



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES  
RELACIONADOS CON EL USO DE TABACO EN  
ADOLESCENTES ESCOLARES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LAURA CELINA RODRÍGUEZ MEJÍA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: Mtro. JUAN JIMÉNEZ FLORES

COMITÉ: Dra. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

Mtra. MA. FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE

Mtro. ALEJANDRO BALDERAS GONZÁLEZ

Mtra. SILVIA MERCADO MARÍN



ENERO 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**CONTENIDO**

RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. TABAQUISMO .....	8
1.1 La adquisición: prueba inicial y experimentación con el tabaco .....	10
1.2 La consolidación del consumo: su uso regular .....	14
1.3 Trastornos asociados.....	17
1.4 Situación actual del tabaquismo en México .....	23
CAPÍTULO 2. ESTILOS DE CRIANZA .....	29
2.1 Antecedentes .....	30
2.2 Tipos de estilo de crianza .....	33
2.3 Prácticas de crianza en la adolescencia .....	38
2.4 Estilos y prácticas de crianza asociados con el tabaquismo.....	39
CAPÍTULO 3. ADOLESCENCIA .....	41
3.1 La pubertad .....	45
3.2 Autonomía, independencia, libertad y formación de la identidad .....	47
3.3 El contexto familiar del adolescente .....	52
3.4 Adolescencia y consumo de drogas.....	57
CAPÍTULO 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN .....	62
4.1 Factores de riesgo familiares.....	66
4.2 Factores de protección familiar .....	73
CAPÍTULO 5. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS .....	75
4.1 Niveles de prevención .....	79
4.2 Tipos de prevención .....	82
4.3 Programas preventivos.....	88

---

CAPÍTULO 6. MÉTODO.....	90
Pregunta de investigación .....	90
Objetivo general.....	90
Objetivos particulares .....	90
Hipótesis de investigación.....	90
Variables.....	90
Tipo de diseño.....	91
Participantes .....	91
Instrumento .....	93
Procedimiento.....	95
CAPÍTULO 7. RESULTADOS .....	96
CAPÍTULO 8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	102
CONCLUSIONES.....	105
REFERENCIAS.....	107

## RESUMEN

Actualmente la edad de inicio de consumo de tabaco en la población adolescente, según la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (Reynales-Shigematsu, Valdés-Salgado, Rodríguez-Bolaños, Lazcano-Ponce, Hernández-Ávila, 2009) ocurre a los 13 años, debido a ello crece la necesidad de implementar iniciativas preventivas en los más jóvenes, por lo cual, es necesario conocer los factores de riesgo específicos de edades cada vez más tempranas, por esta razón, este estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo familiares asociados con el consumo de tabaco en una muestra de 55 adolescentes escolares, alumnos de la escuela Secundaria Diurna #128, con edades entre 12 a 17 años, los participantes fueron seleccionados por muestreo de tipo incidental. Se les aplicó la segunda parte del Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992). El tratamiento estadístico de los datos consistió en un análisis descriptivo y un análisis de correlación de Spearman, la cual mostró una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el consumo de tabaco de los adolescentes y su gusto por la escuela, se observó que los indicadores de las correlaciones de, los factores de riesgo familiares tales como, el consumo de sustancias adictivas de los padres y la relación paterno filial, no mostraron relación estadísticamente significativa, lo cual difiere de los estudios previos, en los cuales se les ha identificado como factores de riesgo para el consumo de tabaco.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una gran cantidad de estudios, iniciativas gubernamentales, programas preventivos y atención de los medios masivos, acerca del tabaquismo entre los adolescentes, sin embargo este continúa en aumento. La incidencia del consumo de tabaco en los jóvenes se ha incrementado año con año, en el 2002 fue de 7.9% en la población con edades de 12 a 15 años, para el 2008 se incrementó a 14.9% en una población con edades de 12 a 17 años. La estimación de mortalidad prematura atribuible al tabaquismo indica que el consumo de tabaco es responsable de entre 25,000 y 60,000 muertes al año en México, el gasto total en atención médica asociado con el tabaquismo en México se calculó en 75,200 millones de pesos para el año 2008 (Waters, Sáenz de Miera, Ross & Reynales-Shigematsu, 2010). Además de los problemas de salud que causa a los adolescentes y a las personas que los rodean, se relaciona con problemas familiares y escolares, cuya tendencia también se ha incrementado con los años, por estas razones constituye un problema de salud pública en México.

En el contexto de salud enfermedad el abuso del tabaco, en la población adolescente representa un factor de riesgo que puede asociarse con la pérdida de salud, problemas escolares y familiares. Debido precisamente a que, es en la etapa de la adolescencia donde generalmente comienza el proceso de hacerse fumador, el cual tiene cuatro fases: la adquisición, consolidación, abandono y la posterior recaída y/o mantenimiento. Es en la primera fase donde radica el interés principal del presente estudio, es decir la prueba inicial y la experimentación con el tabaco, pues es en la etapa de la adolescencia donde se desarrolla fundamentalmente, además existe poca probabilidad de que una persona que llegue a los 20 años sin ser fumador lo sea posteriormente.

Se ha encontrado que la adolescencia y la primera juventud son los periodos donde es más elevada la prevalencia de una variedad de conductas de riesgo como: conductas delictivas, consumo de sustancias, conducción temeraria y conducta sexual de riesgo (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001). En este contexto la familia representa una de las influencias más importantes para los jóvenes, pues modela comportamientos relacionados con la salud, como el consumo de tabaco. Por ejemplo, Aguilar (2001) en una investigación realizada a jóvenes de bachillerato, encontró que mientras mayor sea el uso de drogas por parte de la madre y el padre, a más disgusto se encuentre el adolescente en la escuela y sean frecuentes las amenazas divorcio de sus padres; mayor probabilidad tendrá el adolescente de iniciarse en el consumo de tabaco.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo de este estudio fue, describir aquellas prácticas de crianza que se asocian con el uso de tabaco en adolescentes, aunque a diferencia del estudio de Aguilar (2001), el presente se enfocó en una muestra de jóvenes de menor edad, con la finalidad de identificar los factores de riesgo específicos de la adolescencia temprana, pues es en esta etapa donde comienza el proceso de hacerse fumador, aunado a esto, la detección de factores de riesgo específicos permite elaborar estrategias preventivas que reduzcan o eviten la aparición de nuevos fumadores o bien favorecer el abandono del tabaco.

La presente investigación está organizada en dos partes, la primera es el sustento teórico de lo mencionado anteriormente, se divide en cinco capítulos, en el primer capítulo se define el concepto de tabaquismo así como, el desarrollo por el cual pasa el individuo para llegar a ser un fumador habitual, además se mencionan los trastornos relacionados con el consumo de tabaco, para concluir con el capítulo de tabaquismo se describe el panorama de consumo

de tabaco en México. El segundo capítulo trata acerca de los estilos y prácticas de crianza, los cuales para Darling & Steinberg (1993) son la constelación de actitudes hacia el niño que, consideradas conjuntamente, crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres, además de los tipos de estilos de crianza, se mencionan aquellos que han mostrado mayor relación con el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes, de los cuales se ahondará en el tercer capítulo, es en la adolescencia donde se gestan muchas de las conductas adictivas, además se corre el riesgo de que se conviertan en problemáticas, así también en esta etapa el joven busca la independencia e identidad. En el capítulo cuarto se muestra como los estilos de crianza y las conductas de los padres hacia sus hijos, pueden convertirse en factores de riesgo o protección para el consumo de tabaco.

Se concluye el sustento teórico con el quinto capítulo, prevención, tema de fundamental importancia, para evitar o disminuir el aumento de jóvenes fumadores, para lograr esta reducción, es necesario aplicar los diferentes tipos de prevención primaria, secundaria, terciaria y universal, selectiva e indicada en escenarios, escolares, familiares, comunitarios o laborales.

En la segunda parte se describe el proceso metodológico de la investigación, el reporte de resultados y las conclusiones, las cuales hacen mención de las aportaciones y limitaciones de la investigación.

## CAPÍTULO 1. TABAQUISMO

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), en el año 2030 ocurrirán 10 millones de defunciones atribuibles al tabaco, 70% de ellas en los países en desarrollo. La mitad de estas muertes corresponderán a personas adultas de mediana edad, quienes habrán perdido más de veinte años de vida.

El consumo de tabaco supone una amplia variedad de consecuencias adversas para la sociedad, ya que se relaciona con los daños a la salud, los gastos de atención médica, las pérdidas de productividad y la muerte prematura tanto del fumador como de lo expuestos al humo del tabaco (Reynales et al., 2006). Por esta razón los objetivos de este capítulo son mostrar las características del proceso de hacerse fumador, el cual comienza con la prueba inicial hasta la consolidación del consumo, etapa en la cual puede surgir, trastornos asociados como la depresión y ansiedad y la situación actual del tabaquismo en México.

### **Definición**

Gil & García (1994) mencionan que usualmente se considera adicción tabáquica o tabaquismo al: consumo habitual de productos elaborados del tabaco, especialmente cigarrillos, en forma que supone un riesgo para la salud a medio o largo plazo. Si bien no hay un acuerdo total sobre los límites del consumo necesarios para hablar del tabaquismo como adicción, el consumo crónico de cigarrillos es una conducta adictiva, pues en los fumadores aparece la tolerancia y síndrome de abstinencia como consecuencia del cese de la ingesta.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2005) reconoce, al diagnóstico de trastornos por uso de nicotina como una de las alteraciones específicas relacionadas con sustancias, e incluye dentro de dicha categoría la dependencia nicotínica, la abstinencia nicotínica, y el trastorno no especificado por uso de nicotina.

Como características de los trastornos por uso de nicotina se señalan:

1. El uso diario de nicotina durante al menos varias semanas.
2. La aparición de la disforia o abatimiento, insomnio, ansias o deseos de nicotina, irritabilidad, frustración o enfado, ansiedad, dificultad de concentración, descenso en la tasa cardíaca.

Para Gil, & García (1994) el consumo crónico de tabaco fumado, cumple prácticamente todas las características que señala el DSM IV-TR (APA, 2005) como definidoras de la dependencia de sustancias, y del abuso de sustancias, por lo que el consumo de tabaco fumado en un patrón típico de fumador habitual (esto es, diario y en torno a 20 cigarrillos/día) se ha considerado un comportamiento de abuso y dependencia de una sustancia psicoactiva o droga: la nicotina.

La adicción a la nicotina explica porque las personas siguen fumando y este diagnóstico está aumentando entre los adolescentes. Los fumadores adolescentes regulares tienen un mayor riesgo de comportamientos nocivos para la salud, trastornos mentales y enfermedades físicas relacionadas al consumo crónico del tabaco en comparación con los ocasionales (Martinez-Mantilla 2008).

Las definiciones del fumador actual son distintas, principalmente se refieren a la cantidad de cigarrillos consumidos. Algunos estudios definen al fumador adolescente actual como la persona que refiere consumir cigarrillos al menos un día en los últimos seis meses, en los últimos 30 días o en la última semana. Otros investigadores clasifican a los fumadores adolescentes actuales en dos categorías: regular o diario (consumo diario de cigarrillos - CDC en el último mes) y ocasional o no-diario (no haber fumado todos los días en el último mes). Para efectos de la investigación, la definición que se utilizó de fumador fue: cualquier alumno que contestó haber fumado alguna vez en la vida. El proceso por el cual un adolescente se convierte en fumador regular, está compuesta por múltiples factores los cuales se detallan a continuación.

## 1.1 La adquisición: prueba inicial y experimentación con el tabaco

La conducta de fumar es un continuo que transcurre a través de varios estadios de cambio, el proceso de hacerse fumador se desarrolla en cuatro fases: *la adquisición*, esto es la prueba inicial y experimentación con el tabaco; *la consolidación* del consumo o fase del fumador regular; el *abandono* del tabaco pasando a ser ex fumador y la posterior *recaída y/o mantenimiento*.

Becoña et al. (1994) ha reconocido ocho factores implicados en la fase de *adquisición* de la conducta de fumar y son los siguientes:

1. Factores de predisposición.
  - a. Normas y valores de los iguales y de la familia sobre el tabaco.
  - b. Personales
2. Características sociodemográficas.
3. Disponibilidad.
4. Coste económico
5. Publicidad y presión social al consumo.
6. Factores cognitivos y de expectativa ante los cigarrillos.
7. Carencia de estrategias adecuadas de afrontamiento ante el aburrimiento y el control de peso corporal.
8. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos.

La mayoría de ellos son factores previos que van a llevar a la prueba inicial de un cigarrillo y en la mayoría de los casos a la posterior prueba de muchos más.

A continuación se describirá a detalle las características de cada factor antes expuesto. El primer factor es la *predisposición*, las normas y valores de los padres y de la familia sobre fumar han mostrado tener una relación con el hecho del consumo temprano en los adolescentes. Otro factor de predisposición puede ser el de tipo personal, se ha encontrado que la inclinación hacia las conductas problemáticas, tales como el incumplimiento de reglas en la escuela, la delincuencia, edad de la primera relación sexual, uso de anticonceptivos inadecuados, bajos niveles de obediencia dentro de la familia, bajos niveles de responsabilidad, impulsividad y previo uso de alcohol y otras sustancias, está relacionado con el inicio en el consumo del tabaco.

La creencia tabaco-salud/enfermedad que tiene una persona para realizar o no esa conducta es otro importante factor personal, frente al gran número de campañas de tipo público incidiendo en la relación tabaco-enfermedad, es de esperar que tengan impacto en la población, en especial en los adolescentes.

El factor de predisposición denominado social, es importante, pues conlleva la aceptación social del consumo. Es una realidad que la nicotina es una droga y, sin embargo su valoración es distinta a las otras drogas ilegales (Becoña et al. 1994).

Junto a los factores de predisposición, que facilitan el poder comenzar a consumir tabaco, están las *características sociodemográficas* que se relacionan con el primer consumo, tales como el sexo, edad, clase social, ocupación, y los estudios.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora, Rodríguez, & Villatoro, 2008) 27 millones de mexicanos han probado alguna vez en su vida el tabaco, de los cuales el 48.8% fueron hombres y el 23.4% fueron mujeres, estos resultados sugieren que ser hombre o mujer es un factor de predisposición para iniciar el consumo temprano de tabaco.

La *edad* es un importante factor relacionado con el consumo de tabaco, pues se ha observado que las primeras pruebas de los cigarrillos se producen a los 13 años en la población adolescente mexicana, además a partir de los 20 años es difícil que una persona comience a fumar, esto también lo respalda la ENA 2008, (Medina-Mora, Rodríguez, & Villatoro, 2008), mostrando que la edad promedio de consumo de tabaco en la población general de 12 a 65 años fue de 17.1 años y en la población adolescente fue de 13.7 años.

La *clase social* es un factor importante relacionado con el consumo, pues al introducirse la costumbre de fumar en un país, la población de clase alta lo considera un elemento de distinción, después será esa clase la que va dejando de fumar, al tiempo que el consumo de tabaco se extiende al resto de las clases y al final, la clase alta y media van dejando de fumar quedando sólo como fumadores la clase baja. Respecto a la *ocupación* y su relación con los adolescentes, ocurre con la entrada temprana de los jóvenes al ámbito laboral y los múltiples modelos de fumadores que se encontraran en este. La relación entre consumo de tabaco y *estudios* es clara, las personas con mayor nivel de estudios son los que perciben y retienen más las campañas públicas para dejar de fumar y los que tienen mayor probabilidad de dejar de fumar.

La *disponibilidad* del tabaco es de gran importancia en la adquisición de la conducta de fumar, si no existiesen a la venta cigarrillos en cualquier bar, vendedores ambulantes o la venta indiscriminada a menores de edad, el número de fumadores sería mucho menor, semejante al de otras drogas ilegales. Además, esta disponibilidad se relaciona con otro factor que facilita la adquisición: el *bajo costo económico* al que se venden los cigarros sueltos a los adolescentes, esto facilita la prueba y la experimentación. Aunado a lo anterior, la *publicidad* y la *presión social* al consumo facilitan conocer el producto, identificarse con lo que lo rodea creando la conciencia de que fumar es normal, dicha presión social se ve reflejada claramente en los medios de comunicación, en las imágenes visuales, en la calle y con mayor énfasis, en el gran número de situaciones sociales en las que es completamente normal fumar. (Becoña et al. 1994).

En los últimos años han cobrado gran relevancia los *factores cognitivos* que facilitan la conducta de fumar, es decir el modo en que se procesa, categoriza y organiza la información que recibimos.

La *carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento para no aburrirse o para controlar el peso corporal* es otro factor que acerca a los jóvenes a la prueba inicial y experimentación con el tabaco, al fumar eliminan momentáneamente el aburrimiento y al hacerse regular esa conducta de fumar, el aburrimiento desaparece. Más clara es la relación que las mujeres, en su mayoría, perciben entre fumar y regular su peso corporal. Dada la gran importancia que tienen en la sociedad actual y especialmente en la adolescencia, el control del peso, el tabaco es una estrategia sencilla, barata, cómoda y eficaz para controlar el peso (Becoña et al. 1994)

Una vez que varios de los anteriores factores se producen el resultado es el consumo de tabaco, el cual se mantiene debido a dos factores básicos: los efectos psicofarmacológicos de la nicotina y a los factores de reforzamiento.

Dentro de los *efectos psicofarmacológicos de la nicotina* se ha señalado que dicha sustancia y sus propiedades psicofarmacológicas pueden llevar al individuo a seguir fumando, resultado del efecto adictivo de la nicotina. Interrelacionados con los factores psicofarmacológicos están los *factores de reforzamiento*, tanto positivo como negativo. La nicotina, en pequeñas dosis, tiene un efecto placentero en el individuo por la liberación de una mayor cantidad de noradrenalina, con lo que se produce un incremento de los impulsos y de la elevación del estado de ánimo. Esta satisfacción inmediata lleva a que se incremente la probabilidad de repetición de la conducta; esto es lo que se llama *reforzamiento positivo*. Por el contrario, cuando el fumador tiene los síntomas de la abstinencia de la nicotina, puede superarlos fumando, es decir ingiriendo la sustancia consigue anular los efectos desagradables que padece, lo que aumenta la probabilidad de que se repita la conducta, esto se denomina *reforzamiento negativo* (Becoña et al., 1994). Una vez iniciado el consumo de cigarrillos o fase de adquisición, en poco tiempo, en la mayoría de los casos, se pasa a su uso regular, del cual se tratara a continuación.

## 1.2 La consolidación del consumo: su uso regular

El uso regular de tabaco, hace referencia la progresión de fumar esporádicamente algún cigarro o unos pocos diarios a fumar medio o un paquete o incluso diariamente. En el paso de la adquisición al uso regular, intervienen cinco factores fundamentales, los cuales se mencionan a continuación:

1. Efectos psicofarmacológicos de la nicotina.
  - a. Poder reforzante de la nicotina (reforzamiento negativo y positivo).
  - b. Evitación de los efectos negativos de la abstinencia.
2. Asociaciones condicionadas con fumar.
  - a. Situaciones
  - b. Características positivas ante los fumadores y ante fumar.
3. Negación, minimización o despersonalización de las consecuencias del tabaco en la salud.
4. El tabaco como herramienta psicológica.
  - a. Reducción del estrés
  - b. Estrategia de afrontamiento
  - c. Control del peso corporal
5. Aceptación, facilitación y potenciación del consumo en su medio.
  - a. Familia e iguales.
  - b. Medios de comunicación.
  - c. Publicidad.
  - d. Figuras de identificación.

Los *efectos psicofarmacológicos* de la nicotina tienen un poderoso efecto sobre el sistema nervioso central. Se absorbe rápidamente y llega al cerebro en siete segundos al atravesar la barrera hematoencefálica, produce efectos eufóricos y sedativos modulados por la dosis. La ingestión continua de la nicotina, como cualquier otra droga produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia fisiológicos y cognoscitivos al dejar de fumar.

Los efectos de la nicotina pueden servir para reducir la ansiedad, producir euforia, mejorar la vigilancia para ciertas tareas cognitivas, regular el peso corporal y modular el humor, son un modo útil de regular la relación del individuo fumador con el ambiente. Este efecto de la nicotina, junto con los factores de aprendizaje, hace que se convierta pronto en una conducta bien consolidada.

Junto a los efectos psicofarmacológicos de la nicotina cobran gran importancia las *asociaciones condicionadas con fumar*, un ejemplo de esto es la infravaloración de los jóvenes acerca de las consecuencias del tabaco en su la salud, asimismo, el efecto reforzante del consumo contrarresta estos argumentos, pues los fumadores perciben de modo inmediato los beneficios de fumar, como puede ser la relajación, una vez que se entra en la cadena de consumo se van descubriendo ventajas al mismo y los cigarros se convierten en una *herramienta psicológica* para enfrentarse a distintos problemas.

El último factor que está implicado en la consolidación del consumo es, la *aceptación, facilitación y potenciación del consumo* en el medio del fumador, si los padres de los adolescentes fuman en el hogar, estos se dan cuenta que no hay restricción para fumar en casa y no tardaran en comenzar a fumar bajo el mismo techo que sus padres, por razones como esta, la familia y los iguales, favorecen en muchos casos la conducta de adquisición, los medios de comunicación contribuyen al enviar sus mensajes a los jóvenes con imágenes y un lenguaje que les permita identificarse con una marca específica de cigarros.

El paso del consumo inicial a ser un fumador regular se corresponde con el período de transición de la adolescencia a la vida adulta, cuando aumenta la libertad y la responsabilidad. Los efectos de los modelos tienen aquí mucha importancia y la publicidad influye de forma decisiva en los jóvenes.

En la etapa adolescente, los factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar son de especial relevancia pues son parte de los programas preventivos, cuyo objetivo es, evitar o retrasar el consumo de tabaco. En caso de caer en el abuso del consumo de tabaco, en algunos casos, pueden presentarse los llamados trastornos asociados, de los cuales trataremos a continuación.

