



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA AL TABACO: EFECTOS DEL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA CALIDAD DE VIDA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

CÉSAR ALEJANDRO PLIEGO ROSAS

DIRECTORA:

DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DRA. ROZZANA SÁNCHEZ ARAGÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARÍA GUADALUPE PONCIANO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE MEDICINA
DRA. NAZIRA CALLEJA BELLO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

OCTUBRE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Quien espera

y no desespera,

Quien me ha traído aquí

y sabe dónde irá.

AGRADECIMIENTOS

*No hay meta sin camino, no hay camino
sin apoyo, no hay apoyo sin presencia...
No se llega solo, se llega acompañado...*

Agradezco a CONACYT por el soporte brindado a lo largo de estos 2 años y a mi querida UNAM quien me ha dotado de una identidad que porto con orgullo.

A mi familia, que con bellos detalles me siguió impulsando cuando el cansancio llamaba a la puerta, que me dio sus manos y brindó comprensión ante tanta ausencia.

A Paulina, mi futura amante de vida que con mucho amor me ha dado su ternura cuando el camino ha vuelto lento mi paso, a quien admiro y me hace sentir privilegiado.

Quienes siendo desconocidos se convirtieron en coaches de ligue y me dieron como regalo su amistad envuelta de risas, poniendo el moño de la alegría y el valor de la lealtad como tarjeta.

A cada uno de los mentores que me brindaron algo de sí, especialmente al comité que aceptó ser parte de esta tesis: por su tiempo, dedicación e instrucción.

A mis amistades que fueron aliento en momentos de sofoco y me dieron la pausa deseada de su compañía, por su apoyo y presencia.

Y especialmente a quienes como participantes hicieron posible esta investigación, que al dar un pedacito de tiempo dan un pedacito de vida.

Contenido

RESUMEN.....	6
CAPÍTULO 1. LA FAMILIA	8
La complejidad de la familia.....	8
Funcionamiento familiar (FF).....	15
La familia en las adicciones.....	29
Funcionamiento familiar y tabaco	40
CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA (CV).....	42
Definición de calidad de vida	42
Relación entre calidad de vida y funcionamiento familiar.....	46
Calidad de vida y tabaco	47
CAPÍTULO 3. EL TABACO.....	51
Epidemiología del tabaquismo.....	51
Nicotina y adicción	53
Dependencia física a la nicotina	56
Dependencia psicológica a la nicotina	58
CAPÍTULO 4. MÉTODO	62
Objetivo general.....	62
Objetivos específicos	62
Justificación	63
Variables	64

Hipótesis	67
Participantes.....	69
Instrumentos.....	69
Tipo de estudio.....	74
Procedimiento	74
Análisis de Datos	74
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	76
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	92
Conclusiones y sugerencias	119
REFERENCIAS	122
ANEXOS.....	148

RESUMEN

La familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de enfermedad (Jiménez & Vélez, 2010), además afecta la calidad de vida (Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007), por lo que la dinámica familiar es fundamental en la causalidad de las adicciones (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez, & Galván, 2006). Una de las drogas más adictivas es la nicotina, crea dependencia física y psicológica (Ponciano-Rodríguez & Morales-Ruiz, 2007). Pese a que el funcionamiento familiar tiene una fuerte correlación positiva con la calidad de vida, actualmente no se sabe de ningún estudio que haya evaluado la influencia de estas variables sobre la dependencia física y psicológica al tabaco; por ello este estudio pretendió conocer la relación existente entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en la dependencia física y psicológica al tabaco en 100 hombres y 110 mujeres mexicanas que fumaran por lo menos un cigarro al día, vivieran con su familia y no hubieran consumido alguna otra droga ilegal durante el último año. Se utilizaron la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez et al., (2006), el Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995), el Test de Fagerström de Heatherton et al. (1991) para población mexicana y el Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco (TAPDS) de Ponciano-Rodríguez et al. (2015). Los resultados brindan información importante respecto a semejanzas y diferencias por sexo de las variables, así como las relaciones y efectos de éstas lo cual implica descubrir nuevos elementos aún no explorados que permitirán apoyar la comprensión de un grave problema de salud pública como lo es el tabaquismo (Lando et al., 2010).

Palabras clave: *familia, calidad de vida, dependencia física y psicológica, tabaquismo.*

ABSTRACT

Family is an important factor in the conservation of health or the appearance of disease (Jiménez & Vélez, 2010), it also affects quality of life (Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007). Therefore family relationships are fundamental in the causality of addictions (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez, & Galván, 2006). One of the most addictive substances is nicotine because it creates physical and psychological dependence (Ponciano-Rodríguez & Morales-Ruiz, 2007). Although family functioning has a strong positive correlation with quality of life, there is currently no known study that has evaluated the influence of these variables on physical and psychological dependence on tobacco; therefore, this study aimed to elucidate the effects of family functioning and quality of life on physical and psychological dependence on tobacco in 210 mexican people (100 men and 110 women) who smoked at least one cigarette per day, lived with their family and had not consumed any other illegal drug during the last year. Family Functioning Scale (García-Méndez et al, 2006), Instrument to Measure the Quality of Life (Palomar-Lever, 1995), Fagerström Test for Nicotine Dependence (Heatherton et al, 1991) and Test to Assess the Psychological Dependence on Smoking (TAPDS) (Ponciano-Rodríguez et al, 2015) were used. The results provide important information regarding similarities and differences in the variables depending on sex, as well as the relationships and effects of these, which implies discover new elements not yet explored that will support the understanding of a serious public health problem as is smoking. (Lando et al., 2010).

