



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IDENTIFICACIÓN DE CONSUMO PARENTAL, EN NIÑOS Y NIÑAS EN ETAPA ESCOLAR

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta

AGUILLÓN VÁZQUEZ STEPHANIA GUADALUPE
ESCOBAR PÉREZ BRENDA

DIRECTORA: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA



© Facultad
de Psicología



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 está 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarnos las herramientas necesarias para nuestra formación académica y regalarnos una profesión que ha cambiado el rumbo de nuestras vidas.

Agradecemos a CONACYT por invitarnos a desarrollar la tesis, por medio del proyecto *“Modelo de prevención de conductas adictivas para niños y niñas entre 9 y 12 años: Diseño de ambientes de aprendizaje mediante el uso de la tecnología”*, así como todas las facilidades otorgadas para el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Amada Ampudia Rueda, nuestra directora de tesis y nuestra guía en los últimos años. Agradecemos su apoyo y lo otorgado en estos años.

A nuestra revisora la Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo por todo su apoyo y sinceridad.

A la Dra. Fayne Esquivel Ancona, la Dra. María Santos Becerril Pérez y Mtro. Salvador Chavarría Luna, por su apoyo y ser un gran ejemplo académico y profesional.

Agradecemos al cubículo 33, a todas las personas que lo conformaron y a las que aún son parte. Gracias a ustedes crecimos en el ámbito académico, profesional y personal.

A nuestras familias y amigos, por ser parte de nuestro crecimiento, por la confianza, apoyo y cariño que nos ha fortalecido, acompañado y permitido crecer para alcanzar nuestros diferentes objetivos.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES	9
CAPÍTULO I. CONDUCTAS ADICTIVAS	29
1.1 DEFINICIÓN DE ADICCIÓN.....	31
1.2 MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS ADICCIONES	35
1.3 TIPOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS ADICCIONES	41
1.4 ADICCIONES A SUSTANCIAS LEGALES: ALCOHOL Y TABACO.....	45
1.5 CONSECUENCIAS DE LAS ADICCIONES DE ALCOHOL Y TABACO	49
CAPÍTULO II. FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS CON LA ADICCIÓN	54
2.1 CONCEPTO DE FAMILIA	59
2.2 TIPOS DE FAMILIA.....	64
2.3 FACTORES DE PROTECCIÓN ASOCIADOS A LAS ADICCIONES EN EL GRUPO FAMILIAR.....	70
2.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ADICCIONES EN EL GRUPO FAMILIAR.....	83
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	102
3.1 JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	102
3.2 OBJETIVO GENERAL	110
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	110
3.4 HIPÓTESIS	110
3.5 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	111
3.6 VARIABLES.....	111
3.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	111
3.8 MUESTRA	113
3.9 PARTICIPANTES.....	113
3.10 TIPO DE ESTUDIO	114
3.11 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	114
3.12 INSTRUMENTO.....	114
3.13 PROCEDIMIENTO	115
3.14 ANÁLISIS DE DATOS.....	116
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	117
4.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	117
4.2 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LOS REACTIVOS DIRIGIDOS AL CONSUMO PARENTAL Y LAS CONSECUENCIAS TRAS EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.....	122
4.3 ESTADÍSTICA INFERENCIAL: PRUEBA ESTADÍSTICA T DE STUDENT DE LOS REACTIVOS DIRIGIDOS AL CONSUMO PARENTAL Y LAS CONSECUENCIAS TRAS EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL	128
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	130
5.1 DISCUSIÓN.....	130
5.2 CONCLUSIÓN	139
BIBLIOGRAFÍA.....	144

RESUMEN

En años recientes, el uso de drogas se ha convertido en un fenómeno global y que requiere atención inmediata. El avance de la epidemiología en este siglo ha demostrado que muchas de las enfermedades prevalentes en el mundo actual están asociadas con estructuras sociales determinadas y con el comportamiento individual (Ampudia, Becerril, Pérez & Arvizu, 2016). Por tanto, se consideró a la familia como un eje predominante que interviene tanto en el inicio como en la habituación del consumo debido a los riesgos asociados que van desde la percepción y actitud de los padres ante el consumo de alcohol y otras drogas, la educación y conocimiento de los efectos de las sustancias, así como el consumo de sustancias en la familia (Rojas, 2013). La investigación estuvo dirigida bajo un diseño no experimental comparativo de tipo transversal descriptivo. Bajo el objetivo de identificar y analizar, si los niños y niñas, en etapa escolar de 9 a 13 años reconocen el consumo parental de tabaco y alcohol. La muestra estuvo compuesta por 161 participantes, distribuidos en dos grupos, 84 hombres y 77 mujeres. Lo anterior se llevó a cabo a partir de la aplicación del *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril & Ampudia, 2015) elaborado como parte de un proyecto de investigación CONACYT 246959. Los reactivos del *TESOE* se analizaron mediante estadísticas descriptivas; después se realizó un análisis comparativo a partir de la prueba estadística *t* de Student, con la finalidad de analizar las diferencias significativas entre el grupo de niños y niñas. Los resultados aportan datos acerca de la ocurrencia del consumo parental de alcohol y tabaco; así como las consecuencias asociadas al consumo, identificados por niños y niñas. Se identificaron diferencias entre el grupo de niños y niñas respecto al consumo parental de tabaco y alcohol. Ambos grupos presentaron una alta percepción de riesgo, sobre las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol. Por lo que resultó relevante, fueron las respuestas de los participantes que iban dirigidas hacia un daño o efecto físico. Sin embargo, se destaca que sólo para el caso del alcohol, los menores en una mínima proporción, pueden advertir los efectos psicológicos del consumo.

Palabras clave: *Consumo parental, Tabaco, Alcohol, Percepción de Riesgo*

INTRODUCCIÓN

La adicción, como lo señala la Real Academia Española (2014), es un “*hábito o adhesión, de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos*”. Sin embargo, se sabe que una adicción conlleva más implicaciones, que el uso y abuso de sustancias, así como la dependencia a ciertas conductas. Es por eso, que la problemática tiene un alcance mucho más complejo que la simple adhesión o el hábito hacia una sustancia o conducta en específico. Pues intervienen desde los factores antecedentes a la conducta adictiva, como aquellos que intervienen en el desarrollo de la adicción.

Para el caso de la dependencia o adicción, Becoña & Vázquez, (2001), mencionaron que, desde el año de 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la palabra adicción como "un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes". Además, destacó un componente importante, "*el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto que el consumidor se intoxica de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia(s) preferida(s), con una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo*" (OMS, 1994).

Es entonces, que al destacarse la compulsión como un componente fundamental en la conducta adictiva. Ustárróz (2012) planteó a la adicción como un impulso compulsivo de consumir drogas a pesar de una toma de conciencia de sus consecuencias adversas graves. Sola, Rubio & Rodríguez (2013) señalaron como base de la adicción al trastorno del control de impulsos y de tipo compulsivo. Sin embargo, éstos últimos recuperaron de Koob & Volkow (2010) una diferenciación importante entre el acto impulsivo y compulsivo. Ya que toman a la

impulsividad como antesala del comportamiento adictivo en el ámbito de las sustancias. De esta forma, la satisfacción o ejecución del acto impulsivo está estrechamente relacionado con la obtención de un refuerzo positivo, ya que la impulsividad es la resolución a la expectativa de refuerzo positivo, aunque éste sea una evasión de un estado afectivo negativo. Respecto a la compulsión, estos autores consideraron que la compulsión es la aparición del hábito, que se caracteriza por un estado de stress o ansiedad previos, así como por una disminución del estado disfórico una vez llevado a cabo el comportamiento. Por tanto, el tránsito desde la impulsividad al comportamiento compulsivo se produce desde la búsqueda de un refuerzo positivo a la necesidad de reducir la disforia mediante la obtención de refuerzos negativos.

Además de todo este proceso, autores como Cano, Araque & Cándido (2011) señalaron que la recompensa tras el consumo desencadena un efecto placentero que fortalece la cadena compulsiva. Ya que se produce de forma inmediata el efecto placentero, que ocurre normalmente en cuestión de segundos o minutos y con una alta probabilidad de efectos recompensantes. Es entonces, de gran valor para el individuo, ya sea por el placer que se obtiene, por el malestar que se elimina o porque se alivia temporalmente (físico o afectivo). Sin embargo, los daños para el individuo y su entorno se demoran en el tiempo -en relación con la rapidez de la obtención del efecto placentero-.

Por tanto, la única forma de percibir los daños es que sean físicos y momentáneos. De inicio, ante una respuesta compulsiva, se manifiesta el llamado 'síndrome de abstinencia' que se delimitó más como una dependencia motivacional, caracterizada por una emergencia derivada de un estado emocional negativo asociado a disforia, ansiedad o irritabilidad, cuando se anticipa el acceso a la droga (Recuperado de Koob & Le Moal, 2001) más que por un síndrome de dependencia propiamente físico (Sola, et al., 2013). Esto es, que con la progresiva cercanía en el tiempo de las recompensas estas ganan valor, de forma más pronunciada a medida que se aproximan en el tiempo, como resultado ocurre un

incremento abrupto en su valor cuando su recepción es inmediata facilitando las respuestas impulsivas de pérdida de control (Cano et al., 2011).

Por ahora, parece que sólo se requieren ciertas relaciones entre las sustancias y el propio consumo; así como el tránsito entre la impulsividad y la compulsión. Sin embargo, una problemática como lo es la conducta adictiva, no sólo se compone de las reacciones desencadenantes de la sustancia o la conducta. Pues se puede constatar en la literatura, las numerosas interrelaciones que ocurren en fenómenos tan complejos. Ya que no sólo serían de importancia los eventos desencadenantes tras la adicción sino también las variables que se asocian y convergen para la predisposición o desarrollo de una conducta adictiva.

De manera inicial, la literatura refiere algunos factores asociados a las adicciones son: la autoestima, expresión de sentimientos, habilidad en la solución de problemas, valoración del propio cuerpo, relaciones familiares, el consumo de drogas de personas cercanas, entre otros (Recuperado de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Red Mundial de la Juventud, 2004 en Hernández, 2015). Sin embargo, los determinantes que explican el consumo de sustancias son entendidos en conjunto, puesto que aislados los unos de los otros no explicarían la causalidad y las interrelaciones multifactoriales. Es decir, no hay una sola variable única que explique el fenómeno de la adicción. Y debido a que no se encuentran las variables aisladas (las unas con las otras), se relacionan no de manera aditiva sino exponencial. Estas interrelaciones dan pie no sólo a una problemática como el consumo de drogas, sino de igual manera para un campo de cultivo de todo tipo de problemáticas (Nogal, 2013). Por lo que, se estaría hablando de un fenómeno que implica la intervención de diversas variables. Dado este contexto, se considera que el consumo en las adicciones ocurre de manera multifactorial, al contemplar distintas interrelaciones.

En consecuencia, para afrontar una problemática de una manera realista y eficaz, es necesario partir de una posición teórica que permita contemplar todo el

contexto ecológico en que se socializa, los grupos de los que forma parte y la influencia de éstos mediante las creencias, valores y actitudes que intervienen en la conducta del sujeto (Recuperado de Ennett, 2008; Herrero, 2004). Es entonces, que la perspectiva ecológica se presenta como una propuesta teórica relevante para analizar y comprender el fenómeno adictivo, así como el riesgo de consumo de sustancias entre niños y jóvenes poniendo énfasis en la interrelación que se establece entre la persona y los sistemas ambientales en los que se desarrolla. Puesto que entre persona y ambiente existe una relación constante, un proceso de ajuste de adaptación mutua y de acomodación que explica el comportamiento individual (Recuperado de Janoff & Weisbord, 2006; Pons & Buelga, 2011).

Frente a las diversas relaciones implicadas en la conformación y desarrollo de las conductas adictivas es clara la importancia de detallar las relaciones que convergen en la predisposición e inicio de la adicción. Particularmente hacia sustancias legales y socialmente aceptadas, como lo son el tabaco y el alcohol.

Cabe destacar, aquellos procesos que se van configurando a lo largo del desarrollo en el individuo que forman parte de la vulnerabilidad por sus características. Es el caso de la infancia y la adolescencia, que por sus propiedades, predisponen al individuo a conductas adictivas. Por lo general, los niños comienzan a consumir drogas cuando ingresan a la secundaria donde se incrementa su vulnerabilidad a la presión de los pares. Inician con el consumo de cigarrillos, cerveza e inhalantes y a medida que crecen pasan a la marihuana o a drogas más duras (National Parents' Resource Institute for Drug Education, 1999). Es por eso, que mientras más temprano empiecen a consumir una droga más frecuente tiende a ser su consumo y mayor su tendencia a abusar de ella (Wong et al., 2006) (Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Por otra parte, Rojas (2013) mencionó que generalmente los niños y adolescentes presentan diversos grados de vulnerabilidad frente al estrés, la frustración y la ansiedad, lo que ocasiona que se incremente la probabilidad o el riesgo de involucramiento y desarrollo de ciertos comportamientos adictivos con y sin sustancias. En efecto, Arbex (2013) señaló

que son muy vulnerables a las influencias sociales, tienen menores niveles de tolerancia y son susceptibles a hacerse dependientes con dosis más bajas que los adultos (Recuperado de Fowler, et al., 2007).

A partir del análisis anterior, se propuso llevar a cabo una investigación con el objetivo principal de *“Analizar si los niños y niñas entre 9 y 13 años de edad identifican el consumo parental de tabaco y alcohol”*. Lo anterior, como facilitador en la posible normalización del consumo de estas sustancias en el entorno familiar. Es decir, que ante pautas cognitivas y conductuales parentales acerca del consumo, se podrían generalizar estas pautas en el desarrollo de los hijos.

Es entonces que, ante el objetivo descrito, la investigación esquematiza el primer capítulo acorde a la definición conceptual de las conductas adictivas y los modelos teóricos que abordan la problemática. Asimismo, se resaltan los tipos de sustancias y su clasificación, desde sustancias legales, ilegales, hasta las adicciones comportamentales. Con respecto al segundo capítulo, se presentan los múltiples factores que se relacionan con la predisposición hacia las adicciones destacando la intervención del entorno familiar, en la predisposición y en la normalización del consumo de sustancias, así como en el desarrollo de alguna conducta adictiva. A partir de la dimensionalidad de la familia, este entorno podría aportar factores de resigo o protección.

El tercer capítulo plantea y justifica la metodología que se siguió para lograr los objetivos propuestos. Desde el planteamiento teórico que sustenta la investigación, hasta los objetivos e hipótesis que determinan las relaciones que se esperan de las variables de interés –consumo parental de tabaco y alcohol, percepción de niños y niñas del consumo de tabaco y alcohol-. Asimismo, se platean los procedimientos que fueron necesarios para conformar el presente trabajo: la muestra en la que se investigaron las hipótesis y las condiciones de las variables; el tipo de estudio y el diseño que permitió guiar la investigación. Se

describe el instrumento mediante el que fue posible explorar las variables de interés; así como el procedimiento a seguir en la recolección y análisis de datos.

Respecto al cuarto capítulo se desglosan y se analizan los resultados encontrados a partir de la descripción y comparación de frecuencias y porcentajes en que se presentaron las variables.

En el capítulo cinco se presenta la discusión en donde se contestan las hipótesis de trabajo planteadas en este estudio sobre el reconocimiento de consumo parental de tabaco y alcohol; y las consecuencias que le atribuyen al consumo, niños y niñas. Por último, en cuanto a la conclusión, se relaciona lo anterior con la posible normalización y vulnerabilidad que se puede generar debido al consumo de sustancias en el entorno familiar de estos los niños participantes.

ANTECEDENTES

Frente a las interrelaciones que conforman las conductas adictivas, se requiere una perspectiva amplia, misma que considere las relaciones intervinientes. Puesto que las actuaciones humanas dependen en gran medida de contextos más amplios. La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive; este proceso de acomodación no sólo se ve influido por las relaciones entre la persona y sus entornos, sino también por las relaciones que se establecen entre esos entornos entre sí y por los contextos más amplios en los que están integrados (Recuperado de Bronfenbrenner, 1979, 2005). Es entonces que desde el modelo ecológico, la salud no se puede definir desde un individuo aislado sino haciendo referencia a su entorno total –físico, social, económico, cultural, político (Pons & Buelga, 2011).

En contexto, a causa de la producción de drogas que se lleva a cabo en México y cómo impacta en el plano social, autores como Villarreal, Sánchez-Sosa & Musitu (2013) indicaron que la cultura mexicana y en otros muchos países, fundamentalmente latinoamericanos y mediterráneos, el consumo de alcohol y tabaco tiene lugar de normalidad social; lo cual hace que la alarma y responsabilidad social sea menor que en otros tipos de drogas, e incluso inexistente. Lo que podría explicar también la poca efectividad de los programas de prevención. La tolerancia hacia el consumo de alcohol en la mayor parte de las culturas contribuye a una menor percepción del riesgo que implica su consumo (Recuperado de Pascual, 2002).

Es entonces, que debido a todo lo que rodea e implica, el desarrollo y la conducta de cada individuo, es fundamental conocer los factores que influyen y determinan las conductas adictivas. Respecto a esto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015) señaló que cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto que muchas de las intervenciones

encaminadas a prevenir la iniciación en el consumo de drogas (o una posible derivación hacia trastornos relacionados con dicho consumo) pueden ser eficaces si se tienen en cuenta los distintos aspectos relacionados con la vulnerabilidad personal y ambiental de niños y jóvenes, factores que en gran medida no dependen de la voluntad del individuo.

Por tanto, uno de los ejes vectores en la problemática, es el inicio de consumo de sustancias que cada vez ocurre a edades más tempranas, a esta situación se le suman contextos socioculturales más arraigados al consumo. En el caso de la adolescencia, el abuso de alcohol supone un problema de salud pública con características específicas que requieren medidas preventivas, debido a las formas que adopta este consumo en muchos grupos de jóvenes. En México, se observa un patrón similar al nórdico y, recientemente, también al mediterráneo (Recuperado de Choquet, 2010; Elzo, 2010) caracterizado por una alta ingesta en un período corto de tiempo al menos cinco copas por encuentro cada fin de semana y, en los casos graves, a diario. La edad de inicio generalmente se sitúa entre los 13 y 14 años de edad, similar a la edad de inicio en Europa (Recuperado de Elzo, 2010; Hernández, 2009; Secretaría de Salud, 2008 por Villarreal, Sánchez-Sosa & Musitu, 2013).

Por tanto, se destaca a la adolescencia como fundamental en el desarrollo de conductas adictivas, por ser una de las etapas más críticas e importantes en el desarrollo de las personas. No obstante, se requiere aclarar qué edad abarca la adolescencia. Generalmente, se cree que la adolescencia transcurre entre la infancia y la edad adulta. Sin embargo, comienza con la pubertad, cuando se empiezan a dar una serie de cambios físicos; se trata de un período marcado por múltiples cambios que se reflejan tanto en la apariencia física como en el pensamiento y la vida social (Delgado, 2009). Por otro lado, tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad empezaban al mismo tiempo, alrededor de los 13 años, pero en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años

(Papalia, Feldman & Martorell, 2012). En conceso, diversos autores señalaron (López, Etxebarria, Fuentes & Ortiz, 2013; Papalia, et al., 2012; Herranz & Sánchez, en García & Delval, 2010) que esta etapa abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 18 o 19 años de edad.

En esta etapa, se enfrentan a numerosas situaciones difíciles, muchas de ellas generadoras de altos niveles de estrés. Por lo general, rechazan la protección adulta en búsqueda de autonomía, teniendo que desarrollar habilidades sociales y de comunicación más complejas, aprendiendo a interactuar y convivir con su grupo de iguales. Estos cambios evolutivos unidos a ciertas características propias de esta etapa, como la tendencia a la experimentación y la búsqueda de sensaciones hace que se queden expuestos con mayor frecuencia a conductas de riesgo (García & López, 2012). Además, toman decisiones independientemente de sus progenitores y desarrollan patrones de comportamiento diferentes a los de la infancia, algunos de ellos considerados de riesgo porque pueden tener repercusiones negativas en su bienestar y su salud futura (Meneses, Romo, Uroz, Gil, Marquez, Giménez & Vega, 2009). Además, se considera que las drogas adictivas son en especial peligrosas para los adolescentes porque estimulan partes del cerebro que continúan su desarrollo durante este periodo (Papalia, Feldman & Martorel, 2012).

Sin embargo, aunque el inicio en el consumo de sustancias, e incluso programas de prevención se sustentan y recaen durante la adolescencia, resulta importante destacar que en los últimos años se ha producido una progresiva homogeneización en el modo de consumir, sobre todo en las generaciones más jóvenes. Por lo que es notorio el incremento del consumo vinculado al factor social y con fines psicotrópicos (García & López, 2012).

Por ello, frente a la intención de generar programas de prevención acorde no sólo a los patrones de consumo -que cada vez se reportan a edades más tempranas-, sino que prevengan desde etapas anteriores los patrones de

consumo habituales en el entorno. Parece fundamental, que acorde a lo señalado por Díaz-Aguado, (2007) que para prevenir las conductas de riesgo en edades anteriores –a las comúnmente señaladas como la adolescencia- resultando más adecuados los programas estructurados en función de la tarea evolutiva básica de la edad a la que se dirige.

En consecuencia, se consideran algunos factores importantes que abordan, convergen e intervienen en la predisposición, conformación y posible desarrollo de conductas adictivas en la niñez y etapas posteriores, entre ellos el consumo temprano de sustancias (Caneto, Vera, Pautassi & Pilatti, 2015; CICAD, 2015; Grigoravicius, Iglesias, Ponce, Poultier, Pandolfi, Nigro & Bradichansky, 2013). Las percepciones o representaciones acerca del consumo de sustancias o comportamientos normativos sobre el consumo (Arbex, 2013; García, 2012; García & López, 2012; Herranz & Sánchez, en García & Delval, 2010). Valoración y percepción de riesgo, respecto a las sustancias adictivas y su propio consumo (García, 2012; Jiménez, 2011; Pons & Buelga, 2011). En el entorno familiar, practicas parentales, las relaciones que niños y jóvenes entablan con los miembros de la familia, y cómo esto se generaliza en patrones de conducta hacia otros contextos (López, Etxebarria, Fuentes & Ortiz, 2013; Papalia, Feldman & Martorell, 2012; Cruz, Martínez, Garibay & Camacho, 2011; Herranz & Sánchez, en García & Delval, 2010; Delgado, 2009). Además, las percepciones y actitudes familiares, hacia el consumo como; patrones de consumo de sustancias en la familia (Suárez, Del Moral, Martínez, John & Musitu, 2016; Grigoravicius, et al., 2013). Por último, se contemplan rasgos individuales (Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009).

Inicialmente, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2015) mencionó que en general hay estudios que destacan que el empezar a consumir alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva en las primeras etapas de la adolescencia (de 12 a 14 años de edad) tienen más probabilidades de desarrollar abuso o dependencia a largo plazo, que aquellos que empiezan a

consumir alcohol en edad adulta. De hecho, las investigaciones indican que cuanto más temprano se inicia el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de que, con el paso del tiempo, tenga diversos efectos nocivos para la salud.

No obstante, estudios como el de Grigoravicius, et al., (2013) han reportado la existencia del consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas entre 8 y 12 años. En consonancia con otros estudios en la temática, es el alcohol la sustancia de mayor consumo. Se destaca que la mayoría de los niños que bebieron contaban con menos de 10 años de edad lo que indica la existencia del consumo de alcohol en edades más tempranas a las estudiadas tradicionalmente.

De igual manera, Caneto, Vera, Pautassi & Pilatti, (2015) hicieron referencia a una creciente cantidad de trabajos que indican el inicio temprano como un importante factor de riesgo para el desarrollo de patrones de consumo riesgosos y de problemas asociados al consumo (Recuperado de Dawson, Goldstein, Chou, Ruan y Grant, 2008; Jenkins et al., 2011; Pilatti, Caneto et al., 2014; Read et al., 2006). Al respecto, los sujetos con inicio temprano presentaron, comparados con los de inicio tardío, mayor sensibilidad a las recompensas (medido por el sistema de aproximación conductual). Previamente, se señaló que un mayor nivel de impulsividad aumenta la probabilidad de comenzar a tomar alcohol a edades más tempranas (Recuperado de Dom et al., 2006; Malmberg et al., 2012; Mason y Spoth, 2012).

Por su parte, Arbex (2013) puntualizó que las percepciones acerca del consumo de sustancias o comportamientos normativos sobre las sustancias, cambian con la edad. Pues niños y niñas más pequeños tienen una alta influencia por parte de los padres. Estas percepciones son relativamente estables entre las edades de 9 a 12 años, con respecto a las actitudes de los padres y los compañeros. Por lo que, se vuelven importantes debido a la influencia familiar. Pues ante, el consumo de alcohol y drogas parental, actitudes parentales

favorables hacia el consumo de sustancias (García & López, 2012) se generan factores que predisponen y normalizan el propio consumo durante la niñez.

Es entonces, que la representación de las sustancias, se encuentra en un lugar intermedio entre las creencias y la conducta. Los estilos de vida, las expectativas y las creencias que un individuo o la comunidad tengan acerca de las drogas o ciertas conductas influyen y están relacionadas en la elección de las sustancias, en los patrones de consumo y el consumo posterior. Llegándose a corroborar que las expectativas son predictivas del consumo posterior, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de algunos individuos (García, 2012).

En relación al consumo de sustancias durante la niñez o adolescencia, éste se destaca por el valor de uso recreativo asociado a efectos reforzantes para divertirse, evadirse, desinhibirse, relacionarse y experimentar placer (Recuperado de Elzo, 2008) que interfiere significativamente con el adecuado desarrollo psicosocial (Jiménez, 2011). Además, si la persona pondera inadecuadamente el riesgo asociado al consumo de alcohol, lo que está haciendo es minusvalorar sus efectos negativos a medio y largo plazo, enfatizar la atracción y la gratificación inmediata que posee un comportamiento calificado socialmente como “peligroso” (Pons & Buelga, 2011).

Si se analiza el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual se verá significativamente diversificada ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas es por ello que tiene una gran variabilidad. Se considera que la percepción de riesgo puede llegar a ejercer una influencia capital a la hora de que una persona se plantee probar una nueva sustancia o empezar a consumir cualquier cosa que sea susceptible de generar adicción. Se especula que los niños y adolescentes con alta percepción de riesgo tienen menor probabilidad de comenzar a consumir frente a los que tienen una percepción de riesgo baja, por el hecho, no demostrado, de que ejerza

de reguladora de la motivación de consumo. En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando (García, 2012).

Resulta entonces innegable, que por medio de la interacción social, los niños y las niñas (ya sea con familiares o con los amigos) aprenden normas de conducta, actitudes, comportamientos deseados por la sociedad y aquellos instrumentos culturales (como la escritura y la lectura) (Herranz & Sánchez, en García & Delval, 2010). Por tanto, la familia, al ser el primer contexto de desarrollo de los niños y niñas puede favorecer o dificultar su futura adaptación al contexto social. Entre las variables parentales que afectan al desarrollo social se encuentran: el tipo de apego que los padres crean con sus hijos; las creencias de los padres sobre el desarrollo infantil y su capacidad de influir en él, y el estilo educativo de los padres (López, Etxebarria, Fuentes & Ortiz, 2013).

La importancia de las relaciones que se generan en el ámbito familiar, reside en que la familia es vista como unidad de análisis que permite abordar al proceso salud-enfermedad mediante la dinámica familiar. En ella se presentan interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades de los integrantes del grupo familiar, lo que promueve o inhibe un buen funcionamiento como entes socialmente productivos (Cruz, Martínez, Garibay & Camacho, 2011). Es decir, la familia es un agente socializador, que permite y da pautas a cada integrante para relacionarse con otros en sociedad.

En consecuencia, la relación positiva y frecuente de un padre con su hijo se relaciona directamente con el bienestar y el desarrollo físico, cognoscitivo y social del niño (Recuperado de Cabrera et al., 2000; Kelley et al., 1998; Shannon et al., 2002; Papalia, Feldman & Martorell, 2012). Lo anterior parece constante a lo largo del tiempo debido a que se encontró que los niños y adolescentes con relaciones familiares distantes, hostiles o conflictivas son más propensos al consumo abusivo

de sustancias que quienes viven en familias cariñosas. Los estilos parentales negligentes o permisivos también aparecen asociados al consumo excesivo, al igual que el consumo por parte de algún familiar, especialmente cuando este consumo interfiere con las relaciones familiares aumentando el estrés en casa y disminuyendo la monitorización parental (Recuperado de Chassin, et al., 2004; Delgado, 2009).

Sin embargo, Pons & Buelga (2011) mencionaron que el consumo de alcohol y otras drogas responde a una causalidad más amplia en la que a los factores personales se les unen los que provienen de las relaciones familiares, grupales y de las instituciones sociales (Recuperado de Igra e Irwin, 1996; Room et al., 2002). Ya que como lo puntualizaron Suárez, Del Moral, Martínez, John & Musitu, (2016) en investigaciones precedentes se ha constatado que los/las niños y adolescentes reproducen en gran medida el modelo de consumo de alcohol que perciben en los/las adultos/as de su entorno social, sobre todo en su entorno familiar; e incluso cuando entran en acción los/las iguales como agente socializador en la bebida.

En el caso particular del modelo adulto de consumo de alcohol, mismo que desempeña un papel fundamental en la conceptualización de la bebida que se realiza desde la niñez y la adolescencia. Debe destacarse que la normalización del alcohol y su vinculación con actos de celebración por parte de las personas adultas pueden trasladar de forma indirecta la idea de que hay ausencia de riesgo en su consumo (Suárez, et al., 2016).

Por tanto, se consideró importante el concepto de “tolerancia social” que definió Grigoravicius, et al., (2013) como las creencias y los patrones de comportamiento que implican la indulgencia hacia el consumo o abuso de determinadas sustancias psicoactivas, que si bien pueden no resultar “deseables”, son aceptadas y toleradas por determinado grupo social. Los consumos que son aceptados o tolerados no justifican por lo tanto, una actitud de censura o sanción

severa por parte de dicho grupo (Recuperado de Míguez, 1998). Estas creencias condicionan la relación que establecen los miembros de una familia con las sustancias, y fundamentalmente, sobre el acceso a las sustancias psicoactivas en determinados momentos del desarrollo o bien en determinadas situaciones sociales, como fiestas, celebraciones, entre otras.

Por otra parte, algunos rasgos individuales y como parte de la personalidad también son parte de la conducta adictiva. Hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones. Algunos de estos son la impulsividad, la disforia (estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor); la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades); y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas. Hay veces, sin embargo, en que en la adicción subyace un problema de personalidad -timidez excesiva, baja autoestima o rechazo de la imagen corporal, por ejemplo- o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas (Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009).

En suma, frente a todos los factores que confluyen en el desarrollo de conductas adictivas, no es pertinente que sean entendidos en términos de causalidad necesaria, sino de probabilidad: cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor será la probabilidad de consumo abusivo, y cuanto más dure la exposición a éstos, más se incrementará esa probabilidad (Pons & Buelga, 2011).

En definitiva, la multicausalidad de la problemática adictiva no sólo obedece a factores individuales, puesto que intervienen las relaciones con el entorno. Desde las relaciones sociales y afectivas que se establecen, hasta las percepciones o patrones, con respecto al consumo de sustancias. Mismas interrelaciones que traen consigo diversas consecuencias individuales y en el entorno.

De manera general, las adicciones inducen altas tasas de morbilidad, discapacidad y mortalidad (Aguilar, 2012). Por lo que se requiere destacar el impacto que se genera en el contexto social y cultural, es decir, cómo los patrones de consumo pueden llegar a incidir. Por tanto, parece justo mirar con una perspectiva epidemiológica, que permite vislumbrar el impacto social de un fenómeno en particular, como lo es la conducta adictiva y el consumo. Sobre todo el alcance a nivel internacional y en el contexto más próximo, México.

En cuanto al panorama epidemiológico a nivel mundial, el consumo de drogas constituye uno de los mayores desafíos para los países en desarrollo y aun para los que se encuentran en vías de desarrollo. Ya que los usuarios tienen acceso a una gran diversidad de drogas, aunado a que las tendencias de consumo se han intensificado, no sólo en población adulta y entre los jóvenes, sino cada vez va disminuyendo la edad de inicio, en el consumo de sustancias legales e ilegales. Por lo que autores como Griffiths & McKetin, (2003) puntualizaron que para poder establecer políticas públicas, eficaces en la reducción del uso indebido de drogas, los gobiernos necesitan datos sobre cuándo, dónde y por qué las personas usan drogas ilícitas.

Inicialmente para conocer la situación en cuanto al uso y prevalencia de consumo de drogas alrededor del mundo, se han tomado varias medidas para hacer frente a los desafíos que enfrenta la reunión de datos y para sostener los progresos ya logrados en este campo. En particular estudios en escuelas y procedimientos indirectos para estimar la extensión del uso de estas sustancias. Esto permite tener un panorama por sector a nivel nacional e internacional acerca del consumo de drogas (Griffiths & McKetin, 2003). La importancia de lo anterior reside, no sólo en conocer cifras que indiquen los niveles de consumo sino de igual manera las consecuencias tras el consumo.