## 1.3 Trastornos asociados

### Depresión

El tabaquismo y la depresión son dos importantes problemas de salud pública, en el mundo como en nuestro país. A pesar de la evidencia que se tiene hasta ahora sobre la alta comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo, su tratamiento por lo general se aplica de forma independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar su atención.

Varios estudios realizados han revelado una asociación positiva entre el hábito de fumar y algunos trastornos psiquiátricos y neurológicos como depresión, esquizofrenia, Alzheimer, Parkinson y Síndrome de Gilles de la Tourette (Moreno & Medina-Mora, 2008).

Los pacientes depresivos son más susceptibles a fumar que la población en general y revelan una importante reducción en la severidad de sus síntomas al consumir nicotina, este tipo de pacientes tienen mayores probabilidades de mantenerse en abstinencia al recibir tratamiento para su estado de ánimo.

Munafò, Hitsman, Rende, Metcalfe y Niaura (2008) encontraron que el nivel de la sintomatología depresiva predice la aparición del tabaquismo en no fumadores, de igual manera, la sintomatología depresiva alta en las evaluaciones basales de los pacientes que inician tratamiento contra el tabaquismo, predice una baja tasa de abstinencia al final de dicho tratamiento.

En los estudios de Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) en los cuales analizaron el papel de los trastornos del estado de ánimo, concluyeron que existe una relación entre la historia de depresión mayor, la depresión mayor, la sintomatología depresiva y fumar cigarrillos, además los fumadores que tienen alguno de estos trastornos experimentan una sintomatología de abstinencia más severa, es menos probable que dejen de fumar y es más probable que recaigan.

El incremento de la sintomatología depresiva en la sexta semana y el sexto mes después del tratamiento, se asocian con el fracaso de la abstinencia. De acuerdo con lo anterior se reporta una correlación positiva entre el tiempo de reacción y la sintomatología depresiva. Aquellos que mostraron en su evaluación basal tiempos de reacción más lentos tuvieron mayor riesgo de recaer en el hábito de fumar. Probablemente, el tiempo de reacción evidencia aspectos de la depresión que no son evaluados en los cuestionarios de autorreporte (Kassel, Yates & Brown, 2007).

En relación con las diferencias por género, en un estudio realizado en adolescentes que padecían sintomatología depresiva se encontró una relación significativa entre el tabaquismo y dicha sintomatología, siendo las mujeres las más vulnerables. En este mismo sentido, en un estudio con mujeres fumadoras se encontró una correlación positiva 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. (Moreno & Medina-Mora, 2008).

Continuando con las diferencias por género, se sabe 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, mientras que los hombres que fuman más de una cajetilla diaria tienen cinco veces más probabilidad de padecer depresión que los no fumadores. Los fumadores actuales y los ex fumadores tienen 80% más de probabilidad de presentar depresión, en comparación con los no fumadores. Además, los fumadores actuales (hombres y mujeres) que consumen más de una cajetilla al día, tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores. Por otro lado, la nicotina reduce tanto la incidencia como la severidad de los síntomas depresivos, además se ha probado que para contrarrestar los síntomas de la abstinencia a la nicotina algunos antidepresivos como el bupropión, la fluoxetina, la moclobemida y la nortriptilina tienen efectos benéficos (Moreno & Medina-Mora, 2008).

En los estudios de Covey, Glassman & Stetner, (1998) se encontró una fuerte relación entre la nicotina y la sintomatología depresiva, estos autores destacan la necesidad de examinar nuevas propuestas que puedan sumarse a los tratamientos actuales para el tratamiento de esta adicción, ya que los pacientes con diagnóstico de depresión tienen menos éxito en sus intentos para dejar de fumar. Hasta el momento no hay información suficiente para saber si los pacientes con depresión pueden mantenerse en abstinencia a largo plazo e igualmente se desconoce cuáles podrían ser los efectos de la abstinencia sobre la sintomatología depresiva. La importancia de ahondar en la relación que existe entre el tabaquismo y la depresión, radica en la influencia que esta relación pueda tener en el tratamiento exitoso del tabaquismo.

Además, al conocerse la alta incidencia del tabaquismo en poblaciones vulnerables, es necesario evaluar la eficacia de los distintos tratamientos farmacológicos contra el tabaquismo en los jóvenes y las personas con trastornos mentales. En cuanto a la aceptación de dicho tratamiento entre los pacientes con depresión, se sabe que aquellos que se encuentran bajo medicación son los que mejor aceptan el tratamiento y que ni la severidad de los síntomas depresivos ni la historia previa de depresión ni el historial de recurrencia del padecimiento se relacionan con la aceptación del tratamiento. Es necesario investigar si el tratamiento post-abstinencia con antidepresivos previene dicha sintomatología, debido a que los fumadores con historia de depresión tienen mayores probabilidades de experimentar sintomatología depresiva durante la abstinencia.

Los tratamientos contra el tabaquismo más utilizados en la actualidad, son el psicológico y el farmacológico, el tratamiento psicológico está basado en la terapia cognitivo-conductual, cuando sólo se utiliza este tipo de apoyo el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo es muy bajo, por lo que, se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico a todas las personas que desean dejar de fumar a menos que existan contraindicaciones médicas (Moreno & Medina-Mora, 2008).

El tratamiento de la comorbilidad entre los trastornos del afecto y los trastornos por el uso de sustancias, por lo general se administra de manera independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar la atención de los trastornos comórbidos. Los pacientes que presentan comorbilidad entre trastornos mentales y el uso de sustancias representan un gran reto para los especialistas debido a que la adicción a sustancias limita el uso de fármacos para el tratamiento del trastorno psiquiátrico, y aumenta el riesgo de recaídas en pacientes con dependencia a sustancias, sin embargo, en el caso de la comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo esta limitante no se presenta, ya que el tratamiento farmacológico puede favorecer la mejoría para ambos trastornos.

A continuación se describe la relación que múltiples estudios han encontrado entre la ansiedad y el consumo de tabaco.

### **Ansiedad**

La ansiedad es una respuesta emocional cotidiana la cual ayuda a adaptarse mejor, al poner en alerta al individuo, sin embargo muchas personas sufren excesivos niveles de ansiedad que les pueden producir malestar clínicamente significativo, alteraciones o desórdenes de tipo psicofisiológico o psicosomático, así como conductas desadaptadas, por ejemplo fumar, esta conducta produce aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, está asociado con enfermedades físicas y mentales incluso desde edades tempranas, con trastornos de ansiedad y con una menor expectativa de vida, que puede disminuir en 10 años si se abandona su consumo a una edad tardía frente a una edad temprana (Mae, Cano-Videl, Iruarrizaga & Dongil, 2009).

En el estudio de Lasser et al. (2000), se estima que las personas con un diagnóstico de trastorno mental en el último mes son responsables de cerca de la mitad de todos los cigarrillos consumidos en Estados Unidos.

Los tipos de trastorno mental en los que se encontró un mayor porcentaje de personas con adicción a la nicotina fueron, según Grant et al. (2004): trastornos por consumo de sustancias (52,4% de dependientes a la nicotina frente al 12,8% en la población general; OR=8,1), trastornos por consumo de alcohol (34,5%; OR=4,4), trastornos del estado de ánimo (29,2%; OR=3,3), trastornos de personalidad (27,3%; OR=3,3), trastornos de ansiedad (25,3%; OR=2,7). En cuanto al porcentaje de personas con adicción a la nicotina en un único trastorno mental (en lugar de grupo de un tipo de trastornos, que engloba a varios), destacaron: el trastorno por dependencia de cualquier sustancia (69,3%; OR=15,9), el trastorno de dependencia del alcohol (45,4%; OR=6,4), el trastorno por abuso de cualquier sustancia (44,7%; OR=5,7), trastorno de personalidad dependiente (44,0%; OR=5,5), trastorno de personalidad antisocial (42,7%; OR=5,7) y trastorno de pánico con agorafobia (39,8%; OR=4,6).

La literatura científica coincide en señalar que el hábito de fumar es más común entre las personas con trastornos mentales, incluidos los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia, que entre la población sana. Particularmente, se ha encontrado una clara asociación entre la elevada prevalencia del consumo de tabaco y ciertos trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizado, la única excepción la constituye el trastorno obsesivo compulsivo, cuya comorbilidad con el consumo de tabaco parece no estar relacionado debido a las características propias de dicho trastorno, como el miedo a la enfermedad y la contaminación. (Mae, Cano-Videl, Iruarrizaga & Dongil, 2009).

En base a los estudios citados, hechos en diferentes países, se concluye que existe una relación entre el consumo de tabaco y trastornos de ansiedad y depresión, los cuales a pesar de no ser el objetivo principal del presente, si proporcionan un panorama de lo que se puede prevenir, enseñando a nuestros jóvenes diferentes habilidades para evitar el consumo habitual de tabaco.

A continuación se describen a detalle los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, (Medina-Mora, Rodríguez, & Villatoro, 2008), la cual proporciona el panorama de consumidores de tabaco, en población urbana y rural, las estrategias más comunes en la población para dejar de fumar, el número de personas expuestas al humo de tabaco ambiental y la percepción de políticas de control de tabaco en México.

## 1.4 Situación actual del tabaquismo en México

En la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora, Rodríguez, & Villatoro, 2008) la pregunta ¿Ha fumado alguna vez en la vida, aunque sea una sola fumada? tiene como objetivo estimar la prevalencia de vida (lifetime prevalence) del consumo de tabaco en la población. De acuerdo a esta definición, en la población de entre 12 y 65 años se encontró que 35.6%, cerca de 27 millones de mexicanos, habían probado alguna vez en su vida el cigarrillo. El 48.8% de los hombres y el 23.4% mujeres de las mujeres respondieron haber probado el cigarro.

Cuando se compara por grupo de edad, 14.9% de los adolescentes y 40.2% de los adultos respondieron haber probado el cigarrillo alguna vez en su vida. Si se toma en cuenta el comportamiento por tamaño de localidad (urbano – rural), se encuentra un comportamiento muy diferente en las áreas rurales, donde 23.6% de la población, 38.5% de los hombres y 9.7% de las mujeres refirieron haber probado el cigarrillo alguna vez en la vida. Por grupo de edad, 8.7% de los adolescentes y 28% de los adultos refirieron haber probado el cigarrillo.

En el ámbito nacional entre la población general de 12 a 65 años, la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 17.1 años. En la población adolescente, fue de 13.7 años y en la adulta, de 17.4 años. Las edades promedio de consumo de tabaco por primera vez en la población de adolescentes y adultos en el ámbito rural fueron muy similares a las de la población nacional.

Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició el consumo por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Con base en estos hallazgos, podemos concluir que las razones para el inicio del consumo de tabaco son similares tanto en hombres y mujeres como en adolescentes y adultos.

La pregunta ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos (5 cajetillas) en la vida? tiene como objetivo estimar la prevalencia de consumo de tabaco en la población. Durante muchos años, esta fue la pregunta utilizada para la estimación de la prevalencia con respecto a la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud. Con base en esta definición, en la población de entre 12 y 65 años se encontró que, en el ámbito nivel nacional, 17.2% cerca de 13 millones de mexicanos, habían fumado más de 100 cigarrillos en su vida. Cuando se compara por grupo de edad, 2.5% de los adolescentes y 20.4% de los adultos respondieron haber fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida. Desde el punto de vista epidemiológico (estimación de prevalencias de fumadores activos, ex fumadores y nunca fumadores), esta definición presenta problemas ya que subestima la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes y sobreestima el consumo en los adultos. La epidemia de tabaco es una epidemia global y cambiante y desde el punto de vista de vigilancia epidemiológica y seguimiento al cumplimiento de políticas públicas para el control del tabaco, esta definición dejó de ser útil.

Si se tiene en cuenta el comportamiento por tamaño de localidad (urbano – rural), se encuentra un comportamiento muy diferente en las áreas rurales, donde 9.7% de la población refirió haber fumado más de 100 cigarrillos en su vida, 18.2% de los hombres y 1.8% de las mujeres.

En el siguiente apartado se describen las características de la población mexicana de acuerdo al tipo de consumo de tabaco.

### **Características del consumo de tabaco en la población mexicana**

Para caracterizar a la población mexicana con respecto al consumo de tabaco en la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, se utilizaron las siguientes definiciones:

- Fumador activo: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber fumado durante el último año
- Ex fumador: persona que contestó haber fumado alguna vez en la vida y haber dejado de fumar hace más de un año
- Nunca ha fumado: persona que contestó no haber fumado en la vida.

De acuerdo con estas definiciones, en el ámbito nacional entre la población de 12 a 65 años se encontró que 18.5% corresponde a fumadores activos, lo cual representa cerca de 14 millones de mexicanos fumadores; 17.1% corresponde a ex fumadores y 64.4% no había fumado. El consumo de tabaco en los hombres fue de 27.8% y de 9.9% en las mujeres. Cuando se compara por grupo de edad, 8.8% de los adolescentes y 20.6% de los adultos respondieron haber fumado durante el último año.

### **Fumadores activos**

Continuando en el ámbito nacional, los fumadores activos de entre 12 y 65 años, en promedio, inician el consumo diario de cigarrillos a los 16.7 años; los hombres, a los 16 años y las mujeres, a los 18, y esta diferencia es estadísticamente significativa. Cuando se compara por grupos de edad, la edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 13.7 años y de 16.8 años en adolescentes y adultos, respectivamente.

Los fumadores activos fuman siete cigarrillos al día en promedio; los adolescentes, cinco cigarrillos y los adultos, siete. La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12 – 17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18 – 65 años). El 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos.

Las características con respecto a la adicción en los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos durante el último año, son las siguientes: 75.4% de los adultos y 56.4% de los adolescentes le “dan el golpe” al cigarro algunas veces o siempre; 3.2% de los adolescentes y 11% de los adultos fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse; en más de 92% de los casos, tanto de adolescentes como de adultos, el periodo en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la tarde y la noche.

A los fumadores activos (adultos 18-65 años) se les solicitó información sobre la posibilidad de dejar de fumar. Sólo 9.6% de los adolescentes y 12.3% de los adultos contestaron que les sería difícil abstenerse de fumar en lugares públicos. El 42.3% de los adolescentes y 51.3% de los adultos han intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron incluyeron: dejar de fumar súbitamente (49.9% de los adolescentes y 59.4% de los adultos); dejar de comprar cigarrillos (19.4% de los adolescentes y 15.8% de los adultos), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (9.8% de los adolescentes y 12.1% de los adultos). Únicamente 0.6% de los adolescentes y 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar.

El 51.2% de los fumadores activos adolescentes y 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. De los fumadores activos (adultos 18-65 años), 52.4% está de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, las medicinas (chicles y parches con nicotina y Bupropion) le ayudaría a hacerlo; 37.1% opinó que dichas medicinas son muy caras; 29.5% contestó que estas medicinas pueden dañar la salud, y 16.9% contestó que esas medicinas son muy difíciles de conseguir. Finalmente, 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda de las medicinas mencionadas.

### **Ex fumadores**

En el ámbito nacional, 17.1% cerca de 13 millones de los mexicanos corresponde a ex fumadores, la edad promedio en la que los adultos que habiendo fumado alguna vez en su vida y que al momento de la encuesta se consideraban ex fumadores dejaron de fumar fue de 27.7 años de edad: 29 años en el caso de los hombres y 25.6 años en el de las mujeres. Estos ex fumadores fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día; 9.6, los hombres y 6.4, las mujeres. Las principales razones por las que los ex fumadores dejaron de fumar incluyeron: por conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4%). Se obtuvieron proporciones semejantes al estratificar por sexo y por grupos de edad (adolescentes y adultos).

### **Nunca han fumado**

El 64.4% de la población mexicana refirió no haber fumado, 51.2% de los hombres y 76.6% de las mujeres; 85.1% de la población adolescente y 59.8% de la población adulta.

Respecto al tamaño de localidad de residencia, 61.1% de la población urbana refirió no haber fumado: 48.4% de los hombres y 72.9% de las mujeres. En el área rural, 76.4% de la población correspondió a no fumadores.

A pesar de encontrar un alto porcentaje de personas que nunca han fumado, quizás han estado expuestas al humo del tabaco, como lo muestran los siguientes resultados.

### **Exposición al humo de tabaco ambiental (HTA)**

En el ámbito nacional, 23.3%, cerca de 11 millones, de los mexicanos que nunca han fumado informó estar expuesto al HTA, 25.5% de los hombres y 22% de las mujeres. El 27.3% de los adolescentes y 22% de los adultos informaron estar expuestos al HTA. Si se analizan los valores absolutos, se encuentra que las mujeres y los adolescentes son grupos de riesgo por estar más expuestos al HTA, en comparación con los hombres y los adultos.

### **Percepción de las políticas del control de tabaco**

Con respecto a la opinión que los participantes expresaron sobre las medidas de protección a la salud expresadas en el establecimiento de medidas para lograr lugares públicos libres de humo de tabaco, 87% estuvo completa o medianamente a favor de que se establecieran en restaurantes y otros lugares en donde se expenden alimentos; 86.3%, en cines y otros lugares de espectáculos; 68.6%, en bares y otros lugares en donde se venden bebidas alcohólicas; 89.3%, en hospitales y otros centros de atención a la salud; 85.8%, en lugares de trabajo; 87.3%, en el transporte público. El 89.1% estuvo completa o medianamente a favor de que debería prohibirse el consumo de tabaco en cualquier lugar cerrado. Se obtuvieron proporciones semejantes al estratificar por edad, es decir, entre los adolescentes y los adultos.

## Gastos atribuibles al consumo de tabaco

En el aspecto económico, los costos atribuibles al tabaco se calcularon en 7 082 millones, este valor corresponde a 4.3% de los gastos de operación del IMSS durante el año 2004. Tales erogaciones se evitarían si se instituyeran medidas de prevención y control del tabaquismo en la población adscrita trabajadora y se ofrecieran terapéuticas alternativas para abandonar el hábito en las clínicas de cesación de fumar (Reynales et al., 2006).

En la actualidad están ampliamente reconocidos los efectos nocivos del consumo de tabaco, y el proceso de convertirse en fumador regular, se constituye de la *adquisición y la consolidación del consumo*, es precisamente la etapa de la adquisición la que coincide con el comienzo de la adolescencia, como lo corrobora la ENA 2008, al encontrar que la población adolescente prueba por primera vez el cigarro a los 13 años, por lo cual es necesario trabajar con la población adolescente para retrasar la edad en que prueba el tabaco pues se ha demostrado que es más difícil que se consolide el consumo de tabaco a mayor edad.

En síntesis el apartado de tabaquismo de la presente investigación, reconoce que los factores que llevan a la prueba inicial o fase de *adquisición* son los siguientes: *factores de predisposición, características sociodemográficas, disponibilidad, coste económico, publicidad y presión social al consumo, factores cognitivos y de expectativa ante el cigarro, carencia de estrategias adecuadas ante el aburrimiento y control del peso corporal y efectos psicológicos de los primeros cigarros.*

Una vez que se ha producido la fase de adquisición en la mayoría de los casos se sigue a la fase de *consolidación del consumo*, en la cual entre los factores implicados se encuentra la *aceptación y potenciación del consumo* por parte de la familia, hecho de especial relevancia para el presente y tema de el siguiente capítulo, el cual explica la importancia de la familia en el desarrollo del individuo y la relación entre el consumo de sustancias y un determinado estilo de crianza.

## **CAPÍTULO 2. ESTILOS DE CRIANZA**

Este apartado comienza subrayando la importancia de la familia en el desarrollo del niño, hace referencia a las primeras investigaciones que buscaron la forma de explicar los tipos crianza que ejercen los padres hacia sus hijos, encontrando que la variable disciplina aparecía consistentemente en varias investigaciones. Continúa con la aportación hecha por Baumrind (1966), los estilos de control paterno a los que llamó permisivo, autoritario y autoritativo, tomando en cuenta dicha investigación Maccoby y Martin (1983) reportan cuatro estilos paternos: padres democráticos, padres autoritarios, padres permisivos y padres negligentes, las características de los diferentes tipos de crianza se detallan en este apartado. En el siguiente apartado se muestra la relación que pueden tener los estilos de crianza con conductas como fumar.

## 2.1 Antecedentes

La socialización se da en todos y cada uno de los escenarios o sistemas donde un sujeto interactúa. En éste proceso participan, en primer lugar el sistema familiar, le siguen la escuela, grupos de amigos y medios masivos de comunicación. Dichos sistemas pueden ser diferenciados, aunque siempre interactuarán unos con otros, todos son importantes, pero algunos predominan más que otros dependiendo de la etapa de desarrollo. El sistema que predomina a lo largo de la vida es el familiar, por esta razón, a lo largo de la historia de la psicología, se han desarrollado un sinnúmero de estudios y postulados teóricos en relación con el papel que juega la familia en diferentes aspectos del desarrollo cognitivo, conductual así como emocional del niño (Hernández-Guzmán, 1999).

En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño (Maccoby, 1992). La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años el niño va siendo modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes.

Los padres controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos. De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, primero, y luego del adolescente, lo que va a marcar el modo en que va a ser de adulto (Maccoby, 1992).

Desde los primeros estudios acerca de los estilos de crianza paternos, éstos en su mayoría se han acompañado de la variable disciplina la cual se han manifestado como uno de los principales elementos que intervienen en la calidad de la relación afectiva que establecen los padres con sus hijos (Schaefer, 1965).