Key words: *family, quality of life, physical and psychological dependence, smoking.*

CAPÍTULO 1. LA FAMILIA

La complejidad de la familia

De acuerdo con algunos investigadores, existen diferentes versiones que intentan explicar el origen etimológico de la palabra familia, algunos mencionan que proviene del latín *familiae* (grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens), mientras que otros consideran que se deriva del término *famulus* (siervo o esclavo) o incluso del latín *fames* (hambre) (Oliva & Villa, 2014).

Por consiguiente, existen diferentes definiciones de familia dependiendo de la perspectiva desde la que se quiera abordar, sin embargo, resulta complicado brindar una debido a las dinámicas familiares emergentes y cambiantes surgidas en nuestra sociedad.

De acuerdo con Planiol y Ripert (2002), la familia es un sistema autónomo e interdependiente que no puede auto-abastecerse por sí misma, por lo que necesita a la sociedad y ésta a la familia, permitiendo la creación de una retroalimentación que permite su permanencia. Por consiguiente, la familia se compone de un conjunto de relaciones familiares integradas de forma sistémica que son fundamentales para el desarrollo de la personalidad, por lo que pasa a ser un subsistema social que se encuentra en el macro sistema social (Oliva & Villa, 2014).

De la misma manera, Camí (2009) considera a la familia como un grupo que funciona en forma de sistema y posee una serie de reglas definidas por su propia historia familiar, que otorga una identidad específica y particular que la hace diferente a otros grupos, siendo también un sistema humano en constante y permanente crisis (es decir, en cambio), donde sus integrantes se influyen de manera recíproca.

Para Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) la familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que se encuentra entre la persona y la sociedad y puede integrarse por distintas cantidades de individuos que están unidos por vínculos consanguíneos, de unión, matrimonio o adopción.

Por otro lado, Páez (1984) concibe a la familia como un grupo de individuos entrelazados en un sistema social, cuyos vínculos están fundamentados en relaciones de parentesco originados en lazos biológicos y sociales con posiciones diferentes y específicas para cada uno de sus integrantes y con una función pseudo-determinada en un sistema social.

Asimismo, Quintero (2007) menciona que la familia es considerada como un grupo primario y se caracteriza por la presencia de vínculos sanguíneos, jurídicos y alianzas que unen a sus integrantes, lo que trae como consecuencia que se creen relaciones de dependencia y solidaridad; por consiguiente, la familia es un sistema creado para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, que transmite primariamente normas, valores y símbolos.

Así, la familia puede describirse como un sistema abierto y activo que se da entre individuos de diferente sexo y en diferentes estadios de maduración física y mental, siendo un sistema natural de personas relacionadas por medio de vínculos sanguíneos y afinidades diversas, situados en un lugar común restringido por su posición geográfica y cultural, que satisface las necesidades básicas, físicas y psicológicas de cada uno de sus integrantes (Oliva & Villa, 2014).

De acuerdo con Sánchez y Gutiérrez (2000) la nueva visión de concebir a la familia desde una perspectiva sistémica enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino

relacionarlos entre sí con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Esta visión tiene su origen en la Teoría General de los Sistemas (TGS) desarrollada por Von Bertalanffy (1976), la cual brinda en el caso de la terapia familiar diferentes principios como son:

- a) Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente interdependientes.
- b) La estructura familiar está formada por subsistemas y éstos por jerarquías.
- c) Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, la evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos.

Por lo tanto, desde la TGS la familia es un sistema vivo y abierto conformado por sus elementos y las relaciones entre los mismos que tiende al equilibrio y al cambio mediante la autorregulación, además de relacionarse con suprasistemas de los que forma parte (familia de origen, familia extensa, comunidad, etc.) (Soria, 2010).

Por otro lado, Barbagli (1987; en Esteinou, 2004) menciona que existen tres dimensiones en las que se ha entendido el concepto de familia:

- La estructura familiar: comprende al conjunto de personas que moran en la misma casa, la amplitud y la composición de co-residentes, las reglas que la conforman, la transforman y la dividen.
- Las relaciones familiares: que incluyen relaciones de autoridad y de afecto en el interior del grupo familiar, las formas de interacción y trato y las emociones y los sentimientos que se experimenten entre los miembros del sistema.

- Las relaciones de parentela: se definen como las relaciones que se forman entre diferentes grupos de co-residentes en las que existan lazos de parentesco e incluye la periodicidad con la cual entran en contacto para apoyarse mutuamente y elaboran estrategias comunes que acrecienten o conserven sus recursos económicos, su poder y su prestigio.

De esta manera, se puede saber que la variedad de realidades que la palabra “familia” contiene, no hace referencia únicamente a la complejidad de su composición, sino también a sus límites, a su organización y las funciones y roles inherentes que la familia y cada uno de sus integrantes tiene asignadas culturalmente (Gimeno, 2007).

Así, la familia representa ser el contexto en el que se desarrolla la *intersubjetividad* lo que permite a las personas formar nuevas relaciones significativas sin experimentar que tienen que renunciar a las ya establecidas (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). Dicho lo anterior, pertenencia y autonomía, protección y exploración, conexión e identidad, sostén y separación, desvincularse y consignar son polaridades en las que el desarrollo de una persona se conforma y diferencia (Fruggeri, 2005).