Por lo que, autores como Peruaga, Rincón & Selin, (2002) señalaron que una de las consecuencias del consumo es la carga de enfermedad (enfermedades

desencadenadas por el consumo). En contexto, América Latina se ubica como la segunda región del mundo con mayor carga de enfermedad atribuible al alcohol, después de los países más desarrollados del mundo, entre los que se incluyen Canadá y los Estados Unidos. Mientras que el 15,6% de la carga de enfermedad es atribuible al alcohol en los países más desarrollados, en América Latina esta cifra es del 14,7%. Sin embargo, la región del medio oriente es la que menor carga de enfermedad presenta con el 1%. Cabe mencionar que el consumo de alcohol y otras drogas está ligado a cerca de una cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en América, siendo el consumo de tabaco la causa principal de muerte evitable en el mundo y en América, donde más de un millón de personas mueren por consumir tabaco cada año, de los cuales el 46% son mujeres.

Por tanto, ante el impacto social tras las consecuencias del consumo desmedido, resulta importante destacar la edad de inicio en el consumo de sustancias. Desde 2002 en el Cono Sur de América Latina se reportó que cerca del 40% de los jóvenes a los 15 años de edad ya fumaban, y la gran mayoría respiraba en casa el aire contaminado por el humo de tabaco de los demás. En la mayoría de los países de América, más del 70% de los fumadores comenzaron a fumar antes de los 18 años. Además, de que respecto al consumo de alcohol, es más frecuente entre los varones (Peruaga, Rincón & Selin, 2002).

No obstante, el consumo de alcohol en países como Estados Unidos, Antigua, Bahamas, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tobago se reportó una prevalencia de consumo de alcohol superior en estudiantes mujeres que en hombres. Por lo que el consumo de alcohol no es exclusivo de los hombres, sino que las mujeres también refieren haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Al realizar un análisis en el consumo de alcohol según el sexo entre estudiantes de secundaria (entre 13 y 17 años) se encontró que en la mayoría de los países, el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, es similar. Respecto al consumo de tabaco, no es la excepción para el consumo prematuro Pues se registró que el consumo de tabaco no varía de manera significativa entre hombres y mujeres. Sin

embargo, se encontraron diferencias entre países como Uruguay, Chile, Antigua y Barbuda donde las tasas de consumo entre estudiantes mujeres son superiores a la de los hombres. Además, se destacó que el grado escolar es una variable importante para el consumo, ya que entre más alto es el grado escolar más alta es la prevalencia de consumo (CICAD, 2015).

En relación a las drogas ilegales de mayor consumo en el mundo fue la cocaína, la prevalencia de consumo en 2010 osciló entre 0.3% a 0.4% en población adulta es decir, entre 15 y 19 millones de personas reportaron haber consumido cocaína por lo menos una vez en el año anterior. Pues se ubicó en el cuarto lugar de consumo de sustancias controladas nivel global en 2015, el consumo se concentró específicamente en América, Europa y Oceanía suscitando gran preocupación en América Latina y el Caribe debido a que estudiantes de 13 años mencionaron que han consumido esta sustancia alguna vez, incluso cuando eran más pequeños, está precocidad en el consumo de sustancias se perfila específicamente en los países del Caribe, al menos en cuatro de ellos en donde la prevalencia sobrepasa el 4% (Antigua y Barbuda, Grenada y Santa Lucía) e incluso como en el caso de Saint Kitts y Nevis llegando al 6% (CICAD, 2015; UNDOC, 2010).

En relación a Sudamérica, se encuentra Chile que no sólo presenta una alta tasa de consumo de cocaína anual entre los adolescentes, sino que el consumo realizado alguna vez a los 13 años o menos sobrepasa el 4%. Asimismo, Argentina se encontró en segundo lugar en este indicador, con más del 3%. En América central Belice y Panamá son los dos países que superan el 3% de la prevalencia anual en estudiantes a nivel de 8° grado (CICAD, 2015).

En el grupo de países con más alta prevalencia de consumo de marihuana se encuentran Ecuador, Estados Unidos y Canadá; Chile, Uruguay, además de países del sur de Argentina y la región del Caribe. Aunado al consumo de

marihuana y el de otras drogas, tuvo como resultado 211 000 muertes en el año 2011 (Villatoro et al., 2011; UNODC, 2015).

Concretamente, se observó que el consumo de marihuana frecuentemente ocurrió en adolescentes y adultos que se encontraban entre los 18 y 34 años en casi todos los países. En Canadá el 10% de la población que consumió esta sustancia se ubicaba entre los 15 y 17 años; a diferencia de Estados Unidos donde los jóvenes entre 12 y 17 años son los que mencionaron haber usado marihuana en el último año. Asimismo, en África occidental y Central, Europa Occidental y Central, Oceanía y América del Norte se reflejó un aumento en el consumo de esta sustancia. Sin embargo, en algunos países el 6% o menos de la población han usado marihuana alguna vez en la vida, entre estos están México, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú, Venezuela y República Dominicana. No así en: Belice, El Salvador, Argentina, Brasil, Colombia y Suriname, donde alrededor del 10% de la población declaró haber usado alguna vez la marihuana (UNODC, 2015; CICAD, 2015). Se destacó además, que en Ecuador la población escolar entre 10 y 16 años identificó a la marihuana como la sustancia más consumida, seguida por el alcohol y las drogas inhaladas (Riofrio & Nascimento, 2010).

En el caso de los inhalables se analizó el uso temprano en estudiantes de 8° grado, mayoritariamente de 13 años, en países como el Caribe, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis. Los resultados mostraron que más del 10% de sus estudiantes de 13 años de edad o menos, mencionaron haber sido usuarios de inhalables alguna vez en la vida. Tomando en cuenta el sexo de los consumidores, se encontró que en algunos de los países, el uso de inhalables en población escolar es mayor principalmente entre las estudiantes mujeres que entre los hombres, esto particularmente en el Caribe, en países como Santa Lucía, Barbados, Trinidad y Tobago, San Vicente, las Granadinas, Jamaica, Antigua y Barbuda; así como también en Estados Unidos, Chile y Uruguay se presentan altos niveles de consumo, por lo que el uso temprano de esta sustancia

se está convirtiendo en un problema cada vez mayor en la población estudiantil de América (CICAD, 2015).

En suma, se reportó en el Informe Mundial de drogas emitido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, que para 2012 se reflejó un aumento de consumidores de drogas en el mundo. Cerca de 243 millones de personas de la población mundial, en edades entre 15 y 64 años habían consumido alguna sustancia ilícita (UNODC, 2014). Para el año 2013 se observó un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, es decir, un total de 246 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron drogas ilícitas. Principalmente sustancias del grupo del cannabis, opioides, cocaína y/o estimulantes de tipo anfetamínico, esto debido al crecimiento de la población mundial. Asimismo, se produjeron 187,100 muertes en su mayoría entre la población más joven de consumidores (UNODC, 2015).

Con la información recopilada, se concluye que el consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno de salud pública a nivel mundial; aunado a que se presenta en poblaciones en donde cada vez disminuye la edad de consumo. Puesto que ya no es exclusivo de la edad adulta y la adolescencia (como un periodo de experimentación), incluso se ha presentado durante la pubertad y la niñez. No obstante, no sólo resulta importante el inicio temprano, sino la prevalencia del consumo en toda la población.

Particularmente, el panorama nacional entorno a las conductas adictivas, ha sido trastocado a diferentes niveles. Así lo mencionaron Medina-Mora & Real, (2013), al señalar a México como un país afectado por las drogas en todos los aspectos. Ya que, de manera inicial, es un país productor de drogas como la heroína, la marihuana y las metanfetaminas, principalmente para los mercados externos, aunque también hay una demanda interna en crecimiento. Es un país de tránsito para la cocaína. Por tanto, como resultado de la creciente disponibilidad de sustancias y de un entorno social desfavorable. México se ha destacado como

un país consumidor, donde el uso experimental y la dependencia a las drogas ilegales, aunque siguen siendo bajos, se han incrementado.

Para México no cambia el panorama epidemiológico en comparación con las cifras mundiales, el consumo de sustancias psicoactivas sigue las mismas pautas con respecto al tipo de sustancia, al consumo y a los problemas conexos que esto conlleva. Sin embargo, destacan algunas drogas principalmente por el contexto social y cultural. Pese a que la investigación nacional ha sido útil para esclarecer estas variables, en diversos sectores de la población y a lo largo de los años. Es importante adoptar medidas para hacer frente a los nuevos desafíos que plantean las tendencias de consumo de diversas sustancias (Medina-Mora, Cravioto, Ortiz, Kuri, & Villatoro, 2004).

Por tanto, frente al inicio del consumo, es importante ubicar las principales circunstancias por las cuales pudiera presentarse una oportunidad de consumo y la progresión del mismo. Es así, que se ha destacado: la disminución en la supervisión de los niños y adolescentes. Presentándose una relación causal con la progresión entre la primera oportunidad de consumo y la primera ocasión en que se busca el consumo por propio interés; ya sea de alcohol, tabaco, marihuana o inhalables (Reboussin & Anthony 2001, citado en Ruiz, & Medina-Mora, 2014).

Lo anterior se vio reflejado en cifras, puesto que en el año 2009 se reportó que el tabaco y el alcohol fueron las sustancias que causaron más problemas de salud en México, el cannabis fue la droga ilegal más prevalente; y la cocaína, la que más demandas de atención médica requirió (Martínez, Bustos & Lorente, 2009). Es entonces, que el periodo que va del año 2006 al 2009 se registró un incremento en el consumo de sustancias en México reflejándose un aumento del 17.8% a 21.5%, siendo las drogas de preferencia en los hombres, la marihuana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%) (Villatoro et al., 2009).

Además, el aumento de consumo, no sólo se vio reflejado en la marihuana e inhalables, pues estimaciones posteriores indicaron un ligero aumento en el consumo de cocaína (0,4% en 2008 a 0,5% en 2011); en estimulantes de tipo anfetamínico (0,1% a 0,2%). También se registró incremento en el uso de cannabis y opioides, aunque se consideró estable el consumo de tranquilizantes (Villatoro et al., 2011). En cuanto al consumo de inhalables el incremento, es el mismo tanto en hombres como en mujeres, principalmente en la zona del Bajío del país (zona centro-norte de México). Particularmente entre la población escolar de Educación Secundaria y Bachillerato (Medina-Mora, et al. 2013).

En suma, entre las sustancias de mayor consumo se encuentran principalmente el alcohol (87.1%), tabaco (84.2%), cannabis (85.4%), cocaína/crack (40.9%), inhalables (33.4%); estimulantes (21.7%), principalmente metanfetaminas (15.4%), éxtasis (6.5%); depresores (14.6%); drogas alucinógenas y disociativas (10.5%); opiáceos (3.5%) (Gutiérrez & Vazquez, 2014).

Frente a lo anterior, los patrones de consumo reportados por niños y jóvenes, no difieren de los de la población en general. Puesto que Barruecos, (2010) puntualizó que diversos especialistas e instituciones realizaron encuestas en México, revelaron que es en la etapa de la adolescencia cuando se inicia el consumo. Etapa en la que los jóvenes ingresan a la Educación Secundaria (en promedio entre los 13 a 15 años) y más tarde en el Bachillerato. Destacó, que tras el inicio del consumo, se corre el riesgo de incrementarse, es decir, se peligró el paso hacia la conducta adictiva.

Más adelante, otro estudio confirmó el rango de edad indicado por Barruecos (2010), ya que se encontró que la edad de inicio en el consumo de drogas se encontraba en un promedio de 14,8 años, la mediana y la moda en 14 años; no obstante, cabe señalar que el 47,8% de la muestra lo iniciaron entre los 10 y 14 años (Gutiérrez, 2013).

Otros datos han corroborado una tendencia de consumo entre estudiantes de Educación Secundaria en la Ciudad de México, pues el consumo de alcohol ha aumentado persistentemente de un 30,1% en 1997 a un 40,1% en 2012 (Medina-Mora & Real, 2013). Asimismo, se reportó (Medina-Mora, Real, Villatoro & Natera, 2013), que el 65% de los usuarios de drogas se iniciaron antes de los 17 años, edad donde se sitúa la media de quienes usaron drogas y desarrollaron dependencia. En cambio, quienes consumieron drogas y no desarrollaron dependencia, iniciaron el consumo dos años más tarde, es decir a los 19 años. Por lo anterior, el inicio temprano de consumo se ha asociado con un mayor riesgo de dependencia a drogas; además, cuando en los jóvenes anteceden problemas de ansiedad o depresión, el riesgo de consumir drogas y desarrollar dependencia, se incrementa entre 3 y 10 veces.

En cuanto al tipo de sustancias que destacan en el inicio temprano, el consumo de alcohol destacó, al presentar un incremento principalmente entre los adolescentes. Por lo que esta sustancia fue considerada como el principal problema de salud pública en la Ciudad de México. Por una parte porque el abuso de esta sustancias, se asocia con índices elevados de accidentes y lesiones por violencia; y por otro porque la edad de inicio y prevalencia en el consumo cada vez es menor, encontrándose entre los 12 y 17 años, mientras que el promedio de inicio para la dependencia al alcohol es más tardía y ocurre a los 25 años (CICAD, 2015).

Particularmente ante las sustancias ilegales, los adolescentes entre 14 y 18 años prefieren consumir marihuana, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes por los efectos que provocan y por su accesibilidad. Además, son estas sustancias las que mayor impacto han reportado los usuarios de drogas ilícitas (Mendoza, López, Gallegos, Aguilar, Borges, Medina-Mora & Camacho, 2014; Velázquez & Gutiérrez, 2015). Lo anterior, fue apoyado por Gutiérrez & Vázquez, (2014), pues el consumo juvenil de sustancias ilegales se inicia principalmente con derivados de la cannabis con un (70.5%) sobre todo en forma de marihuana (70.4%), en

segundo lugar se encuentran los inhalables con un (14.1%), principalmente en forma de solventes y removedores (9.8%); en tercer lugar se ubicó la cocaína (9.7%), tanto en forma de polvo blanco (7.4%) como crack (2.2%); en cuarto lugar aparecen los estimulantes (2.8%) en donde destacan las metanfetaminas (1.7%); después aparecen los depresores con utilidad médica (2.0%) siendo las benzodiazepinas las más reportadas (1.9%); y en sexto lugar se ubican los opiáceos entre los que sobresale la heroína (0.4%).

Otro factor fundamental en las tendencias de consumo juvenil, por supuesto serían las motivaciones para llevar a cabo la inmersión en el consumo. Por lo que Gutiérrez & Vazquez (2014) puntualizaron los motivos principales que se refirieron para iniciar a consumir drogas en personas de 13 y 33 años. En consecuencia, se reportaron los problemas de tipo familiar 77.1%, de salud 40%, psicológicos 37.2%, escolares 36.4%, laborales 20.1%, legales 20.6%, de conducta antisocial o delictiva 15.3% y accidentes o lesiones 12.5%.

En cuanto al consumo a nivel estatal, se han podido recolectar datos que dan cuenta de cómo se presenta la problemática del consumo de drogas en alumnos de 5° y 6° año de primaria. La prevalencia total del consumo de drogas en 2014, es baja en el caso de primaria (3.3%), con una prevalencia mayor en los hombres (4.7%) que en las mujeres (1.7%). En la mayoría de los casos, 3 de cada 4 niños que las han probado lo han hecho de manera experimental. En este grupo se encuentran tres hombres consumidores por cada mujer consumidora. Las prevalencias totales de consumo, son mayores significativamente en los estados de San Luis Potosí (5.1%), Michoacán (5.3%), Campeche (5%) y Quintana Roo (5.9%). Por lo que se ha destacado que la prevalencia de consumo de sustancias es similar en niños que asisten a escuelas de comunidades rurales (3.5%) y urbanas (3.2%) (Villatoro, Robles, Ito, Gamiño, Salazar, Del Campo, Alvarado & Medina-Mora, 2014).

Finalmente, tras revisar el panorama epidemiológico internacional y nacional, resulta importante señalar una visión específica acorde al presente trabajo. Por tanto, se revisaron cifras a nivel delegacional, ya que ésta investigación se centró en una demarcación de la Ciudad de México, específicamente en la delegación Álvaro Obregón. En el año 2012 se realizó una encuesta a estudiantes de secundaria y bachillerato en la que se reportó que la delegación se encuentra dentro de las seis primeras con el consumo más alto de alcohol en estudiantes de secundaria y bachillerato, con un porcentaje de 51.1% de consumidores, cabe mencionar que este porcentaje se encuentra por arriba de la media que es de 49.7% para la Ciudad. Asimismo, esta delegación sobrepasa la media esperada de 4.5% para el consumo de drogas médicas, ya que se ha reportado un porcentaje de consumidores de 4.9%. Sin embargo, en cuanto al consumo de tabaco, marihuana, inhalables y tranquilizantes la delegación se encuentra dentro de la media esperada. La cocaína es la única sustancia que se encuentra por debajo de la media en este sector debido a que el consumo reportado es de 2.1% y la media se encuentra en un porcentaje de 2.5% (Mendoza, López, Gallegos, Aguilar, Borges, Medina-Mora & Camacho, 2014).

De manera general, en cuanto a la edad de inicio de consumo en México, diversos estudios han encontrado que la mayoría de los consumidores oscilan en un rango de edad que va de los 13 a los 17 años; sin embargo, unos pocos han iniciado el consumo a los 10 años. Asimismo, se ha referido que el consumo ya no es específico de hombres sino que ahora las mujeres presentan un porcentaje importante de consumo. Particularmente, en la delegación Álvaro Obregón, el alcohol es la sustancia que más impacto ha tenido en jóvenes de 13 a 17 años.

Es entonces, que se concluye que el consumo de sustancias no es específico de un sector o población, incluso de una edad o sexo determinados, sino que es una problemática que difiere sólo en características de consumo. Mismo que tiene gran impacto, desde la juventud, pues pareciera que la edad de inicio para el consumo de sustancias disminuye con el paso de los años. Por lo que serán

considerados más adelante, los factores que influyen en el desarrollo de conductas adictivas.

CAPÍTULO I. CONDUCTAS ADICTIVAS

Resulta fundamental realizar una definición conceptual, puesto que así se conocen las características implicadas en la conformación de las conductas adictivas. Misma que permite discernir lo anterior, de otras conductas y del mismo desarrollo de una adicción. Además, es posible advertir que, ante la dinámica adictiva, no sólo implica el consumo de sustancias, o la simple acción-reacción. Puesto que, ante tal complejidad, no sólo devienen la interrelación entre la conducta y lo que la causa.

Inicialmente ante la conducta adictiva Echeburúa, Labrador & Becoña, (2009) señalaron que cualquier inclinación desmedida hacia alguna actividad puede desembocar en una adicción, exista o no una sustancia química de por medio. Pues la adicción es una afición patológica que genera dependencia y resta libertad al ser humano al restringir la amplitud de sus intereses. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas, a nivel familiar, escolar, social o de salud (Recuperado de Echeburúa y Corral, 1994; Melody, 1997).

Es entonces, que la conducta adictiva es considerada (Garciga & Alburquerque, 2012; Consuegra, 2010) como una tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación con el consumo de drogas, al uso de objetos (p.e. computador) o a la repetición de actividades (p.e. juego compulsivo), hasta el punto de dañarse a sí misma o a la sociedad. Por tanto, cualquier comportamiento que cumpla los siguientes seis criterios será definido operacionalmente como adicción: 1) Saliencia: cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta. Pues se presenta un deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio 2) Modificación

del humor: experiencias subjetivas como consecuencia de implicarse en la actividad; 3) Tolerancia, tendencia a incrementar la dosis: proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores; 4) Síndrome de abstinencia: estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida; 5) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad, como conflicto: que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular; y 6) Recaída: tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

Es decir, que la dependencia es entendida como necesidad subjetiva de llevar a cabo una conducta y la supeditación del estilo de vida, al mantenimiento del hábito, lo que define a una adicción tanto comportamental como con sustancia (Sola, Rubio & Rodríguez, 2013). Poco a poco el período de interacción con la conducta cambia y se establece una interrelación que excede un simple hábito.

Referente a lo anterior, es entonces que la adicción o la relación con una conducta, no sólo se considera un consumo repetido o la adhesión a una actividad particular. Sino que se implican otros factores físicos y/o psicológicos, y se generan interrelaciones particulares con el entorno, tras el establecimiento de una conducta adictiva.

En suma, lo que caracteriza a una adicción es la pérdida de control y la dependencia. Todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos -el aspecto en sí- pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos -el alivio de la tensión emocional, especialmente-. (Recuperado de Marks, 1990 por Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009).

1.1 Definición de Adicción

Frente a la problemática de las adicciones, de inicio es importante conocer la postura de las instituciones mundiales frente a tal fenómeno. La importancia de la definición proveniente de las diversas fuentes reside en el consenso que se consolida sobre el término adicción y sobre las diferentes características que lo componen. Una de las instituciones más citadas por los autores es la Organización Mundial de la Salud, puesto que es la encargada de promover e intervenir, en situaciones que aquejan la salud pública.

De acuerdo a Souza (2010) la OMS define la adicción o dependencia como: *“una enfermedad mental crónica, caracterizada por recaídas frecuentes; es un trastorno en el que participa una diversidad de factores (genéticos, psicosociales y ambientales) que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución”* (Recuperado de ONUDD, 2003). Es este mismo autor mencionó que *“el uso y abuso de drogas debe tomarse como una enfermedad crónica, sujeta a recaídas, en la que intervienen múltiples factores hereditarios, individuales, familiares y sociales”* (Souza, 2000).

Asimismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), señala que el síndrome de dependencia se describe como: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de una droga o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La dependencia física, es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. La dependencia psicológica y social en una persona, es una situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga

para producir placer o evitar el malestar. Estas dependencias, vistas no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, se tendrían los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente) (Becoña & Vázquez, 2001).

No obstante, resulta fundamental destacar aquellos elementos que particularmente caracterizan a la conducta adictiva. Puesto que se encuentran una serie de patrones de conducta, cambios físicos y psicológicos, trayendo consigo el establecimiento de la adicción. Por lo que puntualizando los elementos esenciales que componen una adicción Echeburúa, Labrador & Becoña, (2009) recuperan de Gossop (1989), algunas características básicas como: un fuerte deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); una capacidad deteriorada para controlar la conducta (notablemente en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o el nivel en el que la conducta ocurre); malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer; persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que produce graves problemas al individuo.

Además, es importante destacar algunos factores que se encuentran en la antesala y son determinantes, en la gestación de conductas adictivas. Sola, Rubio & Rodríguez (2013) señalan que la impulsividad es un factor predominante y como base en las conductas compulsivas y adictivas. Es, por tanto, la presencia de la impulsividad, asociada a la búsqueda de sensaciones y novedad estimular la que puede preceder a un comportamiento adictivo, en donde podrían encontrarse patologías asociadas. Otro factor de importancia, es de acuerdo a Souza (2010) la compulsión como una necesidad patógena involuntaria de repetir cierta acción de manera ritualista y estereotipada, incontrolable por la volición que a menudo representa un significado simbólico. Compulsión a la repetición. La conducta

compulsiva es un comportamiento motivado por un impulso irresistible de ejecutar una acción en contra de la voluntad consciente del individuo.

Desde luego, tras lo mencionado, es necesario detallar el proceso que lleva a que el consumo recaiga en una adicción, al deterioro individual y social; es decir, la evolución de una conducta adictiva. Ya que de inicio hay un acercamiento y posteriormente un consumo. Como lo señala Becoña & Vázquez (2001) referente al uso de una droga (vista como toda sustancia que es introducida en el organismo vivo) que puede modificar una o más funciones, altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral.

Concretamente, el consumo de sustancias como trastorno, se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar; aunado a que padecen síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Becoña, 2008)

Respecto a los patrones de consumo, Lorenzo, et al. (2009) señala que el uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica sencillamente, consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. Un consumo aislado es ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia. Respecto al hábito, éste se refiere a la costumbre de consumir una sustancia a partir de que se han adaptado a sus efectos. Hay por tanto, un deseo del producto pero nunca se vivencia de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis, ni se presentan trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Sin embargo, en cuanto al abuso, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Además, al inicio de consumo se genera y desarrolla un refuerzo positivo que es el que llevará a la repetición del consumo de

la droga. En el desarrollo del estado adictivo se produce una neuroadaptación a la administración repetida de la droga.

En definitiva, a partir del uso deviene el abuso, ya que el abuso se da cuando hay un uso continuo a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. Pues el abuso es un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, caracterizado por el uso continuo de una sustancia a pesar de que el individuo está consciente de tener un problema, causado o desencadenado por su uso, que pone en peligro su integridad psicofísica. Son entonces, los patrones de consumo, de uso y abuso, que generan una adicción. Por lo que el síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable de ingerir sustancias psicoactivas (Souza, 2010; Becoña & Vázquez, 2001).

Sin embargo, los patrones de consumo no configuran del todo la conducta adictiva, pues concretamente, lo que define a esta conducta, no es la frecuencia con que se realiza sino la pérdida de control por parte del sujeto, el establecimiento de una relación de dependencia, la tolerancia (la necesidad progresiva de mayores dosis) y la interferencia grave en la vida cotidiana (Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009).

En resumen, la conducta adictiva, es entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta para restaurar un equilibrio homeostático, y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito conforman el núcleo central de la adicción (Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009). Por tanto, es claro que la implicación con una conducta que se conforma en una adicción, no sólo es el patrón de consumo o la dependencia con una sustancia en particular. Sino también cómo se enlaza el individuo con la conducta, ya sea por medio de una relación física y/o psicológica, a corto o a largo plazo; así como el efecto individual o en el entorno circundante.

1.2 Modelos explicativos de las Adicciones

Frente a los elementos característicos de las adicciones, también resulta importante destacar aquellos modelos teóricos que desarrollan interpretaciones acerca de las conductas adictivas. De inicio, es claro que el ser humano presenta la necesidad de alcanzar un nivel de satisfacción global, esta satisfacción normalmente se obtiene repartida en diversas actividades: el trabajo, relaciones personales, el ocio, entre otras. Sin embargo, cuando la persona se siente carente o contrariada en alguna o varias de estas facetas puede centrar toda su atención en una sola, lo que la predispone a la adicción. El resultado final es que se estrecha el campo de la conciencia y el individuo pierde interés por lo que le rodea, a excepción del objeto de su adicción (Recuperado de Echeburúa, 1999 por Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009).

Por consiguiente, al buscar esta satisfacción, todas las culturas han tenido presente el consumo de sustancias con el objetivo de producir modificaciones en la conciencia, así como en los estados afectivos y perceptivos. De tal manera que el uso y abuso de sustancias psicoactivas, no es un fenómeno exclusivo de los tiempos modernos, sino que ha estado presente a través de los años. Así como tampoco es un fenómeno que pueda explicarse por causa y efecto, ya que el inicio del consumo de una droga y su mantenimiento, depende de numerosas variables mismas que se distribuyen en tres ámbitos: la propia droga, el individuo y el ambiente (Del Moral & Lorenzo, 2009).

De manera más detallada la vulnerabilidad que cada persona va a desarrollar al consumo de sustancias, estará en función del sexo, la carga genética, rasgos de personalidad, grado de estabilidad emocional y la presencia de psicopatología, tomando en cuenta que cada droga tiene distinta capacidad de producir sensaciones placenteras inmediatas en el consumidor. Asimismo, el ambiente donde se desarrolla cada individuo va a tener un papel fundamental ya que un entorno familiar disfuncional, poca comunicación, autoritarismo paterno, falta de

límites en la dinámica familiar, escasa participación de los hijos en las decisiones, así como la publicidad, la información incompleta e incluso errónea son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de consumo (Del Moral & Lorenzo, 2009).

Debido entonces al carácter multifactorial y multidimensional de las adicciones; en las últimas décadas, los investigadores han centrado esfuerzos para desarrollar modelos generales, así como teorías más o menos específicas con el objetivo de explicar los procesos de adquisición, mantenimiento y abandono de las conductas adictivas. La mayoría de éstas presentan explicaciones parciales del comportamiento adictivo, centrándose en un factor considerado como predominante, ya sea de carácter fisiológico, psicológico o social (Del Moral & Lorenzo, 2009; Secades & Fernández, 2003).

En primer lugar, se menciona el modelo biológico que se fundamenta en aspectos genéticos y neurobiológicos atribuyendo la adicción a una predisposición biológica. El modelo destaca el consumo de drogas como una enfermedad crónica donde el adicto no es responsable de su problema pues se sustenta en una vulnerabilidad biológica que interactúa con las características de la sustancia. Es decir, una vez que la persona se ha convertido en drogodependiente, ya no tiene ningún control sobre su consumo y, por tanto, la solución tiene que venir del exterior y el sujeto debe asumir su condición de enfermo crónico. Además, se ha destacado la hipótesis de la automedicación, donde es necesario consumir alguna sustancia para compensar una alteración neurobiológica o la presencia de alguna patología, de esta manera el individuo busca recuperar el equilibrio del organismo y por ello consume alguna sustancia (Díaz, Losada, Navarro & del Moral, 2009).

Aunado al enfoque biológico, se le incluyeron los Modelos Médicos que centran su atención en los aspectos orgánicos del individuo. Entre ellos se destaca el modelo de enfermedad, el modelo de automedicación y el modelo de exposición. Postulan la relación entre el consumo de sustancias y la existencia de una predisposición genética propia de cada persona; así como la presencia de

alguna psicopatología y el efecto reforzador de las drogas sobre los centros cerebrales de recompensa, como variables determinantes que llevan al individuo a buscar y consumir sustancias que a largo plazo causan dependencia (Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2009).

En cuanto al modelo de enfermedad, se otorgó especial importancia a la predisposición genética que, junto con las dificultades en el proceso madurativo personal, provocan susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como son la exposición a la droga y el estrés ambiental, trayendo como consecuencia del consumo; problemas personales, familiares y sociales. Por otro lado, el Modelo de automedicación también nombrado como hipótesis de la automedicación por Díaz et, al (2009), quien mencionó que al haber la presencia de alguna patología o una alteración neurobiológica, el individuo consume alguna(s) sustancias buscando recuperar el equilibrio del organismo. En cuanto, al modelo de exposición, se consideró que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios, sobre los centros cerebrales de recompensa, lo que explica las conductas de búsqueda y de consumo (Lorenzo et al., 2009).

En suma, estos modelos se basan en los aspectos orgánicos de la adicción y tratan de dar explicación al uso y abuso de sustancias centrándose particularmente en el individuo. Sin embargo, los modelos psicológicos ofrecen una alternativa diferente, puesto que se basan en teorías del aprendizaje.

Dentro de lo que se considera el modelo psicológico de la adicción, se han descrito y aplicado, diferentes sistemas para resolver el problema, lo que va a diferenciar entre sí a todos estos planteamientos, es la concepción que manejan de la conducta, como entienden el consumo de drogas y su posible solución. Sin embargo, todos están basados en las teorías del aprendizaje. La Escuela Conductista siguiendo el modelo de condicionamiento operante defiende que el consumo de ciertas drogas se verá reforzado cuando la persona experimenta que se produce una mejoría en su funcionamiento social mediante los efectos, por

ejemplo, el sentirse desinhibido al consumir alguna sustancia como el alcohol. Sin embargo, la escuela Conductista no es la única que ha dado una aportación para el esclarecimiento de este fenómeno tan complejo, sino que los postulados cognitivistas han permitido formular los siguientes modelos: el Modelo social de Peele, el Modelo de adaptación y de aprendizaje social, así como el Modelo de aprendizaje social-cognitivo (Díaz, et al., 2009).

El Modelo Social de Peele, señala que el consumo dependiente viene determinado por el modo en que la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga; así como la respuesta a nivel fisiológico y emocional de la misma. En estos hechos la personalidad y el entorno social del individuo cobran un especial significado. Así como se destacó la interpretación del consumo, el modelo de aprendizaje social también conocido como Modelado, señaló la importancia de los patrones de comportamiento de quienes sean las figuras a imitar. Es decir, el niño imita la conducta de un padre o de un compañero al que se admira; la fuerza de esta imitación depende de la calidad de la relación con dichas figuras. En cuanto al modelo de aprendizaje social-cognitivo, postuló que las expectativas de la persona acerca de los efectos de la sustancia (lo que se espera conseguir a través de ella) y la eficacia de otras conductas alternativas, desempeñan un papel fundamental en la conducta de consumo. Puesto que estas creencias se adquieren mediante la interacción social y de la experiencia directa con los efectos farmacológicos de la sustancia. Por último, el Modelo de adaptación señaló que los consumidores de drogas son ineficaces en la utilización de recursos personales o del contexto para dar solución a sus problemas. Al consumir drogas, la persona siente que sus habilidades de afrontamiento son superiores o, incluso, que adquiere recursos de los que carecía; sin embargo, esto es solo efecto de la sustancia que consumen (Díaz, et al., 2009).