En un inicio los estudios e investigaciones que se realizaron acerca de este tema hacían uso de datos cualitativos, posteriormente cuantitativos y con el uso del método estadístico de análisis factorial, el

cual intenta simplificar la conceptualización de las relaciones entre las conductas paternas, se formaron dimensiones que proponían diferentes estilos paternos. En general midieron el estilo paterno enfocándose en tres componentes: relaciones emocionales entre padres e hijos. La segunda dimensión son las prácticas y conductas paternas y, finalmente, el sistema de creencia de los padres (Darling & Steinberg, 1993)

Varios investigadores hicieron dimensiones para describir las conductas paternas y hacer así propuestas de estilos de crianza paternos: aceptación vs rechazo y dominancia vs sumisión, calidez emocional, hostilidad y separación, amor vs hostilidad y autonomía contra control. Los estudios enfocados hacia el conocimiento de la agresividad de los niños, mostraron que la conducta materna de permisividad y agresión incrementaba más la agresividad de los niños. De este estudio surgieron las dimensiones restrictividad/permisividad y calidez, además encontró que cada una de estas dimensiones estaba asociada con cierto tipo de conductas presentadas por los niños (Jiménez-Flores, 2005)

Becker (1964), tratando de reproducir las dimensiones de restrictividad/permisividad, desarrolló otro modelo que considera tres dimensiones generales de la conducta paterna. Dicho modelo difiere del de Schaefer en su subdivisión de la dimensión de control vs autonomía, en restrictivo vs permisivo, aunado a ello formo otra categoría llamándola ansioso en el involucramiento emocional vs separación calmada. Otra dimensión es calidez vs hostilidad, incluyendo en la calidez variables como la aceptación, ser afectuoso, dar aprobación, entendimiento, estar centrado en el niño, uso frecuente de explicaciones, respuestas positivas y uso continuo del razonamiento en el ejercicio de la disciplina.

La dimensión restrictividad vs permisividad, define restrictividad como la imposición de muchas restricciones y ejecuciones estrictas de las demandas hechas por los padres en las áreas del juego sexual, conducta modesta, modales, entrenamiento para ir al baño, orden, cuidado en las tareas del hogar, obediencia, agresividad hacia hermanos, compañeros y padres.

En la misma dimensión llamada involucramiento emocional ansioso vs separación calmada, se define la ansiedad como un alto sentimiento emocional hacia el niño, con protección y solicitud de bienestar para él. (Jiménez-Flores, 2005)

En general, se comenzó a observar la marcada similitud de las dimensiones propuestas por estos investigadores, razón por la cual empezó a emerger un consenso en la relación encontrada entre los resultados obtenidos de la conducta del niño en diferentes áreas, como agresividad y ajuste social, y las conductas de paternidad.

## 2.2 Tipos de estilo de crianza

Los estilos de crianza y la disciplina con las que se pretenden regular ciertas conductas, establecen en gran medida la forma de relación entre padres e hijos, todo ello enmarcado en un contexto cultural de acuerdo con el grupo de pertenencia y son un reflejo de las presiones del medio ambiente, de las creencias y del valor que se le atribuye al periodo de la infancia. Por esta razón los estilos de crianza varían de acuerdo con la sociedad, valores y costumbres, más específicamente, varían de familia a familia en una misma sociedad, en donde supuestamente se comparten los mismo códigos de socialización (Jiménez-Flores, 2005).

La aportación de Baumrind, (1966) fue incorporar a su modelo teórico los procesos emocionales y conductuales dentro de la conceptualización de estilo paterno. Inicialmente quería identificar y describir la paternidad. En sus primeras investigaciones empezó a articular el uso del concepto control paterno, los datos que usó se obtuvieron mediante observaciones en casa y entrevistas con madres y padres. Distinguió tres tipos de control paterno: permisivo, autoritario y autoritativo (refiriendo democracia o también llamado control firme). A continuación se describen los estilos paternos descritos por Baumrind.

### **Permisivo**

Los padres que practican el estilo permisivo intentan comportarse no punitivos, de una manera afirmativa, dan aceptación hacia los impulsos, deseos y acciones del niño. Consultan con él acerca de decisiones, políticas y se le dan explicaciones para las reglas familiares. Hacen pocas demandas para las responsabilidades domésticas y la conducta ordenada. Se presentan a sí mismos con el niño como un recurso de él para usar como él lo desee. Permiten al niño regular sus propias actividades en la medida que sea posible, evitan el ejercicio de control, y no le estimulan a obedecer. El prototipo de adulto permisivo requiere que se comporte de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y las acciones del niño.

Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas.

### **Autoritario**

Los padres autoritarios intentan moldear, controlar y evaluar la conducta y actitudes del niño de acuerdo a lo establecido en las reglas de conducta, usualmente en absoluto orden, reglas teológicas motivadas y formuladas por su alta autoridad. Valoran la obediencia como una virtud y aprueban el castigo, creen en mantener al niño en su lugar, en restringir su autonomía y en asignar responsabilidades domésticas para inculcar respeto al trabajo. Aprecian el orden y la estructura tradicional. No proporcionan ni aceptan el reforzamiento o aliento verbal. Creen que el niño deberá aceptar su trabajo como correcto, así como la palabra del padre. Los padres autoritarios son severos en sus cuidados, su disciplina es estricta y consistente. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento y actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos. No facilitan el diálogo y en ocasiones, rechazan a sus hijos/as como medida disciplinaria.

### **Autoritativo (control firme o democrático)**

Este estilo paterno intenta guiar las actividades del niño de una manera racional, de una forma orientada. Ellos dan reforzamiento verbal y lo aceptan. Forman y educan con el razonamiento y la supervisión. Solicitan las objeciones del niño cuando él no acepta obedecer, valoran tanto la voluntad y autonomía del niño como la disciplina. Ejercen un control firme y señalan las divergencias padre-hijo, reconocen los intereses del niño y no lo limitan con restricciones. Los padres autoritativos afirman las cualidades presentes del niño, pero también agrupan un estándar de conductas futuras. Usan razonamiento y forman o educan con disciplina y reforzamiento para lograr sus objetivos. Es un estilo que se caracteriza por la comunicación bidireccional y un énfasis

compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en el hijo.

Coopersmith (1976) también realizó estudios sobre conductas paternas y propone las siguientes dimensiones de los estilos de crianza:

*Aceptación.* Cuando los padres se preocupan por los sentimientos de sus hijos, surgen actitudes de amor y aprobación del niño.

*Rechazo.* Estos padres son hostiles, fríos, no aceptan al niño, expresándose de él como un intruso o como un objeto negativo. Expresan su rechazo mostrándose negligentes hacia sus hijos, indiferentes hacia sus necesidades y aspiraciones. Muestran actitudes de desaprobación, carencia de afecto, hostilidad.

*Castigo.* Se mencionan tres categorías, las dos primeras son el castigo corporal y el retiro de amor, éstas técnicas son esencialmente negativas, la tercera es la negación y separación.

*Control.* Además de adoptar una actitud general de control, los padres utilizan la frecuencia y severidad. Primero emplean técnicas positivas o negativas para influenciar la conducta del niño, las técnicas positivas consisten en recompensas, elogios, y apoyo de las actitudes que desean del niño, las técnicas negativas se reflejan en castigo físico, aislamiento y retiro de amor.

*Límites.* Dichos límites pueden variar de diferentes maneras, establecer un número ilimitado de reglas y no tener la fuerza necesaria para que se cumplan, o tener gran número de restricciones inalterables.

*Permisividad.* Bajo una extrema permisividad, el ambiente proporciona gratificaciones al niño, cuyas necesidades se expresan libremente.

Acerca de las conclusiones hechas por Baumrind acerca de los tipos de estilos paternos, investigadores como Maccoby y Martin (1983) mencionan que la tipología de estilos paternos se desarrolla a lo largo de dos dimensiones ortogonales de demandas y responsabilidades. Refiriéndose como demandas a aquello que los padres ejercen sobre sus hijos para que alcancen determinados objetivos y metas, también hace referencia a la voluntad de los padres para actuar como agentes socializadores, mientras que responsabilidad se refiere al reconocimiento de los padres de la individualidad del niño y al grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de los hijos, sobre todo, de naturaleza emocional. Cuando se cruzan esas dos dimensiones se producen cuatro estilos paternos: los padres autoritativos (democráticos), quienes presentan tanto demandas como responsabilidades altas; los padres autoritarios demandas altas y pocas responsabilidades, los padres permisivos múltiples responsabilidades, pero pocas demandas, y los más recientemente, padres negligentes, quienes no están comprometidos ni con demandas ni con responsabilidades. Dichos resultados apoyan la estructura de Maccoby y Martin (1983) e indican la necesidad de distinguir entre dos tipos de familias permisivas: las indulgentes y las negligentes (Torío, Peña & Rodríguez, 2008).

El estilo *permisivo-indulgente* podría definirse por tres características fundamentales de la conducta parental ante el niño: a) la indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas, b) la permisividad y c) la pasividad. Evitan, en lo posible, la afirmación de la autoridad y la imposición de restricciones, hacen escaso uso de castigos, tolerando todos los impulsos de los hijos. En los hogares, se promueve la comunicación abierta y el clima democrático. Este estilo de disciplina familiar se describe, principalmente, por una interacción carente de sistematización y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo pueda identificarse o imitar. Los padres no son directivos, ni asertivos y tampoco establecen normas en la distribución de tareas o en los horarios dentro del hogar. Acceden fácilmente a los deseos de los hijos. Son tolerantes en cuanto a la expresión de impulsos, incluidos los de ira y agresividad, a pesar de ello es de resaltar que les

preocupa la formación de sus hijos. Responden y atienden a sus necesidades, a diferencia de los permisivos-negligentes, cuya implicación y compromiso paterno es nulo.

Los padres que ejercen el estilo *permisivo-negligente* para Torío et al. (2008) se caracterizarían por la no implicación afectiva en los asuntos de los hijos y por la dimisión en la tarea educativa. La permisividad no es debida a razones ideológicas, como ocurre en el estilo permisivo-indulgente, sino a razones pragmáticas, tanto por la falta de tiempo o de interés como por la negligencia o la comodidad. Los padres permisivo-negligentes invierten en los hijos el mínimo tiempo posible y tienden a resolver las obligaciones educativas de la manera más rápida y cómoda posible, encuentran más cómodo no poner normas, pues éstas implicarían diálogo y vigilancia.

La mayoría de los estudios se ajustan al modelo propuesto por Maccoby y Martin (1983) para clasificar a los padres en cuatro categorías a partir de las dos dimensiones ortogonales clásicas, siendo muy escasos los que incluyen alguna variable adicional (Oliva, Parra & Arranz, 2008).

Darling y Steinberg (1993) han propuesto que existe diferencia conceptual entre estilo paternos y practicas paternas, es decir, el estilo paterno o la constelación de actitudes paternas, crean un contexto de clima emocional en el cual las conductas paternas se expresan y deben distinguirse de las practicas paternas o conductas definidas por contenidos específicos y objetivos de socialización.

Siguiendo con Darling y Steinberg una ventaja de separar la practica paterna y el estilo paterno es que facilita el ver la variabilidad dentro y a través de la familia. Su trabajo ha contribuido de manera importante a distinguir entre prácticas paternas y estilos paternos, ya que estos últimos dan el contexto en el que las prácticas se alientan.

## 2.3 Prácticas de crianza en la adolescencia

Para Darling y Steinberg (1993) es de suma importancia establecer la distinción entre los objetivos a los que va dirigida la socialización, las prácticas utilizadas por los padres para alcanzar dichos objetivos y el estilo parental o clima emocional dentro del cual ocurre la socialización.

Para estos autores el estilo parental puede definirse, como una constelación de actitudes hacia el niño que en conjunto, crean un “clima emocional” en el que se expresan las conductas de los padres. Estas conductas incluyen aquellas que estén dirigidas a alcanzar un objetivo de socialización, así como conductas que no persiguen ese objetivo, algunas de ellas pueden ser, gestos, cambios en el tono de voz, lenguaje corporal o expresión espontánea de las emociones a este conjunto de conductas se les llama prácticas parentales. A su vez los valores u objetivos de socialización incluyen la adquisición de habilidades y conductas específicas del niño (habilidades sociales, habilidades académicas) así como el desarrollo de cualidades más globales en el niño (curiosidad, independencia, pensamiento crítico). Evidentemente, estos aspectos de la socialización familiar se encuentran íntimamente relacionados con el contexto cultural en el que se halla integrado el individuo. Los procesos que ligan las conductas de los padres y de los hijos no son universales, no se mantienen iguales con independencia de las características de los participantes o de los contextos en los cuales ocurren dichos procesos. Los valores y normas culturales determinan la conducta real de los padres y el modo en que los hijos interpretan los objetivos y la conducta de sus padres, así como la forma en que los adolescentes organizan su propia conducta (Darling & Steinberg 1993)

## 2.4 Estilos y prácticas de crianza asociados con el tabaquismo

Torío et al. (2008) menciona que los estilos paternos tienen una gran repercusión y consecuencias evolutivas que no se circunscriben sólo a la etapa infantil, sino que se prolongan a lo largo de la vida. Dicho argumento se basa en una investigación, realizada a adolescentes entre 14 y 18 años, en la cual clasificó a los adolescentes en los cuatro grupos de estilos educativos que definen Maccoby y Martin, contrastando cuatro grupos de resultados en aspectos como el desarrollo psicosocial, el logro escolar, las destrezas interiorizadas y las conductas problemáticas.

Los resultados indican que los adolescentes que caracterizan a sus padres como autoritativos obtienen puntuaciones más altas en competencias psicosociales y más bajas en medidas de disfunción psicosocial y comportamental. Lo contrario son adolescentes que describen a sus padres como negligentes. Los adolescentes cuyos padres son distinguidos como autoritarios obtienen medidas razonablemente dentro de la obediencia y la conformidad de los adultos, pero tienen un pobre autoconcepto respecto a otros jóvenes. Por lo contrario, adolescentes de hogares indulgentes evidencian un fuerte autoconcepto, pero presentan una frecuencia más alta de abuso de sustancias tóxicas y malas conductas escolares, a la vez que son menos comprometidos en la escuela.

En algunas investigaciones se analiza la relación entre los estilos de vida de adolescentes en riesgo, es decir aquellos que consumen de tabaco, alcohol y otras sustancias y la calidad de las relaciones padres-hijos. Las prácticas parentales basadas en la facilidad para establecer comunicación, en la expresión de afecto y comprensión, se muestran como factores de protección asociados a los estilos de vida saludables y es percibido el ambiente familiar como un entorno decisivo en la prevención de conductas desajustadas de los adolescentes (Torío et al. 2008).

En la investigación de Oliva, Parra & Arranz (2008) se hace mención acerca de los adolescentes que han crecido en un ambiente indiferente, los cuales tienden a presentar toda una gama de problemas emocionales y conductuales. Así, la falta de afecto y supervisión propia de estos padres y

madres tiene efectos muy negativos para el desarrollo de estos chicos y chicas, que con frecuencia presentan desajustes a nivel social como impulsividad, conducta delictiva o consumo abusivo de sustancias. También son frecuentes en estos jóvenes la baja autoestima y los problemas emocionales, llegando en muchos casos a manifestar problemas depresivos. De igual forma, los adolescentes que crecen en hogares permisivos, aunque no suelen mostrar baja autoestima (Musitu y García, 2005 citado en Oliva et al., 2008), presentan problemas externos como comportamientos antisociales o consumo abusivo de sustancias, aunque sin alcanzar los niveles de quienes tienen padres indiferentes.

El estilo de crianza que los padres practican con sus hijos, juega un papel muy importante en la vida de los pequeños, prueba de ello son los estudios que han coincidido en que las prácticas de crianza influyen en el desempeño académico de los niños, en su autonomía, auto-estima, en cómo se relacionan y perciben padres e hijo, es por ello que son considerados como un factor de riesgo o bien un factor protector del niño (Hernández-Guzmán, 1991).

Factores que cobran notoriedad en la adolescencia, pues es la etapa en que el joven comienza a desarrollar su autonomía y luchar por alcanzar su independencia, busca tomar sus propias decisiones y en muchos casos estas situaciones crearan un ambiente familiar diferente al que se tenía cuando el joven era un niño, en el capítulo siguiente se describe a detalle las características que adquieren los jóvenes en el proceso de la adolescencia así como la relación de esta etapa evolutiva con el consumo de sustancias.

## CAPÍTULO 3. ADOLESCENCIA

El primer tema de este apartado es la descripción del proceso de la pubertad, la lucha del adolescente por su autonomía, por lograr su independencia y conseguir libertad, así como la formación de algo determinante, la identidad, todos estos cambios se forjan dentro del contexto familiar, en el cual las prácticas parentales siguen presentes. Una vez revisado lo anterior se concluye el capítulo con uno de los problemas más significativos en la etapa adolescente, el consumo de drogas.

La adolescencia es el periodo de transición de la infancia a la adultez. El límite de edad no está claramente especificado, comenzando en algunas sociedades a los doce o trece años y finalizando cerca de los 20 años cuando el desarrollo físico se ha completado. Kimmel y Weiner (1998) afinan un poco más esta idea e indican que la adolescencia es el periodo que va aproximadamente desde los 13 a los 19 años, aunque para Arnett (2000) va de los 10 a los 18 años. En ese periodo la persona joven desarrolla su madurez sexual y se establece su identidad como un individuo aparte de la familia, que piensa por su cuenta, que tiene ideas propias y que quiere ser él mismo (Alsaker y Flammer, 1999).

Se caracteriza por ser un espacio de transición, en el cual ocurren numerosos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Durante mucho tiempo la representación cultural de la adolescencia como un periodo caracterizado por innumerables problemas y tensiones, como un periodo de confusión normativa, tormentosa y estresante, de oscilaciones y oposiciones ha sido la orientación teórica predominante. Sin embargo también se puede considerar la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades. Para Musito, Buelga, Lila & Cava, (2001) el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de ejercer un mayor control sobre su propia vida.

Como ya se señalaba, durante la adolescencia se produce un importante incremento de cambios físicos, psicológicos y sociales, por una parte los cambios físicos y hormonales, el periodo de la pubertad, influyen en la imagen que el adolescente tiene de sí mismo, en su estado emocional, en su relación con los demás, en su forma de interacción y en su comportamiento en general.

Se produce un marcado desarrollo cognitivo y, al mismo tiempo, es un momento crucial para la consolidación y afirmación de su identidad, de su autonomía o de su integración en el grupo de iguales.

Además Kimmel y Weiner (1998) mencionan que en la adolescencia se pueden considerar tres fases: la adolescencia temprana, la adolescencia media y la adolescencia tardía. En la adolescencia temprana es cuando los jóvenes crecen deprisa, física, intelectual y sexualmente, y tienen que adaptarse a dichos cambios, aceptar el propio aspecto físico y aprender a utilizar el cerebro y el cuerpo de una manera eficaz. En la adolescencia media tienen que convertirse en personas seguras de sí mismas, alcanzar la autonomía psicológica de sus padres, implicarse en las relaciones con sus compañeros, lograr la capacidad para consolidar amistades íntimas, ampliar las relaciones heterosociales, salir con novios y afrontar la sexualidad. Y, en la adolescencia tardía, es cuando adquieren un sentido razonablemente claro y coherente de su identidad personal en relación con los demás, han comenzado a elaborar algunos roles sociales, sistemas de valores y sus objetivos vitales. La toma de decisiones es aquí importante. Algunas preguntas que se formulan en este período y que para ellos son esenciales son las de: ¿quién soy?, ¿qué quiero hacer de mi vida? Es el periodo de la creación de la identidad personal.

En relación con el contexto familiar (Musito et al., 2001) menciona que la adolescencia se caracteriza por un cuestionamiento de las normas de funcionamiento familiar. El grupo de iguales se convierte en un poderoso referente para los hijos que puede llegar a desorganizar las pautas establecidas por la familia, a la vez que los cambios evolutivos y necesidades del adolescente son

percibidos por la familia como disruptores de su funcionamiento, requiriendo una reorganización de sus reglas de interacción.

Arnett (1999) afirma que aunque no todos los adolescentes experimentan tensión, estos son más probables durante la adolescencia que en cualquier otra edad. La idea de que la adolescencia es difícil se encuentra íntimamente relacionada con tres aspectos clave; mayores niveles de conflicto con los padres, alteraciones del estado de ánimo y mayor implicación en conductas de riesgo.

Los adolescentes tienden a ser rebeldes y a resistirse a la autoridad de los adultos, de esta forma el número de conflictos diarios entre padres e hijos adolescentes crece, disminuye la cantidad del tiempo que pasan juntos, así como su percepción de proximidad emocional. Esto hace de la adolescencia un período difícil no solo para los adolescentes, sino también para sus padres. Evidentemente existen importantes diferencias individuales, así como relaciones entre padres y adolescentes donde el conflicto es prácticamente inexistente. Algunas de las variables individuales que se han relacionado con una mayor probabilidad de conflicto paterno-filial son el ánimo depresivo del adolescente, el consumo de sustancias y la maduración temprana en las chicas (Arnett 1999).

Las alteraciones en el estado de ánimo en los adolescentes ocurren cuando, experimentan estados de ánimo más extremos y cambios de humor más bruscos, cuando se les pregunta de cómo se sienten en diferentes momentos a lo largo del día, manifiestan más sentimientos de autoconciencia y vergüenza, torpeza, soledad, nerviosismo y sensación de sentirse ignorados que adultos y preadolescentes (Musito et al., 2001)

Algunos de los factores que hacen más probable las alteraciones del estado de ánimo en la adolescencia son la baja popularidad entre el grupo de iguales, un rendimiento escolar bajo y problemas familiares tales como, el conflicto parental o divorcio. Cuantos más eventos negativos experimenten, más probabilidades tienen de manifestar alteraciones.

El consumo de drogas en la adolescencia puede ser considerado el periodo crítico ya que es en esos años cuando se dan los primeros consumos y cuando se pueden producir los procesos de abuso y dependencia.

Sin embargo, también es importante destacar que el consumo de drogas es un hecho esporádico en el conjunto de los adolescentes y no lo normativo ya que los que llegan a probar sustancias, especialmente las más peligrosas, es reducido porcentualmente y un porcentaje muy grande de adolescentes y jóvenes, aparte del alcohol y del tabaco, no van a probar el resto de las sustancias psicoactivas.

Otra característica de los adolescentes, en comparación con niños y adultos, es que suelen implicarse con más probabilidad en comportamientos temerarios, ilegales y antisociales. Igualmente es más probable que causen alteraciones del orden social y que se impliquen en conductas potencialmente perjudiciales para ellos mismos. Musito et al., (2001) consideran que la adolescencia y la primera juventud son los periodos donde más elevada es la prevalencia de una variedad de conductas de riesgo como: conductas delictivas, consumo de sustancias, conducción temeraria y conducta sexual de riesgo.