Por otro lado, Otero (2009) menciona que más que la composición y estructura familiar, lo que resalta en las familias actuales es la progresiva subjetivación de los vínculos y el deseo de autorrealización por medio de éstas, por lo que al analizar a la familia según Fruggeri (2005) debe considerarse que:

- Posee una identidad *compleja* ya que se da una co-emergencia de diferentes procesos donde se extiende la propia pertenencia e involucramiento hacia numerosos contextos interpersonales y sociales.

- Es *multiprocesual* ya que se activan procesos a diferentes niveles (individual, grupal o social) y distintas dimensiones (interactiva o simbólica).
- Tiene que ser *plural* tendiente a favorecer la diversidad familiar y no beneficiar la cultura de la desviación.

El análisis multiprocesual de las relaciones familiares debe tomar en cuenta que las relaciones en la familia y el ambiente derivan de procesos interpersonales, simbólicos e interactivos que se alimentan de las diferencias individuales atribuidas a procesos macrosociales, simbólicos y estructurales, los cuales son mantenidos y transformados a través de las relaciones de la familia dando como resultado una circularidad en los procesos (Fruggeri, 2005).

De esta manera Otero (2009) considera que la familia deja de ser una institución rígida y se convierte en una realidad fundamentalmente psicológica que busca superar algunos tipos de vínculos (legales, sanguíneos y reproductivos, económicos y sociales). Estos aspectos de superación sumado a las transformaciones de la sociedad dan lugar a una gran diversidad de formas de familia que mantienen algunos objetivos particulares como la intimidad, la cercanía, el desarrollo, el cuidado mutuo y el sentido de pertenencia entre los miembros que la conforman (Martínez-Monteagudo, Estévez, & Cándido, 2013).

Algunos de los eventos importantes que han repercutido en la transformación de la composición familiar son las crisis económicas, los cambios en la estructura de mercados de trabajo, los cambios en la dinámica y composición demográfica y la acelerada apertura desde una perspectiva social y cultural al proceso de modernización y globalización, puesto que las familias han desarrollado diferentes arreglos, estrategias y respuestas para manejar sus recursos y poder enfrentar el impacto económico que pone en peligro su nivel de vida (Esteinou, 1999).

Asimismo, esta variedad de composiciones y estructuras familiares trae como consecuencia que se modifiquen los roles y los modelos de género, demostrando que como institución posee capacidades de resistencia y flexibilidad que le han permitido mantener su presencia como célula básica de la sociedad (Román, 2013).

Por su parte, Gutiérrez, Díaz y Román (2016) consideran que en la actualidad el concepto de familia debe considerar los siguientes puntos:

- a. No concebir a la familia como uniforme y unilateral
- b. Debe tomar en cuenta la equidad de género
- c. Considerar el contexto geográfico ya que se relaciona con las actividades económicas y laborales de la familia
- d. Analizar los procesos migratorios que incluyan las costumbres e ideología nuevas respecto al matrimonio y la familia
- e. Considerar el sistema de creencias derivado de la religión
- f. Integrar las nuevas formas familiares dentro de la clasificación familiar
- g. Identificar las nuevas necesidades de las mismas que permitan formular políticas públicas en torno a la institución familiar

Esto también se explica por el debilitamiento que la familia nuclear conyugal ha tenido como símbolo normativo, por la fragilidad y apertura del vínculo matrimonial, por las separaciones y la manifestación del divorcio y por las pautas de relación emergentes que dan lugar a nuevas alternativas de composición familiar (Esteinou, 1999). Por lo tanto, la aparición de nuevas formas de familia y su concepción como institución cambiante ha permitido que se analicen las consecuencias que la estructura familiar tiene sobre la adaptación y funcionamiento de sus integrantes (Martínez-Monteagudo et al., 2013).

Por su parte, Harlene Andeson (1999) menciona que la familia se basa en una relación de comunicación en la que hay tantas familias como integrantes del sistema incluido el observador que la define, por lo que considera que la familia no existe, pues cada integrante de la misma la vive, la describe y la explica de una forma diferente dependiendo de la posición que adopte en la familia y de sus motivos para ser parte de ella.

Es por ello que de acuerdo con Anderson (1999) resulta muy complicado dar un significado único a la palabra familia pues existen en diferentes tamaños, formas y variedades incluyendo las consanguíneas y las que no (familias de trabajo, parejas del mismo género, familias de amigos, etc.), por lo que la palabra familia tiene múltiples definiciones que van cambiando pues adopta gran cantidad de formas idiosincráticas. Como se puede observar, el estudio de la familia en nuestros días puede incluir varios elementos derivado de la complejidad de las relaciones familiares, su fragilidad e inestabilidad y su recomposición ya que la diversidad se da en sus formas o estructuras y en cuanto a sus relaciones que se recomponen, reestructuran y redefinen (Esteinou, 1999).

De esta manera cualquiera que sea el significado con que se le conciba a la familia, será una descripción y explicación múltiple y cambiante socialmente construida (Anderson, 1999), la cual posee un funcionamiento como se muestra a continuación.

Funcionamiento familiar (FF)

Definiciones

Desde un principio, la familia tiene varias funciones “universales” tales como reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, etc., que varían dependiendo de la sociedad a la que pertenezca el sistema familiar (Pérez Lo Presti & Reinoza-Dugarte, 2011).

Cada familia posee una dinámica que comprende el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que se crean al interior de las familias en ambos sexos y entre generaciones, en torno a la división del trabajo y procesos de toma de decisiones, por lo que el estudio de la dinámica familiar surge como una crítica a los conceptos de unidad, interés común y armonía que culturalmente se han impuesto a las familias ya que cada una tiene sus diferencias, desigualdades y problemas (Oliveira, Eternod, & López, 1999; en Torres, Ortega, Garrido, & Reyes, 2008).