La importancia de lo anterior reside en lo que reciben niños y jóvenes, en entornos como la familia, puesto que estarían ante figuras a imitar a los padres, cuidadores, hermanos; o en el entorno escolar con amigos y otros pares; aunado

a la experiencia que pudiera tener con diversas sustancias. Por lo que se puede propiciar el desarrollo o generar una susceptibilidad de consumo a una edad temprana. Lo anterior, puede desembocar entonces, no sólo el consumo sino una predisposición a una conducta adictiva y posible dependencia.

El enfoque social hace referencia a la disposición de las sustancias, de aspectos culturales y económicos. Destaca el coste económico que acarrea el uso de sustancias, parece que cuanto más caro resulta un producto, su consumo se hace más selectivo. Por otra parte, cómo los valores culturales juegan un papel importante en los patrones de consumo ya que no solo afectan la cantidad y frecuencia con que se consume sino también la tolerancia de la cultura al abuso de diversas sustancias, como por ejemplo el alcohol (Sue, et al., 2010; Secades & Fernández, 2003).

Por otra parte, dentro de las teorías de socialización, se encuentra el Modelo de Asociación Diferencial, el Modelo de Control Parental y el Modelo de la Autoestima. Mismos que se enfocan en factores particularmente familiares, como el apego a la familia; enfatizando la autoestima de niños y jóvenes a partir del papel que juegan los padres en la dinámica familiar. El Modelo de Asociación Diferencial que se caracterizó por considerar como indicador de consumo en niños y jóvenes el consumo de drogas por parte de amigos cercanos; además, de la existencia de un desapego a la familia de origen, lo que facilita que los hijos se integren más fácilmente en asociaciones de riesgo. Una de las proposiciones claves de este modelo es *“Cuanto mayor es el apego a la familia, menor es el efecto de la asociación con un grupo de iguales y su conducta desviada”*. Aunado a lo anterior, éste modelo se complementa con el Modelo de la Autoestima, que puntualiza a la baja autoestima de niños y adolescentes que no se propicia en familia y que se puede recuperar en el grupo de iguales y si estos son consumidores de drogas, esta será una nueva pauta de comportamiento adoptada. Con respecto al Modelo de Control Parental, se hace énfasis en el papel de las figuras parentales. Pues sostiene que las consecuencias a largo plazo ante la falta de afecto por parte de los padres y/o de la falta de respeto a las

normas, se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos. Es decir, en un mayor riesgo para el consumo de drogas (Lorenzo, et al., 2009).

Frente a lo señalado, se constató que la evidencia empírica y las concepciones teóricas, han revelado que el riesgo o la conducta de uso y abuso de drogas, no dependen de un factor aislado, sino que es un fenómeno originado y mantenido por diversos factores de naturaleza multidimensional. Por tanto, en los últimos años, los esfuerzos de los investigadores se han centrado en desarrollar un modelo explicativo general y válido para todos los procesos implicados en el uso de sustancias psicoactivas (Secades & Fernández, 2003).

En consecuencia, al intentar abarcar la mayor parte de los factores, que propician el uso de drogas se ha propuesto el Modelo Biopsicosocial (o bio-conductual). No se propone como un nuevo modelo integrador de todas las variables referidas en las distintas teorías de la adicción, sino que se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen. Este Modelo entiende el consumo de drogas como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde este planteamiento, el consumo de sustancias ya no sería consecuencia directa de una disfunción orgánica ni producto de características patológicas de la personalidad, sino el resultado de la combinación de variables relativas a la sustancia, a la persona y al medio (Secades & Fernández, 2001; Díaz, et al., 2009).

Una clara implicación de esta formulación bio-psico-social (donde el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, la conducta, el contexto y sus consecuencias), es la necesidad de un abordaje de igual modo multifactorial que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales, por lo que el consumo o rechazo de drogas sería explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio individuo (Secades & Fernández, 2003).

Parte fundamental de las variables contextuales o ecológicas, son que no reflejan interacciones sociales directas, pero que pueden influir sobre las mismas - por ejemplo, el nivel educativo de los padres no es una interacción social, pero puede afectar a la calidad de las interacciones lingüísticas entre padres e hijos-; por ello se las denomina contextuales o ecológicas, siguiendo la nomenclatura de Bronfenbrenner (1979). Es decir, vienen constituidas en los escenarios y condiciones donde se produce el desarrollo: por ejemplo, el estatus socioeconómico (Arranz & Oliva, 2010).

De modo que la problemática de las adicciones también es vista como un problema de salud pública, que no sólo contempla al individuo como único responsable de su condición. Sánchez-Sosa, Villarreal, Ávila, Vera, & Musitu, (2014) consideran que alrededor del tema, no sólo implica al individuo sino de igual manera su entorno. Respecto a esto, mencionan a la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1979) como la que aborda más ampliamente los factores a considerar, como los personales, escolares, familiares y sociales.

En resumen, los modelos mencionados intentan explicar la convergencia de distintos procesos de riesgo, desarrollo, adquisición y mantenimiento de las conductas adictivas. Puesto que, al intentar aislar sólo una variable, se corre el riesgo de no abarcar las interrelaciones que generen un fenómeno, como el de las conductas adictivas. Es así, que resulta fundamental mantener una perspectiva amplia, al considerar todas las posibilidades potenciales que convergen en el riesgo y el desarrollo de la adicción.

1.3 Tipología y Clasificación de las Adicciones

Para entender la clasificación de las adicciones primero es necesario retomar la definición de adicción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Recuperado de ONUDD, 2003 y la American Psychological Association, 2015), destacaron que

“se trata de un estado de dependencia psicológica, física (o ambas) al uso de alcohol u otras drogas. Además, se considera una enfermedad mental crónica, caracterizada por recaídas frecuentes; es un trastorno en el que participa una diversidad de factores (genéticos, psicosociales y ambientales) que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución”. En cuanto, a las sustancias químicas con potencial significativo para producir dependencia se conocen como drogas adictivas que incluyen al alcohol, anfetaminas y otros estimulantes del SNC, depresores del SNC, cocaína y crack, alucinógenos, inhalantes y opioides.

Al ser entonces un fenómeno complejo, es importante conocer las diversas categorías que se han creado para las características que tienen las drogas y sus efectos en el organismo de los individuos que consumen. Sin embargo, no existe una clasificación universal para las sustancias psicoactivas, sino que al igual que ocurre con el concepto de adicción, hay una multitud de clasificaciones que dependen del contexto y los fines para los que se utilizan. No obstante, la mayoría utiliza como criterio diferenciador los efectos que ejercen sobre el sistema nervioso, por lo que es usual diferenciar entre drogas depresoras o inhibitoras del sistema nervioso, drogas excitantes o estimulantes, así como alucinógenas también denominadas psicodélicas (Caballo, Salazar & Carrobbles, 2011; Becoña & Vázquez, 2001). Asimismo, se señalan clasificaciones que se basan en el impacto que tienen determinadas sustancias en el organismo, así como una diferenciación entre sustancias legales e ilegales (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003).

Concretamente las drogas, sustancias psicoactivas o psicotrópicas se puede agrupar en tres grupos: por sus efectos sobre Sistema Nervioso Central (SNC), por su peligrosidad y por la codificación sociocultural de su consumo o perspectiva legal (Rodríguez & Mesa, 2011).

Por sus efectos sobre sistema nervioso central (SNC), Caballo et al., (2011); Rodríguez & Mesa, (2011); Roncero, Barral & Casas (2009) y Carrillo (2004)

propusieron una clasificación clínica. **Sustancias Depresoras**, como el alcohol y los hipnóticos, benzodiacepinas, anestésicos generales Inhalantes (benceno, tolueno, xileno), Tranquilizantes (pastillas para dormir, barbitúricos -tranquilizantes mayores-), Opioides (opio, morfina, heroína, codeína). **Drogas Estimulantes** que activan el funcionamiento del cerebro como la cocaína (crack, piedra), anfetaminas (tachas), nicotina (tabaco), cafeína, anfetaminas, metanfetaminas, alucinógenos (peyote, hongos, LSD), marihuana, drogas de síntesis y fármacos estimulantes. **Drogas perturbadoras o alucinógenos**, que alteran el funcionamiento del cerebro dando lugar a las distorsiones perceptivas, alucinaciones, algunas de estas son: dietilamina del ácido lisérgico (LSD), derivados del cannabis (hachís, marihuana), inhalantes (acetonas, bencenos), drogas de diseño (éxtasis), peyote, mescalina y hongos (Rodríguez & Mesa, 2011).

Asimismo, se hace una diferenciación en el tipo de dependencia que se produce en el consumidor, ya que se ha reportado que las sustancias pueden inducir dependencia física y/o psicológica. Por lo que se ha optado en muchos países por crear una clasificación que aclare esta cuestión, han denominado a las sustancias como drogas duras o drogas blandas según el tipo de dependencia que provocan. Se considera que las drogas duras son aquellas que producen dependencia física y psíquica en el consumidor lo que hace más difícil que se supere la adicción, como el opio y sus derivados (morfina, heroína) así como los barbitúricos y el alcohol. No así las drogas blandas, que producen en el consumidor solo dependencia psicológica, por lo que se cree que son menos dañinas y que son menos adictivas o más fáciles de superar, como la cocaína, anfetaminas, LSD y cannabis (Rodríguez & Mesa, 2011; Carrillo, 2004).

Además del peligro que pueden representar las drogas, la literatura señaló una clasificación sociocultural de consumo o perspectiva legal, por lo que se han clasificado a las sustancias en: legales o drogas institucionalizadas e ilegales también conocidas como drogas no institucionalizadas. Sin embargo, esta

clasificación no está fundamentada científicamente, sino que es el medio sociocultural quien ha ubicado las sustancias en uno u otro rubro (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003; Rodríguez & Mesa, 2011).

Por un lado, las drogas institucionalizadas tienen reconocimiento legal y uso normativo, pero no una clara promoción (publicidad); además son fácilmente asequibles; no obstante, son las que más problemas sanitarios generan no sólo a nivel nacional sino en el mundo entero. Entre ellas se encuentran el alcohol, tabaco, psicofármacos, inhalantes (pegamentos, lacas, disolventes). Por otra parte, están las drogas no institucionalizadas cuya producción y tráfico es ilegal, entre estas están los opiáceos, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, cannabis o marihuana (en pocos países, ya institucionalizada), drogas de diseño, anfetaminas y la heroína (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003).

De lo anterior, a partir de la cantidad de consumo, se han destacado las legales, como alcohol y tabaco; luego la marihuana y en tercer lugar la cocaína, las drogas de síntesis y la heroína. Esta clasificación va desde los niveles de prevalencia hasta los problemas más graves e inmediatos que producen en los individuos. Pero también se destacaron los alucinógenos, solventes y de otras nuevas drogas, que van surgiendo cada año para consolidarse o desaparecer (Becoña, 2002).

Becoña & Vázquez (2001) y Goldstein (2003), propusieron una clasificación basándose en el origen de las sustancias: natural, sintético, o semisintéticos. Además de tomar en cuenta la manera en cómo los usuarios consumen las drogas, se identifican a las sustancias por su vía de administración tomando en cuenta que diversas sustancias se introducen en el organismo por diferentes vías: inyección intravenosa, intramuscular o subcutánea; intranasal (esnifando); inhalatoria (fumando), rectal o por vía oral. Cada droga es transformada por el organismo de un modo determinado, algunas son rápidamente destruidas mientras que otras persisten durante largo tiempo.

Una vez hecha la alusión a las diferentes clasificaciones que hace la literatura de las drogas se puede resumir que las sustancias pueden clasificarse como drogas institucionalizadas, no-institucionalizadas, más peligrosas-menos peligrosas, o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas. Como la hecha por Roncero, Barral & Casas en (2009) (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003).

Con la información revisada a en la literatura se hace énfasis en la clasificación basada en la perspectiva legal, es decir, entre drogas legales e ilegales y los efectos que tiene su consumo en el organismo del ser humano, así como en su entorno y en sus relaciones interpersonales. Pues como se mencionó, las sustancias legales se encuentran entre las de mayor consumo, ante un marco legal y de normatividad.

1.4 Adicciones a Sustancias Legales: Alcohol y Tabaco

Es bien sabido que el uso de drogas, tienen repercusiones a corto y a largo plazo en quien las consume, así como en su estilo de vida, y en sus relaciones interpersonales. Sin embargo, no existe fundamento científico para que una droga sea considerada como legal o ilegal, sino que son valores culturales de la sociedad los que van a determinar los patrones de consumo, la cantidad, y la frecuencia, así como la accesibilidad a ciertas drogas. Es decir, la sociedad va a determinar qué sustancias son aceptables por lo que su consumo será visto como algo común y “normal”. Asimismo, la publicidad ha contribuido a su normalización pues como medio de comunicación, ha propiciado el consumo de algunas sustancias en la población, que contribuye a un clima de aceptación. A pesar del conocimiento, que desde hace más de medio siglo se tiene del carácter nocivo que tienen para el ser humano, el consumo de sustancias; se ha visto que toda cultura que consume colectivamente una droga, tiende a ensalzar al máximo sus

valores positivos y a desestimar sus efectos nocivos (Martínez & González, 2011; Sue et al., 2010; Carrillo, 2004).

En contexto, las drogas legales representan un gran problema sanitario para la sociedad, debido a la aceptación que tienen en toda la población al ser sustancias legales y porque además son fácilmente accesibles. Entre ellas se encuentra el tabaco, el alcohol, el café, los psicofármacos e inhalantes de pegamentos, lacas y disolventes (Rodríguez & Mesa, 2011; Carrillo, 2004; Goldstein, 2003; Becoña, 2002).

La sustancia que se considera como el principal problema de salud pública en la Ciudad de México es el alcohol, que se caracteriza por incluir no sólo a las cervezas sino también a los vinos y licores destilados (Goldstein, 2003). Particularmente, el consumo de esta sustancia se relaciona a cuatro factores: el medio socio-ambiental, que representa las distintas influencias culturales que rodean a la persona; la constitución hereditaria y los rasgos de personalidad del sujeto moldeados principalmente en la niñez (los factores de aprendizaje inherentes a las experiencias propias y a las conductas adquiridas por imitación); por último, las propiedades farmacodinámicas características del alcohol, mismas que determinan el grado de facilidad para inducir abuso o dependencia (Edwards, 1986 citado en Echeburúa, 2001).

El consumo de alcohol está asociado a los hábitos de alimentación, a la búsqueda de diversión y de nuevas sensaciones; a la cohesión grupal, así como a un rito de iniciación en la vida adulta. El afán de identificación en los jóvenes con el mundo de los adultos o con los compañeros de mayor edad, junto con la inexperiencia previa pueden acentuar los problemas relacionados con la ingesta de alcohol (Secades, 1996 citado en Echeburúa, 2001).

Es entonces, que la búsqueda de diversión ha sido uno de los motivos para consumir alcohol, por lo que la mayor parte de consumidores son bebedores

sociales que consumen en determinadas condiciones y que pueden controlar su consumo al no beber durante días o semanas. No obstante, en unos cuantos casos, el consumo alcohol aumenta y trae consigo problemas. Por ejemplo, la persona podría necesitar usar el alcohol diariamente para funcionar, es decir, podría mostrarse incapaz de abstenerse. Además, puede inhibirse por ciertos periodos, pero fallar al tener un control sobre su forma de beber una vez que ha iniciado (Caballo, et al., 2011; Martínez & González, 2011; Sue, et al., 2010).

Es entonces cuando se presenta el alcoholismo, denominado así al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico; aunque por extensión se ha usado equivocadamente para calificar todas las formas de consumo (perjudicial o no) de etanol. Este es un Síndrome descrito por Edwards y colaboradores en 1975 (Souza, 2010) que se caracteriza por la sensación de bienestar tras el consumo, que impulsa al consumo más bebidas; asimismo, se consideró un “patrón” estereotipado de bebidas que se prefiere por sobre cualquier otra actividad. Generando tolerancia fisiológica a las bebidas, síntomas de abstinencia repetidos, reincidencia a beber, así como una reinstalación del síndrome después de beber unos días (Souza, 2010).

Concluyendo, el consumo de alcohol está altamente propiciado en la sociedad desde tiempos inmemoriales, la aceptación social y la disponibilidad ambiental (bajo precio, ausencia de restricciones), junto con el aumento del poder adquisitivo, constituyen un factor determinante en el consumo normal y patológico de esta sustancia. La incorporación del alcohol a todo tipo de relación social, desde la niñez, favorece una actitud acrítica y falta de conciencia, sobre todos los problemas que puede traer consigo el consumo desmedido de alcohol (Echeburúa, 2001).

En cuanto a la nicotina que es otro estimulante utilizado legalmente, básicamente es el principio activo de las hojas del tabaco. Mismo que puede penetrar en el organismo no solo cuando se fuma, sino también por absorción a través de las membranas de la boca o de la nariz, cuando el tabaco se masca o se

esnifa en forma de rapé. Tiene un alto poder adictivo, ya que el fumador no puede controlar su consumo, ni fumar con moderación, excepto en raras excepciones. La dependencia a la nicotina, por lo común se relaciona con fumar cigarrillos (Goldstein, 2003; Sue, et al., 2010; Caballo et, al, 2011). Sin embargo, la dependencia, no es tan grave desde el punto de vista adictivo, aunque sí lo sean sus consecuencias para la salud. Sus principales efectos son médicos y no del comportamiento, o de existir esto, se muestran leves y pasajeros; por lo que algunos manuales de diagnósticos y tratamiento, no los incluyen en sus revisiones (Souza, 2010).

El tabaco, como cualquier materia orgánica combustible, genera una gran cantidad de productos irritantes y cancerígenos peligrosos para los pulmones. Así, el cáncer de pulmón y el enfisema pulmonar, provocados por el hábito de fumar, no se deben a la nicotina del tabaco, sino a los “alquitranes” que se forman durante su combustión. Con el paso del tiempo, los fumadores pierden la capacidad de eliminar sustancias extrañas, como el polvo y los elementos contaminantes ambientales que entran en sus pulmones, lo que representa un riesgo adicional al tabaquismo; es entonces que se propicia la aparición de bronquitis, cáncer de pulmón y otras enfermedades (Goldstein, 2003; Moro & Leza, 2009).

Cabe destacar, que una vez que se inicia el consumo de nicotina, es difícil dejar de hacerlo, ya que al intentar reducir el consumo de tabaco no se obtiene éxito fácilmente; pues el intentar conseguirlo, conduce a síntomas de abstinencia, como antojo por el tabaco, irritabilidad, dificultad para concentrarse, dificultad para dormir e intranquilidad (Sue, et al., 2010).

En resumen, aunque estas drogas sean institucionalizadas o legales y estén apoyadas, de manera importante por los medios de comunicación publicitarios, pues las asocian con prestigio, diversión, aceptación y placer entre otras cosas. En realidad, son las que más problemas sanitarios generan no sólo a nivel

nacional sino internacional, ya que su consumo impacta de manera importante a los individuos de manera psicológica y fisiológica.

1.5 Consecuencias de las Adicciones de Alcohol y Tabaco

Resulta importante destacar las consecuencias adversas que impactan a nivel individual, en la salud física y/o psicológica, tras el consumo a corto y a largo plazo de tabaco y alcohol. Puesto que representan obstáculos para el sano desarrollo de niños y jóvenes. Como lo señaló la Comisión Económica para América Latina (2000) el hecho de consumir sustancias impacta diversas áreas el individuo, sin embargo, debe considerarse que estos problemas son al mismo tiempo causa y consecuencia en relación con el consumo problemático. Cabe mencionar que las situaciones más agudas, que requieren de acciones de prevención y apoyo son aquellas donde la adicción de los consumidores lleva al deterioro físico, psíquico, emocional, así como a la pérdida de vínculos y la clausura en opciones de inserción social.

La adicción entonces impacta en el desarrollo del consumidor de tal manera que la relevancia de las drogas en el ser humano se conoce por los niveles de prevalencia existentes en el consumo y en los efectos que producen en el organismo humano a nivel de morbilidad y otros problemas derivados de su consumo (Becoña, 2002).

De inicio, una de las consecuencias evidentes es la intoxicación entendida como un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas (Caballo, et al., 2011).

Además, la adicción puede coexistir con trastornos leves o moderados como la ansiedad y la depresión, aunque éstos pueden agravarse y potencializar la patología y su evolución. Incluso, el ingerir más de una sustancia química a la vez para incrementar los efectos en el organismo, resulta extremadamente peligrosa, por ejemplo, los fumadores en exceso que consumen una gran cantidad de alcohol, corren un mayor riesgo de cáncer esofágico pues este patrón de uso incrementa seriamente los riesgos de deterioro físico y mental (Sue, et al., 2010; Souza, 2010).

En cuanto al consumo de alcohol se sabe que no es exclusivo de los adultos, puesto que el uso y abuso comúnmente inicia en la adolescencia e incluso antes. Por tanto, se han realizado estudios (García & López, 2012; Sue, et al., 2010) que refirieron que consumir durante esta etapa, puede afectar el proceso de maduración cerebral, repercutiendo tanto a nivel psicológico como comportamental. Asimismo, se ha visto que su consumo interfiere con la capacidad para afrontar sentimientos y emociones que forman parte de su desarrollo, confundiendo la autopercepción, el etiquetado, el procesamiento y el manejo de respuestas emocionales.

También, los efectos mencionados pueden generar un desequilibrio entre los sistemas cerebrales relacionados con el placer y el control conductual, haciendo más vulnerable a las adicciones al niño o adolescente consumidor. En líneas generales, puede afirmarse que el consumo de alcohol interfiere en el desarrollo de las capacidades básicas y esenciales que se adquieren durante esta etapa: el pensamiento abstracto, la lógica preposicional (capacidad para formar hipótesis y considerar posibles soluciones) y la metacognición (la capacidad de percibir y analizar los propios procesos de pensamiento) (García & López, 2012; Sue, et al., 2010).

Al respecto, Díaz, Díaz, Hernández, Fernández, Solís & Narro (2009) describieron al consumo riesgoso y dañino (CRDA) o consumo dependiente, como

un patrón de consumo de bebidas embriagantes que se sitúa en un continuum de severidad, que coloca al sujeto en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o que puede desembocar en francas complicaciones físicas y/o psicológicas (accidentes, victimización, violencia, dependencia al alcohol). En la investigación que llevaron a cabo estos autores, encontraron que el riesgo de experimentar el CRDA - consumo riesgoso y dañino -, fue casi dos veces mayor en los hombres que en las mujeres. En el total de la muestra, se observó que la frecuencia y el mayor riesgo de ser afectado se incrementó con la edad; el menor riesgo se observó en los estudiantes de 14 a 15 años, triplicándose en el grupo de 16 a 17 años y cuadruplicándose en los estudiantes de 18 a 19 años de edad. Aproximadamente uno de cada cinco estudiantes se vio afectado por este problema, siendo los hombres y los estudiantes de mayor edad quienes experimentan el mayor riesgo.

Por tanto, tras los patrones de consumo los efectos que produce la ingesta de alcohol son fisiológicos y psicológicos, y podrían ser divididos en efectos a corto y largo plazo. Entre los efectos a corto plazo más visibles son los que están relacionados con las intoxicaciones agudas y con las distorsiones en los juicios de evaluación de situaciones de riesgo, con frecuencia se experimentan sentimientos de felicidad, pérdida de inhibiciones, juicio pobre y concentración reducida; así como también puede presentarse un estado de ánimo negativo y enojo, el bebedor puede tener problemas para caminar en una línea recta o pronunciar ciertas palabras. Por otra parte, los efectos psicológicos a largo plazo ocasionados por beber son que en la mayoría de las personas que comienzan a beber en situaciones sociales, pueden llegar a tener lagunas mentales, pérdida de control y periodos frecuentes de intoxicación (Sue, et al., 2010).

El impacto físico, puede llegar a afectar a diversos órganos del cuerpo como el estómago, el páncreas, el cerebro y el hígado lo que provoca enfermedades como desnutrición, pancreatitis, hígado graso (esteatosis hepática), úlceras gástricas y cirrosis hepática. Por otra parte, el consumo continuo, aumenta los

niveles de agresividad (Carrillo, 2004). Asimismo, una de las consecuencias del abuso prolongado de alcohol es la cirrosis hepática, una enfermedad en la que las células dañadas van siendo reemplazadas por tejido cicatrizar hasta que deja de funcionar y el paciente adicto muere (Goldstein, 2003; Moro & Leza, 2009; Sue, et al., 2010; Caballo, et al., 2011).

Entre los problemas psicológicos que ocasiona el consumo de alcohol pueden ser: la pérdida de la capacidad de autocontrol, problemas para coordinar movimientos, confusión mental y lenguaje incoherente, así como deterioro de la atención, la memoria y la concentración lo que propicia un aumento de los tiempos de reacción, deterioro del juicio y una falsa sensación de seguridad, además de que se presentan alteraciones auditivas y visuales. Asimismo, se presentan comportamientos agresivos, mayor fluidez verbal, sensación de bienestar, euforia, excitabilidad y risa fácil. Así como desinhibición de la conducta y las emociones (Sánchez, 2005).

Evidentemente el consumo comprendido por largos períodos, como en los que la ingesta es diariamente, traerán mayores repercusiones. Por ejemplo, llegan a presentarse enfermedades como la psicosis alcohólica o el síndrome de Korsakoff, ambas, enfermedades que afectan directamente al cerebro y llevan a que la persona presente conductas como la pérdida del contacto con la realidad (la persona crea su propia realidad); pérdida de juicio (no se distingue entre lo que es correcto y lo que no en un determinado lugar y ambiente) y alucinaciones (el enfermo ve cosas que los demás no ven porque son irreales) (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003).

Respecto al consumo de tabaco, son físicamente más devastadores. Puesto que el cáncer de pulmón es la consecuencia perjudicial más grave del tabaquismo, los fumadores sufren más enfermedades cardiovasculares, así como ataques cardíacos, estrechamientos y endurecimientos de arterias (arteriosclerosis); embolias y aneurismas (roturas de vasos dañados) y una

hipertensión más grave que la de los no fumadores. La bronquitis y el enfisema, son las dos enfermedades pulmonares no cancerosas provocadas por el tabaco; además que al fumar se dañan órganos como los pulmones, la boca y la faringe. Los graves efectos a largo plazo del tabaquismo, son sobre el corazón y los vasos sanguíneos debido a la nicotina más que a otros componentes del humo. Además, los fumadores tienen arrugas prematuras en la piel, una menor capacidad física para el ejercicio o el esfuerzo físico, respiraciones más cortas, vértigos, disminución de la capacidad mental y visión nocturna defectuosa (Goldstein, 2003). No obstante, pese a que propiamente no hay cambios psicológicos importantes, los efectos físicos son demoledores para el desarrollo posterior del ciclo salud-enfermedad. Sobre todo, que mientras se alarga el consumo de tabaco se aumenta la probabilidad de muerte.

Para concluir, se destaca que el consumo de sustancias como el alcohol y tabaco, tienen secuelas a diversos niveles, impactando de manera importante la salud física y psicológica. Sin embargo, aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta al consumo desmedido, hay grupos más vulnerables que otros, como los niños y jóvenes quienes pueden truncar su posibilidad de lograr un óptimo y sano desarrollo.

No obstante, aunque sólo se hayan señalado el impacto a nivel individual, resulta igual de importante resaltar aquellos factores contextuales que contribuyen al desarrollo del consumo a corto y a largo plazo. Entre los factores que aportan al consumo en niños y jóvenes, es desde luego la familia, ya que es el primer entorno en donde comienza el desarrollo de toda persona. En entonces, que la familia, resulta ser un ambiente fundamental en el que se pudiera fomentar el aprendizaje, la normalización y la conformación del consumo temprano de sustancias legales e incluso ilegales.

CAPÍTULO II. FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS CON LA ADICCIÓN

Para llevar a cabo un análisis acerca de los factores determinantes o relacionales que conforman el entorno y al propio individuo, resulta fundamental agrupar los factores o relaciones dado que las conductas adictivas y los temas abordados se retoman desde una perspectiva multifactorial. Parece fundamental detallar el conjunto de procesos e interrelaciones que se llegan a generar en algunos grupos de variables y así, visualizar cómo se desarrollan los efectos de los factores de interés dentro de la problemática de las adicciones. Particularmente dentro del conjunto de factores familiares.

Con relación a lo anterior, Pons y Buelga (2011) consideraron que la explicación ecológica reinterpreta el problema del consumo de sustancias, es decir, hay un abordaje amplio y multicausal. Al considerarlo como un fenómeno integral y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto. La explicación ecológica tiene sentido por sí misma, por cuanto contempla al consumidor y a todos los factores que de ninguna forma se consideran aislados sino más bien integrados dentro de una estructura ambiental más amplia que es, precisamente, la que les otorga sentido, y de la cual, a su vez, son creadores.

Autores como Nogal (2013); Salvador, Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar, & Cascales, (2010); Kostelnik, Whiren, Soderman, & Gregory, (2009), hicieron referencia a una serie de factores que fueron agrupados en sistemas con el objetivo de puntualizar el impacto que generan en el individuo, cómo interactúan entre sí y se retroalimentan. Por lo cual, recuperaron desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1987) los principales factores implicados y en constante relación en la conformación y desarrollo de una o varias conductas adictivas. Entre estos factores y sistemas, se encuentran el Macrosistema, el Exosistema,

Mesosistema, Microsistema, los Factores Personales y otros factores que resultan importantes en la adquisición de una adicción.

De manera inicial, se refirió a los Factores Personales, como aspectos de la personalidad del individuo que se plasman en sus acciones, pensamientos o emociones. La presencia de trastornos psicológicos (estados emocionales adversos como la ansiedad y la depresión, rasgos de impulsividad, conductas disociales y la escasez de habilidades sociales). Algunos otros factores personales reflejan la conexión directa del individuo con la conducta adictiva, entre ellos, se mencionó la búsqueda de sensaciones, las expectativas positivas sobre el consumo, la baja percepción de riesgo hacia algunas conductas y los efectos reforzantes de la droga. Frente a los factores que implican al individuo y al entorno; el refuerzo social de la conducta adictiva, la alta influencia de otros que llevan a cabo conductas de riesgo, por mencionar algunos (Nogal, 2013).

Por otra parte, el siguiente sistema implicado sería el social, señalado como Microsistema, mismo que abarca personas, materiales, actividades y las relaciones interpersonales que el individuo efectúa directamente en situaciones como el hogar o la escuela, la familia, grupos como la iglesia o el centro recreativo. En el sistema se desenvuelven factores que en cierta medida son macroscópicos, pues tiene que ver con el entorno más o menos inmediato de la persona (Nogal, 2013; Kostelnik, et al., 2009).

Concretamente la familia es el núcleo de socialización primario de las personas y como tal, ejerce un importante papel en el desarrollo de los patrones de comportamiento del individuo (Recuperado de Becoña, 2002). En el seno de la familia, el individuo establece sus primeros vínculos interpersonales, desarrolla sus emociones, forja sus valores y va adquiriendo su propia identidad (García & López, 2012). Además, se considera al ámbito familiar importante, puesto que, desde la infancia, se interiorizan los distintos patrones de conductas y concepciones sobre el mundo, entre ellas, aquellas que se refieren a los

consumos de drogas, frente a la posibilidad de presentar o no modelos y patrones adictivos (Martínez & Pallares, 2013)

Además, se encuentran los centros educativos o de trabajo (donde se pasa mucho del tiempo y en donde se encuentran actitudes o conductas adictivas que pueden impactar en el desenvolvimiento social del individuo). En donde generalmente se encuentra el grupo de amigos, como factores de riesgo y protección, que depende de los valores del grupo hacia el consumo, la unión o la presión grupal, así como la forma de ocupar el tiempo libre o de ocio (Nogal, 2013; Kostelnik, et al., 2009).

Frente al sistema siguiente, se conjuntan los microsistemas. Es entonces, el Mesosistema que se establece como plataforma en donde se conectan, combinan y se coordinan, para dar paso a sistemas como la familia, la escuela o grupos de compañeros. Es decir, el ambiente familiar, por ejemplo, influye en el aprendizaje social en la escuela y a la inversa, por lo que se reflejan conexiones entre los sistemas. Las relaciones y conexiones, se consolidan si los integrantes de un microsistema se comunican entre sí; y mejoran si sus valores sociales son apreciados en otro sistema (Salvador, et al., 2010; Kostelnik, et al., 2009). Por tanto, el Mesosistema es una plataforma en donde ocurren procesos de comunicación y retroalimentación.