A diferencia del conflicto con los padres y de las alteraciones del estado de ánimo, los mayores índices de conductas de riesgo se dan en la adolescencia tardía y temprana juventud (Arnett, 1999). Evidentemente la mayor implicación en estas conductas confirma la idea de la adolescencia como un periodo difícil.

### 3.1 La pubertad

La adolescencia va unida a la pubertad, la pubertad es el proceso por el que se llega a ser física y sexualmente maduro y se desarrollan las características de adulto de un género concreto. La pubertad es un periodo que se extiende por tres o cuatro años a lo largo de los cuales el niño se transforma en adulto, tanto a nivel de reproducción sexual, con importantes cambios físicos en su aspecto exterior, forma corporal, órganos reproductivos y crecimiento. En la mujer aparece la menarquía, o primera regla, y en los varones la primera eyaculación. Los cambios físicos se ven acompañados de importantes cambios psicológicos y nuevos roles sociales y familiares. Ello lleva a que en unos casos el cambio de humor, trastornos internos y la rebeldía sean habituales; en otros adolescentes su transición es relativamente normal, tranquila, sin contratiempos (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem y Nolen-Hoeksema, 1996 en Becoña 2002).

Todos estos cambios se producen básicamente por los cambios hormonales de la pubertad. Las hormonas son secretadas en dosis muy pequeñas por las glándulas endocrinas (andrógenos, testosterona, estrógenos y progesterona). La madurez precoz puede incidir positiva o negativamente en el adolescente. Si las chicas tienen una maduración temprana, y también tuvieron problemas de conducta en la infancia, es más probable que se le incrementen los problemas en la adolescencia. Sin embargo, en chicos, su madurez temprana suele traerles ventajas (Kimmel y Weiner, 1998).

Los cambios hormonales que se producen durante la pubertad cambian totalmente a la persona, se siente distinta y puede hacerse distinta también por dichos cambios. Esto incide directamente en sus emociones y en sus conductas. El aporte de hormonas al torrente sanguíneo produce claros cambios en sentidos a veces opuestos. Por ello es necesario utilizar un modelo biopsicosocial (Kimmel y Weiner, 1998) para una adecuada interpretación de dichos cambios, ya que no son lineales.

Esto es, el efecto hormonal está mediado por las características psicológicas de la persona y por su entorno social, entre el que se incluye la familia, los amigos, el ambiente. Por esta razón no es posible hacer una predicción exacta, ni a veces ajustada, de la evolución de una persona desde la infancia a la vida adulta. Ello va a depender de múltiples factores, donde los biológicos (hormonas) son muy importantes en este periodo de la vida, pero no lo son menos, su historia pasada (aprendizaje, habilidades y aficiones), sus relaciones con otras personas y las que pueda adquirir (familia, amigos, novio) y como ello se refuerza o no en el ambiente social donde vive. De ahí que la adolescencia es una etapa de transición donde hay que favorecerla o ayudar a los adolescentes cuando lo necesiten pero comprendiendo siempre a la persona que está en esa fase de cambios y que dichos cambios los tiene que hacer dicha persona, y donde se le puede ayudar mucho en las primeras etapas (Funes, 1996).

No es una etapa fácil para su familia porque el negativismo, las quejas, el intentar conseguir la independencia, es lo característico, no lo casual. Por ello, también los padres tienen que pasar por esta fase y saber en qué consiste la misma. Por ejemplo, mientras progresan los cambios hormonales de la pubertad los chicos tienden a volverse más firmes frente a las madres, lo que provoca conflictos familiares. En las chicas se observan patrones parecidos, centrados sobre todo en asuntos referidos a la conducta y al desarrollo sexual. A su vez, los padres reaccionan con un aumento de la firmeza por su parte. El resultado característico de esta acción es menos firmeza en el adolescente y la reducción de la tensión en las relaciones familiares (Kimmel y Weiner, 1998).

Un hecho es que en las últimas décadas en nuestra sociedad, como en todas las occidentales, se han dado importantes cambios en la pubertad respecto a otras generaciones. Hoy el comienzo de la pubertad ocurre antes de lo que ocurría en otras épocas, como la de nuestros abuelos y abuelas, debido fundamentalmente al tema de la alimentación, es decir cuando una población está bien alimentada, la edad puberal de inicio baja, gracias a que con dicha alimentación se incrementa el peso corporal y ello lleva a un crecimiento más rápido, no sólo de peso y altura, sino también de comienzo de la edad puberal (Kimmel y Weiner, 1998).

### 3.2 Autonomía, independencia, libertad y formación de la identidad

Para Craig (1997) los adolescentes deben afrontar dos cometidos principales: en primer lugar, lograr un grado de autonomía e independencia de los padres, y en segundo lugar, formar una identidad mediante la creación de un yo integrado que combine de manera armoniosa los diferentes elementos de la personalidad.

Suele pensarse, manejarse en exceso, y ser un mito ampliamente extendido, el que los conflictos y la rebeldía de los adolescentes es el modo principal que utilizan para lograr la autonomía y la independencia de los padres. La realidad es muy distinta, esta nos indica que los adolescentes tienen buenas relaciones con sus padres, que pasan por distintas fases a lo largo de su adolescencia pero que los cambios son cambios paulatinos y no ocurren esos conflictos o rebeldía de la que se habla, al menos en la mayoría de ellos (Becoña, 2002).

Y, cuando ocurren hechos que no se adecuan a lo normal, es que ya ocurrían antes de la adolescencia, viven en una familia disfuncional o hay otros problemas que explican esto. Lo cierto es que después de un tiempo el adolescente tiene como meta principal conseguir la autonomía, o libertad de decidir por sí mismo sobre como pensar, sentir y actuar. Aunque hay una edad legal para ser autónomos, o adultos, que suele ser habitualmente a los 18 años de edad, los adolescentes entienden que son adultos varios años antes. Que los padres manejen estas cuestiones adecuadamente y se vaya produciendo el proceso de autonomía, y que ellos lo alienten, con una separación natural de los padres de los hijos, y se guíe el camino de su autonomía, es necesario para su adecuado desarrollo como persona. Esa mayor autonomía facilita una mayor responsabilidad en el adolescente. Es el proceso natural por el que todos hemos pasado antes de pasar a ser adultos de pleno derecho. Aunque la ambivalencia puede surgir a lo largo de este proceso, los lazos afectivos se mantienen igual, aunque van siendo poco a poco de otro tipo: no son lazos afectivos infantiles sino que poco a poco se convierten en lazos afectivos adultos con sus padres. Tampoco es infrecuente cierto distanciamiento, conflictos familiares y que tomen cada vez más decisiones por

su cuenta. Va a depender de como son sus padres, como es él y como ha sido y es la relación entre unos y otros para el resultado final de esta etapa de la vida.

También de otras circunstancias ambientales, como nivel económico o privaciones, cambio de lugar de residencia, entre otros. Los tipos de crianza, explican parte del resultado adulto de los adolescentes. Cuando el adolescente es capaz de conseguir lo anterior, se habla de la individuación (Kimmel y Weiner, 1998), que consiste en ser capaces de separarse de sus padres y de pensar por sí mismos, al tiempo que continúan participando como miembros de la familia y colaborando con sus padres en la resolución de los problemas que les atañen. La ambivalencia que sienten los adolescentes también la pueden sentir los padres ante las conductas de sus hijos por no comprenderles, parecerles inmaduros, con falta de sensatez, por su exposición a distintos peligros u actividades con las que no se encuentran de acuerdo. Esto puede llevar a sentimientos contradictorios de los padres en algunos momentos o a tener que afrontar en los siguientes años el fenómeno conocido como “nido vacío” que es cuando los hijos se van de casa y llevan a cabo una vida independiente formando habitualmente una nueva familia.

La familia tiene un papel importante en el desarrollo de la adolescencia, así como en la elaboración del autoconcepto, el cual es la opinión que uno tiene de su persona y el conjunto de ideas y sentimientos que uno tiene sobre sí mismo. Se diferencia de la autoestima, pues esta, es la evaluación emocional que uno hace de sí mismo, esta puede ser positiva o negativa.

Los estudios de (Kimmel y Weiner, 1998) indican que el paso de la adolescencia temprana a la tardía no va acompañado de cambios significativos en el autoconcepto o en la autoestima. Esto viene a indicar que la adolescencia es un periodo de transición, que aunque tenga sus problemas, o sus pequeños problemas, la mayoría los superan adecuadamente.

Relacionado con lo anterior está el proceso de identidad. Cuando la persona ha formado su identidad es cuando sabe quién es, sabe lo que piensa, en lo que cree y lo que puede hacer en la vida por sí mismo. Marcia (1980) menciona que la identidad es una autoestructura, una organización interna, autoconstruida, dinámica, de impulsos, capacidades, creencias e historia individual. Cuanto más desarrollada está esta estructura, más conscientes son los individuos de su propia unicidad y su similitud con los demás y de su fuerza y debilidad para abrirse camino en la vida. Cuanto menos desarrollada está la estructura, más confusos parecen los individuos sobre su propia distintividad respecto de los demás y más tendrán que apoyarse en fuentes externas para evaluarse a sí mismos.

Siguiendo a Marcia (1980) la identidad no es un proceso que comienza o termina con la adolescencia, comienza en la infancia con la diferenciación de uno mismo de los demás objetos y alcanza su fase final en la vejez cuando nos diferenciamos del resto de la humanidad.

Lo que es importante de la identidad en la adolescencia, especialmente al final de la adolescencia, es que es la primera vez que el desarrollo físico, las habilidades cognitivas y las expectativas sociales coinciden para que los jóvenes puedan ordenar y sintetizar lo que los identificaba en la infancia y así poder construir un camino hacia la edad adulta.

La formación de la identidad es el resultado final de la adolescencia, o al menos la formación de la identidad madura, cuando la persona sabe exactamente quién es y cual es o puede ser su papel en el mundo. Los padres siguen teniendo aquí una gran relevancia para que puedan formar su propia identidad y no que se le imponga una forma concreta de pensar. Facilitarles pensar por su cuenta para adquirir una identidad madura está muy relacionado con los estilos de crianza.

Dado que las chicas tienen un desarrollo más temprano que los varones a lo largo de la adolescencia, también se ve reflejado en que ellas maduran más rápidamente y logran antes la identidad que los varones. Otra diferencia está en que las chicas se centran más en aspectos interpersonales y los chicos en aspectos intrapersonales para la formación de su identidad.

Libertad y autonomía no significan ruptura de las relaciones familiares, sino la transformación de tales relaciones de forma que se conviertan en más igualitarias y recíprocas; independencia no significa irse de casa, si no la libertad para instaurar nuevas relaciones, libertad personal de asumir responsabilidad de sí mismo en ámbitos tales como la educación, el trabajo, las opiniones políticas y la elección del propio desarrollo profesional. La autonomía no solo es externa, sino también interna, es decir, supone la posibilidad de tomar las decisiones relativas a la propia vida sin sentimientos de culpa y sin necesidad de juzgar las propias acciones en función de criterios atribuidos a los padres. El adolescente abandona las opiniones infantiles de que sus padres son infalibles y perfectos y se da cuenta de que pueden equivocarse; por ello mientras que en el pasado aceptaba sus consejos, ahora comienza a discutirlo todo. Los padres que eran considerados como aquellos que lo sabían todo, ahora se les percibe como aquellos que creen que lo saben todo.

En la búsqueda de su independencia e identidad el adolescente no está solo, pues su núcleo primario es decir su familia, lo acompañara en este proceso es por ello que el siguiente capítulo versa precisamente del contexto familiar del adolescente.

### **Los adolescentes y el grupo de iguales**

En los últimos años se han producido varios hallazgos sobre el modo en que los iguales influyen el desarrollo adolescente. Así, los iguales influyen a los adolescentes tanto de modo positivo (conducta prosocial), como negativo (conductas problema); los iguales no influyen a los jóvenes mediante presiones coercitivas sino que éstos ven en ellos personas de admiración y respetan sus opiniones; los adolescentes y sus amigos son a menudo similares, dado que los adolescentes suelen elegir amigos con actitudes, conductas e identidades similares; la susceptibilidad a la influencia de los iguales no es uniforme entre los adolescentes, variando dependiendo de la edad del adolescente, personalidad, socialización y percepción de los iguales (Steinberg y Morris, 2001 citado en Becoña 2002). Los adolescentes estarían más influidos por los iguales en la adolescencia media que en la inicial y en la última.

La investigación sugiere que los adolescentes con amigos íntimos son más influenciados por la familia que por los iguales, y que los adolescentes en familias menos cohesionadas son más influenciados por los iguales que por los padres (Becoña, 2002). Mediante la comparación social pueden saber quiénes son y qué quieren ser. Los compañeros y amigos juegan un importante papel en el proceso de descubrir quiénes son.

El grupo de iguales constituye un grupo de referencia de gran importancia para los adolescentes. Con ellos adquieren una visión distinta del mundo a la que reciben de sus padres y de la misma escuela. En el grupo de iguales se sienten protegidos, entendidos y como parte importante de algo. Son un elemento importante tanto para su desarrollo psicológico como social. Tanto la familia como la escuela inciden en ellos de modo directo o indirecto. El papel de los iguales, de su dinámica y de las demás variables que inciden en este elemento primario de la socialización del adolescente en cada momento histórico concreto, es imprescindible para llevar a cabo cualquier acción efectiva con ellos. Pero la interrelación entre el grupo de iguales, la familia y la escuela es más relevante de lo que se creía (Kandel, 1996 citado en Becoña, 2002), de ahí que unos influyen en los otros (la familia puede evitar activa y efectivamente que su hijo o hija se impliquen en un grupo de iguales consumidores).

Lo cual también lleva a no olvidar nunca al individuo, es el actor y parte básica de lo que estamos tratando. Hay elementos importantes en la vida del niño y del adolescente que van a tener gran relevancia en su vida adulta. Se han estudiado muchas variables de tipo personal, como la autoestima, la frustración, la ira y a la búsqueda de sensaciones. Estos elementos son relevantes para su funcionamiento constituyendo junto al aprendizaje y la inteligencia la parte psicológica más importante de la persona.

Estas variables, como otras, se han considerado de modo separado, pero parece más adecuado verlas de cara a la prevención, junto a las demás, porque por sí mismas tienen poco valor explicativo.

### 3.3 El contexto familiar del adolescente

El adolescente se desarrolla y pasa su adolescencia dentro de una familia. La familia es el núcleo inicial de su proceso de socialización, al menos hasta ese periodo de su vida, en donde también se ve complementado por la escuela.

A pesar de lo que pueda parecer, la investigación de Olivares (2001) muestra que:

1) La mayoría de los jóvenes se llevan bien con sus padres, 2) comparten con sus padres su escala de valores, 3) no se rebelan ni contra su familia ni contra la sociedad y, 4) las malas relaciones entre el adolescente y su familia, cuando se dan, se asocian a la presencia de trastornos psicológicos, no al patrón de desarrollo general, ése que entendemos por normal.

Los padres pueden ir desde poco controladores hasta un exceso de protección. Una y otra actitud parental puede tener consecuencias indeseables. Por suerte, la mayoría de los padres evitan estos extremos ya que reconocen que sus hijos poco a poco tienen que hacerse adultos y ellos pueden ayudarles en ese tránsito. Además, los adolescentes tienen habitualmente respeto por sus padres y les quieren. Eso no significa que discrepen de ellos en muchas ocasiones o que sus puntos de vista no sean distintos.

Algunos temas que son una frecuente fuente de conflicto entre los padres y los hijos son las salidas nocturnas; la hora de llegada a casa; las compañías y amigos o amigas con las que sale, especialmente cuando no les gustan a sus padres; el novio o novia que eligen; la sexualidad.

Todo esto forma parte del desarrollo del adolescente y de la dinámica de las relaciones entre padres e hijos, con los polos de control y autonomía y la búsqueda del término medio y justo. El objetivo final es conseguir la autonomía de los padres, tener suficiente madurez, y con ello ser más autónomos. Es en la adolescencia temprana cuando más conflictos pueden surgir, tanto por el inicio del periodo adolescente, como por la inhabilidad de los padres para enfrentar que de la noche a la mañana su niño o niña se ha hecho adolescente y ha comenzado el proceso de convertirse en adulto en pocos años (Becoña, 2002).

Dejando de lado los problemas que surgen durante la adolescencia, los cuales ya se han mencionado, es de suma importancia centrar toda la atención en algunos de los principales cambios que están teniendo lugar en los contextos familiares de las sociedades actuales y que afectan radicalmente al tipo de relación que se establece en su interior, es decir en la actualidad la imagen o concepto que se tiene de la familia en las sociedades occidentales difiere considerablemente de lo que se entendía como familia algunos años atrás.

En muchos aspectos el contexto familiar de los adolescentes de hoy en día es completamente diferente al que tenían sus propios padres y abuelos, por ejemplo, el incremento en las tasas de separación y divorcio; la diversidad de formas familiares, aunque prevalece la familia nuclear, hay un incremento de familias monoparentales, por mencionar algunos. En la base de todas las transformaciones aludidas, (Musito et al., 2001) subyace un nuevo modelo social con un predominio de nuevos valores, que se traducen en nuevos comportamientos.

Sin embargo la principal diferencia no se encuentra en las “formas familiares”, si no en los valores y normas de comportamiento que contrastan con los de hace algunas décadas.

### **La familia como contexto de socialización**

Sin lugar a dudas la socialización es una de las funciones más ampliamente reconocida de la familia. Para Musito (et al., 2001) la socialización es el proceso a través del cual el ser humano adquiere un sentido de identidad personal y aprende las creencias y las normas de comportamiento valoradas y esperadas por las personas que lo rodean.

Específicamente, la socialización familiar se refiere al conjunto de procesos de interacción que se producen en el contexto familiar y que tienen como objetivo inculcar en los hijos una determinada sistema de valores, normas y creencias.

Es importante mencionar que el proceso de socialización no se consuma con la niñez, por el contrario continúa durante la adolescencia, aunque se vuelve necesario hacer importantes transformaciones debidas a los cambios que sufre el niño y el sistema familiar durante esta transición. Tanto los cambios biológicos, cognitivo y emocionales, como los cambios contextuales que sufre el adolescente, requieren que se produzca una reformulación de las estrategias de socialización y de las formas de relación entre padres e hijos.

Entre los cambios contextuales se ha encontrado que, durante la adolescencia, se convierten en elementos fundamentales de socialización otros contextos diferentes al familiar, por citar algunos tenemos al grupo de iguales y el entorno escolar, los cuales se convierten en un referente imprescindible y, en ocasiones en conflicto en el entorno familiar.

Sin embargo y por múltiples razones, son los padres quienes se encuentran, en la mejor posición para proporcionar una socialización adecuada y prosocial a sus hijos. En primer lugar, las razones biológicas de base para la influencia contextual que proporcionan los padres; el sistema padre/hijo nace con un sesgo, determinado biológicamente, favoreciendo la influencia parental.

En segundo lugar, la cultura; a pesar de los serios competidores que tienen los padres en su rol de agentes socializadores, la sociedad aún les otorga la principal autoridad en el cuidado de los hijos, la cual no solo es social si no también legal. En tercer lugar, los padres son las personas con mayores posibilidades de establecer relaciones significativas con sus hijos. Dicha oportunidad surge desde el nacimiento y, durante muchos años, los padres alimentan, dan cariño, protegen, cuidan y juegan con sus hijos, actividades que se convierten en la base de una unión fuerte entre padres e hijos. Por último, los padres tienen una importancia primordial en los procesos de socialización porque cuentan con más oportunidades que ninguna otra persona de controlar y entender la conducta de sus hijos (Musito et al., 2001).

En el siguiente apartado se mencionan brevemente los siguientes temas: en primer lugar, los mecanismos a través de los cuales se produce la socialización, es decir, los estilos y prácticas de socialización. En segundo lugar la relación entre dichos mecanismos y los efectos que éstos tienen en el adolescente, es decir las consecuencias de la socialización.

### **Estilos parentales**

Actualmente se sabe que el desarrollo de los hijos, su formación como personas, va a depender de distintos factores, siendo uno de los más relevantes el del tipo de crianza que tengan en el seno de la familia. De modo especial es relevante el modo en que los padres ejercen la autoridad hacia ellos, que puede ir desde el extremo de ejercer un completo control y coerción sobre los hijos hasta el opuesto de una total tolerancia y libertad.

Distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos (Maccoby, 1983 citado en Becoña 2002).

Baumrind (1966) describió tres tipos de estilo parental: con autoridad, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. El estilo parental con autoridad ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez.

### **Consecuencias de la socialización familiar**

Existe un acuerdo generalizado acerca de las dos dimensiones o variables que subyacen a los estilos parentales (control y calidez paterna), entre los primeros investigadores en este ámbito de estudio se produjo rápidamente un gran consenso acerca de la asociación entre estilo parental y consecuencias en el desarrollo psicosocial del niño (Musito et al., 2001).

La investigación en torno a las distintas consecuencias de los diferentes estilos de disciplina en los adolescentes indica que los padres que son exigentes y al mismo tiempo sensibles, que aceptan y alientan la progresiva autonomía de sus hijos, tienen una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles, un buen cuidado con ellos y un buen afecto, al menos en las culturas occidentales, se encuentra más relacionado que el resto de estilos parentales con altos niveles de ajuste, madurez psicosocial, autoestima y éxito académico. Por el contrario, los adolescentes cuyos padres son autoritarios y coercitivos en sus relaciones con ellos son: menos atraídos a explorar alternativas de la identidad; más proclives a adoptar normas morales externas, en lugar de internalizar las normas; suelen tener menor confianza y autoestima y tienen más problemas en utilizar sus propios juicios como guía de conducta. Estos adolescentes tendrán dificultades para ser autónomos ya que tienen menos desarrollado el sentido de la propia identidad, confían menos en su competencia y son más susceptibles a la presión de sus padres, porque han aprendido a depender de fuentes externas de aprobación y guía (Noller y Callan, 1991).