De esta manera, Hernández-Castillo, Cargill-Foster y Gutiérrez-Hernández (2012) refieren que el FF está constituido por la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico situado en un contexto histórico social determinado, que condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus miembros. Además, el FF comprende la capacidad de los miembros del sistema familiar para realizar modificaciones y ajustes necesarios a sus tipos de relación, conforme a sus necesidades externas e internas (García-Méndez & Rivera-Aragón, 2007).

También, el FF brinda una estructura que permite a la familia cumplir todas sus funciones para que sus integrantes puedan desarrollarse a partir de enfrentar de manera adecuada sus

dificultades relacionales y crisis familiares (Cuba, Jurado, Romero, & Cuba, 2013), por lo que se encuentran involucrados diferentes factores como son los paradigmas familiares que marcan el progreso de constructos compartidos del contexto inmediato y del lugar que le pertenece a la familia en él (Sigafos, Reiss, & Olson, 1985).

Así el FF está definido a partir de la dinámica relacional interactiva y sistémica dada entre los integrantes de una familia y mide el grado de satisfacción dentro de la misma, mediante diferentes dimensiones como son: cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad; elementos necesarios en las relaciones interpersonales que se gestan entre los miembros y favorecen la existencia de un ambiente saludable (Camacho, León, & Silva, 2009).

McGoldrick y Carter (2003) indican que el FF se encuentra conformado por la persona, la familia y la cultura y posibilita a la familia cumplir de forma exitosa sus objetivos y funciones. Para Zaldívar (2007) algunas de estas funciones son:

- La satisfacción de necesidades afectivo-emocionales y materiales de los integrantes.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de las personas.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio útil en el enfrentamiento de tensiones producidas en el transcurso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales.
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal.
- La formación de la identidad sexual.

Por otro lado, Beavers (1995; en Cortés-Funes, Bueno, Narváez, García-Valverde, & Guerrero-Gutiérrez, 2012) refiere que el FF tiene su origen en la competencia familiar que hace referencia a la medida en que la familia desempeña de manera adecuada algunas funciones, permitiendo la separación y la autonomía evolutiva de los hijos, a partir de la negociación de los conflictos y la comunicación eficaz con los integrantes de la familia, es decir, el FF e individual ante una crisis se comprende a través de la competencia y el estilo de funcionamiento.

De acuerdo con McCubbin y Thompson (1987) el FF se define a partir de un conjunto de propiedades que identifican a la familia como sistema y que manifiestan las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar se maneja, se ajusta o se comporta, por lo que resulta frecuente analizar el sistema familiar a partir de distintas clasificaciones de familia.

Es por ello que a lo largo del tiempo se han realizado diferentes teorías que explican la composición del FF y a continuación se expondrán los tres modelos teóricos más destacados con las respectivas escalas desarrolladas derivadas de los mismos.

Teorías del FF

- Modelo McMaster

Desde el modelo McMaster, el FF se basa en la teoría de sistemas que permite incorporar la estructura, organización y patrones transaccionales de la unidad familiar (Epstein, Bishop, & Levine, 1978). Desde esta perspectiva, las funciones familiares se dividen en dos: instrumental (referido a proveer las necesidades básicas como alimento, vestido y vivienda)

y afectiva (aludiendo a aspectos emocionales o sentimentales), por lo que este modelo pretende trazar los conceptos básicos del FF y el tratamiento de la familia (Gasca, 2015).

Este modelo considera “sanas” a aquellas familias que en la vida cotidiana generan las acciones necesarias para mantener un funcionamiento óptimo en cada integrante de la misma tomando en cuenta los siguientes factores (Epstein et al., 1978):

- *Solución de problemas*: los problemas pueden ser instrumentales o afectivos y el proceso para la solución comprende la identificación del problema, la comunicación del mismo a la persona indicada, el establecimiento de diferentes opciones de solución, la elección de alguna o varias de las soluciones propuestas, la realización de la acción respecto a la solución elegida, el monitoreo de dicha acción y la evaluación de la efectividad de la alternativa elegida.
- *Comunicación*: comprende el intercambio de mensajes en el sistema familiar. Asimismo, puede ser instrumental o afectivo, claro o confuso, directo o indirecto.
- *Roles*: se refieren a las pautas reiterativas de cada uno de los integrantes del sistema familiar y que cumplen funciones familiares necesarias como son: abastecimiento de recursos, crianza y sostén, satisfacción sexual de los adultos, desarrollo personal y conservación y administración del sistema familiar (comprende la toma de decisiones, la pertenencia, el establecimiento de límites, etc.).
- *Respuesta afectiva*: referida a la capacidad de respuesta cuantitativa y cualitativa ante un estímulo afectivo. Implica la ausencia o presencia (que puede ser desmedida) de emociones de bienestar (ternura, amor, alegría, etc.) y de emergencia (enojo, tristeza, etc.).

- *Compromiso afectivo*: es el nivel de interés que la familia manifiesta por las actividades de cada uno de sus miembros. Puede haber una carencia absoluta de compromiso hasta una excesiva muestra de compromiso.
- *Control conductual*: se refiere al establecimiento de reglas que la familia implementa en situaciones de peligro físico, situaciones que involucran el encuentro y la expresión de necesidades psicobiológicas y situaciones de socialización dentro y fuera del sistema familiar. El control conductual puede ser rígido, flexible, *laissez faire* (sin control) o caótico (el cambio es azaroso e impredecible).

