	.559
11	Mi mamá dirige nuestras actividades y conductas mediante el razonamiento y el convencimiento.	.501
	Porcentaje de Varianza	41.457
	Alfa de Cronbach	.7555

Tabla C4

Estructura factorial de la escala de estilo autoritario materno

No.	Reactivos	Factor 1 Autoritario
23	Mi mamá me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	.698
14	Cuando mi mamá piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque yo no quiera.	.651
17	Mi mamá me exige que haga las cosas exactamente como ella quiere.	.650
8	Mi mamá piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	.612
22	Mi mamá limita mucho mi libertad para hacer lo que yo quiera.	.587
10	Mi mamá no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	.555
5	Mi mamá piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	.533
21	Mi mamá se entromete en todos mis asuntos.	.445
	Porcentaje de Varianza	35.522
	Alfa de Cronbach	.7358

Tabla C5

Estructura factorial de la escala de estilo negligente materno

No.	Reactivos	Factor 1 Negligente
20	Mi mamá se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	.730
18	Mi mamá se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	.696
15	Mi mamá se mantiene distante y ajena a lo que hacemos sus hijos.	.685
12	Mi mamá es poco responsable conmigo.	.632
4	A mi mamá parece importarle poco lo que me suceda.	.572
9	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	.513
7	Mi mamá regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	.466
	Porcentaje de Varianza	38.477
	Alfa de Cronbach	.7231

Tabla C6

Estructura factorial de la escala de estilo autorizativo paterno

No.	Reactivos	Factor 1 Autorizativo
1	Mi papá me explica las razones de sus decisiones y de las reglas de conducta que me pone.	.757
3	Mi papá toma en cuenta las opiniones de sus hijos antes de tomar una decisión que pueda afectarlos.	.733
6	Cuando mi papá quiere que yo haga algo me explica las razones.	.724
16	Cuando mi papá toma una decisión que me afecta, él está dispuesto a discutirla conmigo y a aceptar que cometió un error.	.713
13	Mi papá es exigente pero comprensivo.	.666
19	Mi papá ajusta las reglas de comportamiento a nuestras necesidades.	.599
11	Mi papá dirige nuestras actividades y conductas mediante el razonamiento y el convencimiento.	.545
	Porcentaje de Varianza	46.301
	Alfa de Cronbach	.8027

Tabla C7

Estructura factorial de la escala de estilo autoritario paterno

No.	Reactivos	Factor 1 Autoritario
23	Mi papá me ha impuesto una disciplina rígida y severa.	.707
17	Mi papá me exige que haga las cosas exactamente como él (ella) quiere.	.669
8	Mi papá piensa que una disciplina firme y rigurosa es la mejor manera de educar a los hijos.	.667
14	Cuando mi papá piensa que debo hacer algo me obliga a hacerlo aunque yo no quiera.	.657
22	Mi papá limita mucho mi libertad para hacer lo que yo quiera.	.608
10	Mi papá no acepta que yo discuta sus órdenes y decisiones.	.605
5	Mi papá piensa que debe usarse la fuerza para que los hijos se comporten correctamente.	.548
21	Mi papá se entromete en todos mis asuntos.	.393
	Porcentaje de Varianza	37.688
	Alfa de Cronbach	.7596

Tabla C8

Estructura factorial de la escala de estilo negligente paterno

No.	Reactivos	Factor 1 Negligente
20	Mi papá se interesa muy poco en lo que hago o dejo de hacer.	.767
18	Mi papá se interesa muy poco en los problemas que tenemos sus hijos.	.764
15	Mi papá se mantiene distante y ajeno a lo que hacemos sus hijos.	.751
12	Mi papá es poco responsable conmigo.	.704
4	A mi papá parece importarle poco lo que me suceda.	.618
9	En la casa cada quien hace lo que quiere y nadie le pide cuentas.	.544
7	Mi papá regatea mucho cualquier ayuda que le pida.	.514
	Porcentaje de Varianza	45.343
	Alfa de Cronbach	.7938

Tabla C9

Estructura factorial de la escala de percepción de la madre

No.	Reactivos	Factor 1
		Percepción
2	Comprensiva	.761
4	Amable	.740
3	Justa	.702
6	Confiable	.699
5	Tolerante	.694
1	Cariñosa	.673
12	Egoísta	.583
8	Responsable	.530
10	Desconfiada	.492
7	Trabajadora	.484
13	Floja	.472
14	Descuidada	.468
9	Mandona	.400
	Porcentaje de Varianza	36.460
	Alfa de Cronbach	.8409

Tabla C10
Estructura factorial de la escala de percepción del padre

No.	Reactivos	Factor 1
		Percepción
2	Comprensivo	.784
4	Amable	.773
3	Justo	.760
5	Tolerante	.753
6	Confiable	.742
8	Responsable	.652
12	Egoísta	.647
1	Cariñoso	.629
7	Trabajador	.583
13	Flojo	.514
14	Descuidado	.496
10	Desconfiado	.470
9	Mandón	.358
	Porcentaje de Varianza	41.138
	Alfa de Cronbach	.8709