Steinberg (1993) encontró que cuando faltan uno o más de los componentes del estilo democrático o autorizativo, comienzan a hacerse evidentes algunos resultados adversos. Los adolescentes de hogares autoritarios puntúan alto en medidas de obediencia, pero bajos en medidas de competencia. Los adolescentes de hogares permisivos confían en sí mismos, pero muestran altos niveles en consumo de sustancias y tienen dificultades escolares. Finalmente los adolescentes de hogares negligentes muestran las más bajas puntuaciones en competencia y las más altas puntuaciones en problemas de comportamiento en comparación con los otros estilos parentales. Tomando en cuenta lo anterior, parece ser que tanto la responsividad como la exigencia se encuentran relacionadas con un conjunto diferente de consecuencias para el desarrollo de adolescente. Mientras que la responsividad parece estar relacionada con la autoestima y las habilidades sociales, la exigencia parece promover el control de los impulsos y la responsabilidad social.

En cuanto a las prácticas parentales concretas, los adolescentes muestran resultados más favorables cuando sus padres: 1) mantienen normas claras en relación con el comportamiento de sus hijos; 2)

refuerzan las reglas y regulaciones con sanciones que no son abiertamente punitivas o facilitadoras de los ciclos coercitivos; 3) proporcionan una disciplina consistente; 4) explican sus afirmaciones; 5) permiten la reciprocidad entre padres e hijos en las discusiones familiares; 6) se implican en la vida diaria del adolescente y lo animan a desarrollar habilidades útiles, particularmente en las áreas donde es más probable el comportamiento de riesgo, y 7) potencian la diferenciación permitiendo al adolescente desarrollar sus propias opiniones en un entorno cohesivo.

### 3.4 Adolescencia y consumo de drogas

En nuestro país según datos de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes 25.2% de los estudiantes que nunca han fumado son susceptibles de empezar a fumar el siguiente año, por lo que se trata de una población que está en riesgo potencial de experimentar con tabaco. (Valdés, Meneses, Lazcano, Hernández & Hernández, 2003).

Arillo-Santillan et al. (2007) mencionan que en estudiantes de secundaria mexicanos, la prevalencia de susceptibilidad al tabaquismo es elevada, cercana a 30%. En otras palabras, de cada 10 estudiantes, tres estarán en alto riesgo de convertirse en fumadores activos en un futuro inmediato.

En este mismo estudio se concluye que los estudiantes clasificados como susceptibles se encuentran en un periodo “preparatorio” en el que han desarrollado expectativas, actitudes y creencias respecto a fumar. Por tal razón, las estrategias de intervención en este momento son fundamentales para evitar el paso a la siguiente etapa de experimentación, en la que inicia el probable desarrollo de la adicción, con incrementos graduales de cantidades de esta sustancia conforme progresa la adicción a lo largo de la vida.

De acuerdo a Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, Velázquez & Tapia (2008) el tabaquismo no es una enfermedad exclusiva de los jóvenes y adultos, pues ha sido definida como una enfermedad pediátrica por su inicio antes de los 15 años de edad, por esta razón es necesario el desarrollo de estudios que identifiquen las diferentes influencias del consumo factibles de ser modificados.

Dentro de estas influencias encontramos a la familia como una de las más importantes para las personas pues modelan comportamientos relacionados con la salud como por ejemplo: la dieta, el ejercicio, el consumo de tabaco o alcohol además de ser la base psico-emocional de sus miembros, siendo esta misma una fuente de apoyo y de estrés.

La adolescencia es una edad crítica para la formación de la persona. En la misma, la persona tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social y académico. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definitivos de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por la presencia de apoyo o la inexistencia de este y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos. Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo periodo de tiempo que luego continuará en la vida adulta. El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar y amigos; si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Blackman, 1996). Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio el hachís, y en menor grado con otras sustancias.

Mientras que la totalidad de los fumadores habituales ha experimentado con el cannabis, este porcentaje se reduce drásticamente al 10% para los no fumadores. Además en el grupo de fumadores habituales un porcentaje relativamente elevado consume frecuente u ocasionalmente cannabis. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas y saber que un porcentaje importante de los adolescentes las van a probar o consumir, es un hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar y ayudar a estas personas. Respecto a la asociación entre el consumo de tabaco y de alcohol, más de la mitad de los fumadores habituales beben regularmente alcohol frente al 25% de los no fumadores que beben habitualmente. (Funes, 1996)

Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol se convierten a partir de los 15-16 años en un comportamiento estable. Hasta el inicio de la edad adulta, la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol comienza a ser muy elevada.

Autores como Musito (2001) ponen de manifiesto la importancia que tiene el consumo de alcohol y tabaco en el consumo experimental de las drogas ilícitas, plantea la existencia de una secuencia de cuatro estadios en el consumo de diversas sustancias: 1) vino y cerveza, 2) tabaco o alcoholes de mayor grado, 3) marihuana, y 4) cocaína y heroína. Este modelo resalta el efecto facilitador que ejercen las drogas lícitas en el consumo de las drogas ilícitas, no obstante, el hecho de consumir determinadas sustancias en una fase de esta secuencia no implica necesariamente el paso ulterior a la siguiente fase. Además la precocidad en el inicio de las drogas y el nivel de implicación en el consumo representan factores determinantes en la progresión del consumo de drogas.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo.

En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, estos sesgos perceptivos le llevan a creer que el consumo de drogas es más frecuente de lo que lo es realmente (Becoña, 2002). A su vez se une a ello una incisiva publicidad de las drogas legales dirigidas específicamente a ellos, así como un marketing de las drogas ilegales vía el boca a boca, y vendedores de drogas, junto a otros medios, para conseguir nuevos clientes. El es un cliente idóneo, por ser joven y por poder pasar a engrosar la lista de los consumidores. Muchos creen que consumiendo se hacen adultos o que dejan de ser niños. Tan importante es una razón como la otra. Esto lo piensan muchos adolescentes. Y ello favorece la experimentación en grupo con distintas drogas. Ello unido a disponer de mayor libertad que la que tenía hace unos meses o años, disponer de dinero para gastar

libremente, y ver que ello es normativo entre muchos de sus amigos, facilita la prueba y el consumo de drogas en una parte de ellos. Si el riesgo percibido de esa droga es bajo la probabilidad de su consumo es mayor.

Por ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.

Para Becoña (2002) el consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia, tanto para ellos como para el resto de la sociedad.

Esto también debe dejar claro que la mejora en el bienestar social por ejemplo, el aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos; biológico, mayor facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos; y psicológico es decir una crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Continuando con Becoña (2002) son varios los factores que hacen que las personas no se comporten saludablemente: 1) por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos, 2) lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos, de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable, 3) el hecho de que mientras las conductas no saludables proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables, 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer, 5) por el sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y “justificar” prácticas no saludables, pero socialmente correctas, y 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída.

Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van con él, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causarle problemas.

Es en la adolescencia donde comienza el consumo de droga, el adolescente tiene que decidir si consume o no drogas una vez que comienza a salir y se las ofrecen, el que las consuma o no, las pruebe o deje de probar, va a depender de los valores que le hayan inculcado en el pasado, de lo que piense el grupo de iguales sobre ello, de lo que hagan y de su desarrollo evolutivo.

En resumen, en la etapa de la adolescencia se tiene por objetivo obtener la independencia y desarrollar la identidad, las cuales son de suma importancia para el futuro adulto, en esta etapa y desde edades más tempranas estará acompañado de su familia, la cual modelara comportamientos relacionados con la salud, como el consumo de tabaco, por esta razón y para que los programas preventivos sean efectivos deberán detectarse los factores que orillan a los adolescentes a consumir sustancias y los factores que les ayudan a mantenerse alejadas de estas, o también llamados factores de riesgo y protección, a continuación se describe la definición de ellos así como su relevancia.

## CAPÍTULO 4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La primera parte de este capítulo proporciona el concepto de factor de riesgo y protección, así como sus características específicas, posteriormente se hace una descripción detallada de dichos factores en el ámbito familiar, además se pone énfasis en el hecho de que la existencia de factores de riesgo no siempre llevan al adolescente a consumir tabaco, así como el hecho de que existan factores de protección no impiden que el joven se acerque al consumo de tabaco y otras drogas.

Para Clayton (1992) un factor de riesgo es: un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Un factor de protección es: un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Continuando con Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben siempre tener en cuenta cuando hablamos de los factores de riesgo, que para él son cinco:

- 1) Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
- 2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas 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 intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello.
- 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, contenido y número de factores de riesgo implicados.

4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas y

5) Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno 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 principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

De igual forma Moncada (1997) hace mención de los principios generales sobre los factores de riesgo:

1) Se puede afirmar que existen factores asociados al uso de las drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas. Factores de riesgo y protección no son extremos de un continuo; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección ni viceversa.

2) A mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección. Muchos estudios postulan que los factores de riesgo al asociarse incrementan su fuerza de forma exponencial. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. Además parece que el número de factores de riesgo al que los niños están expuestos está fuertemente asociado al descenso de sus competencias individuales.

3) 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 consumo de otras como el cannabis. En este sentido los estudios que se han centrado en las motivaciones para el uso también demuestran que estas son muy diferentes según el tipo de droga consumida.

4) Los factores de riesgo del inicio del consumo de drogas y otros niveles de consumo 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.

5) Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Un ejemplo de ello es la vulnerabilidad a la presión del grupo la cual aumenta con la edad hasta alcanzar su pico a los 15-16 años, momento a partir del cual empieza a declinar, sin embargo otros como las relaciones familiares o la agresividad tienen un efecto más continuo.

6) No todos los factores tienen la misma validez externa. Numerosas investigaciones de evaluación han demostrado que la agresividad es un factor de amplio espectro, es decir, válido para una gran parte de situaciones y poblaciones. La prevalencia del uso así como la identificación con la escuela son también factores predictores de amplio alcance.

7) Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.

8) Algunos factores son más remotos (*distal factors*); son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello son menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son más próximos (*proximal factors*). Éstos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo. Las intenciones de conducta, las creencias y expectativas hacia las drogas son factores inmediatos, asociados con el uso de drogas. Otros factores, como los de personalidad o las pautas educativas son remotos y tienen influencia a largo plazo.

9) Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de drogas. Un ejemplo clásico es el fracaso escolar o la conducta desadaptada temprana los cuales son predictores del consumo de sustancias adictivas.

Becoña (2002) ha sintetizado los elementos que caracterizan la investigación sobre factores de riesgo de la siguiente forma:

- 1) Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados,
- 2) Varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado,

- 3) El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y
- 4) La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

La importancia de conocer los factores de riesgo recae en que, al ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que se haya producido el resultado, puede utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo. Por tanto, es algo previo y podemos conocerlo antes de que ocurra el resultado. Asimismo esa correlación y de ahí que hablemos de un correlato con una probabilidad (Offord y Kraeme, 2000)

Continuando con Offord y Kraeme, distinguen tres tipos de riesgo: marcador fijo, factor de riesgo variable y factor de riesgo causal. El factor de riesgo que no puede cambiarse sería el marcador fijo, como el sexo o la fecha de nacimiento. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se habla de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, ésta se llama el factor de riesgo causal.

Una vez descrito qué y para que nos sirve conocer y distinguir un factor de riesgo, es menester mencionar lo que múltiples autores han encontrado como factores de riesgo específicamente dentro de la familia.

## 4.1 Factores de riesgo familiares

La familia para Lila y Marchetti (1995) crea en el niño las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima. Señalan que el sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos. Sin dejar de lado la influencia de otros contextos sociales como los medios de comunicación o los grupos de iguales los cuales pasan normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos.

Sin restar importancia a la presión grupal, la influencia de la familia resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos a factores de riesgo del consumo abusivo de drogas legales (Pons & Buelga, 1994) por cuanto, pese a ser una variable de influencia menos inmediata que el grupo de iguales, representa el marco primario y primitivo en que ha sido socializado el adolescente ahora integrado en un nuevo grupo social.

Respecto al inicio de consumo, Proescholdbell, Chassin & Mackinnon (2000) comentan que en hogares con políticas restrictivas en el fumar, los adolescentes tendrían menor probabilidad de iniciar el consumo. Siguiendo esta idea Clark et al. (2006 en Arillo -Santillan et al., 2007) coinciden en que hogares con reglas de no permitir el consumo en la casa han mostrado tener efectos en la reducción del consumo de tabaco en adolescentes, aun cuando los padres fumen.

Entre las estrategias para promover una cultura antitabaco, las reglas restrictivas respecto de fumar dentro del hogar pueden ser exitosas, tanto para quienes viven en ella como para quienes visitan la casa (Arillo -Santillan et al., 2007) si el adolescente observa que los adultos tienen que salir de casa para fumar, recibirá un mensaje claro de la intolerancia al consumo de tabaco, que incidirá en forma positiva en su propia posición frente al tabaquismo.

Weinstein (1988, citado en Arillo -Santillan et al., 2007) en una revisión sobre las variables asociadas al intento, experimentación, consumo regular y consumo actual de tabaco en adolescentes a nivel familiar muestra que son las siguientes: número de miembros fumadores en la familia, percepción de los adolescentes de que los padres tienen actitudes permisivas hacia el fumar y aprobación parental de fumar.

Se ha reportado que existe una relación inversamente proporcional con la edad, es decir, conforme se incrementa la edad se disminuye el riesgo de susceptibilidad al tabaco (Leatherdale, Brown, Cameron & McDonald, 2005 citado en Arillo -Santillan et al., 2007)

En la teoría social cognitiva, Bandura (1986) enfatiza que el desarrollo del comportamiento depende en parte del contexto es decir, el ambiente familiar. El consumo de tabaco en el hogar se ha notificado consistentemente como variable predictiva, con la existencia de un gradiente, cuando hay un miembro fumador, que se eleva en familias donde existen dos fumadores.

Arillo -Santillan et al. (2007) mencionan que el modelamiento del consumo de tabaco de otras personas influyen en la susceptibilidad del no fumador, al brindar tanto conocimientos y habilidades sobre el acto del fumar como creencias acerca de posibles resultados de dicho acto. Tales conocimientos otorgan confianza en el no fumador de poseer, por observación, la habilidad necesaria para fumar tabaco (autoeficacia).

En estudios preliminares Nuño et. al.(2008) ha sugerido que algunos factores del ambiente familiar podrían influir en el consumo del tabaco en adolescentes como, por ejemplo: el antecedente de consumo de tabaco entre familiares y en especial el consumo del padre, bajos niveles de cohesión familiar, pautas de interacción defectuosas, falta de vínculos de apoyo, tolerancia familiar al consumo, bajos ingresos y bajo nivel educativo, bajo monitoreo paterno en las actividades adolescentes y el pobre control de la influencia del contexto social del adolescente enfocado en la cuidadosa elección de la escuela y otros espacios de actividades extra-escolares.

Nuño et. al.(2008) menciona que el consumo de tabaco en adolescentes es un fenómeno social, en el cual intervienen diferentes actores sociales como lo son los propios adolescentes, sus familias e influencias de otros agentes por lo tanto no es suficiente con desarrollar acciones educativas y de tratamiento para los adolescentes, sino que además los padres deben involucrarse.

De esta manera, se debería desarrollar un enfoque particular en el conocimiento de la conducta típica del adolescente; promover relaciones armoniosas entre padres e hijos, así como entrenar a los padres en funciones parentales como la negociación, la comunicación efectiva y la supervisión de las actividades del adolescente.

De igual forma Arillo -Santillan et al. (2007) señalan que los modelos sociales pueden desempeñar una función protectora como modelos antitabaco: profesores que dan información sobre los efectos del tabaco, padres de familia que no fuman y comunican reglas sobre la prohibición del consumo de cigarrillo en el hogar; que vigilan en forma constante a sus hijos y a los amigos de sus hijos para evitar que fumen. En hogares con reglas restrictivas al consumo de tabaco, no sólo se protege a los adolescentes de los efectos de humo de tabaco ambiental; de manera adicional se alcanzan efectos positivos en los comportamientos y actitudes antitabaco

Una de las revisiones de referencia de los últimos años sobre los factores de riesgo es la de Hawkins et al. (1992). En ella hacen un listado de los factores de riesgo más relevantes asociados al uso de drogas. Posteriormente Petterson et al. (1992) los clasificaron, de los 17 factores de riesgo que consideran, cuatro se refieren a factores de riesgo familiar. Los cuatro que consideran son el uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas; pobres e inconsistentes prácticas en el manejo familiar; conflicto familiar; y, bajo apego a la familia, a continuación una breve descripción de lo encontrado Petterson et al. (1992).

En el uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, es bien conocida la relación entre el alcoholismo de los padres y el que sus hijos tengan problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas, no solo por este autor, Moncada (1997) y Muñoz-

Rivas et al. (2000) han encontrado como constante el riesgo que implica para los jóvenes que sus padres consuman drogas y tengan actitudes favorables hacia ellas.

Las prácticas pobres e inconsistentes de manejo familiar es otro factor de riesgo. Cuando en una familia no hay una clara implicación de la madre en el cuidado de los hijos y hay una inconsistente disciplina parental, ello facilita el consumo de drogas.

Otro factor de riesgo es el conflicto familiar. Cuando hay una situación de conflicto familiar o hay una ruptura familiar, ello incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas.

El cuarto factor de riesgo familiar que considera es el bajo apego a la familia. Cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, la madre no se implica en actividades con ellos, ello se relaciona con la iniciación al uso de drogas. Por el contrario, cuando en una familia las relaciones familiares son positivas con implicación apego, resulta un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar ya vistos (el conflicto familiar). Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la misma han internalizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo de la sustancia o ya no buscarla.

Moncada (1997) nos proporciona una clasificación de los factores de riesgo donde destacan algunas similitudes con los propuestos por Petterson. Clasifica los factores de riesgo y de protección, (los cuales se mencionan en el siguiente capítulo), en dos grandes categorías: los factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno. Dentro de éstos considera los que tienen que ver con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona.

Dentro de los de tipo familiar considera cuatro: la historia familiar de alcoholismo, las pautas educativas, las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres, y los conflictos familiares.

La historia familiar de alcoholismo es una de las que consistentemente se encuentra en los distintos estudios. Las pautas educativas, son de gran relevancia para el consumo o no de drogas en la vida posterior de adolescente. Las actitudes y modelos de conducta por parte de sus padres se refieren al consumo de drogas por parte de los padres, especialmente delante de sus hijos, o actitudes de tolerancia hacia el consumo de drogas. Y, los conflictos familiares, especialmente cuando están presentes o hay bajos lazos de unión entre los padres entre sí o entre los padres y los hijos son factores de riesgo claro para el uso de drogas.

Más recientemente Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupan en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, para los factores familiares consideran cinco: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

En la estructura y composición familiar se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos que tienen. La investigación muestra que la carencia de uno de los padres, en muchos casos debido al divorcio de ellos, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando viven solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos fuesen consumidores disminuye. La mayor incidencia del consumo suele darse en los varones, en caso de que los padres se divorcien y si éste coincide con la etapa adolescente del chico. Curiosamente, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas pero no de los hijos varones. Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994).

Respecto a la composición familiar, como tamaño de la familia, orden de nacimiento de los hijos y número de hermanos dentro de la familia, Muñoz-Rivas et al. (2000) concluyen que el tener hermanos, especialmente hermanos mayores, tiene cierto efecto protector sobre el consumo de

tabaco, alcohol y drogas ilegales. Aún así, parece que serían otras variables, más relevantes para explicar el consumo que el número de hermanos y el orden que se tiene dentro de ellos. En el estatus socioeconómico familiar hay alguna relación de que el mayor consumo de alcohol se asocia a mayor nivel de estudios de los padres y probable mayor nivel socioeconómico, en muestras españolas Recio et al. (como se cita en Becoña, 2002), siendo claro en otros estudios la relación entre mayor nivel socioeconómico de los padres y mayor consumo de alcohol y de marihuana en los hijos. En el lado contrario, aquellos hijos con padres sin empleo o con trabajos eventuales tienen hijos con mayor consumo de drogas. Esto probablemente refleja el hecho de, por una parte, mayor disponibilidad de dinero, lo que facilita la accesibilidad a las sustancias; y, por otra, a mayores problemas económicos, afectivos y de otro tipo, se incrementa el consumo como una vía de salir o escapar de los mismos.

La disciplina familiar se asocia a los estilos educativos parentales, aunado a la inconsistencia en la aplicación de los principios del reforzamiento, ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres, son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas.

En las relaciones afectivas y de comunicación se han analizado aspectos como el afecto y vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Respecto al afecto y vínculo afectivo paterno-filial es de una gran relevancia para la estabilidad de la persona. En el consumo de drogas es un elemento predictivo de gran relevancia. Cuando no hay una buena relación afectiva paterno-filial el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es buena.

La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia (Pons et al., 1996).

Otra variable importante es la comunicación familiar, la cual es de la máxima importancia en el período adolescente. Cuando esta comunicación es deficiente los problemas surgen tanto para el consumo de drogas como para otros. De ahí que los estudios sobre cohesión familiar vayan en la

misma dirección que cuando se analiza la comunicación familiar, porque una variable es paralela a la otra. Por ello, una buena cohesión familiar es un factor de protección para el consumo de drogas. En el otro extremo, el conflicto familiar, es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como sistemáticamente encuentran los estudios sobre esta cuestión (Muñoz-Rivas, et al. 2000).

Dentro de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es claro, que una actitud más favorable y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de sus hijos, tanto por el proceso de socialización como por procesos de modelado que lo van a facilitar a través del aprendizaje. Así, los distintos estudios encuentran consistentemente que el consumo de drogas de los padres se asocia al consumo de drogas de sus hijos, a diferencia de aquellos padres que no las consumen. Esto se encuentra tanto para el consumo de cigarrillos, como para el alcohol, marihuana y el resto de las drogas ilegales. (Muñoz-Rivas, et al. 2000).

Parece también que la influencia más importante es la que realiza la madre respecto al padre, en cierto modo por ser ella la que lleva el mayor peso en la crianza de los hijos. Finalmente, algunos estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo, más que el consumo real por parte de los padres, es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en sus hijos que si sus padres realmente consumiesen. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo (Becoña, 2002).