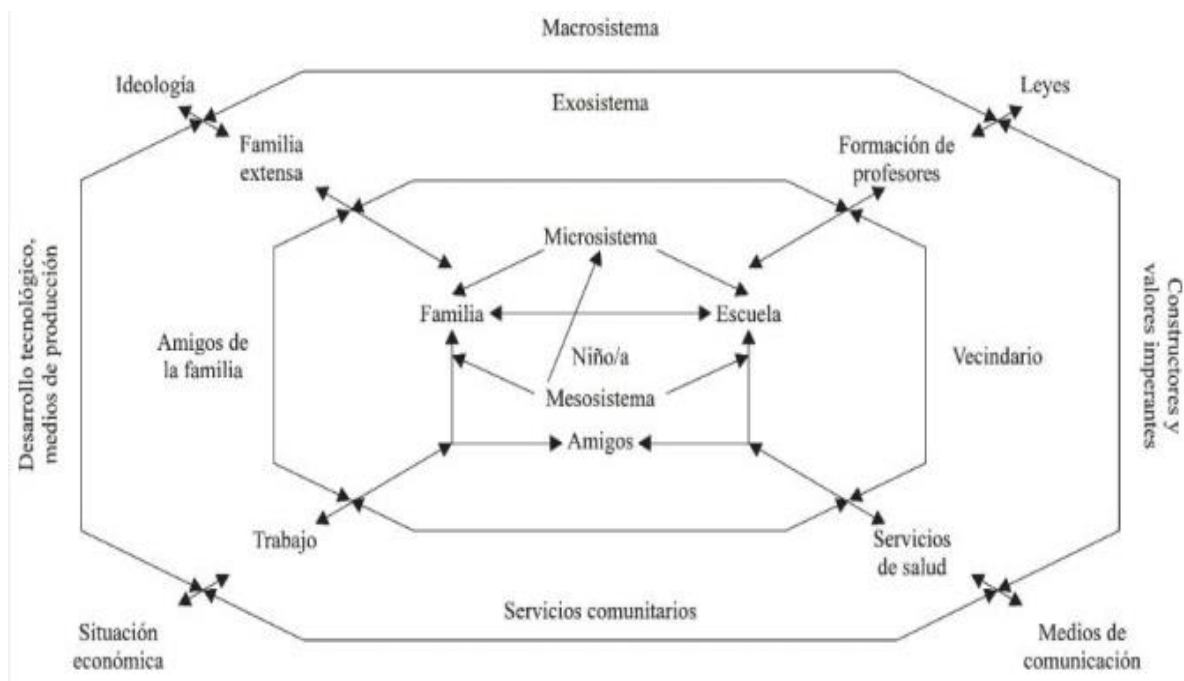
En relación al Exosistema, es donde se representa el entorno y situaciones donde no se tiene un contacto directo, pero que influyen. Como las condiciones laborales y de vida, mismas que inciden en los adultos que conviven con el niño, y que a su vez le afectan. Las políticas que se establecen influyen en la familia del niño, en su educación y experiencias recreativas. El estado de ánimo de los padres, su nivel de estrés, sus ingresos y el tiempo libre son factores relacionados con el Exosistema que repercuten en el niño (Kostelnik, et al., 2009). En particular, respecto a conductas adictivas, se mencionaron factores intervinientes, como las actitudes favorables de los compañeros, hacia el consumo de drogas. El consumo

de alcohol y drogas paterno; así como actitudes parentales favorables hacia el consumo de drogas (García & López, 2012).

Por último, dentro de los factores Macrosociales, se constituye el contexto más amplio en donde operan los sistemas anteriores bajo los dominios culturales. Ya que los sistemas que se definen a partir de valores, creencias, leyes y tradiciones compartidas, por individuos y grupos. Es así que, desde esta perspectiva de las adicciones, se encuentran factores sociales que influyen en mayor o menor medida como las pautas sociales en algunos países; los factores religiosos, factores culturales, factores políticos (países con mayor o menor restricción con respecto al consumo); factores económicos (para la producción y distribución); factores legales (la legislación o prohibición sobre el consumo, producción y distribución de sustancias). Asimismo, están los medios de comunicación, las opciones de ocio y tiempo libre; la accesibilidad y disponibilidad de drogas. Por último, es fundamental el ambiente de desarrollo como la comunidad, lugares de reunión o de ocio (ya que estos ambientes promueven posturas a favor o en contra del consumo de sustancias adictivas) (Nogal, 2013; Kostelnik, et al., 2009).

En suma, los sistemas anteriores y las interrelaciones en todos los niveles son los que generan la predisposición a las conductas adictivas. Autores, como López, Etxebarria, Fuentes & Ortiz, (2013), recopilaron y esquematizaron, aquellas esferas que influyen en la ecología del desarrollo (Figura 1):

Figura 1. Esferas de influencia en la ecología del desarrollo



Nogal (2013) señaló que el consumo de sustancias se desarrolla a partir del conjunto de factores que se relacionan e intervienen en la problemática. Es decir, un sólo factor o las relaciones que sólo pudieran llegar a ocurrir en un nivel no generan una conducta adictiva. La convergencia de varios factores y sistemas, que se relacionan entre sí de manera lineal (confluyen factores dentro de un mismo sistema) y en diferentes niveles (se relacionan factores de diferentes sistemas) son los que generan interrelaciones que predisponen y forman parte de un acontecimiento adictivo.

Cabría entonces subrayar que las interrelaciones no sólo son evidentes tras un fenómeno, como lo son las adicciones, sino de manera general en el desarrollo de un individuo, grupo, contexto o cultura. Por lo que parece natural que bajo ciertas relaciones podría generarse otro tipo de problemática o acontecimiento, que tenga como consecuencia la convergencia de los sistemas. Es entonces,

necesario conocer qué interacciones generan o se asocian con mayor determinación en una adicción.

En concreto, el siguiente apartado es direccionado hacia las interrelaciones que se desarrollan a partir de la conjunción de microsistemas como la familia, debido a su relevancia en la predisposición y conjugación de las conductas adictivas en los menores de edad. Las relaciones residen desde la dinámica entre los integrantes así como las conexiones (Mesosistemas) entre el microsistema y los factores personales.

Por tanto, se señalará que, a lo largo del desarrollo del individuo, las pautas biológicas y psicológicas se verán inmersas en un contexto intersistémico por lo que se irían modificando. En definitiva, se puede constatar que todo lo que sucede alrededor de un individuo proviene de múltiples relaciones e intervinientes, es por eso que al analizar una problemática parece que los efectos son multicausales. Tomando en cuenta desde los niveles más próximos hasta los que confluyen con la cultura y el ambiente. Debido a lo anterior, se requiere analizar a detalle, las relaciones e interacciones que se forman alrededor de las conductas adictivas.

2.1 Concepto de Familia

La familia es una institución de presencia universal cuyo abordaje amerita un enfoque multidisciplinario, principalmente porque es el contexto por excelencia para el desarrollo humano durante los primeros años de vida. Aunado a que presenta una amplia variabilidad en cada grupo social dependiendo del momento histórico, ubicación geográfica e ideología donde se encuentra inmersa.

En relación a la definición, Valdés (2007) comentó que, ante la diversidad de características, se reafirma la idea de que no existe una definición única y correcta de familia, pues existen numerosas definiciones formuladas desde perspectivas

teóricas e historias de vidas particulares, en donde los sujetos definen su familia utilizando varios criterios. Por lo que se recuperó de Andersen (1997) que *“la familia vista como concepto abstracto no existe, sino que existen tantos tipos de familias como sujetos que las definan en su discurso”*. Es así que se consideró que la familia actual comprende un sistema de relaciones de parentesco (no necesariamente implica consanguinidad) reguladas de forma muy diferente en las distintas culturas. Estas relaciones tienen como elemento nuclear común los vínculos afectivos entre sus miembros, que se expresan mediante la alianza entre los integrantes con uno u otro grado de pasión, intimidad y compromiso.

La Organización mundial de la salud (OMS, 1979) la definió como un *“conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos como: padre, madre, hermanos, etc... con un modo de existencia económico y social comunes, además de sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”*. Que conforman una *“unidad de parentesco, un grupo de individuos unidos por vínculos de sangre, matrimoniales, adoptivos u otros lazos íntimos”* (APA, 2010; Nuñez & Ortiz, 2010).

Con relación a las funciones familiares, estas se dividen en básicas y universales, siendo las universales aquellas que no han cambiado en el tiempo e incluyen: la reproducción, protección, la posibilidad de socializar y la canalización de afectos (Pérez Lo Presti & Reinoza, 2011) mientras que las funciones básicas se encaminan a proveer los medios de subsistencia para los miembros e incluyen la alimentación, vivienda, salud, educación, cuidado y seguridad (Parada, 2010). Ambas están dirigidas a brindar bienestar a los integrantes y mejorar la calidad de vida. Asimismo, una de las funciones más importantes que tienen las familias en las sociedades contemporáneas, es transmitir y modelar tanto actitudes como repertorios conductuales, que les permitan a sus miembros asumir posiciones responsables y saludables, ante situaciones de riesgo a lo largo de su vida, como lo es el consumo de sustancias (Guisa, 2008).

En consecuencia, la importancia de la familia reside en que los miembros de la familia contraen un apego de larga duración: constituyen un vínculo con el pasado y una perspectiva del futuro. Pues ellos representan las más tempranas relaciones sociales, modelos de conducta y de papeles, de valores y creencias, además de estimularlos en el aspecto intelectual. La mayoría de los factores ambientales se canalizan por medio de la familia quien transmite al niño las costumbres, ideas, creencias y puntos de vista aceptados por la sociedad donde vive (Kostelnik, Whiren, Soderman, & Gregory, 2009).

Particularmente en el grupo familiar se promueven aquellas interacciones sociales que, por ser significativas para el sujeto, van a ser interiorizadas y por lo tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo (Valdés, 2007). Estas adquisiciones permiten un desarrollo cognitivo y emocional, así como el establecimiento de relaciones interpersonales facilitando la incorporación de pautas culturales de su entorno. Es una guía que constituye en sí misma el primer tejido social (Aguilar, 2001; Ceballos & Rodrigo, 2005; Palacios & Rodrigo, 2005; Guisa, 2008).

Particularmente, se facilita el establecimiento de vínculos afectivos por medio de la vinculación emocional, es decir, los niños a medida que crecen dentro de la trama familiar se proporcionan modelos de ser, de resolver situaciones proponiendo significados y valores que les van a servir como pauta para que organicen su personalidad y constituyan su identidad. Estos modelos se eligen mediante procesos de identificación, principalmente en ambas figuras parentales (Cantón, et al. 2007).

En consecuencia, la investigación actual asume que a través de la socialización familiar las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas y valores que dan sentido social a las relaciones y se forman una idea de lo que son y del mundo que les rodea (Recuperado de Gracia y Musitu, 2001; Musitu et al., 2001). Las estrategias y mecanismos que los padres utilizan para

transmitir los contenidos de la socialización y regular la conducta de los hijos influyen notablemente en el desarrollo psicológico y social de éstos (Recuperado de Lila, Van Acken, Musitu y Buelga, 2006) (Pons & Buelga, 2011). Es así, que la familia como primer agente socializador del individuo, da pie a que el individuo conozca otros ambientes que lo rodean: familiares, vecinos, amigos, la escuela o la comunidad. Como resultado, este microsistema no se encuentra aislado. Martínez & Pérez (2004), refirieron que estos ambientes “*se encuentran anidados unos con otros y forman gráficamente un sistema concéntrico que comienza con el conjunto de valores, principios y normas aceptados en un entorno o cultura dada*”.

Como grupo primario de socialización, la familia establece pautas y normas de conducta con el compromiso de encaminar a sus integrantes en el desarrollo de la socialización con el entorno que los rodea (Oliva & Villa, 2014) por lo que se considera como “*un contexto social, educativo y de aprendizaje...*” (Flaquer, 1998 en Martínez & Pérez, 2004) que brinda “*el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sociales, emocionales y económicas, siendo el primer agente transmisor de normas, valores y símbolos*” (Quintero, 2007).

Por lo tanto, la familia no es estática, pues ante un ambiente de constante aprendizaje se encuentra en constante transformación, se adapta a las exigencias del desarrollo individual de los miembros, así como a las exigencias del entorno. Por lo que cualquier cambio en la estructura familiar, en alguno de los miembros, o dentro de uno de los subsistemas va a repercutir necesariamente en todo el sistema. Este cambio asegura la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros (Lila, Musitu, & Buelga, 2000; Cantón, Cortés & Justicia, 2007).

De modo que constantemente es configurada por los miembros mismos y por el entorno, por lo que difícilmente puede abordarse como un agente inmutable. En cambio, tiene que estudiarse como un elemento activo que no se estaciona, sino que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad

evoluciona de un grado más bajo a otro más alto (Engels, 2011). Cada familia se caracteriza por una forma particular de comunicarse, de expresar sus sentimientos, de cumplir los roles y funciones, de relacionarse, de enfrentar los conflictos. Cada familia es única y tiene un estilo propio de dinámica o funcionamiento diferente al de otras familias. Para entender la complejidad del funcionamiento del sistema familiar es importante analizar su sistema de valores, su sistema normativo, el funcionamiento de los subsistemas que conforman la estructura familiar (conyugal, parental y filial), la relación que se establece entre ellos, la evolución que la familia sigue en su ciclo vital y su capacidad de adaptación a los cambios y a las crisis (Rojas, 2013).

Por tanto, la familia es un microsistema que se encuentra en constante cambio estructural por los cambios en la sociedad, por lo que necesita adaptarse y mantener su equilibrio interno, para lograr esto, modifica su estructura por medio de la creación de nuevas reglas, la flexibilización de otras y la redistribución de tareas, permitiéndole así a los integrantes adquirir habilidades para adaptarse de manera óptima a las exigencias del ambiente (Carrillo, 2004). Es entonces que la familia es un sistema abierto que se va modificando constantemente conforme la sociedad va cambiando, lo que permite que la configuración de esta tenga diversos matices (Parada, 2010).

Si bien es cierto que para conceptualizar el término familia no existe un consenso, también es cierto que con el transcurrir del tiempo la sociedad ha modificado la configuración de esta institución y estos cambios que van más allá de lo semántico, sino que son el reflejo de vivir en una sociedad plural y multicultural. Estas modificaciones en el concepto y estructura de la familia tradicional han repercutido sustancialmente en los roles que desempeña cada miembro, así como y en las configuraciones que hoy en día existen, es decir, se ha modificado internamente y a su vez ha modificado al ambiente donde se encuentra inmersa.

2.2 Tipos de Familia

A través del tiempo, la sociedad y la cultura han modificado el concepto y la configuración de la familia permitiendo que tenga diversos matices, esto con el objetivo de apoyar o, por el contrario, socavar, los esfuerzos de los niños por adaptarse tanto a su entorno como a su nueva situación familiar (Cortés, & Cantón, 2010) y aunque la configuración se modifica, las funciones que desempeña no varían y entre ellas se encuentran el cuidado la protección y el afecto. Parada (2010), refirió que la familia ha dado un salto “trascendental” del simple hecho biológico, es decir, va más allá de la forma tradicional, de la unión de dos personas de distinto sexo con el fin de reproducirse, por lo que actualmente se encuentran diversas configuraciones familiares conformando a la sociedad.

Las modificaciones en la estructura se dan por motivos como la separación y el divorcio, ambos impactando no solo a la pareja sino también a los niños y el entorno que los rodea (Jiménez, Amaris & Valle, 2012). El divorcio se entiende como un proceso de cambio en el que se encuentran implícitas reorganizaciones, transacciones y que trae consigo momentos de estrés para toda la familia, no obstante, cada miembro es afectado de manera diferente, los niños particularmente ante la confusión y aprehensión que les provoca el cambio de las relaciones familiares y en su propia vida experimentan estrés emocional y problemas de conducta como; cólera, resentimiento, desobediencia, ansiedad entre otros (Hetherington, 2003; Kelly, 2003 Recuperado por Arranz & Oliva, 2010).

Esta situación estresante que surge de la separación de los progenitores introduce a los hijos a en una serie de cambios y potenciales estresores que pueden pasar factura a su ajuste emocional y comportamental debido a que están experimentando un mayor número de cambios o transiciones familiares, algo que suele estar asociado a problemas comportamentales y académicos, dando como

resultado que este tipo de familias sean menos estables (Kurdek, Fine, & Sinclair, 1995. Recuperado por Oliva, Parra & Antolin, 2010).

Algunos de los problemas implican síntomas externalizantes como: agresión, desobediencia, conducta antisocial, problemas con los padres y figuras de autoridad; así como consumo de drogas, consecuencias académicas y económicas se relacionan con personas que han padecido problemas en el ámbito familiar. Aunque es importante mencionar que estas conductas no se presentan en todos los niños, es decir, a pesar del mayor riesgo que corren los hijos de padres divorciados (Hetherington, 2003; Rushena, Prior, Sanson & Smart 2005 Recuperado por Arranz & Oliva, 2010).

Y así como la estructura se ve modificada ya sea por la presencia de un divorcio o por algún cambio significativo, la dinámica, la repartición de roles y la constitución familiar cambia e incluso en las relaciones que establecen y los acontecimientos que viven día a día, es decir, los acontecimientos particulares que la familia experimenta (Eguiluz, 2003).

Aunado a lo anterior, los procesos de individuación y el desarrollo de los miembros son los que demandan a las estructuras familiares cierta flexibilidad para acomodarse a los requerimientos de las situaciones de vida y a las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia (González, 2007).

De esta manera factores internos o externos propician que la familia no tenga una forma fija, sino que presente diversas configuraciones con un desarrollo y estructura particular. Entre las que se encuentran las familias monoparentales, familias reconstituidas, familias adoptivas y familias homoparentales (Cortés, & Cantón, 2010).

De acuerdo con el número de elementos que la conforman la literatura menciona a la familia nuclear y la extensa. La familia extensa está conformada por

padres e hijos más la familia colateral, es decir, tíos, primos, abuelos. Este tipo de familia como red de apoyo social desempeña un papel importante y los abuelos sobresalen, debido a que es común que los padres encuentren en ellos una alternativa de cuidado y educación para los hijos durante las horas en que trabajan fuera de casa (Eguiluz, 2003).

Es por factores de herencia y sucesión, o por el nivel de pobreza de las familias que albergan a los hijos casados que se conforma este tipo de familia, la literatura menciona que, a menor nivel socioeconómico más se establecen redes de relación con familiares y parientes. Asimismo, pueden formarse cuando los núcleos familiares se separan o se divorcian y los hijos de estos rompimientos buscan a los abuelos, tíos u otros familiares para su estabilización familiar (Eguiluz, 2003).

La familia nuclear por otra parte está conformada por dos personas que comparten un proyecto de vida en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia, así como un compromiso personal entre los miembros. Una vez que los hijos llegan a la familia son los progenitores los que se encargan de la función de crianza y socialización de los niños y niñas, apoyados en los tres subsistemas de relaciones familiares: adulto-adulto, (entre la pareja), adulto-niño (entre padres e hijos), y niño-niño, (entre hermanos), cada uno con sus particularidades y en conexión con los otros subsistemas (Eguiluz, 2003).

Autores como Soage, Vásquez & Sejio (2003) han estimado que la falta de uno de los progenitores en el día a día, aunado a la falta de recuerdos de la familia originan en los niños una conmoción que propicia la presencia de estados emocionales de tristeza, miedo, enojo, culpa, soledad, entre otros.

Por lo que los niños se encuentran mejor adaptados cuando disfrutan de relaciones afectuosas con los dos padres activamente implicados, ya que *“La unión del padre y la madre, da al niño una base sólida para la formación de su*

personalidad” (Ajuriaguerra, 2002) independientemente de que se desarrollen en familias nucleares o monoparentales (Cantón, Cortés & Justicia, 2007; Cortés, & Cantón, 2010).

Otro tipo de familia que se deriva de la disolución de la familia nuclear es la familia reconstituida o con nuevos matrimonios, estas son familias que resultan de un segundo o tercer emparejamiento tras la separación o el divorcio del matrimonio anterior, formando una relación con o sin vínculo matrimonial y donde por lo regular hay algún hijo que no fue procreado en común. Siendo así su composición más compleja al estar constituida por más miembros como: padres biológicos y padres no biológicos, puede haber hermanastros, medios hermanos y hermanos con vínculo sanguíneo (Oliva, et. al, 2010).

Los caminos por los que se puede dar una reconstitución familiar son diversos, no obstante, la situación más frecuente es la de una mujer con hijos que provenía de una familia nuclear separada y tras un tiempo de hacerse responsable sola de sus hijos decide formar pareja con un hombre con el que puede o no tener hijos. La mayoría de los niños que pertenecen a este tipo de familias habrán experimentado una situación complicada y estresante como es la separación de sus padres (Dunn, 2002 Recuperado por Oliva, et. al, 2010).

Cabe destacar, que el ajuste final de los niños y niñas que viven en familias reconstituidas, dependerá de toda una serie de factores como; la presencia de dificultades económicas, prácticas educativas inconscientes o la ausencia de apoyo en el hogar. Por el contrario, la presencia de adultos implicados, cariñosos y que despliegan prácticas educativas democráticas, protegen a los niños y adolescentes de los posibles efectos adversos de la reconstitución; además de promover su bienestar y dotarlos de estrategias para afrontar los retos de la nueva situación familiar (Hetherington & Stanley-Hagan, 2002 Recuperado por Oliva, et. al, 2010).

Otras de las configuraciones familiares importantes, es la familia adoptiva que está basada en la falta de vínculo biológico entre padres e hijos. Entendiéndose que *“La adopción es aceptar como hijo a alguien que no lo es por la vía biológica, formando una familia o ampliándola, con todos los derechos y obligaciones legales, los mismos que tiene una familia biológica”* (Levy Soussan, 2001).

Las características de este tipo de familia son diversas, tanto por los motivos que llevan a la adopción como por las características de quienes adoptan y de quienes son adoptados, así como por la dinámica de relaciones que se establecen en su interior, debido a que la adopción se basa en la vinculación afectiva entre los padres y el niño o la niña, y en el soporte jurídico que legaliza la unidad familiar. *“Adoptar es criar un niño que dará continuidad a la familia y que a través de la crianza va adquiriendo el sentido de pertenencia a esta familia”* (Levy Soussan, 2001). Por tanto, será un proceso doble en primer lugar el de unos padres que adoptan a un niño o una niña como hijo; y en segundo lugar, pero no menos importante el de un hijo que adopta a unos adultos como padres.

Es importante mencionar que bajo el nombre genérico de familias adoptivas se encuentran realidades muy diversas: familias monoparentales, parejas heterosexuales y homosexuales, con hijos biológicos previos y sin ellos, que adoptan a un solo niño o que adoptan a más de uno. En donde las relaciones padres-hijos en las familias adoptivas se parecen más que ninguna otra cosa, a las relaciones de padres e hijos en familias no adoptivas. Por consiguiente, gran parte de lo que ocurre en las familias adoptivas no necesita de explicaciones muy diferentes de las que se pueden dar con respecto a cualquier otra configuración familiar (Eguiluz, 2003).

Por último, pero no menos importante, se encuentran las familias homoparentales denominadas así a aquellas constituidas por progenitores homosexuales. A pesar de los prejuicios que con frecuencia han empañado a este tipo de familias, la realidad es que tienen muchos puntos en común con otras

configuraciones familiares con quienes a veces comparten el modo de acceso a la parentalidad; adopción, reproducción asistida, o familias reconstituidas (González, López, & Gómez, 2010).

Son distintas las vías por las que se puede llegar a conformar una familia homoparental, sin embargo, todas ellas suponen un plus de decisión, esfuerzo y empeño, siendo una de las fortalezas de estas familias el hecho de que las maternidades o paternidades son muy reflexionadas y deseadas lo que propicia un ambiente de comunicación, los padres se muestran afectivos y buscan el respeto y autonomía de los niños y niñas (Ryan, 2007; Bos et. al, Recuperado por González et. al, 2010).

Por lo que ante estas familias que mantienen buenas relaciones entre sus miembros y que están creando nuevos modos de entender las relaciones dentro del marco familiar que promueven y desarrollan estilos educativos e interactivos con sus hijos e hijas, además de que intentan transmitir valores de igualdad, libertad y tolerancia (González et. al, 2010).

Y aunque los hijos de este tipo de familias recientemente han pasado a ser visibles, anteriormente la crianza y educación por parejas homosexuales estaba velado por estigmas, tabúes y hasta la persecución que habían rodeado tradicionalmente a la homosexualidad, lo que puso un manto de ocultación a estas realidades familiares (González et. al, 2010).

A manera de conclusión, es importante recalcar que las formas y las expresiones respecto al sistema familiar permiten conocer los diversos contextos en que se expresa el desarrollo humano. Pues desde la perspectiva sistémica, la familia es una institución social en la que las relaciones establecidas entre los miembros (niños, adolescentes, adultos o ancianos) posibilitan el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y conductas que, en un ambiente de cariño y apoyo permiten la integración y funcionalidad del individuo (Eguiluz, 2003).

Un entorno y dinámica familiar disfuncional disparan las probabilidades de inicio en el consumo de sustancias de niños y adolescentes, así como poca comunicación, autoritarismo paterno, falta de límites y escasa participación de los hijos en la toma de decisiones ya que es el entorno familiar, la convivencia del niño con sus iguales y el ambiente escolar factores importantes en el desarrollo de conductas adictivas (Lorenzo. 2009). Facilitando además el acceso al consumo si proviene de una familia desintegrada donde existe un relajamiento en cuanto a valores, falta de orientación y supervisión paterna de tutores e incluso de profesores (Bawmrind, 1973 & Stiper, 1992 Recuperado por Gómez, 2003).

En cambio, los que se encuentran en una familia integrada con una convivencia positiva encontrarán alternativas fuera de las drogas para divertirse y disfrutar (Gómez, 2003), ya que la unión familiar da seguridad a los miembros y es determinante para la adaptación posterior de los niños dentro de la sociedad (Ajuriaguerra, 2002).

De esta manera, es la disfunción familiar la que da lugar a problemas posteriores en el desarrollo y comportamiento de los niños y adolescentes, independientemente de la configuración familiar en la que se encuentren inmersos ya que las funciones de cuidado, protección, afecto son universales en cualquier núcleo familiar.

2.3 Factores de Protección Asociados a las Adicciones en el Grupo Familiar

Frente a lo descrito, se consideró al contexto familiar como parte importante no sólo en el desarrollo de cada individuo, sino también en las interrelaciones que generan conductas adictivas en niños, niñas y adolescentes. Por lo que, se abordó de primera instancia a la familia desde dimensiones o factores que obstaculizan y/o vulneran, el desarrollo de las adicciones. Es por eso que, de inicio, se consideró a los factores de protección, es decir, aquellas variables que se

relacionan de forma multivariada, manifestándose e incidiendo de manera distinta en cada individuo o contexto, con respecto a las múltiples interrelaciones que convergen.

Un “*factor de protección*” ha sido considerado (Arbex, 2013; Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009) como un indicador que muestra evidencia de una relación moderadora, sobre el resultado del riesgo de problemas o que media el impacto de un factor de riesgo que aporte al desarrollo de un problema o una conducta negativa. Los factores se caracterizan, porque se manifiestan como 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 una implicación con las mismas (Clayton, 1992).

No obstante, es imperativo no tratar de englobar a los factores de protección como el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable. Por el contrario, se tratan de otros factores cuya presencia amortigua el impacto; es decir, hace a la persona resistente y capaz de sortear los factores de riesgo, a los que se ve expuesta (Salvador, Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar & Cascales, 2010). Es por tanto, parte de un conjunto de relaciones en constante cambio, en donde un solo factor no es totalmente determinante en el desarrollo de una conducta o decisivo al eliminar una conducta. Pues como mencionó Arbex (2013), los factores son algo más que sólo factores opuestos a los de riesgos. Puesto que los factores de protección, ayudan a explicar por qué algunos niños/as que están creciendo en entornos y circunstancias desventajosas, no realizan comportamientos antisociales y/o consumen drogas.

Asimismo, parece necesario destacar que todo aquello que reduce la probabilidad de una conducta de riesgo no debe ser considerado inmediatamente como factor de protección. Por ejemplo, al tomar en cuenta un factor como la autoestima social, no habría forma de combatir o prevenir el factor en los adolescentes. Sino más bien potenciar y canalizar, la autoestima social hacia

contenidos congruentes con el cuidado de la salud, al mismo tiempo que se fortalecen otros factores de protección (Pons & Buelga, 2011). Es así, que se pueden canalizar para prevenir los riesgos, que se pueden producir en la vida de un joven. Pues al interactuar con un factor de riesgo, se busca entonces atenuar sus efectos o mediante la ruptura del encadenado de riesgos, que puede conducir a un comportamiento negativo (Arbex, 2013).

En suma, un factor de protección no sería definitivo, para contrarrestar o eliminar un riesgo. Sin embargo, aporta en la configuración y desarrollo de conductas que ayudan a un individuo o contexto, a regular variables que implican riesgo para la estabilidad de un sistema. Puesto que como señalaron Salvador, et al., (2010) reducen la probabilidad (aquellas características individuales, ambientales o sociales) de que una persona expuesta a factores de riesgo inicie o mantenga el consumo de una o varias drogas.

No obstante, hablar de factores que protegen, es también detallar características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores o conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica (Páramo, 2011). Es por tanto, que de acuerdo a González, Sevillano & Rey, (2007) se pueden identificar grandes áreas de desarrollo en los factores de protección (mismos que, con otras características, podrían ser factores de riesgo), tales como: familiares, comunitarias, escolares, de compañeros e iguales e individuales.

En contexto, frente a investigaciones que agrupan factores de protección, con respecto a la problemática de las conductas adictivas, López & Rodríguez (2012) detectaron algunos factores protectores comunes como lo son las habilidades sociales y la creencia en el orden moral. Los autores igualmente distinguen en la literatura, las oportunidades para la implicación positiva y las recompensas por

dicha implicación en la comunidad, la familia y la escuela. La implicación positiva tiene que ver con reconocer las aportaciones de los jóvenes tanto en el ámbito comunitario, como el escolar y el familiar. En la familia, además, se incluye el apego familiar. Los factores de protección del individuo e iguales son la religiosidad, las habilidades sociales y la creencia en el orden moral, esto es, tener claro lo que está bien y lo que está mal.

No obstante, el presente trabajo ha sido centrado en los factores familiares. Ya que como puntualizó García & López (2012) aunque el consumo de drogas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes tiene una etiología multidimensional, la familia debe ser vista como una de sus dimensiones más relevantes, sobre todo a edades tempranas. Esta relevancia viene determinada tanto por sus efectos directos como indirectos. Puesto que los padres ejercen o pueden ejercer un control que va más allá del marco del hogar (la escuela, los amigos, el barrio), ya que puede estar en sus manos condicionar el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos, favoreciendo unos y entorpeciendo otros, bien mediante la supervisión y el control directo, o bien mediante la persuasión y su influencia como modelos.

Por tanto, parece fundamental analizar el entorno familiar, no sólo como una variable más, sino también a todo lo que se desencadena en su interacción con otros factores y sistemas. Puesto que se habla de un sistema, igualmente multidimensional.

Con relación a las características anteriores, se connota uno de las principales propiedades de la familia. Se puntualizó entonces (Becoña & Vázquez, 2001) que desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano mediante dos procesos: el aprendizaje y el de socialización. La socialización, es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad o tribu. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la

vida, aunque su mayor importancia se produce en el periodo que va de la niñez a la adolescencia.

Mismo proceso que como ha sido mencionado, tiene lugar de primera instancia en la familia, pues es el agente más importante de la socialización; luego en la escuela, seguido por los compañeros y los medios de comunicación (Becoña & Vázquez, 2001). En particular, es mediante la familia, que las personas interiorizan las normas que le permiten establecer determinadas formas de interacción social. Por ejemplo, en el hogar se adquieren los valores, creencias, actitudes y hábitos que influyen en el pensamiento y comportamiento de las personas a lo largo de su vida. Cabe destacar, que las interrelaciones que se generan a partir de la estructura familiar y de un individuo, dan paso no sólo a valores y a creencias, sino también a conductas de protección y conductas de riesgo. Además, se genera y se consolida una identidad, otorgando una determinada imagen y concepto sobre quién es y qué lugar se ocupa con respecto al mundo en el que se habita, conformándose así su autoconcepto y su autoestima (Guisa, 2008).

Debido a lo anterior, es evidente que la familia no sólo brinda guía sobre el desarrollo social, sino de igual manera sobre el desarrollo emocional. Papalia, Feldman, & Martorell (2012) señalaron además otras influencias importantes, que aporta el ambiente familiar sobre el desarrollo de los niños. Pues mencionaron que un factor que contribuye a configurar la atmósfera familiar, es si la familia brinda apoyo y es cariñosa, o si está cargada de conflictos.

Es decir, el ambiente positivo y de contención, que ofrece la familia aporta al desarrollo (en diferentes niveles) y de diferentes maneras en cada persona. Por lo que, frente a todo lo que implica la familia y cómo forma parte del desarrollo de un individuo, sería importante señalar los efectos que las distintas configuraciones familiares tienen sobre el desenvolvimiento individual y/o familiar. Por consiguiente, la función parental y familiar, se torna distinta ante diversas

variables, mismo que ante ciertas interrelaciones presentes configuran factores de protección, en el contexto familiar.

Concretamente, algunos autores como Arbex (2013); García & López (2012) Recuperado de Kumper, Alvarado & Whiteside, (2003); y Aguilar, (2012), puntualizaron que el ejercicio efectivo de la función parental engloba una serie de factores que pueden presentarse como una contrafigura de los principales factores de riesgo. Los tres principales serían las relaciones paterno-filiales positivas; la supervisión parental y la disciplina consistente; las actitudes y valores parentales contrarios al uso de drogas.

Asimismo, lo anterior se constata, al haberse presentado concordancia entre lo que reportaron distintos autores como Rojas (2013); Villarreal, Sánchez-Sosa & Musitu (2013); Pons & Buelga (2011); García & Delval (2010); Salvador, Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar & Cascales (2010); Mariscal, Giménez-Dasí, Carriedo & Corral (2009); González, Sevillano & Rey (2007).