Tabla C11

Estructura factorial de la escala de satisfacción familiar

No.	Reactivos	Factor 1 Satisfacción
13	La cantidad de veces que toman decisiones todos juntos en tu familia.	.813
8	La forma de dialogar para resolver los problemas familiares.	.807
1	Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia	.748
3	La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas.	.743
14	La cantidad de actividades de diversión o de ocio que hay en tu familia.	.733
2	Tu propia facilidad para expresar en tu familia lo que deseas.	.718
6	Lo justas que son las críticas en tu familia.	.700
4	Las decisiones que toman tus padres en tu familia	.691
12	Lo que tu familia espera de ti.	.660
5	Lo bien que se llevan tus padres.	.635
10	Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de la casa entre os distintos miembros de tu familia.	.623
11	La aceptación de tus amigos por parte de tu familia.	.607
9	Tu libertad para estar solo cuando lo deseas.	.603
7	La cantidad de tiempo que pasas con tu familia.	.565
	Porcentaje de Varianza	48.018
	Alfa de Cronbach	.9138

Tabla C12
Estructura factorial de la escala de frecuencia de conflicto con
la madre

No.	Reactivo	Factor 1	Factor 2
		Cotidianos	Drogas
8	Los lugares a dónde vas cuando sales.	.644	
11	Los amigos con quien sales.	.644	
1	La hora a la que llegas a casa.	.602	
10	En qué gastas el dinero.	.591	
2	Lo que haces en tu tiempo libre	.587	
6	El tiempo que dedicas a estudiar y las calificaciones que sacas	.547	
7	Cómo te vistes o arreglas	.545	
3	Los quehaceres de la casa (limpiar, ordenar tu cuarto)	.496	
4	No te dan el dinero que necesitas	.461	
9	Tomar drogas.		.774
12	Fumar.		.759
5	Beber alcohol		.640
	Porcentaje de Varianza	29.799	16.392
		46.191	
	Alfa de Cronbach	.780	.825

Tabla C13

Estructura factorial de la escala de frecuencia de conflicto familiar con el padre

No.	Reactivo	Cotidianos	Drogas
		Factor 1	Factor 2
8	Los lugares a dónde vas cuando sales.	.665	
11	Los amigos con quien sales.	.652	
10	En qué gastas el dinero.	.612	
2	Lo que haces en tu tiempo libre	.582	
6	El tiempo que dedicas a estudiar y las calificaciones que sacas	.575	
1	La hora a la que llegas a casa.	.576	
7	Cómo te vistes o arreglas	.529	
3	Los quehaceres de la casa (limpiar, ordenar tu cuarto)	.504	
4	No te dan el dinero que necesitas	.473	
9	Tomar drogas.		.802
12	Fumar.		.748
5	Beber alcohol	.	.661
	Porcentaje de Varianza	30.098	16.863
		46.961	
	Alfa de Cronbach	.786	.836

Tabla C14

Estructura factorial de la escala de intensidad de conflicto con la madre

No.	Reactivo	Cotidianos	Drogas
		Factor 1	Factor 2
8	Los lugares a dónde vas cuando sales.	.644	
11	Los amigos con quien sales.	.636	
2	Lo que haces en tu tiempo libre	.625	
1	La hora a la que llegas a casa.	.623	
10	En qué gastas el dinero.	.605	
6	El tiempo que dedicas a estudiar y las calificaciones que sacas	.576	
7	Cómo te vistes o arreglas	.555	
3	Los quehaceres de la casa (limpiar, ordenar tu cuarto)	.490	
4	No te dan el dinero que necesitas	.463	
12	Fumar.		.734
9	Tomar drogas.		.731
5	Beber alcohol	.	.600
	Porcentaje de Varianza	31.333	14.994
		46.327	
	Alfa de Cronbach	.788	.795

Tabla C15

Estructura factorial de la escala de intensidad de conflicto con el padre

No.	Reactivo	Cotidianos Drogas	
		Factor 1	Factor 2
8	Los lugares a dónde vas cuando sales.	.667	
11	Los amigos con quien sales.	.624	
2	Lo que haces en tu tiempo libre	.605	
1	La hora a la que llegas a casa.	.578	
10	En qué gastas el dinero.	.577	
6	El tiempo que dedicas a estudiar y las calificaciones que sacas	.551	
7	Cómo te vistes o arreglas	.545	
3	Los quehaceres de la casa (limpiar, ordenar tu cuarto)	.517	
4	No te dan el dinero que necesitas	.458	
9	Tomar drogas.		.743
12	Fumar.		.695
5	Beber alcohol		.620
	Porcentaje de Varianza	30.819	15.195
		46.014	
	Alfa de Cronbach	.786	.810

Tabla C16

Estructura factorial de la escala de autoestima

<i>No.</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Factor 1 Autoestima positiva</i>
4	Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.	.844
5	Creo que tengo un buen número de cualidades.	.820
2	En general estoy satisfecho conmigo mismo.	.791
3	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	.770
1	Creo que soy una persona tan valiosa como cualquier otra.	.758
	Porcentaje de Varianza	63.551
	Alfa de Cronbach	.8552

Tabla C17

Estructura factorial de la escala de afecto negativo

No.	Reactivos	Afecto negativo
		Factor 1
18	Me sentía triste	.870
6	Me sentí deprimido (a)	.861
14	Me sentía solo (a)	.785
3	Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	.756
17	Lloraba a ratos	.737
2	No tenía hambre, no tenía apetito	.523
1	Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	.519
	Porcentaje de Varianza	53.89%
	Alfa de Cronbach Afecto Negativo	.84.