## 4.2 Factores de protección familiar

En anteriores apartados se ha sugerido que los factores de riesgo son en muchas ocasiones distintos a los de protección, cuando hablamos de factores familiares es claro que el polo opuesto de los factores de riesgo protege a las personas de no consumir drogas, de no implicarse en otras conductas problemáticas y de conseguir una mejor estabilidad emocional y un adecuado desarrollo para pasar de la niñez a la adolescencia y a la adultez de un modo adaptado.

Algunos factores que son claramente de riesgo, como una historia familiar de alcoholismo, incrementa la probabilidad de consumo de drogas. El no tenerla no inmuniza necesariamente a las personas, aunque facilita no consumir a las personas cuando se hacen estudios con muestras amplias. En cambio es claro que vivir en una familia sin conflictos, con adecuado apego y con actitudes en contra del consumo de drogas facilita el que la persona no consuma drogas.

Otro factor de protección que hay que considerar son los estilos de crianza, es importante indicar que un adecuado estilo de crianza (como puede ser el padre con autoridad o el padre permisivo, en algunos casos) facilitan un buen desarrollo de la persona, el que adquiera la independencia de modo natural y que pueda funcionar en la vida adecuadamente. En cambio otros estilos de crianza (como el autoritario, el indiferente y el permisivo, en ocasiones) impiden esto en muchos casos.

Ello lleva a una mayor o menor probabilidad de consumo de drogas, y de otros problemas, en unos y otros hijos donde se llevan a cabo esos estilos de crianza. Lo que sí es cierto es que prestar más atención a la familia, a sus características, a sus problemas, es una buena inversión tanto para ella, para sus hijos, como para el resto de la sociedad. De ahí que analizar detenidamente tanto los factores de riesgo como los de protección de la misma es relevante tanto para el consumo de drogas como para otros problemas que a partir de un mal funcionamiento de la misma pueden surgir (Becoña, 2002).

De una forma más clara y concisa Becoña (2007) resume los factores de protección familiar:

- 1) Apego familiar
- 2) Oportunidades para la implicación en la familia
- 3) Creencias saludables y claros estándares de conducta
- 4) Altas expectativas parentales
- 5) Un sentido de confianza positivo
- 6) Dinámica familiar positiva

En el transcurso del capítulo se detalló la importancia de los factores de riesgo y protección, específicamente de los factores familiares de protección, los cuales no solo son de importancia para evitar o retrasar el consumo de sustancias, también lo son para otras conductas desadaptativas que ocurren en la adolescencia, detectarlos oportunamente es fundamental para la ciencia de la prevención, pues son utilizados en la realización de programas preventivos, en lo que se diseñan estrategias informativas o educativas encaminadas a evitar que se produzca, se retrase o evite el consumo de drogas, en el siguiente capítulo se trataran estos temas con más detalle.

## CAPÍTULO 5. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

En el transcurso del capítulo se hace mención de la diferencia entre prevención primaria, secundaria y terciaria con la prevención universal, selectiva e indicada. Así mismo los diferentes tipos de prevención los cuales son: escolar, familiar, también se enfatizan las características que deben tener los programas de prevención para cumplir con su objetivo principal. El objetivo principal de este apartado es mostrar la importancia de la prevención.

La prevención de adicciones constituye parte de un proceso social y educativo en el que interviene un importante número de personas ubicadas en múltiples situaciones de aplicación. La variedad en la forma de entender aquello que se debe prevenir, la extensa gama de posibilidades que podría determinar lo que es importante evitar a partir de la preparación o disposición de algo, son rasgos que muestran la capacidad polisémica de la prevención como concepto ordenador de una serie de programas de acción.

Amador Calafat (Centro de Integración Juvenil [CIJ], 2009) considera que la prevención debe centrarse tanto en la percepción de riesgos como en la percepción de las ventajas, estimando que los mensajes preventivos deberían centrarse también en cuestionar un modelo social basado en los mismos valores que favorecen el consumo de drogas: la apariencia frente a la realidad, el éxito fácil, la especulación, que lo lleva, incluso, a reflexionar en torno a que las drogas son necesarias para ese modelo social.

La aparición de cualquier problema de salud está condicionada a la intervención de una compleja cadena de factores cuyo extremo más próximo, y más fácilmente detectable, es la conducta de las personas. No es de extrañar, por tanto, el creciente interés que se observa por la educación para la salud en general, y la educación sobre el alcohol y las otras drogas en particular, en la medida en que se asigna como finalidad lograr que cada uno adopte las conductas adecuadas al propósito de conservar la salud.

Los hábitos nocivos para la salud se adquieren ya en la infancia, y concretamente la edad crítica para el inicio del consumo de drogas se sitúa entre los 12 y los 15 años. Esto quiere decir que, más allá de las posibles influencias de la moda o de determinados intereses políticos, la educación sobre drogas (como un aspecto particular de la educación sanitaria) es algo cada vez más necesario en la escuela.

Sin embargo, para Calafat (Programa Municipal de Prevención de las Adicciones: Tú decides, 2002) es preciso tener claro desde un principio que el problema del abuso de drogas no es exclusivamente sanitario. El consumo de drogas puede afectar negativamente a la salud, pero también plantea problemas de otras clases. En su gestación, además, intervienen factores políticos, económicos o sociales en general, y también personales (adaptación social, crisis de crecimiento, ausencia de valores o valores poco claros). Definir, pues, el problema exclusivamente en términos de salud o peor, de orden público tendría como consecuencia la inhibición de sectores amplísimos de la sociedad, que habrían dejado la solución del problema en manos de los técnicos (ya sean sanitarios o policías).

Siguiendo a Calafat (s.f., párr. 1) menciona que no hay que pretender que la educación sobre drogas en la escuela sea la panacea esperada, pues en contra de posibles expectativas, la experiencia diaria en diversos países ha mostrado las dificultades que tienen los programas de prevención para conseguir una implantación e institucionalización adecuadas. Ser conscientes de estas dificultades puede servir en el futuro para corregir esta tendencia, pues, en contra de lo que pueda parecer, hacer prevención es hasta cierto punto actuar contra corriente. Lo que la sociedad entiende y solicita son soluciones inmediatas y directas a sus problemas, es decir, soluciones de tipo represivo o terapéutico, pero la prevención es una solución a medio plazo, que además en alguna forma cuestiona el funcionamiento de la propia sociedad.

## Definición y objetivos de la prevención

De acuerdo a Sanchis y Martín (s.f) se entiende por prevención al proceso en el que tienen cabida un conjunto de actuaciones, informativas, educativas y represivas encaminadas a eliminar o modificar los factores asociados al consumo de drogas con la finalidad de evitar que éste se produzca, se retrase su inicio o, en el peor de los casos, no se convierta en un problema para el individuo y/o su entorno social.

Por tanto, desde esta concepción, se puede comprender que en su desarrollo se requieren, al menos, los siguientes elementos:

- Investigación previa sobre la realidad de la que se parte.
- Planificación y programación de las distintas actuaciones.
- Información veraz.
- Posibilitar una modificación o cambio de actitudes.
- Reducir la oferta y disponibilidad de drogas.
- Adquisición de hábitos saludables.

Calafat y Amengual (1998) al hablar de prevención se refieren al proceso por el que se crean las condiciones sociales, o se incrementan las capacidades personales, que promueven el bienestar. Y más estrictamente, prevenir es actuar antes de la aparición de un problema para evitar su incidencia o, por lo menos, reducir sus consecuencias.

Martín (2000) reconoce al igual que Sanchis y Martín que la *prevención de las adicciones* es un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas.

A diferencia de Sanchis y Martin, Paglia y Room (1999) plantean otro tipo de objetivos, de los que se han enumerado se pueden listar los siguientes:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Acerca de los objetivos antes mencionados Amermman (como se cita Becoña, 2002) menciona que a pesar de enumerarse varios objetivos, con frecuencia suelen indicarse sólo dos o tres de ellos. La relevancia de los mismos es que son objetivos realistas y adecuados a los que se conocen sobre las drogas y los consumidores.

Esto es, el objetivo no es que todas las personas no consuman drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

## 4.1 Niveles de prevención

### **Primaria, secundaria y terciaria**

La prevención primaria actúa antes de cualquier indicio evidente que anuncie el uso de drogas para impedir o retrasar que aparezca su uso. Su objetivo es precisamente impedir que éste surja. Para Bas, (1997) tiene su origen en el campo medico, en relación con las enfermedades infecciosas, por lo cual comprende un conjunto de actuaciones dirigidas a la población no consumidora.

A través de la prevención secundaria se interviene para detectar un problema y evitar consecuencias mayores y complicaciones posteriores, su objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios.

Finalmente, la prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en los procedimientos de tratamiento y rehabilitación para la enfermedad que tiene ya claros síntomas clínicos.

Los tres tipos de prevención anteriores son en parte equivalentes a lo que se conoce por prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria).

En el caso de las drogas, la prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas (Becoña, 2002).

### **Universal, selectiva e indicada**

La *prevención universal* es recomendable para cualquier persona o grupo porque se dirige a toda la población sin distinguir entre personas sanas, en riesgo o consumidores. En esta categoría se agrupan todas aquellas intervenciones para el público en general y para los miembros de grupos específicos elegibles, tales como mujeres embarazadas, niños, ancianos o jóvenes de una escuela. Pueden aplicarse sin asesoría ni asistencia profesional. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que las que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluirían en estos programas la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores y habilidades para la vida. (Becoña, 2002)

En cambio, la *prevención selectiva* es deseable sólo cuando el individuo es miembro de un grupo de la población que presenta un riesgo por arriba del promedio. Las acciones selectivas se dirigen específicamente a la subpoblación con elevada probabilidad de incurrir en riesgos; emplea estrategias básicamente ambientales, que se podrían denominar de reducción del riesgo Rodríguez-Martos (como se cita en Cortés & Alcantara, 2009). Los grupos de riesgo pueden identificarse por su edad, género, ocupación, historia familiar, condiciones de vida u otras características evidentes, mientras que los individuos pueden detectarse mediante procedimientos de evaluación diagnóstica aplicados en diferentes grupos o sectores poblacionales. En el campo de las adicciones, la prevención selectiva se dirige a subgrupos de la población que han sido identificados como de alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas y que poseen características psicosociales específicas que requieren de la participación directa de actividades preventivas acordes a su situación.

La implementación de actividades de prevención selectiva es factible cuando se identifica sistemáticamente que ciertos grupos de la comunidad se encuentran en mayor riesgo para iniciar el consumo de drogas, a partir de sus rasgos biológicos (por ejemplo, predisposición genética), psicosociales (por ejemplo, disfunción familiar) o ambientales (barrios desorganizados o con normas que toleran el consumo). Este tipo de intervenciones operan por periodos más largos, intensos y específicos en comparación con las acciones de prevención universal.

La *prevención indicada* dirige sus actividades hacia individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias, debido a que las personas que se identifican en estas etapas, a pesar de que muestran señales de uso temprano aún no son consumidores dependientes de drogas. En este sentido, los objetivos están enfocados a reducir el impacto del primer evento de consumo de drogas, disminuir a lo largo del tiempo la continuación del consumo experimental o social, retardar el inicio del abuso o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas. Además de ser más intensiva y más costosa, solo se dirige a individuos de alto riesgo.

## 4.2 Tipos de prevención

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples, esto se debe a que las personas desde su nacimiento viven dentro de una sociedad la cual tiene estructuras, normas, valores, cultura, y modelos que le son transmitidos por medio de la socialización. Este proceso tiene lugar mediante agentes socializadores como la familia, el centro educativo y la comunidad. Su acción coordinada y conjunta, puede actuar eficazmente, sobre la formación de la persona y en consecuencia, sobre el uso indebido de drogas, es más eficaz que la actividad individual e independiente de cada una de ellas (Bas, 1997).

En la práctica, el tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención escolar, la razón primordial puede ser que es en la escuela, donde se encuentra el grupo con mayor riesgo de consumir drogas (Botvin & Botvin, 1998) por esta razón será el primer tema que abordaremos seguido de la prevención familiar, comunitaria, laboral, finalizando con la mención de otros ámbitos en los que se hace presente la necesidad de medidas preventivas pero también es una constante la dificultad que implica hacerlo.

### **Prevención escolar**

En los últimos años ha cobrado más relevancia, con la generalización de la prevención, la prevención escolar, esto es porque permite llegar a los jóvenes en la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas, facilitándose así de modo importante realizar la prevención.

Para Botvin (como se cita en Becoña, 2002) esto ha llevado a que muchas intervenciones preventivas se realizan en exclusivo en la escuela y es donde hay más programas preventivos evaluados, esto en parte es debido a que al estar la mayoría de los niños y niñas escolarizados constituyen teóricamente, muestras cautivas, dado que teóricamente tenemos acceso a todo el grupo diana que nos interesa.

En la práctica esto no siempre es así ya que la aplicación de un programa preventivo exige la correspondiente autorización tanto administrativa, escolar y por supuesto el consentimiento de los participantes y de sus padres. No olvidemos que una parte de los que más precisan intervenciones preventivas para que no consuman drogas no asisten a la escuela o tienen fracaso escolar, lo que les lleva a abandonar la misma antes de tiempo. Estos son elementos negativos para la persona y son factores de riesgo para el consumo de drogas. Uno de los objetivos de la prevención escolar es éste junto a otros. Por ello la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, pero no necesariamente es suficiente para evitar el consumo de drogas. Hay que implicar no solo al resto de los elementos sociales sino a todas las personas en riesgo acudiendo a su contexto social o ambiental de consumo, y, específicamente debe implicarse a toda la comunidad escolar, que se constituye de los alumnos, de los profesores y los padres.

Según Alonso, Freijo y Freijo (1996) son muchas las ventajas que tienen al hacer la prevención en la escuela entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Porque es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y es en ella donde se continúa el proceso de socialización iniciado en la familia, bien reforzando las actitudes en ella generadas o bien modificándola en aquellos casos en que sea preciso.
- Actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- Porque es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.

En conclusión, para Becoña (2002) aplicar un programa preventivo de tipo universal en una escuela, daría como resultado un impacto importante y de bajo costo, puesto que se llegaría a todos los estudiantes sin excepción. Sin embargo también reconoce que aunque la prevención escolar es muy importante y necesaria, es insuficiente en muchos casos si ésta no va acompañada de una prevención más intensiva a nivel familiar y comunitario para no sólo a los que consumen o a los que tienen el mayor riesgo de consumir. En muchos casos es necesario implicar al propio ambiente social para que con ello se facilite el no consumo y una vida saludable.

Por lo cual el siguiente capítulo versa sobre el papel que desempeña la familia en la prevención del consumo de drogas.

### **Prevención familiar**

La familia tiene un papel fundamental tanto en la formación de la identidad del ser humano, como en su comportamiento y relación con el resto de la sociedad. Esta institución es la principal promotora de valores, creencias y pautas de comportamiento; impulsa las actitudes y hábitos de niños y jóvenes, y posee la capacidad de generar relaciones basadas en el afecto y la libre expresión de sentimientos, lo que la convierte en una importante red de protección social. (Cortés & Alcántara, 2009).

Es quizás por esta razón que en los últimos años la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más, por los factores de riesgo y protección, la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas.

Bry, Catalano, Kumpfer, Lochman y Szapocznik (1998) reconocen que el éxito de los programas de prevención familiar parece residir en centrar las intervenciones en el desarrollo de habilidades, tales como, el fomento habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y concientizarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos, en lugar de solo limitarse a instruir a padres e hijos sobre pautas adecuadas de educación y comportamiento.

Aunado a las características proporcionadas por Bry de las intervenciones familiares, Becoña (2002) ha proporcionado esta serie de principios deseables para las prevenciones a nivel familiar:

- Enfatizar el apego familiar
- Ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen habilidades de comunicación.
- Entrenar a los padres para que escuchen e interactúen con sus hijos.
- Entrenar a los padres para utilizar la disciplina de modo positivo y consistente
- Promover nuevas habilidades de comunicación familiar a través de técnicas interactivas.
- Emplear estrategias para vencer resistencias de los padres a participar en los programas basados en la familia.
- Mejorar la conducta de los niños con apoyo intensivo (12 a 15 sesiones).
- Mejorar el funcionamiento familiar, cuando sea necesario, a través de la terapia familiar.
- Explorar el uso de espacios o escenarios de la comunidad, alternativos a la escuela, para facilitar la intervención basada en la familia.
- Incluir a toda la familia.
- Desarrollar habilidades de crianza de los hijos.

Martínez (2001) en la revisión que hace a diferentes programas de prevención familiar reconoce que, en la dinámica familiar, las áreas en las que se han observado mejoras son las siguientes: comunicación y organización familiar, conflictos en el hogar, relaciones padres-hijos y transmisión de normas. Los padres obtienen importantes beneficios de estos programas. Los principales avances se observan en las actitudes y en las prácticas de gestión familiar. Estos cambios también son apreciables en los padres que abusan de las drogas. En los hijos se han conseguido reducciones significativas en distintos comportamientos problemáticos: consumo temprano de drogas, problemas emocionales y agresividad y conductas delictivas en preadolescentes.

A pesar de ello y de su reconocida relevancia es muy habitual que los programas de prevención familiar se encuentren subordinados a la prevención escolar, de modo que el papel de los padres se reduce a apoyar en casa las acciones preventivas realizadas en el aula. Esta forma de actuar olvida que muchas acciones de prevención sólo pueden hacerse en el marco del sistema familiar y que en él los padres son insustituibles (Martinez, 2001), es por esto que no debemos olvidar que la familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Por ello una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a nuestra sociedad actual.

### **Prevención específica e inespecífica**

De acuerdo a Calafat y Amengual (1998) se entiende por prevención específica, aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Además, existe una prevención más inespecífica, que no aborda el problema directamente, sino que trata de influir sobre la dinámica del consumo indirectamente, a través de programas o actuaciones, o en ámbitos pensados inicialmente para otras cosas, como pueden ser la educación, la cultura y el tiempo libre.

En el programa Tú decides (2002), se enfoca la prevención como una actuación sobre los factores de riesgo para la salud individual y colectiva, hablamos de una prevención inespecífica. Pero sí atendemos a los mecanismos presentes en el consumo y en el proceso de la adicción, entonces se estará realizando una prevención específica.

La prevención específica para Escámez (1990) es el conjunto de actuaciones dirigidas a combatir el consumo de drogas a través de: medidas legislativas que dificulten su consumo; promoción de medidas educativas; y el establecimiento de medidas sociales, además indica como programas de prevención específica: los programas para la integración curricular escolar de los aspectos relacionados con la dependencia a las drogas y los dirigidos a los profesores sobre capacitación técnica para prevención escolar.

Siguiendo a Escámez (1990) la prevención inespecífica son, todas las actividades destinadas a subsanar factores o causas que originan o apoyan el problema de la drogadicción, no se orientan a combatir el problema de la dependencia a las drogas si no a facilitar las condiciones para que el fenómeno no aparezca, resalta la necesidad de desarrollar políticas generales (juveniles, culturales, educativas y deportivas) dirigidas a la población en general y de acuerdo con las características de los destinatarios (niños, jóvenes o adultos) que potencien el desarrollo normal de todas las personas y su participación e integración a la comunidad. Es claro que su correcto y adecuado funcionamiento, así como su desarrollo tiene consecuencias sobre el consumo de drogas.

Bas, (1997) menciona que no se debe considerar que la prevención inespecífica es cualquier actividad, dirigida a diferentes sectores sociales, como la oferta de actividades de ocio y tiempo libre, culturales o deportivas, y que con unas pocas modificaciones contaban con un plan de prevención inespecífico e integral.

Acerca de la definición hecha por Escámez (1990) acerca de prevención inespecífica, Becoña (2002) menciona que en la práctica todo lo anterior se operativiza en lo que se conocen como programas preventivos, los cuales tienen que estar evaluados y elaborados con los criterios científicos de calidad de un programa preventivo. Por lo cual el concepto de prevención inespecífica sobra porque no hay modo de establecer una relación comprobable entre lo que se dice que es una actividad preventiva inespecífica y la evaluación o medición de dicho cambio en el consumo de drogas.

A continuación se describe las características que debe de tener un programa preventivo para que resulte viable y eficaz

### 4.3 Programas preventivos

Becoña (2002) subraya la importancia de tener clara la diferencia entre aquellas actividades que tienen teóricamente una intencionalidad preventiva con un programa preventivo. Esta es una cuestión importante y que a veces se olvida, siendo necesario distinguir entre el concepto genérico de *prevención* del más específico de *programa o programas preventivos*. Y ello aplicado tanto al campo de las drogodependencias como a cualquier otro campo donde se haga prevención.

Dado que es muy fácil, cómodo y muchas veces vacío hablar de *prevenir*, el término ha perdido, aplicado específicamente al campo de las drogodependencias, su sentido para muchas personas. Al estar el término *droga y drogodependencia* en boca de todos (afectados, padres de afectados, ciudadanos, periodistas, policías, colectivos profesionales), de modo insistente, continuo y con puntos de referencia cambiantes por la complejidad del fenómeno, lleva a que un término importante pueda con el tiempo quedar vacío de contenido. No significa ello que el término no sea importante, como lo es, sino que el abuso de su uso puede llevar, y lleva a veces, por su mala utilización, a un uso inadecuado, descontextualizado o carente de sentido.

Retomando el concepto anteriormente planteado por Martín (2000), *prevención de drogodependencias* se entiende, como un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas. Un *programa* es el diseño de un conjunto de actuaciones, entre si relacionadas, para la consecución de una meta (Escámez, 1990). Por tanto, un *programa preventivo* es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de la adicción a las drogas, impedir o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas estas.

Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto o grupo de edades.

Con los términos y distinciones anteriores se pretende dejar claro que en muchas ocasiones se confunde o se utiliza inadecuadamente las denominaciones de prevención y de programa preventivo, que son distintas.