Para ello, Epstein et al., (1978) proponen utilizar la escala MMFF (McMaster Model of Family Functioning) pues el modelo considera que los elementos que componen el sistema familiar se encuentran interrelacionados donde la estructura y la organización son necesarios para comprender la conducta de los integrantes de la familia.

De esta manera, la familia cumple diferentes funciones en diferentes áreas que son primordiales para que cada uno de los integrantes puedan desenvolverse en un entorno óptimo para el progreso personal y la supervivencia a nivel social, psicológico y biológico las cuáles son (Epstein et al., 1978):

- **Área de tareas básicas**: es vital ya que comprende aspectos instrumentales para la satisfacción de necesidades básicas relacionadas con la alimentación, el vestido, la vivienda, etc.
- **Áreas de tareas de desarrollo**: se refiere a todas las situaciones que emergen a lo largo del tiempo como consecuencia de las etapas del ciclo de vida (niñez, adolescencia, adultez, vejez) y del ciclo vital de la familia (formación de la familia, familia con hijos pequeños, adolescentes o adultos, etc.).

- **Área de tareas de riesgo:** comprenden las acciones realizadas como consecuencia de crisis ocasionadas por enfermedades, accidentes, pérdidas económicas, etc.

Por otro lado, el Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson (2000), define el FF a partir de tres parámetros (la adaptabilidad, la cohesión y la comunicación) como se muestra a continuación.

- Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales

Cohesión

Este elemento se refiere al apego o desapego emocional existente entre los miembros de la familia, así como al grado de autonomía personal que experimentan dentro del sistema familiar (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010). Entre los elementos que se consideran para realizar la evaluación de esta área se encuentran: los lazos emocionales/independencia, los límites/coaliciones, el tiempo/espacio, los amigos/toma de decisiones y los intereses/recreación (Ortiz, 2008).

De esta manera, los sistemas familiares pueden clasificarse en 4 formas distintas respecto a su nivel de cohesión (Schmidt, 2001): desligados (muy bajo nivel), separados (de bajo a moderado), conectados (de moderado a alto) y enmarañados (muy alto nivel).

De acuerdo con Schmidt (2001) las familias que se encuentran en un nivel separado o conectado tienen un nivel moderado o balanceado de conexión donde los miembros de la misma son independientes y al mismo tiempo pueden vincularse con sus familiares, mientras que las familias desintegradas con un nivel bajo de cohesión no tienen una estructura que brinde apoyo, por lo que prevalece el desinterés y no hay vínculo emocional dentro del

sistema; por último, las familias enmarañadas con un nivel muy alto de cohesión no generan independencia entre sus miembros.

Adaptabilidad

Este factor implica la vinculación del grado de flexibilidad y capacidad de cambio del sistema familiar, así como el apego o desapego existente entre los miembros de la familia, por lo que se estudia la estructura de poder, los estilos de negociación, los roles, las reglas y la retroalimentación (Ortiz, 2008).

De esta forma, las familias se clasifican en 4 tipos dependiendo de su nivel de adaptabilidad: rígidas, estructuradas, flexibles o caóticas. Así, las familias estructuradas y flexibles tienen niveles moderados o balanceados de adaptabilidad, por lo que se adecúan a las circunstancias que puedan presentarse, mientras que las familias rígidas con bajo nivel de adaptabilidad tienen un estilo absolutista donde el poder está centralizado y la capacidad de cambio es limitada; por último, las familias caóticas con alto nivel de adaptabilidad carecen de estabilidad y generan desorganización dentro del sistema (Schmidt, 2001).

Comunicación

En este modelo, la comunicación es el elemento facilitador que se relaciona con la cohesión y la adaptabilidad (Ortiz, 2008) y puede evaluarse a partir de la capacidad de escucha, la habilidad para hablar, la mutua apertura, la claridad, continuidad y coherencia relacional, el respeto y la consideración mutua (Leibovich & Schmidt, 2010).

Desde este modelo, existen dos elementos fundamentales que definen la comunicación familiar (Schmidt, Messoulam, Molina & Abal, 2008):

- La comunicación abierta: considera un estilo fluido en el intercambio de la información instrumental y emocional donde el diálogo, la negociación de roles y reglas, la expresión de sentimientos y la libre expresión son posibles.
- Los problemas de comunicación: ocurren cuando existen interacciones negativas dentro del sistema familiar caracterizados por la resistencia a compartir, las relaciones hostiles, las agresiones y las discusiones.

En conclusión, la dimensión *adaptabilidad* puede determinar que familias tienen un carácter de tipo caótico, flexible, estructurado o rígido, mientras que la dimensión *cohesión* determina un estilo desligado, separado, apegado y entremezclado dando origen a 16 tipologías de familias dependiendo del tipo que más aparezca en cada dimensión (Ortiz, 2008).

De este modelo surgió la escala FACES (*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*) compuesta por 10 ítems que evalúan cohesión y otros 10 que evalúan adaptabilidad partiendo de la hipótesis donde las familias balanceadas tienen un buen funcionamiento a través del ciclo vital de la familia en comparación con aquellas que se ubican en los extremos, lo cual implica que existe una relación entre el funcionamiento familiar, la cohesión y la flexibilidad (Leibovich & Schmidt, 2010). Esta escala se ha modificado a lo largo de tiempo siendo la versión más reciente el FACES IV (Olson, 2011).