En primera instancia, los autores reportaron como un factor de protección determinante a las relaciones paterno-filiales positivas. Mismas que consisten, por un lado, en la educación (incluida la información y formación respecto del uso de drogas) que proporciona la familia a los hijos. Un contexto, donde se presente una comunicación clara, directa y abierta entre sus integrantes; fomentando el diálogo, el amor, el respeto, la confianza, la responsabilidad, la libertad y la asertividad. Es entonces, que se posibilita un buen funcionamiento psicológico del niño y adolescente, así como la aceptación adecuada por parte de los padres, la existencia de una relación paterno filial con una definición clara de los límites de las conductas y respeto de las iniciativas individuales de los hijos, dentro de los límites establecidos. Por lo que se vuelve factible, mediante la calidez familiar, el interés parental por las actividades lúdicas, los intereses vitales y las amistades de los hijos. Bajo un clima emocional estable en la familia, evitando los conflictos de pareja, y si estos existen, evitando trasladarlos a los hijos. En suma, sería la

“calidez”, entendida como una forma cariñosa y respetuosa, pero firme, de establecer límites consistentes a la conducta de los hijos (Rojas, 2013; García & López, 2012; Salvador, et al. (2010); González, Sevillano & Rey, 2007).

Asimismo, y bajo la misma línea, además de la calidez se suma la cercanía emocional, que los padres procuran y fomentan con sus hijos. Que conllevan una vinculación bidireccional de tipo emocional y afectiva. Interrelaciones que se plantean de manera positiva, cuando la familia proporciona apoyo emocional (atención de los padres a los intereses de los hijos); sensación de confianza; afecto y apego mutuo; transmisión de reconocimiento y confianza en las capacidades de los hijos, materializadas en que existan y se verbalicen estas expectativas positivas (reconocimiento y refuerzo de los logros). Procurando un estilo de gestión familiar claro, consistente y respetuoso, que incluya relaciones ordenadas y estructuradas entre padres e hijos. Además, que la capacidad paterno-filial ofrezca escucha a las necesidades percibidas; que se fomente la participación de los hijos en las tareas y eventos familiares (trabajos domésticos, promoción del apoyo y la cooperación entre hermanos, participación y promoción de actividades y relaciones con la familia extensa) (Salvador, et al., 2010)

Es decir, que la calidez y la cercanía emocional, en el ambiente familiar es un canal en el que se genera un ambiente de seguridad, de comunicación, respeto y asertividad. Arbex, (2013) destacó que las relaciones paterno-filiales afectivas y cálidas, caracterizadas por la aceptación y la comunicación positiva, cumplen una función protectora clave, al tener un papel fundamental en la configuración de la autoestima personal en las primeras etapas de desarrollo, en la niñez y adolescencia.

Respecto a lo anterior, algunas investigaciones han puntualizado la importancia de las relaciones filiales positivas. Por ejemplo, Villarreal, Sánchez-Sosa & Musitu, (2013) reportaron en su investigación que un funcionamiento familiar caracterizado por la vinculación emocional entre los miembros de la familia

y la habilidad para adaptarse a diferentes situaciones y demandas de la dinámica familiar se relacionan positivamente con el apoyo familiar. Resulta importante debido a que se ha observado que el apoyo percibido de los miembros de la familia (padres, madres y hermanos/as) se relaciona con el consumo de alcohol. En concordancia, Arbex (2013) mencionó que cuando los niños perciben altos niveles de apoyo en la familia, parece funcionar como un factor protector pues se reduce el riesgo asociado con la tensión y se reducen las expectativas ante las drogas y con las disposiciones de afrontamiento de evitación (Recuperado de Catanzaro y Laurent, 2004). Los procesos prosociales familiares (normas, la vigilancia y el apego) tienen un impacto significativo en la asociación del niño con el grupo de pares, disminuyendo la participación con pares antisociales y reduciendo significativamente los efectos negativos sobre la iniciación en el consumo de sustancias (Recuperado de Oxford et al., 2001).

Además del estilo parental de socialización, la calidad de la comunicación que se establece dentro del sistema familiar se ha considerado por los investigadores como muy relevante, al constatar las irregularidades que muestra con el consumo de alcohol y otras sustancias. En resumen, la calidad de las relaciones paterno-filiales constituye un factor de protección: una comunicación abierta y positiva, en la cual prevalezcan los vínculos emocionales disminuye la probabilidad de consumo de alcohol y drogas en los hijos (Pons & Buelga, 2011).

Aunado a lo anterior, parte de la comunicación, de las relaciones consistentes y estructuradas, ocurre en un segundo factor de protección en el contexto familiar, que acompaña y va de la mano de la calidez emocional, la cercanía y el acompañamiento paterno/filial. Los autores refieren específicamente la supervisión parental y la disciplina consistente. Factor que otorga seguridad, estructura, congruencia y por supuesto estabilidad.

En particular, la implicación de los padres/madres en la educación de sus hijos, el establecimiento de normas positivas, fomento de la comunicación y la

supervisión, parecen ser una de las estrategias más efectivas entre niños vulnerables, para aumentar la resiliencia y reducir la vulnerabilidad a los factores de riesgo. Sobre todo, se destacó la conexión familiar, pues influye en el consumo de drogas fundamentalmente por dos elementos protectores: la supervisión, el acompañamiento positivo de los hijos y la actitud de los padres (Arbex, 2013).

Por el contrario, la llamada “ausencia de monitorización” es el vínculo clave entre las prácticas parentales y el uso de sustancias en los hijos (Recuperado de Lochman, 2006). La monitorización se define como el adecuado conocimiento y supervisión de la conducta de los hijos, estén o no presentes físicamente los padres. Altos niveles de “monitorización” o supervisión podría impedir o dificultar el contacto de los hijos con las drogas y su posterior uso, así como evitar la aparición de otras conductas antisociales. Esta acción puede realizarse directamente, impidiendo el uso experimental de las drogas o favoreciendo la reversión de su uso en las fases iniciales, o bien indirectamente, controlando y dificultando la influencia de los compañeros ya consumidores (García & López, 2012).

Es entonces, que la supervisión y la monitorización, resulta debido a que los padres establecen reglas de conducta claras, que se aplican de forma coherente y consistente (control de horarios de vuelta a casa, racionalización y supervisión del dinero que la familia otorga como paga semanal). Así como las expectativas y normas claras respecto a las responsabilidades de los hijos (Salvador, et al., 2010). En síntesis, el marco protector que incrementa la fortaleza personal y la resiliencia de los niños y adolescentes, en estos entornos de mayor riesgo, integra los siguientes rasgos protectores: la presencia de adultos disponibles que acompañen el crecimiento madurativo del niño, proporcionando seguridad y una disciplina consistente que enseñe a los niños/niñas a autocontrolar su propia conducta, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia (Arbex, 2013).

En definitiva, las relaciones filiales no sólo requieren de calidez emocional sino de una estructura clara que acompañe y prepare a niños y adolescentes. Ya que

en la medida en que la familia brinde un entorno donde haya reglas y apoyo, que enseñan qué esperar; un acompañamiento que ayude a enfrentar las inconsistencias del mundo externo. Es decir, que brinde un ambiente estructurado y que apoye, a lo largo del desarrollo de cada individuo. Por lo cual, la familia impacta en gran medida, en el comportamiento y actitudes -presentes o futuras-, de los jóvenes. Ante lo que es necesario seguir con cautela el impacto que se genera de la convivencia familiar, en el futuro de cada individuo.

Por ello, la literatura refirió un tercer factor, las actitudes y valores parentales, en específico las que son contrarias al uso de drogas. Mismas que ayudan a contrarrestar las conductas de riesgo de niños y adolescentes. De inicio, Salvador, et al. (2010) señalaron que el apoyo y la promoción del aprendizaje, que trae consigo la implicación de los padres en los deberes escolares (interés por las actividades relacionadas en la escuela, contacto y coordinación con las tutorías y el profesorado, etc.); así como la Implicación e interés por otras actividades de crecimiento personal (deportes, actividades artísticas, aficiones, etc.). En un ambiente familiar positivo, la educación se da tomando como base el ejemplo y la vivencia de los valores que orientan las actitudes y los comportamientos de los miembros de la familia; se aprenden habilidades sociales y de resolución de conflictos (Recuperado de Moradillo, 2002). El autor recuperó de Muñoz-Valenzuela (2005) que la buena comunicación además de la claridad en los roles asumidos y la participación de todos en la toma de decisiones, son características que hacen a una familia un factor de protección (González, Sevillano & Rey, 2007).

La familia ha de disponer de modelos de identificación positivos y fuentes de apoyo, fuera de la familia. En efecto, el modelado es uno de los procesos de aprendizaje básico para los niños/as, ya que éstos aprenden mediante la imitación, no solo de las conductas, sino también de los discursos y las actitudes. Por lo tanto, las actitudes negativas hacia el consumo de drogas por parte de los padres/madres, así como la no implicación de éstos en su consumo, se ha

identificado como un elemento protector muy importante (Recuperado de Hawkins et al., 1992 por Arbex, 2013). Cabe destacar que no sólo la evitación del consumo dentro del entorno familiar, facilita una postura negativa hacia el desarrollo de conductas adictivas, sino de igual manera la evitación de actitudes tolerantes hacia el consumo adictivo y/o permisividad de dicha conducta.

Por consiguiente, podemos afirmar, que el contexto familiar es un factor de protección no sólo por el simple hecho de su existencia, sino por lo que aporta al desarrollo familiar, social, emocional e individual, de niños/as y adolescentes. Cabe destacar que, respecto a lo anteriormente mencionado, la configuración familiar y su protección hacia las conductas de riesgo, depende de la contención, seguridad, estabilidad, congruencia, límites, cercanía, respeto, calidez, y actitudes negativas hacia el consumo de sustancias en las relaciones familiares bidireccionales.

En suma, Pons & Buelga (2011) consideraron que la comunicación, el afecto y el control parental, son variables particularmente importantes para promocionar una forma de autonomía en los hijos que esté basada en el ajuste socioemocional y en la capacidad de adaptación a las relaciones y a la vida social, así como para prevenir conductas de riesgo. La importancia de los factores familiares de protección es que limitan el efecto de los factores de riesgo procedentes de otros entornos como la presión del grupo de iguales o los modelos mediáticos.

Cabe mencionar, que no sólo las características familiares aportan a contrarrestar los factores de riesgo sino de igual manera el manejo y transitar familiar que se tiene a lo largo de los años. Es decir, los ajustes que el ambiente familiar realiza para adaptarse a las demandas del entorno y de los propios integrantes de la familia. Herranz & Sánchez puntualizaron en García & Delval (2010) que las familias que muestran una mejor dinámica durante la infancia de los hijos seguirán siendo las que muestren mayor ajuste familiar ante los

momentos inestables de la adolescencia inicial (de los hijos) como en la posteridad.

Lo anterior, incluso apoya al ajuste de los hijos, aunque la relación de los mismos cambie hacia los padres. Puesto que la transición en el desarrollo biopsicosocial de los hijos genera cambios en las pautas de convivencia y ponen a prueba la adaptabilidad del grupo familiar. En contexto, Mariscal, Giménez-Dasí, Carriedo & Corral (2009) señalaron que la forma externa de la expresión de las emociones va a variar durante la adolescencia y en lugar de las muestras de afecto explícito, los adolescentes mostrarán su cariño a los padres de otra forma, como preocupándose por sus asuntos e incluso cuidándoles o bromeando. Durante la adolescencia la familia continúa ejerciendo la función de base segura que permite la exploración en diferentes campos. La función de base o apego seguro se concretará cuando el chico o la chica con apego seguro tendrán más confianza para explorar en las relaciones con los iguales, con la pareja, e incluso en otras áreas diferentes a las interpersonales. Ya que han formado un modelo mental en el que son dignos de ser queridos y saben que cuando necesiten a sus padres, estarán ahí para ayudarles.

En cualquier caso, lo que queremos destacar es la idea de continuidad y que aquellas familias que mejor se ajustan a la transición adolescente de sus hijos, son las que previamente -desde la niñez- mantenían relaciones más cálidas con ellos. A pesar de que las muestras de afecto explícito disminuyan y de que al principio de la adolescencia aparezcan algunos conflictos sólo el 5% de los niños que durante la infancia mantienen relaciones positivas con sus padres se convierten en adolescentes conflictivos (Recuperado de Steinberg, 2001), por lo que las familias que quieran promover una adolescencia de buenas relaciones con sus hijos deberán comenzar por establecer un clima de confianza y cariño durante la niñez (Mariscal, et al., 2009).

En efecto, las capacidades de ajuste de los jóvenes se encuentran fuertemente mediatizadas por los recursos familiares de índoles psicológicas y sociales, generalmente ya presentes desde la infancia y persistentes en la adolescencia. Por tanto, los recursos familiares de protección, respecto a las conductas de riesgo, giran en torno a la cohesión y flexibilidad familiar, el estilo de socialización afectivo, el control parental; la comunicación positiva y abierta entre los padres y entre padres e hijos (Pons & Buelga, 2011). En particular, la reducción de riesgos en el ámbito familiar estaría incluida en el tipo que hemos denominado como agentes socializadores, junto a los medios de comunicación social de masas, la escuela y el grupo de iguales, siendo estas cuatro posiciones muy importantes en el conjunto de la reducción de riesgos (Martínez & Pallares, 2013).

No obstante, es importante considerar, que un individuo educado en familias con buenas prácticas de protección no estará inmunizado automáticamente ante el riesgo del consumo abusivo de alcohol o de otras conductas adictivas. Es necesario recordar que todo factor de riesgo o de protección actúa conjuntamente con otros factores y tal actuación es sólo ponderable en términos de probabilidad, así como que los recursos de protección y las variables predisponentes no sólo proceden de la familia, sino también de otras fuentes, incluyendo la escuela, las relaciones con los iguales y el entorno comunitario y social. Si bien es cierto que la socialización familiar, si está fundamentada en la comunicación, el afecto, la comprensión y el apoyo, será un factor de protección, como también lo será el modelado de consumo moderado o la abstinencia en los padres.

Pero no sólo la familia es responsable de la educación de los niños y niñas, también las instituciones sociales tienen su responsabilidad en la prevención y, en general, en la educación. Desde la Educación Primaria, la escuela puede contribuir a potenciar factores protectores ante la avalancha de mensajes mediáticos y en los contextos relacionales inductores de formas de ocio asociadas a las conductas adictivas. En efecto, las presiones que provienen del contexto

sociocultural más amplio, a los que todos se hallan expuestos por ser miembros de la misma sociedad, también deben formar parte de un modelo explicativo del fenómeno de las adicciones (Pons & Buelga, 2011).

Por tanto, se constata que, en la convergencia de factores, uno sólo no es determinante. Desde luego, es fundamental la actuación individual y familiar, pues son objetivos factibles y capitales para impedir sus tradicionales alcances negativos con respecto a las adicciones. El autoconocimiento y auto aceptación de la problemática, son elementos importantes que permiten o no, el desarrollo de estrategias para la modificación de hábitos riesgosos (Souza, 2014).

En suma, conductos como la familia, no sólo serían un eje fundamental en el desarrollo del individuo, sino también en la prevención de conductas de riesgo, acompañada naturalmente de los otros factores de influencia como los iguales, la escuela y las instituciones. Por ello, resulta importante incorporar al entorno familiar como aquel que incide en los miembros de la familia y a su vez, en los entornos en los que se desenvuelve cada individuo. No sólo, buscando contrarrestar aquellos factores que fungen como riesgo, sino también buscando fortalecer el entorno y al propio individuo.

2.4 Factores de Riesgo Asociados a las Adicciones en el Grupo Familiar

Debido a que los factores mencionados, se caracterizan por ser multidimensionales, puesto que pueden tomarse nocivos y vulnerar el entorno, a un grupo de individuos o a una sola persona. El impacto de un factor o de una serie de interrelaciones, depende de las características propias de cada sistema, de la vulnerabilidad disponible, la desestructuración del sistema, y de una serie de relaciones complejas que más adelante serán detalladas. Es decir, que el cambio de un factor depende de sus características y la plataforma que le dan los sistemas o las interrelaciones que se conjugan para sólo entonces tornarse un factor de riesgo. Por tanto, aquellos sistemas se ven afectados, no sólo en su

configuración y desarrollo, sino de igual manera en el impacto que causa al relacionarse con otros factores.

En principio, dentro del ámbito de la salud, instituciones como la OMS han señalado que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (World Health Organization, 2011). Asimismo, autores como Salvador, Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar, & Cascales, (2010) mencionaron condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema relacionado con la salud.

Particularmente, Arbex (2013) señaló que un “Factor de riesgo” es un predictor basado en la evidencia científica de una relación longitudinal positiva directa con problemas y/o una relación negativa con resultados positivos. Evidencia que, por supuesto va dirigida, como lo mencionaron algunos autores, (García & López, 2012; Echeburúa, Labrador & Becoña, 2009 recuperado de Clayton, 1992) a un factor como un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que aumenta la probabilidad de uso o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Sin embargo, es importante aclarar y destacar, que referidos al consumo de drogas y los factores de riesgo, se enfatizó que éstos no son factores causales. De modo, que son factores que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que el uso y/o abuso llegue a causar problemas importantes en la vida de cada individuo. Este es un aspecto clave, dado que la “causa” hace referencia a explicaciones deterministas y lineales: una causa produce necesariamente el efecto correspondiente. Por lo tanto, no todo el mundo consume drogas, o todos los que consumen se convierten en usuarios regulares o irregulares y de estos sólo algunos se vuelven usuarios compulsivos a las drogas. La diferencia en el resultado del comportamiento respecto a las

adicciones, es atribuible a diferencias en la “vulnerabilidad” de los sujetos respecto al uso de las mismas (Recuperado de Glanz & Pickens, 1992) (Gómez & Serena, 2012; Salvador, et al., 2010). Es decir que, ante una perspectiva multifactorial, resulta difícil creer que una causa y un efecto, tiene una relación lineal, puesto que una sola variable no determinaría el desarrollo de la vulnerabilidad individual o grupal.

De modo que, para generar aquella vulnerabilidad, misma que predispone al sujeto, grupo o ambiente a enfrentarse a dificultades, se requiere una serie de interrelaciones entre variables. Es entonces, que la “asociación “de un factor al desarrollo de alguna problemática, implica la constatación de una dinámica donde el peso potencial de un factor puede reforzarse o compensarse por otros y, por tanto, el efecto del conjunto (Salvador, et al., 2010). Por tanto, se requiere precisamente constatar la relación de un factor con una problemática; por lo que será de mucha más ayuda visualizar a los factores como contribuyentes de lo que sucede en un fenómeno tan complejo, como el de las adicciones.

Es entonces, que en la literatura científica se han encontrado factores que han sido relevantes en diversos ámbitos en los que se desarrolla el ser humano entre ellos se encuentra; el ámbito familiar, escolar, grupo de iguales, así como el grupo comunitario. Respecto a los factores de riesgo familiares, Salvador, et al., (2010) mencionaron que toman sentido y relevancia, debido a la que la familia constituye un ámbito de aprendizaje y socialización de primer orden, por lo que tiene una influencia crucial en el desarrollo de todo tipo de conductas, incluido el consumo de drogas.

Específicamente, la literatura reportó que las características del funcionamiento familiar constituyen un factor explicativo distal del consumo de sustancias en la niñez y adolescencia. Es decir, el clima familiar positivo o negativo potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del individuo en los distintos dominios relevantes de su vida (familia, escuela, sociabilidad y apariencia

física), estas autoevaluaciones son a su vez importantes predictores del consumo de sustancias de los adolescentes. Los efectos observados no alcanzan el 100% de mediación, lo que es indicativo de que en la relación entre clima familiar y consumo de sustancias existen otros potenciales mediadores, si bien este es un resultado habitual en psicología dada la multicausalidad de los problemas objeto de estudio (Recuperado de Baron y Kenny, 1986 en Jiménez, 2011)

Los factores de riesgo del consumo de drogas entre los niños y adolescentes, se relacionan con las familias vulnerables. Estas familias son consideradas como familias donde uno o más miembros familiares abusan de alcohol y/o drogas; familias con altos niveles de conflicto y violencia entre los padres; con mala calidad de relaciones y/o graves problemas económicos. Existe consenso en la literatura científica y en los informes nacionales señalando que los niños que viven en familias vulnerables están en mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales, incluyendo el uso de drogas. Estos factores de riesgo pueden incrementar la vulnerabilidad de los niños y facilitar el desarrollo de un consumo de drogas en el futuro (Arbex, 2013). Es decir, que ante un ambiente que aporta no sólo vulnerabilidad, sino de igual manera confluye con el desarrollo y constitución de cada integrante de la familia.

Cabe entonces destacar, que en la familia ocurren relaciones que no siempre se determinan hacia caminos o relaciones específicos. Por lo que es necesario, detallar aún más la convergencia y desarrollo de las múltiples relaciones que intervienen en la problemática de las conductas adictivas y cómo interviene el sistema familiar.

Es entonces, que la literatura de orden científico, ha sido la encargada de recopilar factores y/o relaciones que influyen, se asocian y aportan vulnerabilidad a niños y adolescentes hacia las adicciones que se propician en el entorno familiar. Entre los factores relacionados con el ambiente familiar que se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de drogas se ha encontrado

concordancia entre los autores (Nizama, 2015; Arbex, 2013; Grigoravicius, Iglesias, Ponce, Poulter, Pandolfi, Nigro & Bradichansky, 2013; Martínez & Pallares, 2013; Rojas, 2013; Villarreal, Sánchez & Musitu, 2013; García & López, 2012; López & Rodríguez, 2012; Cruz, Martínez, Garibay & Camacho, 2011; Páramo, 2011; Pons & Buelga, 2011; Salvador, Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar & Cascales, 2010; Díaz, Arellanez, Pérez & Wagner, 2009; Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003; Becoña, 2002), en cuatro factores. Mismos que se centran en primer orden, la desestructuración y disfunción familiar. Seguido de un clima y lazos afectivos inestables. Como tercer factor, destacaron los ámbitos en donde predomina un estilo educativo familiar, contradictorio e ineficaz, aunado a esto con baja supervisión por parte de los padres e incluso negligencia parental. Por último, el cuarto factor constante en la literatura y de suma importancia para el desarrollo de conductas adictivas en el entorno familiar, es la misma permisividad y aprobación parental/familiar respecto al uso de drogas, el consumo parental/familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de sustancias.

Frente a lo anterior, cabe mencionar que cada grupo de factores y los detalles que ocurren alrededor de dichas relaciones. Inicialmente, parecería demasiado obvio, que un ambiente familiar desestructurado podría conllevar problemáticas en el individuo, debido a ser un contexto parteaguas en el desarrollo de cada miembro de la familia; además, de ser un entorno que ayuda a promover conductas y actitudes, posteriores. No obstante, se abordó el tema de las conductas adictivas y la familia desde lo general a lo particular, puntualizando que son los conjuntos de factores los que generan predisposición a una adicción y no un solo un factor como determinante en la ecuación de desarrollar una conducta específica.

Por tanto, no sólo se habló del ambiente familiar caótico, sino de una serie de relaciones que lo promueven y que conectan con otras problemáticas. Es así, que autores como García & López (2012) han señalado factores de riesgo familiares

indirectos o generales que no están primariamente relacionados con el uso de drogas, pero que influyen en el desarrollo de diversos patrones de comportamiento perturbadores, entre ellos el consumo de drogas legales e ilegales.

Debido a lo anterior, se mencionó (Rojas, 2013; Páramo, 2011) a la disfunción familiar, al tipo de estructura familiar monoparental o ensamblada, caótica o rígida como un inicio de estrés familiar, mismo que se asocia con el uso de sustancias. Es entonces, que el estrés puede ser generado por sucesos familiares, como la separación o el divorcio de los padres, la formación de parejas nuevas o el fallecimiento de uno de ellos, enfermedad, entre otros. Así pues, los conflictos familiares persistentes entre los padres, ya sea entre parejas que conviven, durante el proceso o después de la separación, se han asociado con trastornos del comportamiento y trastorno de conducta (Arbex, 2013). Ya que como se mencionó, se refieren a factores indirectos que no apoyan de manera lineal el desarrollo de una conducta adictiva, pero sí aporta inestabilidad al entorno de desarrollo, predisponiéndolos a conductas de riesgo.

Además, los autores refirieron (López & Rodríguez, 2012; Salvador, et al., 2010) que desde el constante conflicto familiar hasta un ambiente familiar caótico y desestructurado y, en especial, cuando las personas adultas de la familia (padre, madre, ambos, u otros allegados) consumen drogas o sufren algún trastorno mental, llegan a sensibilizar a la familia frente a los conflictos. Aunado a esto, Arbex (2013) comentó que, además, la disfuncionalidad familiar con situaciones de violencia y, en casos extremos, maltrato físico, emocional o psicológico y/o abusos sexuales, correlacionan positivamente con las conductas adictivas por parte de los hijos (Recuperado de Muñoz-Rivas, 2000).

Cabe destacar, que también intervienen otros factores que, del mismo modo, precipitan los procesos de desestructuración del núcleo familiar, como es el caso de ciertas condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del

hogar. Este hecho suele generar déficit en el grado de involucramiento de los padres con los niños y adolescentes, en cuanto al acompañamiento emocional y físico, en periodos trascendentales de su desarrollo. El impacto negativo del proceso de disolución familiar, tiene por objetivo el subsistema y más concretamente el vínculo filial. Las repercusiones principalmente se darán en el orden emocional y psicológico, en particular cuando el hijo o hija están en las fases de pubertad o adolescencia, donde se operan cambios en la estructura general de la persona (Rojas, 2013).

No obstante, ninguno de estos factores por sí solo, o en combinación con otros, es causa directa del consumo adictivo, pues simplemente son características o variables que incrementan, en mayor o menor medida, la probabilidad de uso y abuso (Recuperado de Becoña Iglesias, 2002; Clayton, 1992 en García & López, 2012). Por tanto, no se consideran directos, sino que contribuyen a que se genere un acontecimiento.

En consecuencia, se refiere que aquellos factores de riesgo se contrarrestan con recursos familiares como aquellos aspectos sociales, emocionales y físicos que hacen que la familia sea menos sensible al riesgo y más capaz de afrontar satisfactoriamente los factores estresantes, facilitando la adaptación individual y familiar. Puntualizando, que los niños que proceden de familias con más recursos socio-emocionales son menos vulnerables al involucramiento del abuso de drogas (Rojas, 2013).

Concretamente, en investigaciones se ha reportado (Pons & Buelga, 2011; Díaz, Arellanez, Pérez, & Wagner, 2009) que los niños y adolescentes consumidores abusivos de alcohol perciben a su familia como un contexto conflictivo en el que existe poco entendimiento, en mayor medida que los abstemios o los consumidores no abusivos. De nuevo, los sentimientos de insatisfacción respecto a la vida familiar se hallan presentes como factor de riesgo.

Además, se encontró mayor probabilidad de dependencia entre los niños cuya familia presenta pautas disfuncionales de cohesión y adaptabilidad, que padecen alto estrés relacionados con separaciones familiares y problemas de comunicación familiar.

En definitiva, se ha constatado, la relevancia del contexto familiar en donde ocurre el desarrollo y se cobija el crecimiento, de niños y jóvenes. Por lo que, ante un ambiente desestructurado, que no brinda seguridad en donde no se otorgan figuras de apoyo consistentes, se corre el peligro de desorganizar y de generar inconsistencias, que desestabilicen el sano crecimiento de los niños. En donde además, se vulneran las redes de apoyo, se potencia el contacto de la familia hacia conductas, personas o entornos que posibiliten el acercamiento hacia factores riesgo o conductas adictivas, que desestructuran aún más a la familia y a cada individuo.

Aunado a lo anterior, existen características del ambiente familiar, más allá de las propiedades estructurales en la familia, se mencionan también como importantes el tipo de relaciones filiales que suceden. Puesto que se pueden considerar de riesgo, dado que aumentan la vulnerabilidad del niño o adolescente a desarrollar patologías, como las relaciones familiares frías o distantes, o conflictivas (Rojas, 2013). Lo anterior, como segundo factor de riesgo, predominante entre las relaciones familiares y la predisposición a las conductas adictivas.

Conviene subrayar que la calidad de las relaciones paterno-filiales han sido un factor reiteradamente señalado en diversos estudios en relación con los consumos de drogas, ya que la calidad de las relaciones podría incidir en la autoestima familiar y social del niño y/o adolescente. El modo en que el niño(a) se relaciona con los miembros de su familia y la percepción que tiene de la opinión y valoración que tienen de él, y las bajas expectativas paternas hacia el hijo, repercute, en gran

medida, en la imagen que elabora de sí mismo (Recuperado de Parker y Benson, 2004 por Arbex, 2013)

Con respecto, al impacto que genera no sólo la dinámica familiar sino la calidad de las relaciones dentro de la estructura familiar y cómo ésta permite ser un factor de riesgo, que posibilita la relación de jóvenes con el tema de la adicción. Se ha señalado (Rojas, 2013), la importancia de la comunicación paterno-filial en el tema de las conductas adictivas. Puesto que representa un riesgo para niños y adolescentes, la ausencia de comunicación entre padres e hijos, en la que exista un adecuado intercambio que sirva para orientar y encauzarlo en la búsqueda de su identidad, al mismo tiempo que se le permita sentirse querido y apoyado. Cuando está ausente y se da incomunicación entre padres e hijos, pueden existir consecuencias negativas, como el interaccionar con factores que se asocian a un futuro riesgo.

Por ende, ante los escasos niveles de interacción entre los hijos y sus familias, se va generando la inexistencia de lazos afectivos fuertes entre padres e hijos. Que trae como consecuencia baja cohesión familiar, los conflictos entre los padres, clima afectivo inestable, inseguro y/o inadecuado por algún otro problema. Falta de comunicación y apoyo entre las personas que integran la familia (Salvador, et al., 2010). Se acentúa la importancia de que los padres escuchen las preocupaciones de los hijos, les dediquen tiempo libre y les ayuden cuando lo necesiten. Además, este tipo de comportamiento parece más necesario aún para los padres que consumen alcohol en exceso y con frecuencia, ya que se ha podido constatar que un vínculo positivo puede reducir el riesgo de estar expuestos a modelos paternos inadecuados de riesgo (García & López, 2012).

Puesto que en general, la comunicación en las familias de drogodependientes jóvenes, los vínculos son débiles y las relaciones de insatisfacción respecto al medio socializador familiar, han sido señalados como fuertes factores de riesgo a tener en cuenta en el consumo de drogas en niños. Existe una menor satisfacción

con respecto al funcionamiento familiar, tanto desde la percepción de los hijos como de los padres, en las familias donde los hijos consumen drogas, lo cual sugiere que la falta de satisfacción podría estar en la base del consumo (Rojas, 2013).

Por consiguiente, podrá notarse que frente al funcionamiento familiar como principal agente socializador y como base para el desarrollo (emocional y psicológico) posterior del individuo, no sólo influye en la manera en la que se relacionan los propios integrantes, los lazos afectivos generados, la calidez emocional con la que enfrentan y resuelven los conflictos propios. Sino que, además, se genera una pauta sumamente importante, con respecto al tipo de relación afectuosa que cada individuo plantea en otros contextos y cómo se relaciona con otras personas. Por tanto, es el contexto familiar encargado de brindar estructura a cada individuo, para enfrentarse a las relaciones en otros ambientes y personas. Sin embargo, frente a la inestabilidad y desestructuración de redes afectivas y de apoyo, se vulnera y se expone a los jóvenes, ante conductas de riesgo.

Sumado a lo anterior, en la familia además predominan factores que detallan el impacto del estilo educativo, que se ejerce en las relaciones paterno-filiales. Es decir, la manera en la que llevan a cabo los padres su rol paterno, no sólo en la calidad afectiva sino también, las cualidades con las que ejercen su autoridad. Mismo que brinda estructura y seguridad, ante lo que ocurre en otros ámbitos. De ahí, la importancia de la gestión paterna, que reside en la estructura o desestructuración, que se genera en la convivencia familiar.

Es así, que lo anterior se consideró un tercer factor que puede llegar a tornarse en dimensiones que se asocian al riesgo o vulnerabilidad, ante fenómenos como la adicción. Puesto que la deficiente educación normativa: un estilo de gestión familiar contradictorio e ineficaz, donde las normas no están claras, o no se aplican de forma coherente ni dentro de un marco de diálogo y

escucha (Salvador, et al., 2010), se plantea como eje fundamental en el contexto familiar que se asocia al desarrollo de conductas adictivas. Factores familiares como la escasa disciplina y supervisión (López & Rodríguez, 2012) se consideran intervinientes importantes, en el futuro desenvolvimiento de conductas de riesgo.