Mientras que prevención es un término genérico y que como tal puede llegar a carecer de significado por la mala utilización del mismo, el programa preventivo es específico y lo será más conforme vaya orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo que permite tomar medidas más directas, hacer diseños más realistas y, lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa. La evaluación es algo que debe estar íntimamente unido siempre a cualquier programa preventivo.

Son claras las consecuencias que acarrea el consumo de drogas, tanto en la esfera individual, como sanitaria, social, de orden público y económico. Paralelamente, la medicina como arma terapéutica tiene sus limitaciones, ante este hecho uno de los modos que parece idóneo para atajar esta problemática es mediante la prevención de las adicciones, para ello se necesita realizar investigaciones enfocadas a los factores de riesgo específicos, en poblaciones específicas, en busca de alcanzar estos objetivos se presenta a continuación el proceso metodológico de la presente investigación, la cual busca precisamente factores de riesgo familiares en una comunidad escolar.

## CAPÍTULO 6. MÉTODO

### Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas de crianza que se asocian al consumo de tabaco en adolescentes escolares de nivel secundaria?

### Objetivo general

Identificar y describir las prácticas de crianza que se asocian con el consumo de tabaco en adolescentes escolares.

### Objetivos particulares

- Describir las prácticas de crianza en adolescentes escolares de nivel secundaria.
- Identificar las prácticas de crianza que se asocian con el consumo de tabaco.

### Hipótesis de investigación

Las prácticas de crianza tienen una relación positiva y significativa con el consumo de tabaco en adolescentes escolares.

### Variables

**Variable 1:** Prácticas de crianza.

**Definición conceptual:** se refiere a los comportamientos específicos de los padres para guiar a los niños hacia el logro de metas de socialización y autocuidado, por ejemplo, ofrecer halagos al niño para que aprenda nuevas tareas (Solís-Cámara y Díaz, 2007)

**Definición operacional:**

Expresión de afecto y cohabitación con los padres, confianza para contarles cosas, castigo físico y comparaciones negativas con otros.

**Variable 2:** Consumo de tabaco.

**Definición conceptual:** Gil (1994) menciona que usualmente se considera adicción tabáquica o tabaquismo al, consumo habitual de productos elaborados del tabaco.

**Definición operacional:** El hecho de fumar informado por el sujeto.

## Tipo de diseño

El diseño de investigación transeccional, recolecta datos en un sólo momento, en un tiempo único, su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista, 2006)

## Participantes

Participaron 55 estudiantes de la Escuela Secundaria Diurna #128, de 1° a 3° año, (situada al oriente de la ciudad de México) 23 mujeres y 28 hombres (cuatro de ellos no registraron su sexo), cuyas edades oscilan entre los 12 y 17 años. El criterio de inclusión fue que los alumnos (hombres y mujeres) estuviesen cursando 1°, 2° o 3° grado de secundaria actualmente. Los criterios de exclusión fueron, los alumnos que no quisieran participar respondiendo la encuesta y las encuestas que no fueron contestadas correctamente y/o con la pregunta objetivo (fumar) no contestada. Los participantes fueron seleccionados por muestreo del tipo incidental.

Se acudió a esta escuela a pedir su participación en la investigación por ser una institución que reporta tener problemas de conductas de riesgo con sus alumnos tales como consumo de inhalantes y problemas de mala conducta recurrentes.

## Cálculo de tamaño de muestra

Considerando la prevalencia (P) de fumar de 14.9% que reporta la ENA 2008.

Se utiliza la siguiente fórmula para un estudio transversal

$$n_1 = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

donde  $Z_{1-\alpha/2}^2$  es la confianza para el parámetro  $P$

$P$  es la prevalencia que tiene el FR buscado;

$d$  es la precisión que se quiere que tenga el parámetro  $P$

---

Calculamos entonces con el porcentaje=14.9%, asignando los valores más frecuentemente usados para el cálculo de la muestra, es decir:

$Z_{1-\alpha/2}^2 = 1.96$  que representa el **95% de confianza**; Con una **precisión del 10%** ( $d = 0.1$ );

Substituyendo valores en la fórmula, tenemos:

$$n_1 = \frac{1.96^2(0.149)(1-0.149)}{0.1^2} = \frac{3.8416(0.149)(0.851)}{0.01} = \frac{3.8416(0.126799)}{0.01} = \frac{0.48711104}{0.01} = 48.71$$

---

Solo resta considerar la omisión de respuesta también llamada “no respuesta”, manejaremos 10%, entonces la calculamos de la siguiente manera:

$$n = n_1 \left( \frac{100}{90} \right) = 48.71 \left( \frac{100}{90} \right) = 48.71(1.11) = 54.12 \cong 55$$

**Por lo que la muestra quedará establecida de tamaño 55.**

## Instrumento

El Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (Sánchez- Sosa & Hernández - Guzmán, 1992) es una escala estandarizada con reactivos de cinco o más opciones, validada contra el DSM III-R y por veinte expertos terapeutas por un procedimiento doble ciego. Consta de las siguientes variables interactivas:

- a) Una primera sección con una lista de 98 reactivos acerca de problemas de salud que cualquier individuo puede llegar a presentar en distintos momentos de su vida. Se trata de problemas adaptativos frecuentes: dificultades en las relaciones interpersonales, distorsiones en la percepción del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupación o miedos irracionales, reacciones emocionales disfuncionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiera con el funcionamiento adecuado del individuo, práctica de actividades que puedan objetar las personas que lo rodean, o desviaciones en el comportamiento que conduzcan a sanciones sociales.
- b) La segunda sección contiene 106 reactivos acerca de las interacciones familiares y la crianza en condiciones normales. Se incluyen aquí 14 reactivos referentes a las principales características sociodemográficas de los participantes.

Se utilizaron como fuentes de validación de contenido para la construcción de los reactivos, aquellos que hubiesen mostrado una documentación confiable en la literatura de investigación. Para su diseño se usaron los procedimientos aceptados generalmente en la construcción de instrumentos de encuesta. Por tanto, los criterios para seleccionar los signos de desajuste psicológico y las características específicas de los estilos de crianza e interactivos en la familia fueron los siguientes (Sánchez- Sosa y Hernández-Guzmán, 1992):

- a) La sección del inventario acerca del deterioro adaptativo de la salud psicológica presenta una paráfrasis directa, redactada con sencillez en primera persona del singular, de las descripciones taxonómicas clasificadas por el DSM III-R dentro del rubro relativo a los desórdenes de personalidad, para lo cual se excluyeron los cuadros clínicos que implican una ruptura funcional con la realidad.
- b) La sección de estilos de crianza e interacciones familiares se basó principalmente, en el análisis de las líneas de investigación centradas en los componentes interpersonales y de prácticas de crianza que definen un estilo interactivo.

Se obtuvo, después de revisar versiones sucesivas del cuestionario, un grado de consistencia interjueces no menor al 80%. Los coeficientes de confiabilidad obtenidos en diferentes estudios han oscilado entre  $\alpha = 0.68$  y  $0.80$ .

Por lo tanto, cuenta con adecuada confiabilidad interjueces ( $\alpha=0.80$ ), validez de criterio y de constructo.

### **Estructura factorial**

Empíricamente, los reactivos del inventario se aglomeraron o agruparon con respecto a los factores siguientes:

- a) Sustancias adictivas de los padres. Aquí quedan incluidos los reactivos relacionados con el consumo de sustancias adictivas por el padre y con el consumo de sustancias adictivas por la madre.
- b) Relación con la madre. Comprende las variables, expresión de afecto, comparaciones negativas de la madre, cohabitación de la madre, confianza para platicar cosas personales y platicar con la madre.
- c) Relación con el padre. Comprende las variables, expresión de afecto, comparaciones negativas del padre, cohabitación del padre, confianza para platicar cosas personales y platicar con el padre.
- d) Castigo físico. Incluye la variable de crianza aplicación de castigo por los padres.
- e) Relación con los hermanos. Aquí quedan comprendidos los reactivos referentes a la relación con los hermanos.
- f) Peleas entre los padres. Incluye la variable amenazas de divorcio en los padres.
- g) Experiencias emocionales. Se refiere a las experiencias emocionales fuertes o negativas.
- h) Escuela. Se refiere a la variable de crianza actitud hacia la escuela.

## Procedimiento

Al oriente del Distrito Federal, en los límites con el Estado de México se seleccionaron cinco escuelas secundarias que reportaron diversas problemáticas con los alumnos, incluidas el consumo de sustancias, ausentismo escolar, entre otras, de estas instituciones la Escuela Secundaria #128 fue seleccionada para aplicar el SEViC (Sánchez- Sosa & Hernández - Guzmán, 1992), previo a la aplicación se entregó un consentimiento informado el cual debería estar firmado por el padre o tutor, una vez obtenidos la totalidad de los consentimientos informados se fijó la fecha para la aplicación de el inventario.

El aplicador explicó el propósito general de la encuesta haciendo hincapié en la confidencialidad de las respuestas posteriormente distribuyó los inventarios para su contestación, cuidando de no intervenir excepto en el caso de preguntas por parte de algún alumno.

Una vez que el alumno terminó de contestar el inventario, como precaución adicional y para garantizar el anonimato del mismo, se instruyó previamente a colocar los instrumentos terminados en una pila sobre el escritorio despidiéndolos y agradeciendo su participación.

Habiéndose recabado los datos, se llevo a cabo el análisis estadístico a través del programa SPSS 19 para Windows.

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los datos, y posteriormente una correlación de Spearman a los factores familiares con el fin de encontrar las correlaciones significativas.

## CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Se realizó un análisis descriptivo del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, así como de la pregunta acerca del consumo tabaco.

Posteriormente se realizó una prueba de correlación de Spearman por ser un problema de asociación.

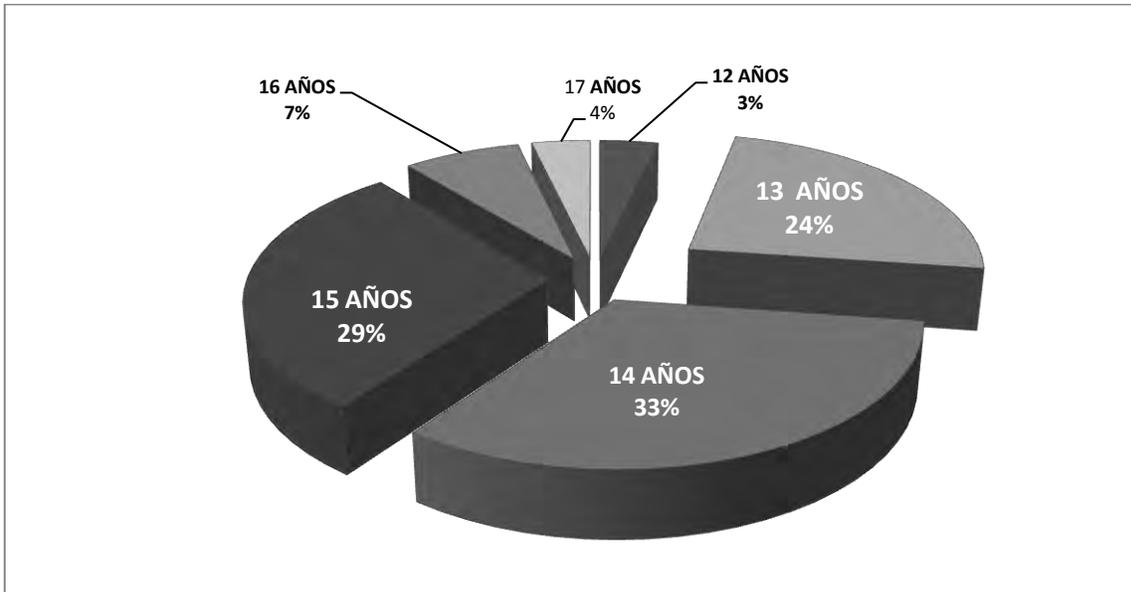


Figura 1. Distribución por edad de los participantes

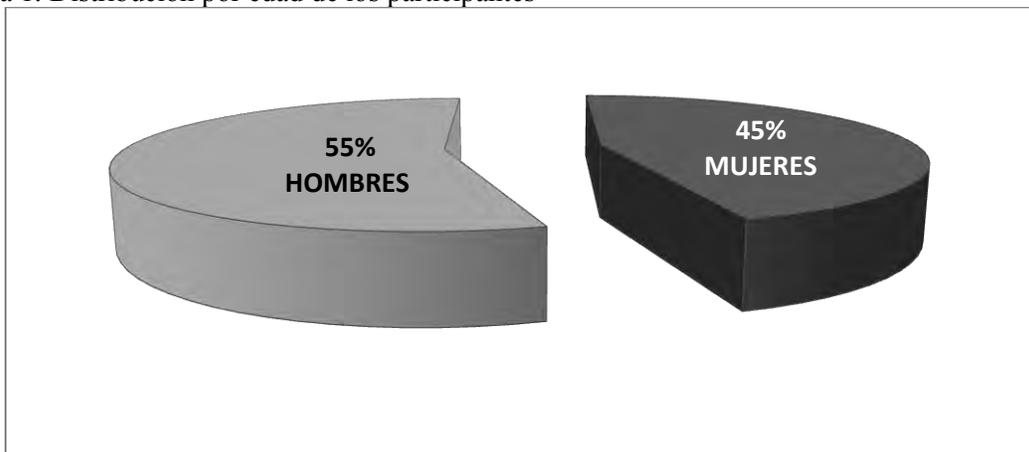


Figura 2. Distribución de los participantes por sexo

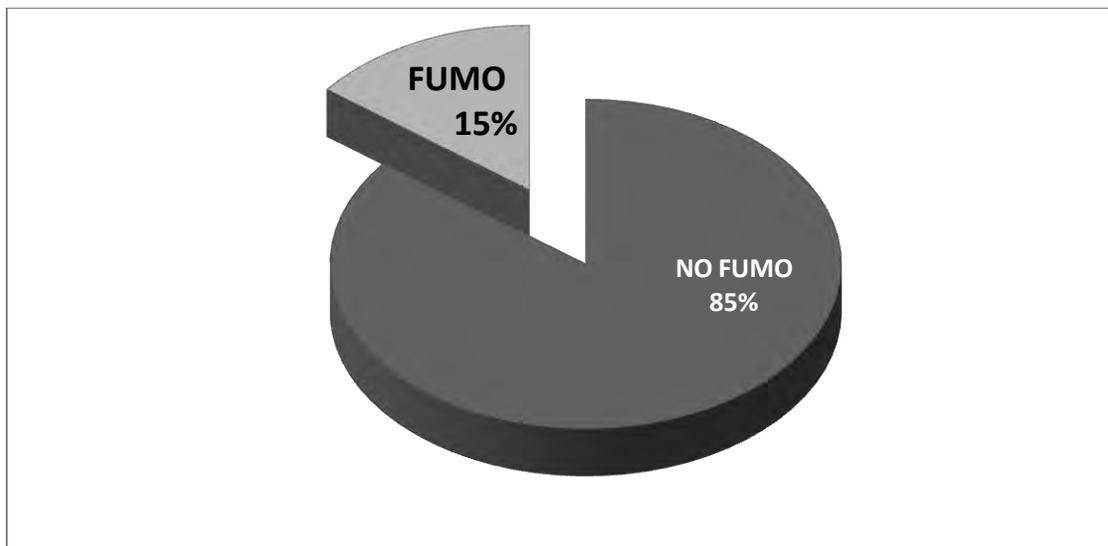


Figura 3. Porcentaje de alumnos que fuman, de los cuales el 11% menciona fumar de 1 a 10 cigarros mientras que el 4% restante fuma más de 10 cigarros al día.

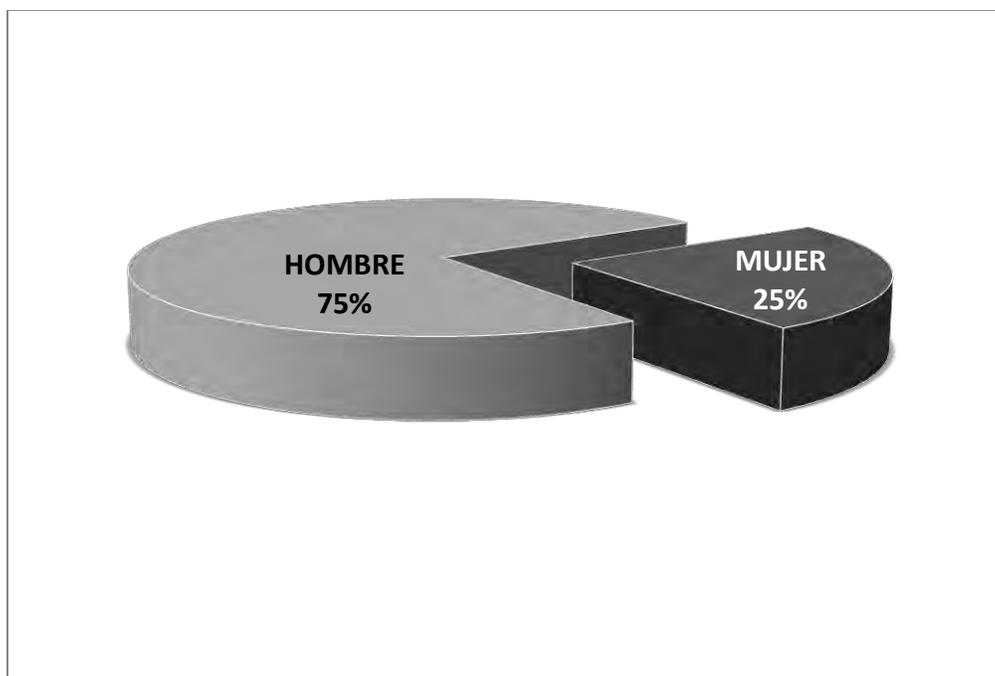


Figura 4. Distribución por sexo de jóvenes que respondieron haber fumado.

Tabla 1. Prevalencia de consumo de tabaco

VARIABLE	OBS	MEDIA	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
FUMAR	55	0.1454545	0.0492662 -0.2416429

El 47% de los alumnos mencionó tener una relación “Muy buena o buena” con sus hermanos. Respecto a la cohabitación de padres e hijos, el 69.9% mencionó que “Siempre o frecuentemente” sus padres viven en el mismo hogar, mientras que la figura materna se encuentra presente en el 85.45% de los casos. En cuanto al consumo de alcohol y drogas el 69% mencionó que sus padres consumen alcohol “pocas veces o nunca” y un 3.6% refieren un consumo frecuente de alcohol, el 100% reporta que “pocas veces o nunca” consumieron droga sus padres. El 96% refieren que sus madres “pocas veces o nunca” consumieron alcohol, 1.8% de ellas lo consume “siempre o frecuentemente, respecto a las drogas el 98% las consume “pocas veces o nunca” y 1.8% las consume “siempre o frecuentemente”.

Tabla 2. Análisis descriptivo de los reactivos 1-7 de las prácticas de crianza.

	MUY BUENA BUENA		REGULAR		MALA MUY MALA	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
1. En general mi relación con mis hermanos(as) ha sido	26	47.27	25	45.45	4	7.27
	SIEMPRE- FRECUENTEMENTE		A VECES SI A VECES NO		POCAS VECES-NUNCA	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
2. Mi padre o tutor vive con nosotros en la misma casa	38	69.09	4	7.27	13	23.64
3. Mi padre o tutor toma o tomaba mucho alcohol	2	3.64	15	27.27	38	69.09
4. Mi padre o tutor usa o usaba drogas	0	0	0	0	55	100
5. Mi madre o tutora vive con nosotros en la misma casa	47	85.45	1	1.82	7	12.73
6. Mi madre o tutora toma o tomaba mucho alcohol	1	1.82	1	1.82	53	96.36
7. Mi madre o tutora usa o usaba drogas	1	1.82	0	0	54	98.18

El 41% de los alumnos mencionó platicar como buenos amigos con sus padres casi a diario y el 21% mencionó que lo hizo una vez al año o menos, platicar como buenos amigos con la madre casi a diario tiene un 52% de respuesta y una vez a la semana un 20%.

Respecto al castigo físico proporcionado por el padre el 69% mencionó haberlo recibido una vez al año o menos y el 14% dos veces al año, el 63% refiere que su madre proporciona castigo físico una vez al año o menos y un 20% dos veces al año.

Tabla 3. Análisis descriptivo de los reactivos del 8-11 de las prácticas de crianza.

	CASI DIARIO		1 VEZ ALA SEMANA		1 VEZ AL MES		1 VEZ CADA 3 MESES		2 VECES AL AÑO		1 VEZ AL AÑO O MENOS	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
8. Mi padre o tutor y yo platicamos como buenos amigos	23	41.82	14	25.45	4	7.27	1	1.82	1	1.82	12	21.82
9. Mi madre o tutora y yo platicamos como buenos amigos	29	52.73	11	20	8	14.55	4	7.27	0	0	3	5.45
10. Cuando mi padre o tutor me castiga, usa o usaba castigo físico (me pegaba)	2	3.64	2	3.64	4	7.27	1	1.82	8	14.55	38	69.09
11. Cuando mi madre o tutora me castiga, usa o usaba castigo físico (me pegaba)	1	1.82	4	7.27	4	7.27	0	0	11	20	35	63.64

El 75% de los alumnos mencionó que sus padres “dicen cosas que quieren decir que son unos tontos” pocas veces o nunca y un 12% lo dice a veces sí y a veces no, en cuanto a las madres el 79% pocas veces o nunca se refiere hacia sus hijos como tontos y un 14% a veces lo hace y a veces no.

Acerca de la confianza de los alumnos hacia sus padres para platicarles algo muy personal el 49% siempre o frecuentemente la tienen y el 38% declara pocas veces o nunca tener confianza en sus padres. El porcentaje aumenta cuando se trata de la figura materna, el 65% de los alumnos siempre o frecuentemente tienen confianza para platicar algo muy personal y un 20% pocas veces o nunca. La demostración de afecto siempre o frecuentemente por parte del padre tiene un 52% y 32% pocas veces o nunca dicha demostración. El 61% mencionó recibir afecto de su madre siempre o frecuentemente, mientras que el 20% lo recibe a veces sí y a veces no. Las peleas acompañadas de amenazas de separación ocurren pocas veces o nunca en un 80% de los casos y siempre o frecuentemente un 12%. El 50% de los alumnos ha tenido pocas veces o nunca experiencias emocionales fuertes, mientras que un 24% refiere que siempre o frecuentemente ha padecido experiencias negativas o que le angustiaron mucho.