Por otro lado, Beavers contempla el FF a partir de dos elementos diferentes como se muestra a continuación.

- Modelo sistémico de evaluación de la familia de Beavers

De acuerdo con Beavers y Hampson (1993) este modelo contempla dos dimensiones: la competencia familiar y los estilos de funcionamiento. La primera de ellas conceptualizada como un eje horizontal, va desde el funcionamiento óptimo hasta uno severamente

disfuncional pasando por una rigidez excesiva y dominancia, hasta la igualdad y la flexibilidad en las relaciones familiares, mientras que los estilos de afrontamiento hacen referencia a un eje vertical que comprende desde un extremo centrífugo (que no provee seguridad en la familia y expulsa hacia el exterior a sus miembros rápidamente) hasta un extremo centrípeto (el cual compromete el desarrollo de la autonomía en la familia nuclear).

El nivel de competencia familiar comprende los siguientes temas (Ortiz, 2008): estructura de la familia, negociación dirigida al objetivo, autonomía (claridad de expresión, responsabilidad y permeabilidad), afecto familiar (toma en cuenta la gama de sentimientos, el humor, el tono, el conflicto y la empatía) y la escala global (que contempla los puntos anteriores) y va de óptima/adaptativa hasta gravemente disfuncional.

Por otra parte, los estilos de funcionamiento comprenden las necesidades de dependencia, el conflicto adulto, el espaciamiento físico, la presentación social, la expresión de cercanía, las cualidades asertivas/agresivas, la expresión de sentimientos positivos y negativos y un estilo global (Ortiz, 2008).

De esta manera se definen diferentes tipos de familia que se posicionan a lo largo de las dos dimensiones antes señaladas (Beavers & Hampson, 1993):

- 1) Familias óptimas: este tipo de familias comprenden un funcionamiento eficaz ya que se percatan de que muchos factores interactúan para producir un resultado y están conscientes de que las causas y los efectos son intercambiables. Son proclives a generar intimidad, respeto mutuo, independencia, negociación para llegar a acuerdos y solucionar problemas, establecer límites claros y resolver los conflictos de manera rápida y eficiente.

- 2) Familias adecuadas: las familias de este grupo están más orientadas al control y la resolución de conflictos mediante la intimidación y la fuerza directa en comparación con las familias óptimas. Hay una menor intimidad, confianza, alegría y espontaneidad, sin embargo, aún son adecuadas.
- 3) Familias de rango medio: comprende 3 tipos de familia disfuncional (dependiendo de si son centrífugas, centrípetas o mixtas) y generalmente los niños pertenecientes a esta clasificación son funcionales pero susceptibles a presentar problemas psicológicos. Las luchas de poder, la ambivalencia y la disciplina sin negociación son usuales.
- 4) Familias límites (borderline): estas familias presentan luchas caóticas de poder alternado con esfuerzos ineficaces para establecer límites. En las familias centrípetas límite el caos es más verbal que conductual, y las peleas por el control son intensas, pero usualmente encubiertas, mientras que las familias centrífugas límite expresan con mayor facilidad su molestia.
- 5) Familias severamente disfuncionales: presentan un gran déficit en la comunicación, por lo que se encuentran sumamente limitadas para negociar y poseen poca capacidad adaptativa. La jerarquía no está claramente definida y el control es encubierto e indirecto, además de poseer diferentes significados. En las familias centrípetas existe un conflicto entre la individuación y la lealtad extrema de pertenencia familiar mientras que en las familias centrífugas el límite es difuso entre el entorno y la familia (ya que los miembros de la misma pueden alejarse fácilmente), hay hostilidad manifiesta, desprecio por la dependencia, la vulnerabilidad, la ternura y la calidez.

De este modelo se desprenden tres instrumentos: Escala I Competencia familia, Escala II Estilo familiar (los cuales son de carácter observacional) y el Inventario Familiar de

Autoinforme. Estos permiten evidencia la forma en que la familia percibe su funcionalidad respecto a la dinámica familiar (Beavers & Hampson, 1995).

Por otro lado, Minuchin y Fishman (2004) mencionan que el FF se realiza a través de pautas transaccionales que consolidan el sistema y al mismo tiempo establecen de qué manera, cuando y con quién relacionarse, lo que a su vez genera programas que regulan la conducta de los miembros del sistema.

El FF desde una perspectiva estructural

De acuerdo Velasco y Sinibaldi, (2001) otros elementos necesarios para conocer la funcionalidad familiar son:

- Conocer las relaciones simétricas o complementarias.
- Conocer si los mensajes que los miembros se envían entre sí se enuncian con claridad, si la conducta correspondiente es coherente con el mensaje emitido y si existen diferencias entre los sentimientos manifestados y los mensajes comunicados.
- Descubrir las reglas, secretos o mitos familiares (de armonía, perdón o expiación) que se han convertido en un problema.
- Investigar si en el sistema familiar existe sobreinvolucramiento.
- Identificar el comportamiento cerrado, rígido o flexible del FF.

Por lo tanto, desde esta perspectiva estructural, un sistema es disfuncional si se manifiesta rigidez en sus alianzas y coaliciones, si los límites entre subsistemas son excesivamente difusos o rígidos, si se forman triángulos de manera que se desvíen conflictos y si las jerarquías se ven afectadas por alianzas intergeneracionales permanentes. Por otro lado, el

sistema es funcional cuando existe una organización estructural adecuada respecto a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que se presenten (Ochoa, 1995).