En particular, un estilo parental demasiado permisivo, sin apenas control ni reglas, o demasiado estricto y autoritario, con excesivos castigos y pocos o ningún premio, son factores que incrementan la probabilidad de consumo en niños y adolescentes. Es decir, que se está ante ámbitos educativos extremos, en los que de cualquier manera no habría apertura para la comunicación y el establecimiento de lazos filiales y emocionales, asertivos y consistentes. Puesto que ambos tipos de crianza se caracterizan por la escasa cercanía de los padres a los hijos, en el caso permisivo por favorecer una supuesta autonomía y, en el caso autoritario, por la necesidad de mantener la distancia y la sumisión, sin condiciones. Esta carencia de cercanía indicaría un deficiente seguimiento y supervisión de la actividad de los hijos, junto con su déficit de calidez en la relación (García & López 2012).

Más específicamente, Pons & Buelga, (2011) señalaron el efecto de cuatro estilos diferentes de socialización familiar, basados en dos dimensiones: afecto y control. Al compararlos entre sí, se reportó un mayor consumo de alcohol, tabaco y *cannabis* en personas cuyos padres basan la socialización en un estilo de bajo afecto y alto control, o de bajo afecto y bajo control, mientras que el consumo de tales sustancias es significativamente menor cuando los padres basan la socialización en un estilo de alto afecto y alto control, o de alto afecto y bajo control.

Por tanto, se ratifica el impacto de la cercanía y el afecto, que se generan en las relaciones filiales. En cambio, García & López, (2012) detectaron con respecto a los otros estilos educativos que suelen ser ineficaces debido a que muestran dificultades para identificar los objetivos o metas que pretenden alcanzar, utilizan

inconsistentemente los refuerzos y los castigos. La consecuencia de esa falta de orientación educativa es que los padres dejan de tener capacidad para encauzar conscientemente la conducta de sus hijos. Respecto al estilo permisivo es posible que los hijos carezcan de norma o regla familiar clara sobre cómo actuar, y no experimenten consecuencia por actuar de una u otra forma; en el estilo autoritario, el excesivo control externo impide el desarrollo del necesario autocontrol o fomenta la aparición de conductas de carácter antisocial, con especial predominio de las conductas violentas, que son precursoras comunes del uso de sustancias adictivas.

Se destacó entonces, la forma en que cada individuo actúa en otros ámbitos con respecto al estilo educativo (forma en la que los padres ejercen su paternidad, con base en reglas, castigos, supervisión, apoyo o afecto) en el que fue criado. Por lo que, toma importancia el impacto que genera el rol paterno ejercido en el entorno familiar, en otros contextos y cómo el individuo interacciona con otros. Es decir, cómo se manejan los niños y niñas ante otros contextos, la reacción y el autocontrol, que tienen ante agentes externos, que pudieran coaccionar su comportamiento.

En suma, se destacó (Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003) que los estilos educativos inadecuados, la ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida, son algunos de los factores que influyen negativamente en el desarrollo, al igual que la falta de comunicación y clima familiar conflictivo. Puesto, que brindan ambientes carentes de seguridad, apoyo y herramientas para enfrentar contextos, en donde ocurran conductas riesgo.

De manera que, un factor fundamental que apoya la inmersión de niños a ambiente vulnerables, sería la pobre supervisión de los padres y la disciplina. La supervisión de la familia y los límites, los conflictos familiares predicen el riesgo individual de iniciación a las drogas lícitas e ilícitas. Cuando la unión familiar y la

supervisión de la familia son altas, las actitudes de los padres tienen un peso importante. Los niños cuyos padres ejercen una disciplina dura y altamente inconsistente o son fríos, negligentes y transmiten rechazo a sus hijos, están en riesgo de trastornos de conducta y de participar en actos delictivos (Arbex, 2013).

En cuanto a las aportaciones en investigación, Cruz, Martínez, Garibay & Camacho (2011), reportaron con respecto al estudio que realizaron, que una deficiencia de autoridad familiar y la carencia de supervisión, aumenta el riesgo de adicción. Además, el apoyo familiar es fundamental, ya que se asocia con una reducción en el riesgo.

Aunado a lo anterior, Díaz, Arellanez, Pérez, & Wagner, (2009) se orientaron hacia una asociación entre la severidad del consumo, la cohesión familiar y la flexibilidad del sistema familiar, para responder a las demandas de ajuste. Consecuentemente, el porcentaje de familias situadas en los extremos de desligamiento-amalgamiento y rigidez-caos (familias disfuncionales), es mayor en los casos más severos de consumo de sustancias adictivas. Esto confirma la existencia de un mayor riesgo cuando las pautas de control y autoridad en la familia son rígidas, y cuando hay ausencia de vínculos familiares de apoyo y afectivos. En este mismo sentido, los conflictos entre padres, la inconsistencia o rigidez de las reglas, la falta de expresión de afectos como fuentes de estrés, implicaron diferencias significativas entre los grupos de estudio. Lo anterior, coincide con las investigaciones que muestran que el consumo es mayor cuando las relaciones paterno-filiales son conflictivas, el apoyo y el control familiar son reducidos.

En definitiva, se ha constatado que un estilo educativo (disciplina, reglas y límites, supervisión, etc.), no sólo es efectivo para contrarrestar contextos nocivos sino de igual manera y bajo el mismo peso, el contenido de componentes emocionales. Es decir, aquellos lazos afectivos que acompañan a las relaciones filiales, mismas que por supuesto generan mayor consistencia y seguridad, ante

las demandas y problemáticas que pudieran surgir en la familia, como las conductas adictivas. Por tanto, el separar la disciplina del afecto, genera vulnerabilidad en el apoyo y ajuste familiar.

Por último, los autores refieren uno de los factores de riesgo con mayor contenido y aportación, al desarrollo de conductas adictivas en el entorno familiar. La percepción de permisividad y aprobación parental/familiar respecto al uso de drogas: se relaciona con la falta de control y cuidado, consumo de drogas en el ambiente familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de estas sustancias (López & Rodríguez, 2012; Páramo, 2011; Salvador, et al., 2010). Es entonces que se va generando un ambiente proclive no sólo hacia el consumo de drogas legales e ilegales, sino que de manera general se abre la puerta a adicciones comportamentales y a otro tipo de conductas de riesgo. Pues debido a las actitudes favorables a la experimentación, se da camino a otros componentes nocivos para niños y adolescentes.

De manera general, la literatura ha reportado, que las actitudes tolerantes de los padres hacia la conducta antisocial, se extienden a tolerar conductas como la delincuencia y uso indebido de drogas llevadas a cabo por ellos mismos como padres, con las posibilidades de la participación de los niños más tarde en dichas conductas (Recuperado de Hawkins et al., 1992 y 1995 en Arbex, 2013).

Cabría subrayar que cuando se habla de la relación entre las familias y las drogas, se ha señalado un estudio hacia las familias como unitarias respecto a las actitudes hacia las drogas. Ya que en estudios se ha constatado como existen cada vez más padres y madres, de distintos estatus económicos y culturales que han consumido o conocen por experiencia propia el consumo de drogas legales e ilegales, este hecho es de profunda importancia porque modifica el discurso que estos padres transmiten a sus hijos (Recuperado de Pallares y Martínez, 2012; Martínez, Pallares, Barruti, Espluga y Canales, 2010). Consecuentemente, al analizar el papel preventivo de la familia es muy importante tener en cuenta la

relación que han mantenido los padres con las drogas, porque de esta relación dependen las actitudes hacia las drogas (Martínez & Pallares, 2013).

Partiendo de la historia familiar de comportamiento antisocial, Arbex, (2013) mencionó que los trastornos de la conducta de los niños están altamente correlacionados con padres antisociales. El abuso de sustancias parental se ha relacionado con trastornos de conducta (Recuperado de Hawkins et al., 1992; Loeber, et al., 2003) y con abuso de sustancias por parte de los hijos. Los niños y adolescentes cuyos padres utilizan drogas, son más propensos a ser influenciados por los amigos que consumen sustancias que aquellos cuyos padres no las utilizan.

Por ello, en la actualidad se destacan tres perfiles de padres. Los padres desconocedores de las drogas, en su juventud no tuvieron contacto con las adicciones, aunque la inmensa mayoría consumieron alcohol, tuvieron en sus redes de amigos o conocidos que consumían *cannabis* y observaron algunos consumos de drogas ilegales; a pesar de todo esto, estaban alejados del mundo de los consumidores de drogas. Los que consumieron drogas ilegales sin llegar a desarrollar problemas. Y los que consumieron drogas de forma problemática (Martínez & Pallares, 2013).

Es por eso, que autores como García & López, (2012) puntualizaron que las actitudes favorables y el mismo consumo de sustancias, se consideran factores directos que se asocian al desarrollo de conductas adictivas. El uso de alcohol y drogas por parte de los padres, parece tener una clara relación con el consumo en sus hijos, favoreciendo su aparición más temprana e incrementando la cantidad que se consume (Recuperado de Hawkins, Catalano y Miller, 1992). En el mismo sentido, se sabe que los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de presentar algunos de los trastornos por uso o abuso de alcohol (Recuperado de Merikangas & Avenevoli, 2000; Patterson, Hawkins y Catalano, 1992). A este fenómeno se le han dado dos tipos de interpretación, uno de carácter genético y

otra de tipo ambiental. El efecto de los padres sobre el consumo en los hijos es aditivo, siendo mayor si consumen los dos que si sólo consume uno. El mecanismo psicológico más probable que intermedia esta relación es el aprendizaje vicario o modelado. Puesto que los hijos aprenden por imitación a afrontar los problemas o las situaciones utilizando sustancias adictivas. Se encuentra también la transmisión de valores y actitudes hacia el consumo de drogas tanto legales como ilegales. Las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias pueden ser más importantes que el consumo real (Becoña, 2002).

En contexto, Villarreal, et al., (2013) y Espada, et al., (2003) han constatado en la investigación que realizaron, una relación directa del consumo familiar y de los amigos con el consumo de los niños y adolescentes, es decir, tener familiares y amigos que beben es un factor de riesgo importante para el consumo. Los hábitos de consumo de los familiares y personas cercanas como los amigos influyen como modelos en el consumo de alcohol tanto en su inicio como en su frecuencia e intensidad. Ya que el consumo familiar de alcohol, la influencia del grupo de amigos que ayudan a afianzar la identidad frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales. En contraste, se resaltó que el consumo de alcohol está relacionado con el funcionamiento familiar, el apoyo de familiares, amigos y con el ajuste escolar. La cuestión es que se ha observado que una gran parte de las familias de personas que consumen alcohol de forma esporádica, funcionan adecuadamente (Recuperado de Becoña, 2002; Espada & Méndez, 2002; Musitu & Pons, 2010; Pons & Buelga, 2011).

Es de suma importancia destacar, que en estudios recientes (Grigoravicius, Iglesias, Ponce, Poulter, Pandolfi, Nigro & Bradichansky, 2013), se ha reportado que los niños que han consumido bebidas alcohólicas, lo hicieron en eventos familiares tales como Navidad, Año Nuevo, cumpleaños, entre otros, y en compañía de los adultos a su cargo. Asimismo, estos resultados sugieren que el consumo ocasional de alcohol en los niños estaría, no sólo tolerado, sino incluso

propiciado por el ámbito familiar en situaciones de festejo. De manera que en general, el consumo de los padres predispone en los hijos a una actitud favorable hacia esta conducta, incluso cuando los padres emiten mensajes verbales explícitos en contra de su uso (Recuperado de Varlinskaya, Spear & Spear, 2001). En suma, el modelado de los padres es, por consiguiente, trascendental: un factor importantísimo para entender el comportamiento de consumo de niños y adolescentes (Recuperado de Bandura, 1999; Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001 en Villarreal, Sánchez-Sosa & Musitu, 2013).

Frente a la evidencia reportada, sería justo decir que un entorno que propicia las conductas adictivas, no sólo en la permisividad y las actitudes favorables ante el consumo, sino también la propia aceptación de consumo entre los integrantes del entorno familiar, van a fungir como catalizador de conductas de riesgo posteriores. Además, de por supuesto generar pautas de consumo y servir de plataforma, que llega a aportar vulnerabilidad y riesgo de generar una adicción en niños y adolescentes, que formen parte de la familia.

En conjunto, se han constatado relaciones importantes con los factores de riesgo señalados, ya que en investigaciones como la de Jiménez, (2011) los adolescentes ya consumidores perciben a sus familias como contextos marcados por pautas negativas de interacción familiar, donde la comunicación es pobre, los conflictos frecuentes, la cohesión y la flexibilidad bajas, el castigo excesivo y los padres también consumen, observándose que todos estos factores influyen directamente en el consumo de los hijos/as.

En resumen, se puede inferir que la familia puede convertirse tanto en una fuente destacada de factores de riesgo como de factores de protección y que, en consecuencia, su papel es central en la prevención. Ya que la prevención del consumo abusivo de tabaco o alcohol, como la prevención del abuso de drogas en general, debe considerarse desde la promoción de la salud y contemplarse dentro del proceso de socialización desde la infancia (Pons & Buelga, 2011). Es por eso,

que una variable importante a estudiar sería el contexto familiar, debido a que este entorno de desarrollo es el más inmediato, el primer medio de socialización y por supuesto aquel que aporta creencias y posturas respecto a lo que ocurre en otros contextos.

Pese a que la familia es parte fundamental en la problemática adictiva, no se deja de lado algunas características de la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de sustancias adictivas: 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 sustancias adictivas 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 sustancias pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad (Becoña, 2002).

Por tanto, las personas difieren en el uso que hacen de las sustancias. Debido a que confluyen diversos factores multidimensionales. Ante lo que Gómez & Serena, (2012) mencionaron que algunas personas nunca experimentan con sustancias. De aquellas que las llegan a usar, algunas dejan de utilizarlas luego de algunas experiencias y no vuelven a usarlas de nuevo. Otras continúan utilizándose de forma irregular o pueden convertirse en un usuario regular y recurrente. Por último, algunos desarrollan patrón patológico de uso de sustancias adictivas que puede terminar en dependencia.

Ante lo anterior, se ha señalado que una variable o factor no es determinante o mayoritariamente causal, de una problemática tan compleja como lo es la adicción a sustancias. Puesto que, al analizar el entorno familiar, por su composición multidimensional, resultan diversos factores que bajo ciertas condiciones aportan o se asocian a la protección o al riesgo, para desarrollar o no una conducta adictiva. En definitiva, se está ante un fenómeno multicausal en donde la familia ocupa un lugar fundamental en la conformación de la adicción, ya

es una plataforma, que en algunas ocasiones puede llegar a alentar un patrón conductual nocivo o positivo. Todo depende de la conjugación y dimensión, que forme el grupo familiar, en relación a cada integrante y a otros contextos.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Justificación y Planteamiento del Problema

Las conductas adictivas, son uno de los problemas de salud pública, que afectan a nivel nacional e internacional; además, no se desarrollan en algún sector, clase social o nivel socioeconómico, específico. Por lo que, SE CONSIDERA un fenómeno multifactorial, que difícilmente muestra una causalidad directa, debido a las múltiples interrelaciones que le conciernen.

De inicio, para el presente trabajo se consideró una clasificación de las sustancias desde un enfoque sociocultural de consumo o perspectiva legal. Particularmente sustancias legales o drogas institucionalizadas, como tabaco y alcohol. Fundamentada desde el medio sociocultural (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003; Rodríguez & Mesa, 2011), por su reconocimiento legal y uso normativo, fácilmente asequibles. En consecuencia, son las que más problemas sanitarios generan, debido a su fácil acceso y a su consumo normativo (Carrillo, 2004; Goldstein, 2003).

Por consiguiente, el consumo sustancias además de ser un problema de salud pública, es un fenómeno multicausal, multidisciplinario y de carácter internacional. Mismo que tiene gran impacto y diversas consecuencias, en el individuo, la familia y la comunidad (Malta, Sardinha, Mendes, Barreto, Giatti, Castro, Moura, Días & Crespo, 2009).

Se ha considerado la adicción como un patrón de conducta complejo, progresivo, que tiene componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales cuyas pautas generales que caracterizan a las conductas adictivas (Gossop, 1989). Se puntualizan cuatro elementos esenciales: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está

disponible); 2) capacidad deteriorada para controlar notablemente la conducta (en términos su comienzo, mantenimiento o control del nivel en el que la conducta ocurre); 3) malestar y angustia emocional cuando la conducta es impedida o dejada de hacer, y 4) persistir con la conducta a pesar de la clara evidencia de que es quien produce los problemas (Becoña, 2008).

Por tanto, se destaca la relación que se establece con una conducta en particular, misma que se ejerce en la búsqueda impulsiva y compulsiva, al relacionarse con una sustancia y/o conducta específica. No sólo como medio para calmar un malestar, sino también se resalta la manera en la que se establece dicha relación y bajo qué condiciones.

Además, autores como Salas, (2014); Sola, et al. (2013); Ustárroz, (2012) puntualizan que el contexto adictivo, se caracteriza por contener un componente impulsivo o un bajo control de impulsos. Lo anterior, al encontrarse en relación a otros factores, que permiten el desarrollo de conductas adictivas. Por lo que, algunas de las consecuencias que traen consigo, es el impacto y consecuencias negativas tanto a nivel individual como para el entorno, en el que se coexiste. Desde alteraciones personales de tipo cognitivo (presencia de pensamientos distorsionados, obsesivos y mágicos); de tipo físico como estrés, ansiedad, aceleración del ritmo cardíaco, etc. Bajo la misma línea, Aguilar, (2012) menciona que la existencia de la conducta adictiva y la comorbilidad psiquiátrica, se debe a que tienen orígenes comunes como eventos sumamente estresantes, disfunción familiar y trastornos como depresión, ansiedad o déficit de atención. En otras ocasiones, la adicción se manifiesta como consecuencia de una afección psiquiátrica.

Asimismo, el desarrollo de las conductas adictivas también sobreviene tras las interrelaciones que el propio individuo genera y de las que es participe, en el entorno (familia, escuela, iguales, comunidad o sociedad).

También se considera (Villarreal, et al., 2013) que una trayectoria persistente de conductas graves en el individuo, mismas que se presentan desde etapas tempranas -normalmente en la primera infancia-, se agravan en la adolescencia y en la edad adulta. Lo anterior se acompaña normalmente de consumo de alcohol y sustancias. Por tanto, algunos factores que posibilitarían una trayectoria que influyen de forma temprana en el desarrollo de una personalidad o estilo conductual agresivo y antisocial en la adolescencia, serían desde factores biológicos (por ejemplo, déficits neurofisiológicos), psicológicos (temperamento, déficits cognitivos), sociales (ambiente familiar negativo) y educativos (problemas de ajuste en la escuela). Estas conductas, una vez que forman parte del repertorio conductual se tornan reiterativas con el consecuente deterioro del ajuste personal e interpersonal. Además, existe un consenso entre los investigadores sociales preocupados por los problemas juveniles, en la idea de que la raíz de estas conductas se encuentra, fundamentalmente, en los entornos más cercanos a la persona: familia, pares y escuela.

Cabe destacar que los factores individuales, ambientales e incluso los culturales, pueden aquí ser importantes para no llegar a transitar de la experimentación, al uso, abuso y adicción a sustancias. Acorde a lo señalado por algunos autores (López & Rodríguez, 2012; Villa, Rodríguez & Sirvent, 2006), diversas variables son predictores de la implicación hacia las conductas adictivas serian, aquellos factores de riesgo que de inicio se asocian al plano individual: el inicio temprano del consumo de drogas y de conducta antisocial, la escasa percepción de riesgo hacia el consumo. La implicación en bandas, la recompensa o las actitudes favorables, por la iniciación o la implicación antisocial, el comienzo temprano de los comportamientos problemáticos. El plano comunitario, se inicia desde el consumo de drogas por parte de los amigos, la interacción con iguales antisociales y la búsqueda de sensaciones. Asimismo, se ha encontrado que a una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, una menor resistencia a la presión

grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, por tanto, con una mayor probabilidad del mismo.

Se consideró también que los factores de riesgo más cercanos al consumo de sustancias se encuentran el entorno social, la baja percepción de riesgo, la alta tolerancia del contexto hacia el consumo, la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo; así como algunos eventos estresantes de la vida (Aguilar, 2012).

No obstante, se destacó un eje predominante que interviene tanto en el inicio como en la habituación del consumo, es la familia misma. Los riesgos pueden ser desde la percepción y actitud de los padres, al consumo de alcohol y otras drogas; la educación y las medidas disciplinarias inconsistentes, al consumo de sustancias de los hijos; la vulnerabilidad genética, etc. (Rojas, 2013). Lo anterior, debido a que uno de los factores fundamentales en el desarrollo de un individuo, es desde luego la familia. Es entonces, que la familia es el sistema de socialización más próximo, que internaliza el individuo. En suma, al considerar el entorno familiar como un elemento determinante en la conformación humana y en el desarrollo posterior, destacando la importancia de la estructura familiar donde crece el individuo. Además, se propicia el inicio a diversos procesos, en la vida del ser humano, particularmente como un modelo de interacción con los otros, hasta la manera en que identifican y entienden, lo que ocurre a su alrededor.

Es a través del proceso de socialización que otorga la familia de primera instancia, que las personas interiorizan las normas que permiten establecer determinadas formas de interacción social: en el hogar se adquieren los valores, creencias, actitudes y hábitos, que influyen en el pensamiento y comportamiento de las personas a lo largo de su vida. Además, las interrelaciones que se generan a partir de la estructura familiar y un individuo, dan paso a conductas de protección y conductas de riesgo. Lo anterior, debido a que se genera y se consolida una identidad, otorgando una determinada imagen y concepto, sobre

quién se es y qué lugar se ocupa con respecto al mundo en el que se habita, conformándose así su autoconcepto y su autoestima (Guisa, 2008).

Por supuesto, el interés en el entorno familiar deviene desde que la literatura ha enfatizado que aquellas conductas adictivas, se pueden llegar a suscitar en la familia. De inicio, un factor de riesgo importante son las conductas adictivas o adicciones que se ejercen dentro de la familia y los hábitos establecidos; así como la dinámica familiar que propician estas conductas. Ya que como lo mencionaron Morales, Tomás, Herzog, Vidal, Zarza & Aleixandre, (2011) un factor determinante es el uso y abuso de sustancias por parte de los progenitores, generando un efecto nocivo en los hijos. Desde una influencia parental, la frecuencia de consumo del progenitor, hasta las pautas de crianza. Además, los autores puntualizaron que los niños de padres consumidores de sustancias, son más vulnerables ante riesgos biológicos, psicológicos o ambientales. Además de afectar a la biología del periodo perinatal, el abuso de sustancias en los progenitores causa frecuentemente, un hogar caótico y disruptivo; expone al joven a sustancias ilegales y a situaciones de violencia. En última instancia, estos jóvenes están ante un elevado riesgo de involucrarse precozmente en el uso de drogas y progresar al abuso o dependencia de sustancias.

Pero ¿cómo es que las interrelaciones entre familias consumidoras, inciden en el desarrollo de conductas adictivas, en los hijos? Desde estudios como los que realizaron Morales, et al., (2011) quienes destacaron que existe mayor probabilidad de consumo de tabaco, alcohol y éxtasis/pastillas, entre jóvenes que afirman que sus progenitores consumen; comparados con aquellos que reportan que no o que lo desconocen. Además, se reportó que existe mayor probabilidad de consumir alcohol si el padre consume actualmente alcohol, más no si el consumo es por parte de la madre.

Por tanto, ante un entorno sociocultural o ambiente familiar que normalicen el consumo de sustancias, se generan modelos comportamentales y la promoción de

patrones de consumo, en niños y jóvenes. Ante este panorama, igualmente se alimentan las representaciones acerca del consumo.

Es entonces que se advirtió (Grigoravicius & Ducos, 2009) que respecto a las representaciones sobre el consumo de alcohol y psicofármacos, estas son más tolerables que para el consumo de marihuana (sustancia ilegal en muchos países) en niños y niñas. Este hecho permite pensar que sus creencias y actitudes varían en función de la legalidad o ilegalidad de la sustancia. La legalidad se entrama con un orden moral que los niños usan como parámetro para decidir qué es tolerable y que no, cuestión íntimamente relacionada con el entorno sociocultural. Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas, también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia de sustancias. Lo anterior, también tendrá una repercusión en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social (Martínez, Trujillo & Robles, 2006).

Lo anterior no sólo es importante en función de la identificación de conductas adictivas y las representaciones de los niños acerca de las mismas; sino también en las alteraciones familiares, que aportan en la conformación de una conducta adictiva. Entre los factores relacionados con el ambiente familiar que se han asociado a una mayor probabilidad de consumo de drogas, se ha encontrado concordancia entre los autores (Arbex, 2013; Grigoravicius, Iglesias, Ponce, Poulter, Pandolfi, Nigro & Bradichansky, 2013; Martínez & Pallares, 2013; Villarreal, Sánchez & Musitu, 2013; García & López, 2012; López & Rodríguez, 2012; Páramo, 2011; Salvador, Silva, Puerta, Jiménez, Alcaraz, Villar & Cascales, 2010; Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003; Becoña, 2002) principalmente en aquellos que se centran en la permisividad y aprobación parental/familiar respecto al uso de drogas, el consumo parental/familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de sustancias.

A través del tiempo, se ha producido una progresiva homogeneización en el modo de consumo, sobre todo en las generaciones más jóvenes, siendo notorio el incremento del consumo vinculado al factor social y con fines psicotrópicos (García & López, 2012). Aunado a esto, numerosos estudios y estadísticas realizados en distintos países, han indicado que el consumo de sustancias psicoactivas comienza en los primeros años de la adolescencia e incluso en edades aún menores, para consolidarse luego, en años posteriores (Grigoravicius, 2011).

En contexto, investigaciones realizadas en distintos países han encontrado que la edad de inicio para el uso de sustancias varía en todo el mundo, a nivel internacional oscila alrededor de los 13 a los 17 años. Por otra parte, para el caso del alcohol, la edad de inicio y prevalencia del consumo, se encuentra de 12 a los 17 años, mientras que el promedio de inicio para la dependencia al alcohol es más tardía y ocurre a los 25 años (CICAD, 2015).

Respecto a las sustancias más prevalentes en México, se consideraron el consumo de tabaco y el alcohol, que representan uno de los mayores problemas de salud en México; sin embargo, la marihuana es considerada la droga ilegal más prevalente; la cocaína la que más demandas de atención médica requiere (Martínez, Bustos & Lorente, 2009).

Para fines de la presente investigación, es de suma importancia que sean detallados algunos datos, acerca de la zona en la que se encuentra inmersa la muestra. Por lo que, una de las delegaciones de la Ciudad de México (CDMX), con mayor consumo es la delegación Álvaro Obregón, ya que es una de las 6 delegaciones que reportan mayor consumo de alcohol, así como de drogas médicas. Asimismo, se señaló que el tabaco, la marihuana, los inhalables y los tranquilizantes, son sustancias que se consumen con frecuencia entre jóvenes de secundaria y bachillerato; sólo la cocaína no presentó un uso significativo en esta

población (Mendoza, López, Gallegos, Aguilar, Borges, Medina-Mora & Camacho, 2014).

En México se han señalado algunos problemas asociados al consumo de sustancias, en donde el 77.1% presenta problemas de tipo familiar, 40.0% de salud, 37.2% psicológicos, 36.4% escolares, 20.1% laborales, 20.6% legales, 15.3% de conducta antisocial o delictiva y 12.5% accidentes o lesiones, (Gutiérrez & Vazquez, 2014).

Ante este panorama, los factores de riesgo asociados al consumo parental se consideran de suma importancia; así como la identificación de las conductas adictivas o consumo parental, por parte de niños y adolescentes. Al igual, que la percepción que los niños y jóvenes, tienen acerca del consumo y sus consecuencias.

Finalmente, se ha hecho énfasis en la literatura, que la prevención es, ciertamente, un epígrafe de la promoción de la salud; pero ambas no deben entenderse como un proceso con un principio y un fin. Sino como un conjunto de acciones concretas, relacionadas entre sí y activadas en algún momento del proceso evolutivo. La prevención, más que un artificio metodológico, ha de ser un estilo socializador continuo, una perspectiva que deben contemplar y aplicar los agentes que intervienen en la socialización. Es prioritario incidir sobre aquellas fuerzas capaces de modificar en una dirección u otra la conducta del futuro de jóvenes, para que ellas mismas, de una manera natural, ejerzan su impacto en la dirección deseada (Pons & Buelga, 2011). Sin embargo, parte importante de la prevención, requiere una investigación y análisis de la problemática, pues sólo entonces se podrá conocer las interrelaciones que forman parte del fenómeno de las conductas adictivas. Por tanto, para el presente trabajo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Será diferente la identificación del consumo parental de tabaco y alcohol, así como las consecuencias asociadas entre los niños y las niñas de 9 y 13 años de edad?

3.2 Objetivo General

- Analizar si los niños y niñas de 9 y 13 años de edad identifican de manera diferente el consumo parental de tabaco y alcohol.

3.3 Objetivos Específicos

- Identificar características sociodemográficas de niños y niñas, de 9 a 13 años.
- Analizar cómo identifican los niños y niñas entre 9 y 13 años el consumo parental de tabaco.
- Analizar cómo identifican los niños y niñas entre 9 y 13 años el consumo parental de alcohol.
- Analizar si existen diferencias entre niños y niñas de 9 a 13 años, el consumo parental de tabaco.
- Analizar si existen diferencias entre niños y niñas de 9 a 13 años, ante el consumo parental de alcohol.
- Analizar si existen diferencias entre niños y niñas de 9 a 13 años, en el reconocimiento de las consecuencias asociadas al consumo de tabaco.
- Analizar si existen diferencias entre niños y niñas de 9 a 13 años, en el reconocimiento de las consecuencias asociadas al consumo de alcohol.

3.4 Hipótesis

Es posible que niños y niñas entre 9 y 13 años de edad, reconozcan el consumo parental de tabaco y alcohol. Resulta entonces relevante ya que se pueden propiciar ideas que normalicen el consumo de estas sustancias, en niños y niñas

de 9 a 13 años de edad. Es decir, al integrar el consumo parental como parte del entorno familiar, se generan ideas positivas en niños y niñas de 9 a 13 años, acerca de las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol.

3.5 Hipótesis Específicas

H₁ Es posible saber si los niños y niñas entre 9 y 13 años identifican el consumo parental de tabaco.

H₂ Es posible saber si los niños y niñas entre 9 y 13 años identifican el consumo parental de alcohol.

H₃ Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años sobre el consumo parental de tabaco.

H₄ Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años sobre el consumo parental de alcohol.

H₅ Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años en cómo reconocen las consecuencias asociadas al consumo de tabaco.

H₆ Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años en cómo reconocen las consecuencias asociadas al consumo de alcohol.

3.6 Variables

- Sexo
- Consumo Parental
- Consumo de Tabaco
- Consumo de Alcohol

3.7 Definición de Variables

Sexo. Indicador biológico de varón y mujer, a partir de rasgos que los distinguen. Particularmente rasgos físicos y biológicos. En tanto que el *Género* alude especialmente los rasgos sociales o culturales (López, 2015; APA, 2010).

Consumo Parental. El consumo de sustancias y las actitudes de los padres ante las drogas, parecen ser variables familiares que pueden incrementar la vulnerabilidad hacia el consumo de drogas, en otros miembros de la familia. Pues se ha observado que el consumo por parte de los padres, no sólo afecta el consumo de las mismas sustancias por parte de los hijos, sino que también incrementan la probabilidad de consumir otras drogas (Guisa, 2008). Por tanto, el uso de alcohol y drogas por parte de los padres, parece tener una clara relación con el consumo en los jóvenes, favoreciendo su aparición más temprana e incrementando la cantidad que se consume (Recuperado de Hawkins, Catalano y Miller, 1992). El efecto de los padres sobre el consumo de las drogas en los hijos es aditivo, siendo mayor si consumen los dos que si sólo consume uno. El mecanismo psicológico más probable que intermedia esta relación es el aprendizaje vicario o modelado. Puesto que los hijos aprenden por imitación a afrontar los problemas o las situaciones utilizando las drogas. Se encuentra también la transmisión de valores y actitudes hacia el consumo de drogas (Becoña, 2002).

Consumo de Tabaco. La dependencia de la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas aspirado por vía pulmonar. La diferencia que tiene la nicotina respecto a otras drogas es que no acarrea problemas en el área laboral, familiar o social, o éstos son manejables. Sin embargo, en etapas medias de la vida, especialmente entre 40 y 50 años, acarrea en un porcentaje importante de fumadores, graves problemas de salud y en muchos de ellos la muerte (actualmente aproximadamente el 15% de las muertes anuales son atribuibles al tabaco; esto es, aproximadamente una de cada siete muertes que se producen a diario), dada su alta incidencia en cáncer de pulmón, enfisema, bronquitis crónica, problemas circulatorios, etc. (Becoña, 2008).

Consumo de Alcohol. Autores como Becoña, (2008) señala que el uso abusivo del alcohol produce tantos problemas en el aspecto de la salud (incapacidades

físicas y psicológicas) como en el aspecto social (accidentes, homicidios, etc.). Uno de los problemas es la temporalidad, es decir, no sabemos si un individuo que abusa del alcohol necesariamente se convertirá en un individuo dependiente o si el abuso no lleva inevitablemente a la dependencia. Lo que sí es evidente es que para desarrollar dependencia del alcohol es necesario abusar de él. Además, ambos síndromes presentan características comunes. Algunos de los síntomas que definen ambos síndromes se observan tanto en el abuso como en la dependencia, y así, por ejemplo, ambos comparten síntomas físicos (peligro de cirrosis; aumento de presión arterial, etc.), psicopatología (trastornos del sueño y del sexo, alucinosis, etcétera.) y desadaptaciones al entorno social y laboral (pérdida de horas de trabajo, problemas familiares y sociales) (Recuperado de Hunt 1993).