El 61% de los alumnos declaró que les gusta mucho y al 32% ni le gusta ni le disgusta.

Tabla 4. Análisis descriptivo de los reactivos 12-20 de las prácticas de crianza.

	SIEMPRE-FRECUENTEMENTE		A VECES SI A VECES NO		POCAS VECES-NUNCA	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
12. Mi padre (o tutor) dice cosas de mí, que quieren decir que yo soy un "tonto (a)"	6	11.11	7	12.96	41	75.93
13. Mi madre (o tutora) dice cosas de mí, que quieren decir que yo soy un "tonto (a)"	3	5.56	8	14.81	43	79.63
14. Yo tengo confianza en mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal	27	49.09	7	12.73	21	38.18
15. Yo tengo confianza en mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal	36	65.45	8	14.55	11	20
16. Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño	29	52.73	8	14.55	18	32.73
17. Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño	34	61.82	11	20	10	18.18
18. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) pelean (peleaban) amenazan con dejarse, separarse o divorciarse	7	12.73	4	7.27	44	80
19. Durante mi adolescencia temprana, he tenido experiencias emocionales fuertes, negativas o que me angustiaron mucho	13	24.53	13	24.53	27	50.94
	GUSTA MUCHO-GUSTA		NI ME GUSTA NI ME DISGUTA		DISGUSTA -DISGUSTA MUCHO	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
20. La escuela me:	34	61.82	18	32.73	3	5.45

Tabla 5. Correlación de los factores familiares.

		Sustancias adictivas de los padres	Relación con la madre	Relación con hermanos	Experiencias emocionales fuertes	Escuela	Fumo cigarros de tabaco
Relación con el padre	Coefficiente de correlación	.123	.343	.193	.300	.136	.126
	Sig.(2- colas)	.375	.011*	.162	.029*	.326	.365
	N	54	54	54	53	54	54
Relación con la madre	Coefficiente de correlación	.129	1	.510	.493	.390	.009
	Sig.(2- colas)	.352		.000*	.000*	.004*	.948
	N	54	54	54	53	54	54
Peleas entre los padres	Coefficiente de correlación	.231	.419	.319	.415	-.130	-.185
	Sig.(2- colas)	.090	.002*	.018*	.002*	.346	.175
	N	55	54	55	53	55	55
Relación con los hermanos	Coefficiente de correlación	.304	.510	1	.223	.096	.058
	Sig.(2- colas)	.024*	.000*		.109	.484	.675
	N	55	54	55	53	55	55
Fumo cigarros de tabaco	Coefficiente de correlación	-.127	.009	.058	-.018	.321	1
	Sig.(2- colas)	.356	.948	.675	.899	.017*	
	N	55	54	55	53	55	55

## CAPÍTULO 8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una proporción importante de alumnos, el 85% menciono no haber fumado, en cuanto aquellos que mencionaron haber fumado 10.9% ha fumado de 1 a 10 cigarrillos al día, y 1.8% ha fumado de 10 a 1 cajetilla al día, el mismo porcentaje corresponde a los que fuman más de una cajetilla al día, según la ETJ (2002, 2003, 2006, 2008) el que un adolescente fume más de 6 cigarros al día refleja una adicción a la nicotina, coincidiendo con los datos obtenidos por la ETJ (2002, 2003, 2006, 2008) y la ENA (2008) son los hombres los que reportan un mayor consumo de cigarros.

Continuando con los datos proporcionados por la ENA 2008 en el ámbito nacional en la población adolescente la edad promedio de consumo de tabaco por primera vez fue de 13.7 años y en la muestra analizada encontramos que el 57% de los alumnos tiene entre 13 y 14 años lo cual pudiese indicar que los alumnos de esta edad están cerca de realizar su prueba inicial de tabaco, con su posterior consumo habitual y dependencia nicotínica.

La prevalencia de fumar de 14.5% -IC95% (4.92, 24.16), es muy parecido al encontrado por la ENA 2008, lo que nos indica que el tamaño de muestra fue suficiente para estimar la prevalencia.

Una vez realizado el análisis de correlación de Spearman se obtuvieron los siguientes resultados:

El factor familiar consumo de sustancias adictivas en los padres y consumo de tabaco no mostro una correlación estadísticamente significativa contrario a lo mencionado en múltiples investigaciones en las cuales es un factor de riesgo ampliamente identificado por Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Muñoz-Rivas, Graña, y Cruzado 2000; Petterson et al. 1992)

Esta relación se encuentra tanto para el consumo de cigarrillos, como para el alcohol, marihuana y el resto de las drogas ilegales. Por el contrario, cuando los padres no consumen, y hay una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e incluso influye indirectamente en el no consumo de los amigos de sus hijos Brook (como se cita en Becoña 2002).

Sin embargo el consumo de sustancias adictivas de los padres y la relación con los hermanos si mostro una relación estadísticamente significativa y directamente proporcional.

En los factores referentes a la relación del padre y la madre con los adolescentes de la muestra y el consumo de tabaco no correlaciono significativamente, por lo cual se acepta  $H_0$ , nuevamente se pone de manifiesto la diferencia con respecto a diferente investigaciones como la de Petterson et. al. (1992) los cuales detectaron 17 factores de riesgo para el consumo de drogas de los cuales 4 consideraron que eran factores de riesgo familiares, uno de ellos es el bajo apego a la familia, cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, la madre no se implica en actividades con ellos, ello se relaciona con la iniciación al uso de drogas. Para Hawkins et. al. (1992) y Becoña (2002) las bajas expectativas para los niños o para el éxito, son un factor de riesgo familiar para el consumo temprano de drogas.

Muñoz-Rivas et al. (2000) consideran que en el consumo de drogas, la falta de afecto y vinculo afectivo paterno-filial el cual es muy importante para la estabilidad de la persona, es un elemento predictivo de gran relevancia.

Por el contrario, cuando en una familia las relaciones familiares son positivas con implicación y apego, resulta un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar.

Kumpfer (1998) también señala que la cohesión, la cordialidad y apego con uno o ambos padres pueden fungir como un factor protector.

La relación con la madre a pesar de no mostrar una correlación significativa con el consumo de tabaco si mostro correlaciones significativas y directamente proporcionales con la relación con el padre, la relación con los hermanos, experiencias emocionales fuertes, y la escuela.

Las peleas entre los padres y amenazas de divorcio no correlacionaron significativamente con la conducta de fumar en la población adolescente lo cual difiere a lo mencionado por Moncada (1997) para el cual los conflictos familiares, especialmente cuando están presentes o hay bajos lazos de

unión entre los padres entre sí o entre los padres y los hijos son un factor familiar de riesgo claro para el uso de drogas.

Sin embargo si se encontraron correlaciones estadísticamente significativas y directamente proporcionales entre las peleas de los padres y la relación con la madre, la relación con los hermanos y las experiencias emocionales fuertes.

La relación con los hermanos y el consumo de tabaco no correlacionaron significativamente por lo cual se acepta  $H_0$ . Con respecto a esto, Muñoz-Rivas, Graña, y Cruzado 2000 han analizado la composición familiar, como tamaño de familia, orden de nacimiento de los hijos y número de hermanos dentro de la familia en busca de posibles factores de riesgo, lo cual los llevo a concluir que el tener hermanos, especialmente mayores, tiene cierto efecto protector sobre el consumo de tabaco, alcohol, y drogas ilegales.

Entre los factores que se sujetaron a análisis a pesar de no ser un factor familiar pero estar reconocido como un factor de riesgo para el consumo tabaco, se encuentra la escuela, el gusto por estar en ella y el resultado fue una correlación estadísticamente significativa y directamente proporcional con el consumo de tabaco en la población adolescente, en la literatura revisada, Hawkins et al. (1992); Petterson et al. (1992); Moncada, (1997); Pollard et al. (1997) y Kumpfer et al. (1998) no se menciona como factor de riesgo escolar el gusto o no por la escuela, la constante, identificada por los autores antes mencionados es el fracaso escolar y el bajo apego a la escuela.

Muñoz-Rivas et al. (2000) además de lo ya mencionado destaca en las investigaciones que el tipo y tamaño de la escuela, son un importante predictor del consumo temprano de drogas, pues muestran que existe mayor probabilidad de consumo de sustancias en aquellos alumnos que asisten a centros de gran tamaño y, sobre todo, en escuelas privadas de carácter laico. Sin embargo, no se pudo confirmar este tipo de relación en aquellos centros de pequeño tamaño o escuelas públicas o privadas de orientación religiosa (Recio, 1999).

## CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente fue identificar aquellos factores familiares que se relacionaran con el consumo de tabaco en adolescentes escolares, este objetivo se cumplió con un factor diferente al familiar el cual fue la escuela, de la cual su influencia está ampliamente reconocida,

Es importante reconocer que a pesar de no encontrar factores familiares relacionados con el consumo de tabaco en la población adolescente, de acuerdo a la literatura es de suma importancia tener identificados los factores de riesgo para una edad específica o etapa evolutiva, hecho al que contribuimos con esta investigación al realizarla con adolescentes de 12 a 17 años, a diferencia de varios estudios ya citados, los cuales han realizado sus investigaciones con jóvenes de bachillerato o de último grado de la educación secundaria, es decir con jóvenes de 15 años en adelante.

Es importante señalar que los resultados de la presente, no muestran consistencia con un factor específico que con frecuencia han señalado diferentes autores, este es, la fuerte relación que se ha encontrado entre el consumo de sustancias adictivas de los padres y el consumo temprano de los hijos, llama la atención pues es un factor predictor sumamente recurrente en la literatura revisada.

El hecho de no haber encontrado factores familiares de riesgo no significa que la muestra analizada tenga más factores de protección, tal vez el significado sea que debemos analizar otras variables con mayor profundidad como lo son las relacionadas con la escuela, pues fue precisamente esta variable la que nos mostro una relación con el consumo de tabaco en adolescentes.

En general, aumentar el tamaño de muestra hubiese generado más precisión en las pruebas estadísticas o utilizar un instrumento con más precisión en las preguntas referentes a la relación con los padres.

Estos resultados aportan un nivel diferente de conocimiento de las variables familiares implicadas en el consumo de tabaco en adolescentes escolares con respecto a la prevención dentro del marco familiar, pues podrían proveer de una guía para la elaboración de programas específicos de prevención en la muestra analizada.

El aporte principal del presente fue mostrar que a pesar de la variedad de información e investigaciones que se encuentran acerca de consumo de tabaco en diferentes poblaciones tanto de adolescentes como de adultos, año con año se engrosan las filas de los consumidores de tabaco, y mientras algunos consumidores ya han decidido dejar de fumar, otro tanto, aun mas jóvenes que los actuales consumidores estarán realizando su experimentación con el tabaco, o tal vez ya estén en la etapa de consolidación del consumo, trayendo consigo la necesidad de implementar programas de cesación de consumo de tabaco en poblaciones más jóvenes de las actuales, es por ello que los programas de prevención resaltan las ventajas de trabajar en los primeros años de vida del futuro joven, fomentando sus habilidades de autocontrol y la responsabilidad de los padres en la prevención del uso de drogas no sólo cuando éste ya existe y es problemático sino cuando aún ni siquiera es posible pero es necesario prevenir.

Es claro que desear que ningún joven llegue a probar los cigarrillos es un objetivo utópico, pero disminuir la cantidad de los que lo prueban por primera vez es un objetivo más razonable, por esta razón futuras investigaciones deben basar sus esfuerzos en la prevención, entendiendo como prevención no solo el hecho intentar evitar el consumo de tabaco en los jóvenes, sino como una estructura en la cual se diseñan estrategias las cuales se llevan a cabo y posteriormente se evalúan para conocer si están dando los resultados que se persiguen o se debe replantear la estrategia preventiva, involucrando no solo a los jóvenes, a su familia y a la comunidad.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.
- Aguilar, L.M.J. (2001). *Predicción del tabaquismo en adolescentes: su papel en el diseño de acciones preventivas*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alonso, D., Freijo, E. & Freijo, A. (1996). La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Arillo-Santillan E, Thrasher, J., Rodríguez-Bolaños, R., Chávez-Ayala, R., Ruiz-Velasco, S. & Lazcano-Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo del tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud Pública de México*, 49 (2), S170-S181.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480. Recuperado 31 de Mayo de 2011, de: [http://dtserv2.compsy.unijena.de/ws2006/paedpsy\\_uj/96355558/content.nsf/Pages/3DC25B54AEB0E8B2C125720B002EAAC0/\\$FILE/ARNETT\\_Emerging\\_Adulthood\\_theory.pdf](http://dtserv2.compsy.unijena.de/ws2006/paedpsy_uj/96355558/content.nsf/Pages/3DC25B54AEB0E8B2C125720B002EAAC0/$FILE/ARNETT_Emerging_Adulthood_theory.pdf)
- Bas, P.E. (1997). La prevención de las drogodependencias en el medio educativo: formación del profesorado e integración curricular en Andalucía. Recuperado 31 de Mayo de 2011, de <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/10997/BasPena.pdf?sequence=1>
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Bandura, A. (1986). *Social fundation of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Becoña, I. E., Palomares, A. & García, M. (1994). *Tabaco y salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, I. E. (2007). Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Curso taller “prevención del consumo problemático de drogas”. Universidad de Santiago de Compostela Facultad de Psicología Santiago de Compostela, Galicia, España.
- Becker, W.C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. Hoffman, N.L. y Hoffman, L.W. (eds.). *Review of child development research*, 1(9). New York: Russell Sage Foundation
- Botvin, G.J., Botvin, E.M. & Ruchlin, H. (1998). School-Based Approaches to Drug Abuse Prevention: Evidence for Effectiveness and Suggestions for Determining Cost-Effectiveness. En Bukoski, W.J. & Evans, R.I. (Eds.), *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implica* (pp.59-82). NIDA Research Monograph 176. Rockville, MD

- Buelga, V.S. y Murillo, M.L. (1999). *Adolescencia, familia y conducta antisocial*. C.S.V. Cristóbal Serrano Villalba
- Blanckma, N. S. J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review*, 48, 131-142. Recuperado en 30 de Mayo de 2011 de: <http://dx.doi.org/10.1080/0013191960480203>
- Bry, B.H., Catalano, R.F., Kumpfer, K.L., Lochman, J.E. & Szapocznik, J. (1998). Scientific findings from family prevention intervention research. NIDA Research Monograph 177:103-29.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Calafat, A. F., (s.f.). La formación de mediadores en la prevención escolar de las drogodependencias. Reflexiones en torno a la prevención de las mismas. Recuperado 09 de Mayo de 2011, de [http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias3/LA\\_FORMACI%CC%81N\\_DE\\_MEDIADORES\\_EN\\_LA\\_PREVENCION\\_XE\\_SCOLAR\\_DE\\_LAS\\_DROGODEPENDENCIAS\\_REFLEXI%CC%81N\\_EN\\_TORNO\\_A\\_LA\\_PREVENCION\\_DE\\_LAS\\_MISMAS.pdf](http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias3/LA_FORMACI%CC%81N_DE_MEDIADORES_EN_LA_PREVENCION_XE_SCOLAR_DE_LAS_DROGODEPENDENCIAS_REFLEXI%CC%81N_EN_TORNO_A_LA_PREVENCION_DE_LAS_MISMAS.pdf)
- Calafat, A. & Amengual, M.M. (1998). Actuar es posible. Educación sobre el alcohol. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado 31 de Mayo de 2011, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/acalc.pdf>
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C, Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. et al. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14(1), 317-335.
- Carreño, S., Medina-Mora, M.A., Ortiz, A., Martínez, N., Juárez, F. & Villatoro, J. (2002). Factores psicosociales, consumo de alcohol y problemas laborales en trabajadores de una empresa química. *Psicología Social en México*, 9, 679-685
- Cortés, F.R. & Alcántara, M.H. (2009). La prevención por contextos. En Cortés, F.R., Alcántara, M.H., González, P.A., Guerrero, M.A., Gutiérrez, A. M.C., León, P.B. et. al. *Prevención del consumo de drogas. Retos y estrategias en la sociedad contemporánea tomo I* (pp. 103-132). México: Centros de Integración Juvenil.
- Clayton, R. R. (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
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Covey LS, Glassman AH, Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 17, 35-46.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.

- Escámez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Gil, R.N. & García, M.D. (1994). *Tratamiento del tabaquismo*. México: McGraw-Hill.
- Glass, R.M. (1990). Blue mood, blackened lungs- depression and smoking. *JAMA*, 264,1583-1584.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S. & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61,1107-1115.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hernández Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. Universidad Nacional Autónoma de México. México, DF.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista, L.P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª. Ed.). McGraw-Hill. México
- Jiménez-Flores, J. (2005). *Autoestima en madres de familia: análisis etiológico de predictores de crianza y la historia personal*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kassel, J.D., Yates, M., Brown, R.A. (2007). Baseline reaction time predicts 12-month smoking cessation outcome in formerly depressed smokers. *Psychological Addictive Behavior*, 21(3), 415-419.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Kimmel, D. G. y Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- 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. y Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Familycentered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D. & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: A population based prevalence study. *Jama*, 284, 2606-2610.
- Lila, M.S. y Marchetti, B. (1995). Socialización familiar. Valores y autoconcepto. *Información Psicológica*, 59,11-17.
- Mae, W.C, Cano-Videl, A., Iruarrizaga, I. & Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Intervención psicosocial*, 3(18), 213-231.

- Martínez-Mantilla, J. A. (2008). Consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes: factores psicosociales relacionados con el género. Recuperado el 30 de Mayo de 2011 de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_17.pdf)
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.  
Recuperado el 25 de Mayo de 2011 de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1993-09271-001>
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. En J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*, 159-187. Nueva York: Wiley. Recuperado el 25 de Mayo de 2011 de: [http://egitim.baskent.edu.tr/duyuruek/ip\\_chalid/marcia\\_identity.pdf](http://egitim.baskent.edu.tr/duyuruek/ip_chalid/marcia_identity.pdf)
- Martínez, G.F. (2001). Prevención familiar del consumo de drogas. *Trastornos adictivos*, 3(4), 263-279.
- Martín, E. (2000). Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. *Papeles del Colegio*, 77, 3-12.
- Medina-Mora, M.E. (1994). *Prevención en materia de adicciones*. Prevención en Psicología. México: U.N.A.M.
- Medina-Mora, M.E., Rodríguez, A. C. & Villatoro, V. J. A. (Coords). (2008) Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Moreno, C.A, Medina-Mora, I.M.E. (2008). Tabaquismo y Depresión. *Salud Pública de México*. 31, 409-415.
- 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.
- Munafò, M.R., Hitsman, B., Rende, R., Metcalfe, C., Niaura, R. (2008). Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction*, 103(1), 162-171.
- 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.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Noller, P. y Callan, V. (1991). *The adolescent in the family*. Londres: Routledge.
- Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Nemegyei, J., Velázquez-Castañeda, A, Tapia-Curiel A. (2008). Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Pública de México*. 31, 361-369.
- OIT (2000). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*. México: Alfaomega.

- Offord, D. R. y Kraemer, H. C. (2000). Risk factors and prevention. *EBMH Notebook*, 3, 70-71.
- Oliva, D.A., Parra, J.A. & Arranz, F.E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. [Versión electrónica]. *Infancia y aprendizaje*, 31 (1), 93-106
- Olivares, J. (2001). Los problemas del adolescente normal. En C. Saldaña (Ed.), *Detección y problemas en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 19-39). Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Recuperado el 30 de Mayo de 2011 de: [www.who.int/gb/fctc/S/S\\_Index.htm](http://www.who.int/gb/fctc/S/S_Index.htm).
- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Pons, J. y Buelga, S. (1994). Familia y conductas desviadas: El consumo de alcohol. En: G. Musitu y P. Allat (Eds.) *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8(2), 177-191.
- Proescholdbell, R.J., Chassin, L. & Mackinnon, D.P. (2000). Home smoking restrictions and adolescent smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 2(2), 159-167
- Prochaska, J.O., Prochaska, J.M. (1993): "Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas", en M. Casas y M. Gossop (editores), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citrán, FISP, pp. 85-136.
- Recio, J. L. (1999). Familia y escuela: agencias preventivas en colaboración. *Adicciones*, 11 (3), 201-207.
- Recio, J. L., Santos, C., Sanchez, M.A., Escamilla, J. P., Barahona, M. J. y Plaza, L. A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Reynales, L.M., Rodríguez R.A., Jiménez J.A., Juárez S.A., Castro A. & Hernández M. (2006). Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*. 48 supl 1, S48-S64.
- 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,
- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales. *Anales de Psiquiatría*, 9, 315-325.

- Sánchez- Sosa J.J. & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista mexicana de psicología*, 9,(1).
- Sanchis, F.M., Martín, Y.E. (s.f). La prevención de las drogodependencias en España: marco general. Recuperado 09 de Mayo de 2011, de: [http://www.gizarte.net/drogodependencias/datos/prevencion\\_c.pdf](http://www.gizarte.net/drogodependencias/datos/prevencion_c.pdf)
- Schaefer, E. S. (1965). Children's reports of parental behavior: an inventory. *Child Development*, 36(2), 413-424.
- Torío, L.S., Peña, C.J., & Rodríguez M.M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. [Versión electrónica].*Teoría de la educación*. 20, 151-178.
- Valdés-Salgado, R., Meneses-González, F., Lazcano-Ponce, E., Hernández-Ramos, M.I. & Hernández-Ávila, M. (2003). Encuesta sobre tabaquismo en Jóvenes, México. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Waters, H., Sáenz de Miera, B., Ross, H. & Reynales- Shigematsu, L.M. (2010). La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.