De esta manera, la familia es un sistema sociocultural abierto y en constante cambio que enfrenta diferentes tareas evolutivas a lo largo del tiempo y de acuerdo con Minuchin (1979), la transición entre las etapas del ciclo de vida puede causar estrés y disfunción si la familia no se ajusta a los diferentes cambios que el ciclo le demande.

En ocasiones las familias con tres o cuatro generaciones se tienen que adaptar simultáneamente a las transiciones que se presentan en el ciclo vital de la familia, ya que lo que ocurre en una de ellas repercute en las demás (De la Revilla & Fleitas, 2003).

Así para Minuchin (1979) la familia sufre variaciones y los periodos de desarrollo provocan cambios en el sistema y un salto a una nueva etapa y más compleja; por ello cada etapa requiere de nuevas pautas de interacción tanto al interior como al exterior del sistema familiar.

Otras de las circunstancias que pueden causar estrés en la familia son: el contacto con fuerzas extra-familiares estresantes por parte de un miembro o de toda la familia y los efectos ideológicos respecto a circunstancias específicas como son discapacidad o enfermedad (Minuchin, 1979) -entre otras-.

En cuanto a la percepción de la FF, la familia es funcional cuando manifiesta tener una capacidad para crear un ambiente que promueva el desarrollo personal de sus integrantes a través de cohesión, flexibilidad, comunicación, etc. y evita la aparición de crisis y trastornos psicológicos graves (González, Gimeno, Meléndez, & Córdoba, 2012), mientras que es disfuncional cuando se manifiestan perturbaciones, creencias, mitos familiares generadores

de problemas, sintomatologías, estresores del ciclo de vida e incapacidad para realizar tareas familiares, además de existir poca afinidad (Urquiza, 2012).

Una perspectiva del FF en las nuevas formas de familia

Como se ha mencionado anteriormente, la familia se encuentra constantemente en transformación y por lo tanto en sus funciones, sin embargo, independientemente de los cambios que ocurran en cuanto a su estructura y forma, la familia sigue desempeñando las funciones sociales esenciales de socialización y estabilidad psíquica y emocional entre sus miembros, siendo un espacio primordial en la formación inicial de la identidad personal (Rondón, 2011).

De esta manera, lo que hay que tomar en cuenta es la forma en que distintas formas de familia realizan sus funciones respectivas como el cuidado y la protección, enseñar la razón del por qué existen límites, favorecer pertenencia y autonomía, la negociación de conflictos, el desarrollo de la capacidad para compartir los estados emocionales, la superación de la incertidumbre y saber lidiar con la desvinculación (Fruggeri, 2005).

Además, surgen entre las familias nuevos conflictos relacionados con los cambios que se generan a partir de su conformación y el FF se verá influido por los mismos como se muestra a continuación (Rondón, 2011):

- Conflictos multiculturales: el FF estará relacionado con los diferentes modelos educativos y culturales, los distintos intereses en las familias nuclear y extensa, la

construcción de la identidad, la búsqueda de origen y las biografías culturales diversas.

- Conflictos procedentes de una segunda unión: están relacionados con las readaptaciones, la necesidad de definir nuevas figuras familiares, las negociaciones de una nueva dinámica familiar, el conflicto de lealtades que pueda presentarse y el conflicto entre los hijos de la anterior y la nueva unión.
- Conflictos intergeneracionales: para que exista un buen FF se deben contemplar las dificultades que surjan respecto a la posición que cada quién asumirá dentro de la jerarquía, los cambios en los modelos educativos y reglas familiares, las diferentes perspectivas de los roles y valores familiares y las diferencias que surjan entre los miembros y quien desempeñe el rol de cuidador.
- Conflictos derivados de las familias monoparentales: se deben contemplar posibles conflictos emocionales, la dificultad para desempeñar los roles, la conciliación de la vida familiar, laboral y personal y la existencia de un posible criterio educativo único.
- Conflictos en las uniones del mismo sexo: el FF se verá influido por los conflictos emergentes propios de una sociedad heterosexual dominante, la privatización de la vida familiar y la negociación de la parentalidad o coparentalidad, entre otros.

Por lo tanto, independientemente del tipo de familia del que se trate dado que las nuevas formas de familia no deterioran la institución familiar, sino que la transforman (Castellar, 2010), la funcionalidad familiar estará relacionada con todo aquello que tienda hacia lo saludable y la disfuncionalidad hacia todo aquello que pueda provocar dolor, agresión, ausencia de bienestar, deterioro y posible desintegración del sistema (Martínez, 1986). Es así como la disfunción llega a darse en familias vulnerables que pueden estar atravesando por

un periodo de crisis en el que pueden aparecer síntomas o patologías, por lo que también la dinámica familiar es fundamental en la causalidad de las adicciones (Hernández-Castillo et al., 2012).

La familia en las adicciones

La familia puede convertirse en un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de alguna enfermedad entre sus miembros (Jiménez & Vélez, 2010), por lo que la falta de unidad, ausencia de vínculos positivos dentro del sistema familiar y la inexistencia de participación, confianza, afecto, cercanía y valores pueden influir en la aparición del consumo de drogas (Hernández-Castillo et al., 2012). Por otro lado, existen otras teorías que mencionan que la familia forma parte de un entramado más complejo en el que intervienen otros factores para que se desarrolle una enfermedad o en este caso una adicción. Tal es el caso del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) que contempla que el desarrollo de la persona es producto de una acomodación entre el individuo, sus entornos inmediatos, las relaciones establecidas entre ellos y los contextos de los que forman parte tales entornos. Desde esta perspectiva, el contexto en el que se desarrolla cada persona se ve influido de forma directa o indirecta por diferentes factores situados en distintos niveles.