3.8 Muestra

La presente investigación se llevó cabo con una muestra no probabilística, debido a que la selección de la muestra, estuvo bajo características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización. La muestra fue bajo condiciones, en las que los grupos fueron conformados por cuotas, de acuerdo a la proporción de ciertas variables sociodemográficas, como estar dentro de un rango de edad y el grado escolar. (Hernandez, Fernández & Baptista, 2014)

3.9 Participantes

Colaboraron 161 participantes, distribuidos en dos grupos, 84 hombres y 77 mujeres, con edades entre los 9 y 13 años. Los participantes, pertenecían a la Escuela Primaria “Amista Mundial”, ubicada en la Ciudad de México.

3.10 Tipo de Estudio

El estudio se consideró *No Experimental*, puesto que no se hizo variar en forma intencional las variables independientes para observar su efecto sobre otras variables. Específicamente el presente estudio fue un diseño Transversal Descriptivo, con el propósito de conocer una variable o un conjunto de variables, y analizar sus modalidades. Es un estudio comparativo debido a que se pretende estudiar casos que pertenecen al mismo grupo pero que difieren en algunos aspectos la meta es descubrir porqué los casos son diferentes para revelar la estructura subyacente general que genera o permite tal variación (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

3.11 Diseño de Investigación

Se trata de un estudio bajo el diseño *Transeccional* o *Transversal*, de dos grupos con una sola aplicación, que se caracterizó por la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único. El propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación, en un momento dado.

3.12 Instrumento

Los datos fueron recabados mediante el *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril & Ampudia, 2015). Elaborado como parte de un proyecto de investigación “*Modelo de prevención de conductas adictivas para niños y niñas entre 9 y 12 años: Diseño de ambientes de aprendizaje mediante el uso de la tecnología*”. No. De proyecto CONACYT 246959.

Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE) (Becerril & Ampudia, 2015).

El test, evalúa la percepción de niños y niñas entre 9 y 13 años, acerca de las conductas adictivas. Consta de 90 reactivos divididos en 5 áreas: Datos Sociodemográficos, edad, sexo, grado escolar, personas con las que vive el niño o niña, y ocupación de los padres). Dinámica Familiar, cuidados hacia el niño (a), disciplina en casa, interacción y percepción familiar. Uso de la tecnología, Hábitos, frecuencia y percepción, hacia el uso de las Tecnologías de la información y Comunicación (TIC's). Salud Familiar, Hábitos familiares sobre deportes, alimentación, consumo parental de sustancias, conocimiento general acerca de las adicciones. Escuela y Amigos, dinámica escolar e interacción con el grupo de pares.

El test posee tres tipos de preguntas: dicotómicas (si/no); con varias opciones de respuesta; y preguntas abiertas.

3.13 Procedimiento

- Se estableció un convenio de colaboración entre la Facultad de Psicología UNAM y la Zona IV Mixcoac integrado por nueve escuelas en esta zona escolar, con el objetivo de presentar el proyecto de investigación, CONACYT. No. 246959, Modelo de prevención de conductas adictivas para niños y niñas entre 9 y 12 años: Diseño de ambientes de aprendizaje mediante el uso de la tecnología por las responsables del proyecto. Se solicitó aplicar el instrumento a la escuela primaria pública “Amistad Mundial”, que pertenece a la Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.
- Se acordó con la escuela los tiempos de aplicación del test.
- Se llevó a cabo una junta informativa con padres de familia para solicitar autorización mediante la firma de un consentimiento informado, respecto al trabajo con sus hijos

- Se aplicó el *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril & Ampudia, 2015).
- Se capturaron y se sistematizaron, los datos de los test aplicados.
- Se llevó a cabo el análisis estadístico de los resultados.
- Se elaboraron las conclusiones del proyecto de investigación.

3.14 Análisis de Datos

Debido a que, el *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril & Ampudia, 2015), se compone de cinco áreas, para los objetivos de la presente investigación, sólo se requirieron lo Datos Sociodemográficos y el Área de Salud Familiar. De inicio, se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes frente a los reactivos sociodemográficos (edad, sexo, grado escolar, tipo de familia), consumo parental y las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis estadístico inferencial. Respecto a las diferencias significativas entre el grupo de niños y el de niñas se realizó mediante la prueba estadística *t* de Student.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Acorde a los objetivos previamente planteados en la presente investigación, se buscó identificar si niños y niñas en etapa escolar de 10 a 12 años, reconocen conductas adictivas en sus padres. Particularmente, se analizó si los niños y niñas, identificaron el consumo de alcohol y tabaco, mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 21).

4.1 Estadística Descriptiva de las variables Sociodemográficas

Inicialmente, se obtuvieron los índices de distribución de frecuencias y variabilidad de las variables sociodemográficas, en las que incluyeron sexo, edad, escolaridad, personas con las que reside cada participante y finalmente, la tipología familiar.

Acorde a la *Variable Sexo* (Tabla 1), se observó que del total de participantes (161 en total) 84 fueron hombres y 77 mujeres, por lo que sólo hubo 7 hombres más en relación a la cantidad de mujeres. Respecto a la *Variable edad*, osciló de los 9 a los 13 años. Particularmente en los hombres se presentó una edad típica (moda) de 10 años (F=30; %: 35.7), una media de 10.1 y una desviación estándar de 0.87 años. En cambio, la edad de las mujeres fluctuó entre los 9 a 12 años, la edad típica (moda) fue de 11 años (F=29; %: 37.7), con una media de 10.2 y una desviación estándar de 0.93 años.

Tabla 1. Sexo y Edad

Sexo	Edad	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	9	24	28.6
	10	30	35.7
	11	28	33.3
	12	1	1.2
	13	1	1.2
Total		84	100.0
Mujeres	9	24	31.2
	10	20	26.0
	11	29	37.7
	12	4	5.2
Total		77	100.0

En lo que se refiere a la escolaridad de la muestra (Tabla 2) se encontró que el grupo de hombres, se sitúa en mayor proporción en el sexto grado (F=30; %=35.7), le sigue el quinto grado (F=28; %=33.3), y finalmente en menor proporción estaría el cuarto grado (F=26; %=31). Respecto al grupo de mujeres, los datos se situaron de igual manera en mayor proporción el grupo de sexto grado (F=32; %=41.6); en cambio sigue el cuarto grado (F=25; %=32.5), y por último el grupo de quinto grado (F=20; %=26).

Tabla 2. Grado de Escolar

Sexo	Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Cuarto	26	31
	Quinto	28	33.3
	Sexto	30	35.7
Total		84	100.0
Mujeres	Cuarto	25	32.5
	Quinto	20	26
	Sexto	32	41.6
Total		77	100.0

En cuanto, a la cantidad de personas que viven con cada uno de los participantes (Tabla 3), se destacó específicamente, que en su mayoría los hombres residen con otras 3 personas (F=24; %=28.6), seguidos de aquellos participantes que viven con otras 4 personas (F=15; %=17.9); por último se observaron en menor grado, los que viven con sólo 2 personas (F=11; %=13.1). Para el resto de los participantes masculinos, se observa que en menor medida residen con más de 5 personas y hasta con 10 personas; no obstante destaca un solo caso, que el participante vive con sólo una persona (F=1; %=1.2). Es así, que se presenta de manera representativa (moda) aquellos hombres que viven con 3 personas; además, se presentó una media de 4.6 y una desviación estándar de 2.40 residentes, para el grupo de hombres.

Asimismo, para el caso de las mujeres (Tabla 3), se destacó que en su mayoría residen con 3 personas (F=16; %=20.8), seguidas por las que viven con 4 personas (F=14; %=18.2), y de manera simultánea se observaron las participantes que residen con 2 y 8 personas (F=9; %=11.7). Por último, se presenta sólo un caso, en el que una participante reside con sólo una persona (F=1; %=1.3). Es así, que en su mayoría y de manera representativa (moda), las participantes residen con 3 personas. Se presentó una media 5.06 y una desviación estándar de 2.45 residentes, para el grupo de mujeres.

Tabla 3. Número de personas que residen con los participantes

Sexo	No. De Personas	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	1	1	1.2
	2	11	13.1
	3	24	28.6
	4	15	17.9
	5	7	8.3
	6	7	8.3
	7	8	9.5
	8	2	2.4
	9	2	2.4
	10	7	8.3
Total		84	100.0
Mujeres	1	1	1.3
	2	9	11.7
	3	16	20.8
	4	14	18.2
	5	7	9.1
	6	8	10.4
	7	5	6.5
	8	9	11.7
	9	3	3.9
	10	5	6.5
Total		77	100.1

Frente a lo anterior y específicamente respecto al tipo de lazo familiar que señalaron los participantes, se obtuvo la Tipología Familiar (Tabla 4). En su mayoría, los hombres se ubicaron en Familias Extensas (F=47; %=56.0); continúan los que pertenecen a Familias Nucleares (F=30; %=35.7); por último, se encuentran los que residen en Familias Monoparentales (F=7; %=8.3). En cuanto al grupo de mujeres, se observó que de igual manera reportaron pertenecer en su mayoría a Familias Extensas (F=50; %=64.9); le siguen las Familias Nucleares (F=19; %=24.7); por último y en una mínima parte se ubicaron las Familias Monoparentales (F=8; %=10.4).

Tabla 4. Tipología Familiar

Sexo	Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Monoparental	7	8.3
	Nuclear	30	35.7
	Extensa	47	56.0
Total		84	100.0
Mujeres	Monoparental	8	10.4
	Nuclear	19	24.7
	Extensa	50	64.9
Total		77	100.1

Finalmente, la Tabla 5 hace referencia a la categorización, a cerca del Tipo de Familia bajo ciertas especificaciones familiares. Es decir, se obtuvieron particularidades a cerca de aquellas familias que se conformaban a partir de sólo un padre o madre. En cuanto al grupo de Hombres, se obtuvo que en su mayoría pertenecen a Familias Nucleares y Extensas (F=29; %=34.5); seguidas por Familias Extensas que encabezan Madres Solteras ((F=18; %=21.4). En su mínima parte se observan Familias Monoparentales que están lideradas por Madres Solteras (F=7; %=8.3) y las Familias Nucleares en las que se destaca un Nuevo Matrimonio por parte del Padre o Madre (F=1; %=1.2).

Para el caso del grupo de Mujeres, se caracterizó por Familias Extensas (F=25; %=32.5), seguidas por Familias Nucleares y Familias Extensas lideradas por Madres Solteras (F=20; %=26.0). En una mínima parte le siguieron Familias Monoparentales en las que destacaron Madres Solteras (F=7; %=9.1); así como Familias Extensas en las que destacaron Padres Solteros o Matrimonios Nuevos iniciados por el Padre o Madre (F=2; %=2.6). Por último, se encuentra una Familia Monoparental en la que destacaba el Padre Soltero (F=1; %=1.3).

Tabla 5. Tipología Familiar Categorizada

Sexo	Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	Monoparental - Madre soltera	7	8.3
	Nuclear	29	34.5
	Nuclear Nuevo Matrimonio Padre o Madre	1	1.2
	Extensa	29	34.5
	Extensa - Madre Soltera	18	21.4
Total		84	100.0
Mujeres	Monoparental - Madre soltera	7	9.1
	Monoparental - Padre Soltero	1	1.3
	Nuclear	20	26.0
	Extensa	25	32.5
	Extensa - Madre Soltera	20	26.0
	Extensa - Padre Soltero	2	2.6
	Extensa - Nuevo Matrimonio Padre o Madre	2	2.6
Total		77	100.1

4.2 Estadística Descriptiva de los Reactivos dirigidos al Consumo Parental y las Consecuencias tras el consumo de Tabaco y Alcohol

Se llevó a cabo un análisis descriptivo por reactivos, particularmente mediante frecuencias y porcentajes sobre el consumo parental de tabaco y alcohol; destacando aquellas diferencias entre hombres y mujeres. Por último, se llevó a cabo un análisis descriptivo acerca de las consecuencias sobre el consumo de alcohol y tabaco. Lo anterior, a partir de las respuestas recopiladas por el TESO (Becerril & Ampudia, 2015) donde se generaron categorías sobre las consecuencias de dicho consumo.

Es entonces, que la Tabla 6 presenta el reactivo referente al consumo parental de tabaco; así como la comparación entre hombres y mujeres. Inicialmente, en el grupo de Hombres se obtuvieron para las respuestas afirmativas (F=39; %=46.4) y para los que negaron (F=43; %=51.2); por último, sólo hubo una minoría (F=2; %=2.4), que no contestó al reactivo. En cuanto al

grupo de Mujeres, se obtuvo para las respuestas afirmativas (F=32; %=41.6), para las negaciones (F=45; %=58.4); todo el grupo contestó.

Tabla 6. Papá o Mamá Fuman

Sexo	Hombres						Mujeres					
	Si		No		No Contestó		Si		No		No Contestó	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	39	46.4	43	51.2	2	2.4	32	41.6	45	58.4	-	-

Frente al reactivo “*Madre de Familia Fuma*”, se observó particularmente en el grupo de Hombres (F=27; %=32.1) ante las respuestas afirmativas en relación con aquellos que respondieron negativamente se obtuvo (F=43; %=51.2); por último, una minoría no contestó (F=14; %=16.7). Para el caso del grupo de Mujeres, se obtuvo (F=23; %=29.9) para las respuestas que afirman el reactivo, en cambio para las que negaron se observó (F=47; %=61.0); sólo unas cuantas mujeres no contestaron al reactivo (F=7; %=9.1). En ambos grupos, por lo menos la mitad de los participantes, negó que haya consumo materno de tabaco; no obstante, una tercera parte de cada grupo, afirmó que existe el consumo.

Tabla 7. Madre de Familia Fuma

Sexo	Hombres						Mujeres					
	Si		No		No Contestó		Si		No		No Contestó	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	27	32.1	43	51.2	14	16.7	23	29.9	47	61.0	7	9.1

En la Tabla 8 se hace notar que el grupo de Hombres obtuvo (F=27; %=32.1) ante las respuestas afirmativas y en los que negaron se tiene (F=43; %=51.2); por último, una minoría no contestó (F=14; %=16.7). Para el caso de las Mujeres, se presentó (F=23; %=29.9) para las respuestas que afirman el reactivo, en cambio para las que negaron se observó (F=47; %=61.0); y sólo unas cuantas mujeres no contestaron (F=7; %=9.1). En ambos grupos, una tercera parte de los participantes, afirmó que hay consumo de tabaco, por parte del Padre.

Tabla 8. Padre de Familia Fuma

Sexo	Hombres						Mujeres					
	Si		No		No Contestó		Si		No		No Contestó	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	27	32.1	43	51.2	14	16.7	23	29.9	47	61.0	7	9.1

Adicionalmente, se destacaron aquellas consecuencias o efectos, que traen consigo el consumo de Tabaco. Por lo que fue necesario categorizar las respuestas de los participantes; en consecuencia se obtuvo lo siguiente:

Tabla 9. Consecuencias del Consumo de Tabaco

Sexo	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
Enfermedad cardio-pulmonar	31	36.9	20	26.0
Cáncer	21	25.0	19	24.7
Muerte	13	15.5	14	18.2
Daño general de la salud	9	10.7	12	15.6
No sabe	3	3.6	5	6.5
No contestó	7	8.3	7	9.1

Es entonces, que se acentúan (Tabla 9) las consecuencias que le atribuyeron los participantes al consumo de tabaco. El grupo de Hombres, reportó principalmente una “*Enfermedad Cardio-Pulmonar*” (F=31; %=36.9); además, se observa que el grupo señaló al “*Cáncer*” (F=21; %=25) y la “*Muerte*” (F=13; %=15.5); además de respuestas que de manera general refirieron un “*Daño general a la Salud*”. Cabe desacatar, que sólo una minoría del grupo reportó no saber nada sobre las consecuencias del consumo (F=3; %=3.0) y otros no contestaron (F=7; %= 8.3). De igual manera, las Mujeres señalaron principalmente tras el consumo efectos como “*Enfermedad Cardio-Pulmonar*” (F=20; %=26), además señalaron al “*Cáncer*” (F=19; %=24.7) y la “*Muerte*” (F=14; %=18.2); asimismo refirieron un “*Daño general a la Salud*” (F=12; %=15.6). Finalmente, en

menor grado una parte del grupo, señaló que no sabía ninguna consecuencia (F=5; %=6.5) y otro tanto no contestó (F=7; %=9.1).

En lo que respecta al Consumo Parental y las consecuencias que trae consigo la ingesta de Alcohol, el siguiente análisis de reactivos nos permite observar las diferencias entre el grupo de Hombres y Mujeres.

Por consiguiente, en la Tabla 10, en la que se observa que el grupo de Hombres obtuvo (F=27; %=32.1) para las respuestas afirmativas y las negaciones (F=56; %=66.7); sólo un hombre se abstuvo de contestar (F=1; %=1.2). En el caso de las Mujeres, se encontró una F=42 (%=54.5) ante las respuestas afirmativas al reactivo y las negaciones (F=35; %=45.5); cabe señalar que todo el grupo respondió al reactivo.

Tabla 10. Papá o Mamá Consumen Alcohol

Sexo	Hombres						Mujeres					
	Si		No		No Contestó		Si		No		No Contestó	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	27	32.1	56	66.7	1	1.2	42	54.5	35	45.5	-	-

Concretamente, la Tabla 11 hace referencia al Consumo en las Madres. La información aportada por el reactivo, refiere que el grupo de los Hombres señalaba en menor medida (F=18; %=21.4) que la madre consume alcohol, y ante la negativa del consumo se tiene más de la mitad del grupo (F=56; %=66.7); sólo una minoría no contestó (F=10; %=11.9). Para el caso del grupo de Mujeres, afirmaron al reactivo una tercera parte del grupo (F=26; %=33.8); además, la mitad del grupo (F=41; %=53.2) negó que la madre consuma alcohol; sólo unas cuantas mujeres se abstuvieron de contestar (F=10; %=13).

Tabla 11. Madre de Familia Consume Alcohol

Sexo	Hombres						Mujeres					
	Si		No		No Contestó		Si		No		No Contestó	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	18	21.4	56	66.7	10	11.9	26	33.8	41	53.2	10	13.0

Frente lo anterior, se observó que sólo una tercera parte del grupo de Hombres (F=27; %=32.1) afirmaron al reactivo. La mitad del grupo (F=45; %=53.6) negó que hubiera consumo de alcohol por parte del Padre; sólo unos cuantos no contestaron (F=12; %=14.3). En cuanto al grupo de Mujeres, respondieron de forma afirmativa y se obtuvo (F=33; %=42.9); para las negaciones se obtuvo (F=32; %=41.6). En menor medida, se presentaron mujeres que no contestaron al reactivo (F=12; %=15.6) (Tabla 12).

Tabla 12. Padre de Familia Consume Alcohol

Sexo	Hombres						Mujeres					
	Si		No		No Contestó		Si		No		No Contestó	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	27	32.1	45	53.6	12	14.3	33	42.9	32	41.6	12	15.6

Respecto a Tabla 13, se observó un conjunto de categorías acerca de los efectos del consumo de alcohol. Por tanto, el grupo de Hombres, reportó principalmente el “*Emborracharse*” (F=17; %=20.2) como resultado de consumir alcohol, seguido por una “*Enfermedad en General*” (F=16; %=19), bajo ninguna particularidad. Además, se atribuyó la “*Muerte*” (F=13; %=15.5) y el “*Mal Comportamiento Social, Físico y Emocional*” (F=10; %=11.9), como resultado del consumo. Posteriormente, se obtuvo en menor grado, que tras el consumo ocurren “*Accidentes*” (F=7; %=8.3), se genera una “*Adicción*” y “*Daño al Hígado y/o Riñones*” (F=4; %=4.8). Y por último, se observó que pocos participantes desconocían las consecuencias del consumo o simplemente no contestaron (F=6;

%=7.1); cabe destacar que sólo un Hombre señaló que no hay ninguna consecuencia del consumo (F=1; %=1.2).

En el caso del grupo de Mujeres, señalaron consecuencias al consumo bajo ninguna particularidad, puesto que sólo se destaca una “*Enfermedad en General*” (F=18; %=23.4) y la “*Muerte*” (F=16; %=20.8). Asimismo, se obtuvo que otra de las consecuencias es el “*Emborracharse*” (F=11; %=14.3) y la “*Adicción*” al alcohol (F=7; %=9.1). Por último, el grupo atribuyó al consumo, “*Accidentes*”, “*Mal Comportamiento Social, Físico y Emocional*”, y “*Daño al Hígado y/o Riñones*” (F=5; %=6.5). Cabe destacar, que sólo una minoría señaló que no sabía nada (F=9; %=11.7) acerca de las consecuencias o simplemente no contestó (F=1; %=1.3) al reactivo.

Tabla 13. Consecuencias del Consumo de Alcohol

Sexo	Hombres		Mujeres	
	F	%	F	%
Enfermedad en general	16	19.0	18	23.4
Accidentes	7	8.3	5	6.5
Muerte	13	15.5	16	20.8
Mal comportamiento social, físico y emocional	10	11.9	5	6.5
Adicción	4	4.8	7	9.1
Daño al hígado y/o riñones	4	4.8	5	6.5
Emborracharse	17	20.2	11	14.3
Ninguna	1	1.2	-	-
No sabe	6	7.1	9	11.7
No contestó	6	7.1	1	1.3

4.3 Estadística Inferencial: Prueba estadística t de Student de los Reactivos dirigidos al Consumo Parental y las Consecuencias tras el consumo de Tabaco y Alcohol

Frente al análisis descriptivo anterior, se dispuso a integrar un tercer análisis, mismo que se efectuó mediante estadística inferencial paramétrica. Por lo que se aplicó una prueba *t* de Student, para datos provenientes de grupos independientes. Con el propósito de analizar las diferencias entre Hombres y Mujeres, comparando los datos obtenidos en los reactivos dirigidos al consumo parental, y las consecuencias que trae consigo el consumo de tabaco y alcohol.

Es entonces, que en la Tabla 14, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de Hombres y el de Mujeres, en cuanto a seis reactivos, de los ocho totales. Concretamente, en aquellos acerca del consumo en madres y padres; así como en las consecuencias del consumo de Tabaco o Alcohol.

Tabla 14. Prueba estadística t de Student de los Reactivos dirigidos al Consumo Parental y las Consecuencias tras el consumo de Tabaco y Alcohol

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
	<i>Desviación</i>		<i>Desviación</i>				
	<i>Media</i>	<i>típ.</i>	<i>Media</i>	<i>típ.</i>			
Papá o mamá fuman	3.85	14.96	1.58	.50	-1.496	160	.137
Madre de familia fuma	17.85	36.51	10.52	28.17	-4.953	160	.001**
Padre de familia fuma	17.85	36.51	10.52	28.17	-4.953	160	.001**
Consecuencias de fumar	13.51	31.52	17.29	35.18	-5.282	160	.001**
Papá o mamá consumen alcohol	2.83	10.63	1.45	.50	-1.138	160	.257
Madre de familia consume alcohol	13.33	31.68	14.26	32.96	-4.847	160	.001**
Padre de familia consume alcohol	15.54	34.28	16.69	35.60	-5.325	160	.001**
Consecuencias del consumo de alcohol	17.40	33.37	15.83	32.06	-5.893	160	.001**

Nivel de significancia, 0.001**

Aquellos reactivos que resultaron significativos, obtuvieron un nivel de significancia de 0.001. De inicio, se tiene *“Madre de familia fuma”* (t= -4.953; sig.= .001); *“Padre de familia fuma”* (t= -4.953; sig.= .001); *“Consecuencias de fumar”* (t= -5.282; sig.= .001); *“Madre de familia consume alcohol”* (t= -4.847; sig.= .001); *“Padre de familia consume alcohol”* (t= -5.325; sig.= .001); por último, *“Consecuencias del consumo de alcohol”* (t= -5.893; sig.= .001). Ya que los reactivos resultaron estadísticamente significativos, es claro que las diferencias entre el grupo de Hombres y Mujeres, no son debidas al azar.

No obstante, los reactivos en contraste que no resultaron estadísticamente significativos y por tanto, que no presentaron diferencias entre los grupos, son *“Papá o mamá fuman”* (t= -1.496; sig.= .137) y *“Papá o mamá consumen alcohol”* (t= -1.138; sig.= .257).

En suma, a partir del análisis descriptivo e inferencial, que permitió obtener los porcentajes de consumo parental y sobre las consecuencias del consumo; así como las diferencias entre el grupo de niños y el de niñas. Fue posible advertir, diferencias estadísticamente significativas, alrededor de los análisis anteriores. Puesto que, los resultados señalan una clara diferencia entre los grupos de niños y el de niñas. Lo anterior es importante, ya que al incidir en alguna problemática en particular, es fundamental analizar características como la edad y el sexo. Con la finalidad de buscar particularidades y generar herramientas preventivas, que vayan acorde a las características y necesidades, de cada población.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5.1 Discusión

La presente investigación buscó describir las variables de consumo parental (tabaco y alcohol) en relación al sexo de los participantes; así como, las consecuencias que señalaron niños y niñas, tras el consumo de tabaco y alcohol. Lo anterior con la finalidad, de explorar las diferencias que surgen entre el grupo de niños y el de niñas, y así describir las particularidades de cada grupo. En relación al objetivo establecido, en primera instancia fue necesario plantear hipótesis de investigación, mismas que permitieron guiar el presente trabajo. En consecuencia, se requirió llevar a cabo un análisis estadístico, para corroborar las hipótesis y dar respuesta a la pregunta de investigación.

Inicialmente, la discusión de los resultados fue a partir de estadística descriptiva, que permitió conocer y posteriormente describir las características de la muestra (reactivos sociodemográficos), así como los reactivos que se presentaron con mayor frecuencia en niños y niñas. Por último, tras el análisis estadístico inferencial, fue posible conocer las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños y el de niñas; lo anterior, a través de la prueba estadística *t* Student. Lo anterior, posibilitó responder a la pregunta de investigación: **¿Será diferente la identificación del consumo parental de tabaco y alcohol, así como las consecuencias asociadas entre los niños y las niñas de 9 y 13 años de edad?**. Además, aporto evidencia significativa para corroborar las hipótesis anteriormente señaladas.

En relación a la pregunta de investigación, de inicio la información aportada por la literatura permitió apuntar hacia aspectos fundamentales en la conformación de una conducta adictiva. En primer lugar, se ha destacado el carácter multicausal y multidimensional, de los factores que conforman la problemática investigada. Puesto que es de interés, cómo los niños y jóvenes, identifican el consumo parental. Ya que, sustancias como el tabaco y el alcohol, son principalmente las

sustancias de inicio en el abuso del consumo (Medina-Mora & Real, 2013); ya que preceden el camino hacia el consumo de otras sustancias (Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003). Por otra parte, se sabe que el consumo de éstas sustancias en etapas tempranas como la niñez y la juventud (Grigoravicius, et al., 2013), trae consigo afecciones en el desarrollo cognitivo, debido que es una etapa en proceso de maduración (Pons & Buelga, 2011). Por tanto, el consumo a edades tempranas puede incidir no sólo en lo físico, sino también en las expectativas hacia el consumo y el riesgo que conlleva. Es decir, incluye desde una baja percepción del riesgo en relación al consumo de drogas, hasta actitudes positivas hacia las drogas (Salvador, et al., 2010).

Otro aspecto a considerar, es por supuesto el consumo parental, puesto que el entorno familiar es un eje fundamental en el estudio de la conformación de conductas adictivas. Lo anterior, debido a que la familia es el primer sistema que aporta al desarrollo de la socialización del individuo. Asimismo, el proceso incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la vida, aunque su mayor importancia se produce en el periodo que va de la niñez a la adolescencia. (Becoña & Vázquez, 2001).

Por tanto, el análisis sobre el que se trabajó, fue la identificación de consumo parental por niños y niñas, de 9 a 13 años de edad; así como, las creencias acerca de las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol. Lo anterior, fue posible a partir del *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril & Ampudia, 2015), a través del cual se constató que los participantes identificaron un consumo parental de tabaco y alcohol.

En cuanto a la primera hipótesis que se planteó en el presente trabajo: **Es posible saber si los niños y niñas entre 9 y 13 años identifican el consumo parental de tabaco**, misma que es aceptada debido a que, los participantes identificaron y señalaron el consumo parental de tabaco. Resulta relevante

mencionar, que el consumo en el entorno familiar predispone a que dicha conducta forme parte de la cotidianeidad familiar, y se normalice dicho consumo. No obstante, la importancia de lo anterior reside, en que estudios previos (Arbex, 2013; López & Rodríguez, 2012; Morales, et al., 2011; Páramo, 2011; Salvador, et al., 2010; Grigoravicius & Ducos, 2009), señalan como factor de riesgo al consumo parental. Ya que puede tornarse un elemento que aporte al consumo de sustancias posterior en los hijos; así como al probable desarrollo de alguna conducta adictiva.

Dicha asociación se fortalece, al considerar que el conocimiento respecto al consumo, depende de la disponibilidad que tenga en los contextos en los que se ven inmersos niños y jóvenes. Pero cobra mayor importancia en el entorno familiar, puesto que el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona, se genera dentro de un núcleo familiar, comprendiendo las primeras experiencias que se aprenden sobre la adquisición de múltiples aspectos, como el lenguaje, las costumbres, las creencias, las tradiciones, etc. (García & López, 2012; Barruecos, 2010; Becoña & Vázquez, 2001). No obstante, cabe señalar que lo anterior, se considera como elementos que aportarían en la posible conformación de una conducta adictiva, más no como un determinante directo y causal. Puesto que el desarrollo de una adicción, depende de otros factores (Pons & Buelga, (2011; Becoña & Vázquez, 2001), que en conjunto refuerzan la disponibilidad de un individuo, al desarrollo de conductas adictivas posteriores.

Respecto a la segunda hipótesis: **Es posible saber si los niños y niñas entre 9 y 13 años identifican el consumo parental de alcohol**, es aceptado debido a que acorde a lo reportado por los participantes, identificaron el consumo de alcohol en padres, en ambos grupos –hombres y mujeres-

Lo anterior es importante debido a que como lo puntualizaron Suárez, Del Moral, Martínez, John & Musitu, (2016), en investigaciones precedentes se ha constatado que los jóvenes reproducen en gran medida el modelo de consumo de

alcohol que perciben en los/las adultos/as de su entorno social, sobre todo en su entorno familiar. En consecuencia, otro factor de riesgo para el desarrollo de trastornos en el uso de alcohol es el inicio temprano del consumo de esta sustancia, e incrementa el riesgo a desarrollar abuso y dependencia (Caneto, Vera, Pautassi & Pilatti, 2015)

En relación a la tercera hipótesis, se refirió lo siguiente: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años sobre el consumo parental de tabaco.** Lo anterior, es aceptado, ya que acorde con el análisis estadístico inferencial, se pudo apreciar que entre el grupo de niños y el de niñas, hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la identificación del consumo parental. Mismo que permitió, observar que el consumo se identifica mejor, si va direccionado a alguien en específico –padre o madre-; por lo que aquellos reactivos dirigidos al consumo de la madre o el padre, resultaron significativos, en comparación a aquellos no especificados. Además, el grupo de hombres – en comparación al grupo de mujeres- reconocieron mejor el consumo de tabaco, tanto en los padres como en las madres.

La diferencia entre los grupos por sexo, son apoyados por lo encontrado en la literatura. Puesto que las diferencias en los patrones de socialización de niños y niñas pueden producir variedades en el impacto de las influencias externas sobre el uso precoz de drogas. De inicio, la capacidad de gestión familiar, las oportunidades del entorno de la escuela, la calidad de vida y oportunidades de participación de la comunidad, influyen en el desarrollo de conductas positivas o problemáticas, que pueden influir de manera diferente en los niños y niñas (Arbex, 2013)

Puesto que la literatura reporta diferencias en la que los niños y niñas, se involucran con los factores de riesgo y protección, hacia las conductas adictivas. En contexto, se reportó (Sánchez-Sosa, et al., 2014) que los chicos tienen significativamente más factores de riesgo, tanto personales como contextuales, y

menos factores de protección que las chicas. Pues en el caso de los chicos, cuya protección parece ser que es más comunitaria. Para ellas, los factores de protección son más personales y familiares, al igual que sus factores de riesgo. Lo anterior, parece relevante en la población mexicana, ya que de acuerdo a Aguilar, (2012) los hombres están cuatro veces más expuestos que las mujeres, a tener contacto con drogas.

La cuarta hipótesis, destacó si **Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años sobre el consumo parental de alcohol**. El enunciado es aceptado ya que existen diferencias significativas en ambos grupos de la muestra. Pese a que al momento de identificar el consumo parental no diferenciado (fuera padre o madre), no hubo diferencias, las hubo cuando las preguntas iban dirigidas hacia el consumo específico de uno de los padres. Concretamente, los grupos difirieron al identificar el consumo de alcohol parental, aunque en una mínima proporción, pues el grupo de mujeres identifico mejor el consumo parental de alcohol.

Pese a que hubo diferencias entre los grupos, la identificación del consumo por parte del grupo de mujeres no fue por mucho. Pues acorde a lo señalado por la literatura, generalmente les atribuyen menores factores de riesgo a las mujeres, en comparación a los hombres. Las diferencias entre estos factores serían hacia el riesgo del consumo temprano (Díaz, Díaz, Hernández, Fernández, Solís & Narro, 2009)

Finalmente, lo anterior se creyó importante debido a que recientemente se viene considerando que los factores de riesgo operan de modo diferente en chicos y chicas (Sánchez-Sosa, Villarreal, Ávila, Vera & Musitu, 2014). Además, para posteriores investigaciones y por supuesto, trabajos que busquen incidir en la prevención de la conducta adictiva y los factores asociados a ésta. Son fundamentales las características sociodemográficas, para conocer hacia qué población va dirigida y bajo qué características.

Con respecto a la quinta hipótesis: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años en cómo reconocen las consecuencias asociadas al consumo de tabaco.** Se consideró un enunciado válido, ya que las diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres existen, con respecto a cómo reconocen las consecuencias tras el consumo de tabaco. Es decir, que las mujeres reconocen mejor las consecuencias asociadas al consumo de tabaco. Frente a las consecuencias por el consumo se indicaron particularmente daño físico como cáncer, enfermedad pulmonar o la muerte. Por tanto, se logró destacar los efectos físicos devastadores por el consumo de tabaco.

De inicio, las *ideaciones*; *creencias* - información que tienen un sujeto sobre un objeto, enlazando un objeto con un atributo-; *actitudes* -la predisposición aprendida a responder de una manera favorable o desfavorable a un objeto dado-; *normas interiorizadas*; o la *percepción riesgo* ante las sustancias como el tabaco y el alcohol, son potenciales variables mediadoras entre factores ambientales y consecuencias conductuales (Jiménez, 2011). Sin embargo, pueden tornarse en prejuicios, desinformación o sólo información errónea, mismo que genera (García & López 2012; Espada, Méndez, Griffin & Botvin, 2003; Becoña & Vázquez, 2001), elementos que alientan la curiosidad o impiden que los niños y los jóvenes, valoren acertadamente los riesgos que se corren al consumir alguna sustancia o adentrarse en alguna conducta específica. De igual manera, las actitudes favorables al uso de sustancias son importantes predictores de la intención conductual y de un consumo posterior.

Para este caso, las creencias acerca del consumo y sus efectos, son bajo implicaciones de riesgo. Lo anterior podría parecer importante, ya que el conocimiento acerca del riesgo que implica el consumo, podría significar un factor protector para la implicación posterior con el consumo. En cuanto al análisis de riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual se

verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. Se consideró que la percepción de riesgo puede llegar a ejercer una influencia capital, a la hora de que una persona se plantee probar una nueva sustancia o empezar a consumir cualquier cosa que sea susceptible de generar adicción (García, 2012).

En consecuencia, frente a los resultados presentados por el grupo de mujeres, se constató que ellas percibieron mejor el riesgo. Mismo que podría disminuir el riesgo de un consumo posterior. Pues como Arbex (2013) señaló, las niñas presentan niveles de protección de la familia más altos y están expuestas a menos riesgos (posibilidad de utilizar drogas) en la comunidad, lo que conlleva niveles más bajos de uso. Así, cada una de las influencias externas está asociada con el uso de sustancias de manera más intensa para los hombres, que para las mujeres.

Finalmente, se revisa la última propuesta: **Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas de 9 a 13 años en cómo reconocen las consecuencias asociadas al consumo de alcohol**. La hipótesis resulta válida, ya que inicialmente el reactivo permitió categorizar las respuestas del grupo de niños y de niñas, así como contrastar las diferencias entre los grupos, a partir del análisis de resultados. Para este caso, el grupo de hombres logró identificar mejor el riesgo y los efectos que implican el consumo de alcohol.

No obstante, lo señalado por los participantes sólo fue direccionado hacia efectos superficiales, como *“emborracharse”* o *“enfermedades generales”*. Además que la percepción y las expectativas, acerca de las consecuencias del consumo, fueron direccionadas de manera general al daño físico. Sólo una pequeña parte del grupo logró identificar los efectos psicológicos del consumo del alcohol (*“mal comportamiento social, físico o emocional”*). Se especula que los jóvenes con alta percepción de riesgo tienen menor probabilidad de comenzar a

consumir frente a los que tienen una percepción de riesgo baja, por el hecho, no demostrado, de que ejerza de reguladora de la motivación de consumo. En sentido estricto el riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando (García, 2012).

Generalmente, la motivación para consumir alguna sustancia, estará guiada por la creencia sobre las gratificaciones que se derivarán de sus efectos psicoactivos y de su significado social, es decir, sobre las consecuencias gratificantes que se derivan de ingerir alcohol (Pons & Buelga, 2011). Resulta importante lo anterior, ya que lo señalado por los participantes, resulta -además del impacto físico- en una consecuencia conductual; es decir, que en algún momento se esperaría un cambio a corto plazo en la persona, al consumir alcohol.

Lo anterior, iría en concordancia con lo mencionado por Pons & Buelga (2011), al haber comentado que las expectativas hacia las bebidas alcohólicas son creencias referidas a los efectos que éstas producirán en el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones de quien las ingiera. En consecuencia, la percepción de una asociación causal entre un comportamiento dado y ciertos resultados conduce a una predisposición, en forma de expectativas del tipo “*si..., entonces...*”. Estas asociaciones influyen, en su momento, en la disposición hacia una conducta específica, en este caso, consumir alcohol. Las expectativas hacia el alcohol incluyen expectativas “de activación” -dimensión desinhibidora y facilitadora social de las bebidas alcohólicas- y “de sedación”- referencia a la capacidad ansiolítica-, como las mencionadas por los participantes, al indicar el efecto de “Emborracharse”.

Además, la expectativas y el consumo parental, resultan relevantes debido a que se ha reportado que las expectativas positivas, están ya presentes en los niños, antes incluso de que tengan su primera experiencia directa de consumo de alcohol con el grupo, y que tales expectativas se van incrementando con la edad hasta llegar a la adolescencia. Particularmente, las creencias, actitudes y

percepciones de los compañeros/as, del grupo de iguales son mejores predictores del consumo de sustancias entre los adolescentes mayores, que entre los que son menores de 12 años. Por lo que, aquellos menores de 12 años, aún se ven influenciados por el entorno familiar (Arbex, 2013; Pons & Buelga, 2011)

Es entonces, que a través de la familia, se interiorizan determinadas formas de interacción social. Cabe destacar, que las interrelaciones que se generan a partir de la estructura familiar y de un individuo, dan paso no sólo a valores y a creencias, sino también a conductas de protección y conductas de riesgo (Guisa, 2008). Por lo que aquellas actitudes, en específico las que son contrarias al uso de drogas, aportan y ayudan a contrarrestar factores de riesgo, que vulneran a niños y adolescentes, hacia el desarrollo temprano de conductas adictivas. Pues como se ha señalado anteriormente, las actitudes favorables hacia el consumo, la baja percepción de riesgo, consumo parental (García & López, 2012), favorecen la aparición de consumo de sustancias entre niños y jóvenes.

Por tanto, las expectativas acerca del consumo, creencias o la percepción de riesgo, sobre las consecuencias del consumo, vienen orientadas por la socialización e influencia, familiar. Debido a que emerge el contexto evolutivo y social, para dar paso a las expectativas acerca de ciertas sustancias como el tabaco y el alcohol (Pons & Buelga, 2011).

En resumen, los resultados del presente trabajo aportan datos acerca de la ocurrencia del consumo parental de alcohol y tabaco; así como las consecuencias asociadas al consumo. Inicialmente, se testificó y se reunió evidencia, a través del TESOE (Becerril & Ampudia, 2015); por lo que se pudo advertir, la eficiencia del test, para identificar las variables sociodemográficas, identificación y percepción de consumo de sustancias. Lo anterior, a partir de que el *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril y Ampudia, 2016) reuniera variables acerca del sexo y edad de los participantes, el consumo parental; así como la percepción de los participantes, acerca del consumo y sus

consecuencias. Es así, que lo anterior coincide en general con estudios previos (García, 2012; Grigoravicius, 2011; Pons & Buelga, 2011).

Por otra parte, en cuanto a los padres responsables de los niños, cabe destacar que no sólo la evitación del consumo dentro del entorno familiar facilita una postura negativa hacia el desarrollo de conductas adictivas; sino de igual manera, la evitación de actitudes tolerantes hacia el consumo adictivo y/o permisividad de dicha conducta. Puesto que estudios como el de Grigoravicius, et al., (2013), se observó tolerancia de consumo de alcohol en niños, en eventos familiares; es decir que los padres de algunos niños, reportaron haber permitido e incluso propiciado el consumo de alcohol en sus hijos, durante fiestas navideñas, cumpleaños o situaciones de festejo. En suma, permisividad y aprobación parental/familiar respecto al consumo de sustancias, el propio consumo parental, son factores trascendentales en el comportamiento posterior de niños y jóvenes, con las sustancias (Villarreal, Sánchez-Sosa & Musitu, 2013; López & Rodríguez, 2012; Páramo, 2011; Salvador, et al., 2010).

5.2 Conclusión

Frente a lo aportado en la literatura, es definitivo que el consumo de sustancias, las conductas adictivas y el posterior desarrollo de una adicción, implican la interacción y convergencia, de múltiples factores. Es decir, que nos encontramos ante una problemática multifactorial y multidimensional. Puesto que ante, ciertas dimensiones en factores como los individuales, familiares, sociales o culturales, se conformaría una conducta adictiva.

Además, una parte fundamental en el inicio del consumo, es por supuesto la edad de inicio, puesto se han reportado casos no sólo desde la pubertad y adolescencia, sino incluso durante la niñez. Hecho que por supuesto, es imperativo precisar, pues al pretender incidir en un fenómeno en cuestión, es claro

que no sólo basta la implicación del mundo circundante, sino también la manera que converge en los diferentes sectores poblacionales.

Desde luego, es claro que el objetivo del presente trabajo, sólo se buscó una exploración y descripción de las variables. Es así, que sólo se indagó si los niños y niñas de 9 a 13 años, logran identificar el consumo parental, de tabaco y alcohol, estos resultados son relevantes debido a que durante la etapa de la niñez uno de los ejes principales es el desarrollo social. Por lo que, el primer sistema socializador (la familia), cobra mayor impacto, alrededor de las expectativas y creencias, de los niños y niñas, acerca de sustancias como el tabaco y el alcohol. Sobre todo, ante el consumo parental de dichas sustancias

Lo anterior, es relevante, debido a que, ante el consumo parental, se presenta el riesgo de normalizar una conducta como lo es el consumo de sustancias, en el entorno familiar.

Los hábitos de los padres influyen de una forma decisiva en la conducta de sus hijos, especialmente en lo relativo al consumo de alcohol y tabaco, fracaso escolar y práctica deportiva. El consumo de tabaco y alcohol es muy común entre niños y jóvenes y se ha convertido en un problema de salud pública. Como lo señalan algunos estudios en donde se analiza la influencia de los hábitos paternos en el consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes.

Otros estudios, reportan que el bajo nivel socioeconómico de los padres y el que la madre beba alcohol tienen el efecto más determinante sobre el consumo de alcohol y tabaco por parte de los hijos. Además, los hijos tienden a reproducir los hábitos de sus padres, como la práctica de deportes o el consumo excesivo de televisión, como el alcohol y el tabaco. Los resultados de este estudio sugieren que los padres deben asumir su responsabilidad en la educación de los hijos y ejercer como padres, no como amigos o colegas.

Se han utilizado métodos previamente validados para recoger datos sobre la salud, los hábitos de los escolares y de sus padres en donde se analiza la influencia de los hábitos y costumbres de los padres sobre los de los hijos. Esos hallazgos podrían sugerir que el hecho de que la madre (y no el padre) beba alcohol aumenta los hábitos tóxicos de sus hijos (y especialmente de sus hijas) en general, y futuros estudios deberán profundizar en su explicación.

El nivel sociocultural de los padres influye en muchos aspectos de los hábitos y las conductas de sus hijos; aumenta el riesgo de que fumen, beban alcohol, suspendan asignaturas, no practiquen deporte y vean más horas de televisión.

Es importante destacar que esos resultados han sido similares entre los estudiantes de escuelas públicas y privadas que reflejaron que el tipo de escolarización no modifica la influencia de los padres en los hábitos, actitudes y rendimiento de sus hijos.

Los resultados de este estudio también demuestran que la influencia de la conducta de la madre es mayor que la del padre, que las hijas son más susceptibles que los hijos a la influencia de sus padres, que el hecho de que la madre (no el padre) beba está asociados a un mayor consumo de alcohol y tabaco entre los niños y los jóvenes, y que el que ambos padres beban está asociado a un mayor riesgo de que sus hijos beban, pero no fumen.

Por tanto, la presente investigación, logró sus objetivos y provee información relevante a través *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)* (Becerril & Ampudia, 2015). Puesto que se pudo advertir las diferencias entre el grupo de niños y niñas, hacia la identificación de consumo parental de tabaco y alcohol. Además, ambos grupos presentaron expectativas y una alta percepción de riesgo, sobre las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol. No obstante, esto último resultó ser relevante, debido a que las respuestas de los participantes iban dirigidas hacia un daño o efecto físico. Sin embargo, se destaca que sólo para el

caso del alcohol, los participantes en una mínima proporción, pudieron advertir efectos conductuales.

En suma, acorde a los resultados obtenidos en la presente investigación, y a lo señalado por la literatura, se concluye que la identificación del consumo parental, podría converger como un riesgo, al normalizar el consumo de estas sustancias e integrarlos como parte de la cotidianeidad en el entorno familiar. Asimismo, las expectativas y creencias acerca de las consecuencias del consumo, giran en torno a daños físicos, lo cual aporta a generar una percepción de riesgo acerca del consumo de sustancias, al señalar efectos dañinos por el consumo.

Sin embargo, pese a que aquellas expectativas iban dirigidas a un efecto dañino, sólo un pequeña parte de los participantes resaltó el efecto comportamental tras el consumo de alcohol. Por tanto, es claro que el conocimiento acerca de las consecuencias y los efectos, del consumo de sustancias, aún es limitado. Ya que como se señaló a lo largo del presente trabajo, los efectos del consumo abarcan mucho más que sólo secuelas físicas, pues implican desde consecuencias individuales –físicas, conductuales, emocionales-, familiares y sociales.

Se requiere entonces, explorar a profundidad en investigaciones posteriores, las variables revisadas. Lo anterior, con la finalidad de relacionar cómo influye el consumo parental en la percepción de riesgo hacia las sustancias, y si la convergencia entre éstas dos variables se configuran como un factor de riesgo o protección, para el probable consumo de los hijos.

En conclusión, la investigación fue pertinente para los objetivos planteados, pues sólo se buscaban explorar y analizar, los contenidos reportados. No obstante, para ampliar el alcance de los datos, con mayor contenido y por supuesto, con causalidad estadística, se sugiere ampliar el diseño y los objetivos

de investigación. Asimismo, se propone buscar una relación entre la estructura y dinámica familiar, y la percepción sobre las sustancias como el tabaco y alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, B. O. E. (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 69-70.
- Aguilar, M. C. (2001). Educación familiar ¿Reto o necesidad? Madrid: Dykinson.
- Ajuriaguerra, J.(2002).Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Ed. Toray Masson. Pp.984.
- Ampudia, R. A, Becerril, P. M. S., Pérez, R. A., & Arvizu, B. M. C. (2016). Identificación de indicadores de salud familiar relacionados con la enfermedad, alimentación, hábitos y adicción. *XXIV Congreso Mexicano de Psicología. La actualización del Psicólogo frente a los desafíos de la sociedad contemporánea. Desde la ciencia hasta la práctica*. Centro Banamex, Ciudad de México: Sociedad Mexicana de Psicología.
- APA (2010) *Diccionario conciso de Psicología*. American Psychological Association. México: Manual Moderno.
- Arbex, S. C. (2013). Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. Madrid: Delegación del Gobierno para el plan nacional sobre drogas.
- Arranz, F. E. (Coord.) (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Educación.
- Barruecos, V. L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-16592010000200005&script=sci_arttext
- Becerril, P. M. S. & Ampudia, R. A, (2015). *Test Sociocomportamental para Escolares (TESOE)*. México: Modelo de prevención de conductas adictivas para niños y niñas entre 9 y 12 años: Diseño de ambientes de aprendizaje mediante el uso de la tecnología”. No. De proyecto CONACYT 246959. En prensa.

- Becoña, I. E., Cortés, T. M., & Arias, H. F. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, I. E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, I. E., & Vázquez, G. F. (2001). Heroína, cocaína y drogas de síntesis. [Madrid]: Editorial Síntesis.
- Becoña, I. E. (2008). Drogodependencias. En Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. Manual de Psicopatología (1st ed., pp. 375-399). España: McGraw-Hill.
- Caballo, E.V., Salazar, I. & Carrobbles, J. A. (Dirs.). (2011). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Segunda Edición. Madrid: Editorial Pirámide.
- Caneto, F., Vera, B., Pautassi, R., & Pilatti, A. (2015). Personalidad, edad de inicio y problemas por consumo de alcohol en estudiantes. Quaderns De Psicologia, 17(2), 19. doi:10.5565/rev/qpsicologia.1247
- Cano, C. G., Araque, S. F., & Cándido, O. A. (2015). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. Adicciones, 23(2), 141-148.
- Cantón, J., Cortés, M. R. & Justicia, M. D. (2007). Conflictos entre los padres, divorcio y desarrollo de los hijos. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Carrillo, J.J. (2004). Consumo de drogas ¿qué hacer? México: Ed. Trillas. Pp. 200.
- Ceballos, E., & Rodrigo, M.J. (2005). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (coords.), Familia y desarrollo humano (25-44). Madrid: Alianza.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina. (2000). El diagnóstico del problema de las drogas en América Latina 2000: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml>.
- Cía, A. H. (2014). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. Revista de Neuro-Psiquiatría, 76(4), 210.

- CICAD. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015. Washington D.C.: Observatorio Interamericano de Drogas (OID). Retrieved from <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
- Consuegra, A. N. (2010) *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe
- Cortés, A.M.R., & Cantón, D.J. (2010). Familias monoparentales. En Arranz, F.E., & Oliva, D.A. Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares (pp. 35-50). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cruz, S. V., Martínez, M. M., Garibay, L. L., & Camacho, C. N. (2011). Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Atención Primaria*, 43(2), 89-94. doi:10.1016/j.aprim.2010.04.009
- Del Moral & Lorenzo, P. (2009). Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y tratamiento. En Lorenzo, F. P., Ladero, J. M., Leza, C.J & Lizasoain, H.I. Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. (Pp. 27-61). Tercera Edición. Buenos Aires Madrid: Médica Panamericana.
- Delgado, E. B. (2009). *Psicología del desarrollo*. España: McGraw-Hill.
- Díaz-Aguado, M. J. (2007). *Programa escolar de prevención de drogodependencias y mejora del vínculo educativo en Educación Primaria*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Universidad Complutense
- Díaz, N. D., Arellanez, H. J., Pérez, I. V., & Wagner, F. (2009). Correlatos psicosociales del abuso y dependencia de drogas entre jóvenes mexicanos. *Rev. Med Inst Mex Seguro Soc*, 47(Supl 1), S13-S20.
- Díaz, Losada, Navarro & del Moral. (2009). Enfoques psicológicos de las drogodependencias. Abordajes terapéuticos. En: Lorenzo, F. P., Ladero, J. M., Leza, C.J & Lizasoain, H.I. Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. (Pp. 89-106). Tercera Edición. Buenos Aires Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Díaz, M. L., Díaz, M.A., Hernández-Ávila, C. A., Fernández, V.H., Solís, T. C., & Narro R.J. (2009). El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato. *Salud Mental*, 32(6), 447. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212267002>
- Echeburúa, O. E. (2001). *Abuso de Alcohol*. Madrid. España: Síntesis.
- Echeburúa, O. E., Labrador, F., & Becoña, I. E. (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Eguiluz, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México.
- Engels, F. (2011). *El origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado*. México. Editorial Colofón S.A. de C.V.
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9–17. Retrieved from www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf
- García, C. J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12 (2), 133–151. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- García, M. J. & Delval, J. (2010). *Psicología del desarrollo I*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- García, C.J. A., & López, S.C. (coords.). (2012). *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Garciga, O., & Albuquerque, F. (2012). Las conductas adictivas: análisis crítico y propuestas para su prevención. *Rev Hosp Psiquiatr La Habana*, 9(2).
- Goldstein, A. (2003). *Adicción de la biología a la política de drogas*. Barcelona (España): Editorial Ars Médica.
- Gómez, H.J., (2003). El adolescente en la familia y la escuela. En Eguiluz, L. L. (Comp). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. (105-123). México: Pax México.
- Gómez, R., & Serena, F. (2012). *Introducción al campo de las drogodependencias*. Córdoba, Argentina: Ed. Brujas.

- González, M. R. (2007). Significación médico social y ético-humanística de las drogas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1) Recuperado en 02 de marzo de 2016: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100002&lng=es&tlng=es.
- González, M., López, F., & Gómez, B.A. (2010). Familias homoparentales. En Arranz, F, E., & Oliva, D.A. *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares* (pp. 101-119). Ediciones Pirámide.
- González, F. M. P., Sevillano, G. M. L, & Rey, Y. L. (2007). Promover en los adolescentes la identificación de sus valores como factores que les protegen de las adicciones: un modelo vivencial centrado en el estudiante. *Enseñanza & Teaching*, (25), 157-178.
- Grigoravicius, M., Iglesias, A., Ponce, P., Poultier, J., Pandolfi, M., Nigro, V., & Bradichansky, L. (2013). Contexto Familiar y Consumo de Sustancias Psicoactivas en Niños entre 8 y 12 Años. *Acta De Investigación Psicológica*, 3(2), 1149-1162. doi:10.1016/s2007-4719(13)70958-x
- Grigoravicius, M. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas y expectativas hacia el alcohol en niños escolarizados entre 8 y 12 años. *Anuario de investigaciones*, 18, 349-357.
- Grigoravicius, M. J., & Ducos, L. M. A. (2009). Estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 10 y 12 años: Estado del arte y resultados preliminares. *Anuario de investigaciones*, 16, 339-348.
- Griffiths, P., & McKetin, R. (2003). La práctica de la epidemiología del uso indebido de drogas. Establecimiento de una perspectiva mundial de las pautas y tendencias del consumo de drogas: un desafío para la epidemiología de las drogas. Naciones unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. *Boletín de estupefacientes*, 55.
- Guisa, V. (2008). Padres adictos y su repercusión en los hijos. Declaración electrónica del: Director general de centros de integración juvenil, AC [en línea]: México.[fecha de consulta: 20 agosto 2015]. Disponible en www.pediatria.gob.mx/cainm/padres1.pdf

- Gutiérrez, L.A.D.(2013).Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso. Tratamiento a Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2012 (Nivel Nacional y Entidades Federativas). México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 13-02a. <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/13-02a.pdf>
- Gutiérrez, L.A.D., & Vázquez, A. M. (2014). Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Segundo semestre de 2013 (Nivel Nacional y Entidades Federativas). México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Informe de Investigación 11-02a. <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/11-02a.pdf>.
- Hernández, E. M. (2015). Evaluación de un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas para la infancia. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 67-78.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2014). Metodología de la investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Education.
- Jiménez, T. (2011). Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61. doi:10.5093/in2011v20n1a5
- Jiménez, A.M., Amaris, M.M., & Valle, A.M. (Mar de 2012). Afrontamiento en crisis familiares: el caso de divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte*, 28 (1), 99-112.
- Lila,M., Musitu, G., & Buelga, S.(2000).Adolescentes colombianos y españoles: diferencias, similitudes y relaciones entre la socialización familiar, la autoestima y los valores, *Rev. Latinoamericana de Psicología*, 3 (2), 301-319 págs.
- López, G. S. (2015). *Diccionario de psicología y psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. & Ortiz, M. J. (2013). Desarrollo afectivo y social. Madrid: Pirámide.

- López, L. S., & Rodríguez, A. P. J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3974485.pdf>
- Lorenzo, F. P., Ladero, J. M., Leza, C. J & Lizasoain, H.I. (2009). *Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. Tercera Edición.* Buenos Aires Madrid: Médica Panamericana.
- Mariscal, S., Giménez-Dasí, M., Carriedo, N., & Corral, A. (2009). *El desarrollo psicológico a lo largo de la vida.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Martínez, M. P., Bustos, F. M. J., & Lorente, M. M. (2009). Drogas de uso y abuso. Mitos, realidades y aspectos prácticos en la consulta de Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 35(2), 91–100. doi:10.1016/S1138-3593(09)70426-5. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359309704265>
- Martínez, R., & González, G. (2011). *Juventud, Cultura y consumo de sustancias en contextos escolares.* México. Editorial: Miguel Ángel Porrúa.
- Martínez, O. D., & Pallares, G. J. (2013). *De riesgos y placeres.* Lleida: Milenio.
- Martínez, G.R., & Pérez, H.M. (2004). Evaluación e intervención educativa en el campo familiar = Evaluation and educational intervention in families. *REOP Revista Española De Orientación Y Psicopedagogía*, 15(1), 89-104. doi:<http://dx.doi.org/10.5944/reop.vol.15.num.1.2004.11622>.
- Martínez, G. J. M., Trujillo, H. & Robles, L. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Medina-Mora, I. M. E., & Real, F. T. (2013). El mundo de las drogas en México y el camino por recorrer. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 25(4), 294-299.

- Medina-Mora, I. M. E., Real, F.T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55(1), 67–73. Disponible en : www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a10.pdf
- Medina-Mora, I.M.E., Cravioto, P., Ortiz, A., Kuri, P., & Villatoro, J.(2004). México: sistemas para el diagnóstico epidemiológico del uso indebido de drogas. *Boletín de Estupefacientes: La Práctica de la Epidemiología del Uso Indebido de Drogas*, 117.
- Mendoza, M. M. A., López, B. M. A., Gallegos, C. A., Aguilar, B. O. E., Borges, G., Medina-Mora, I. M. E., Camacho, S. R. E. (2014). *Panorama Epidemiológico del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Ciudad de México*. México: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México; IAPA.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., & Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*. 11(1):51-63.
- Morales, M. C. C., Tomás, D. S., Herzog, B., Vidal, I. A., Zarza, G. M., & Aleixandre, B. R. (2011). Prevalencia del consumo de sustancias en progenitores y su relación con el consumo actual de sustancias legales e ilegales en adolescentes. Un estudio exploratorio con jóvenes escolarizados en la Comunidad Valenciana, España. *Trastornos adictivos*,13(2), 51-56.
- Moro, S. M., & Leza, C. J.(2009). Opioides y farmacología. Intoxicación aguda. En. Lorenzo, F. P., Ladero, J. M., Leza, C.J & Lizasoain, H.I. *Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. (Pp. 107-128). Tercera Edición. Buenos Aires Madrid: Médica Panamericana.
- Nizama, V. M. (2015). Innovación conceptual en adicciones: Primera parte. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(1), 22–29. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972015000100004&script=sci_arttext

- Nogal, T. M. (2013). *Intervención psicológica en drogodependencias*. Humanes de Madrid: CEP.
- Núñez, H. & Ortiz, S.(2010). *Diccionario de psicología APA*. México: Manual Moderno.
- Oliva,G.E., & Villa, G. V. (Ene-Jun de 2014).Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Oliva, D.A., Parra, A., & Antolin, L. (2010). Familias reconstituidas. En Arranz, F, E., & Oliva, D.A. *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares* (pp. 69-88). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas* (1st ed.). España: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from [http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_sp anish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1979). «Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales». Ginebra, OMS (1979).
- Ortiz, A., Martínez, R., & Meza, D. (2014).Resultados de la Aplicación de la Cedula: “Informe Individual sobre Consumo de Drogas”. Tendencias en el área metropolitana No. (57). México, D.F.: Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Ortiz-Tallo, A. M. (2013). *Psicopatología clínica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Palacios, R. & Rodrigo, M.J.(2005). La familia como contexto y la familia en contexto, en Rodrigo, M.J., & Palacios, J. (coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 25-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Parada, N. J. L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. *Revista Educatio Siglo XXI*, 28 (1), 17-40. Disponible en; <http://www.revista.um.es/Educatio/article/view/109711/104401>

- Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>
- Pérez, T., Elena, L., & Piper, S. I. (2015). Género y memoria. In *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social* (Vol. 15, pp. 065-90).
- Pérez Lo Presti, A. & Reinoza, D. M. (2011). El educador y la familia disfuncional. Mérida, Venezuela. *Revista Educere*. Ediciones Universidad de los Andes. Facultad de Humanidades y Educación. Año 15 No. 22. Septiembre-diciembre de 2011.
- Peruaga, A., Rincón, A., & Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 14(2), 227-238. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.505>
- Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. doi:10.5093/in2011v20n1a7
- Quintero, Á. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es>
- Riofrio, G.R. & Nascimento, L.C. (2010). Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18 (Especial): 598-605. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700016>.
- Rodríguez, T. & Mesa, C. (Coords.). (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Rojas, M. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Perú: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC).

- Roncero, C., Barral, C. & Casas, M. (2009). Alcohol y otras drogodependencias. En T Palomo M. A. Jiménez- Arriero (dirs). Manual de psiquiatría (pp. 465-481). Madrid: ENE Publicaciones.
- Ruiz, T. G. M., & Medina-Mora, I. M. E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud mental*, 37(1), 1–8. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252014000100001&script=sci_arttext
- Salas, B. E. (2014). Adicciones Psicológicas y los nuevos problemas de salud. *Cultura*, 28, 111-146.
- Salvador, L. T., Silva R. A., Puerta, O. C., Jiménez R. J., Alcaraz V. A., Villar, L. A. B., & Cascales, G. I. (2010). Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal, G. M. E., Ávila, G. M. E., Vera, J. A., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69–78. Retrieved from www.redalyc.org/pdf/1798/179830185008.pdf
- Sanchez, P. L. (2005). Los adolescentes y el alcohol. Guía de adolescentes. Valladolid: Junta de Castilla y León. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/familia/es/plantilla100/1200491913327/>
- Sarason, I., Sarason, B., (2006). Psicopatología. México: Pearson Educación.
- Secades, V.R., Fernández, H.J.R. (2003). Modelos de adicción. En: Manual SET de Alcoholismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 19-47.
- Secades, V.R., Fernández, H.J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3). 365-380.
- Soage, Y., Vasquez, M., & Seijo, D. (Sep de 2003). Compresión de la separación y exposición de las reacciones más comunes de los hijos de padres separados. *Galeg-Portuguesa de Psicología e Educación*, 10(8), 205-218.

- Sola, G. J., Rubio, V. G., & Rodríguez, F. F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?. *Health And Addictions/Salud Y Drogas*, 13(2), 145-155
- Souza, M. M. (2010). *Psiquiatría de las adicciones*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Suárez, C., Del Moral, G., Martínez, B., John, B., & Musitu, G. (2016). El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 11-17. doi:10.1016/j.gaceta.2015.06.004
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S., (2010). *Psicopatología comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning Editores.
- UNODC (2014). Informe Mundial sobre las Drogas 2014. Obtenido de UNDOC. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito:(Publicaciones de las Naciones Unidas, Sales No. E.14.XI.7):<https://www.unodc.org/documents/wdr2014/>.
- UNODC (2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Obtenido de UNODC. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Ustárroz, T. (2012). Cognición social en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 14(01), 3–9. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-cognicion-social-adicciones-90140316>.
- Valdés, C. A. A. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. México: Manual Moderno.
- Velázquez, A.M., & Gutiérrez, L. A. D. (2015). Consumo de sustancias en pacientes de primer ingreso a Tratamiento. Primer semestre del 2015. Usuarios de drogas ilícitas. Disponible en: <http://cij.gob.mx>.
- Villa, M., Rodríguez, F. J., & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Villarreal, G. M., Sánchez-Sosa, J., & Musitu, O. G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3). doi:10.11144/javeriana.upsy12-3.apca

- Villatoro, J., Gutiérrez, M. L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L. & Gaytán F. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*; 32(4): 287-297.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M. L., Oliva, N., Bretón, M., et al. (2011). Tendencias del uso de Drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009.
- Villatoro, J., Medina-Mora, I. M. E., López, M. M., Robles, N. O., Gamiño, M. B., Ito, D. F., & Buenabad, N. A. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447–457. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225137001>
- Villatoro, V. J., Robles, N. O., Ito, D., Gamiño, M. B., Salazar, M. A., Del Campo, S. R., Alvarado, R. & Medina-Mora, ME. (2014). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional contra las adicciones, Secretaria de Salud. México DF, México: INPRFM; 2015. Retrieved from: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx
- World Health Organization. (2011). Factores de riesgo. Retrieved from http://www.who.int/topics/risk_factors/es