Algunos factores de riesgo gestados en el interior de la familia y relacionados al consumo de sustancias adictivas son: disfuncionalidad familiar, violencia, inseguridad parental, poco o nulo contacto, percepción de un ambiente familiar negativo, ausencia de afecto y aceptación (Buelga & Pons, 2004), padres con algún perfil adictivo, poca supervisión y baja calidad en la relación padre/madre-hijo/a (Abar, 2012).

También Fantin y García (2011), encontraron información que relaciona los factores familiares y el abuso de drogas, destacando los factores concernientes a la unión familiar (retraimiento del adolescente, falta de vínculos fuertes con sus progenitores, falta de reconocimiento, confianza y amor, rechazo a las figuras parentales y al adolescente, relaciones dependientes, padre periférico, etc.); el conflicto (conyugal, falta de responsabilidad, hogar infeliz, esposa infeliz, discrepancia familiar, triangulaciones en el sistema familiar, niveles de estrés altos, presencia de traumas); divorcio y ruptura familiar (hogar fracturado, padres periféricos, hogares monoparentales); disciplina (autocrítica o “laissez-faire”, falta de límites y reglas claras, uso del castigo de manera excesiva); moralidad hipócrita (doble ética, negación de la realidad) y vacío en la comunicación (pocas habilidades por parte del adolescente y de los padres).

Aunado a lo anterior, algunos estudios señalan que los problemas familiares conforman la referencia principal en la presencia de adicciones (Ortiz, Soriano, Meza, Martínez, & Galván, 2006) y los miembros provenientes de familias disfuncionales son más propensos a desarrollar una adicción, debido a que se presenta un aumento en los problemas emocionales y comunicacionales, además de tener desventajas en relación con recursos sociales (Iraurgi, Sanz, & Martínez, 2004).

Una vez que existe una adicción en algún miembro del sistema familiar, la familia contribuye a que ésta permanezca a través de 3 posibilidades (Canevaro, 1982):

1. Mantenimiento de la homeostasis con ausencia de tensión.

En algunas familias (con estructura Dispersiva-Centrífuga) se tolera o integra el consumo de sustancias como una forma de interacción familiar. Existen pocas o nulas reglas de interacción y las relaciones afectivas se tornan distantes, por lo que los

límites tienden a ser difusos, permisivos y desapegados. Concorre un desconocimiento, desinterés o aceptación del consumo de drogas y no resulta importante hasta que la situación es límite. Puede que aparezcan conductas graves, la vida esté en riesgo o aparezca la muerte del miembro con la toxicodependencia. Sólo así la familia puede buscar ayuda y se preocupa por la disfuncionalidad existente en su interior.

2. Mantenimiento de la homeostasis con presencia de tensión.

Cuando la familia percibe al consumo de drogas como una amenaza, el sistema activará sus mecanismos de regulación homeostáticos para conservar el equilibrio, por lo que se buscará alterar la situación a través del drama, la sanción al consumidor (que puede ser verbal llamándolo delincuente o enfermo), el aumento de la severidad en las reglas, etc. Estas conductas no resolverán el problema porque no existe una comprensión de la situación y el miembro identificado no dejará a un lado su consumo.

3. Disolución de la homeostasis

La respuesta de la familia es caótica ante el conocimiento de la adicción por parte de alguno de sus miembros, por lo que la integridad familiar se encuentra en peligro y el manejo de la adicción se vuelve complicado. La tensión es tan alta que las respuestas se tornan extremistas (todo o nada). Esto provoca la presencia de violencia, expulsiones o incapacidad para responder de manera efectiva a la crisis.

Este tipo de familias manifiestan interdependencia y miedo a la separación, por lo que la drogadicción tiene muchas características adaptativas y funcionales además de sus rasgos placenteros inmediatos. En consecuencia, la droga funciona como un problema que mantiene

unida a la familia y se convierte en un símbolo de la incompetencia del adicto y sus familiares (Stanton & Todd, 1997).

Por otro lado, Bachini et al. (1985) encontraron que existen diferentes respuestas que el sistema familiar manifiesta cuando aparece o se descubre la adicción de alguno de sus miembros:

1. Respuestas generales del sistema: tienden a ser homeostáticas, por lo que la familia gasta gran cantidad de energía y provoca desgaste en su interior, lo que no permite hacer consciente la magnitud del problema evitando responsabilizarse del mismo. Las respuestas pueden ser:
 - La familia “dramatiza” la presencia del consumidor. Señalan a la persona identificada y culpabilizan al medio, por lo que la situación no se resuelve
 - La familia “minimiza” lo que ocurre. Tienden a negar la realidad y la enfermedad no es reconocida hasta que no se conforma como tal
 - La familia “utiliza” la situación para retomar la comunicación estropeada o ignorada entre sus miembros, lo que crea una cohesión patológica en torno al consumidor. De esta manera, las interacciones se enfocan en este último lo que causa un incremento de tensiones por parte del sistema para integrarlo.
2. Respuestas específicas semiológicas
 - Preconceptos: una vez conocida la situación, el sistema activa mecanismos regulatorios ligados a contextos extrafamiliares. Es decir, tienden a responsabilizar al ambiente (gobierno, instituciones, amigos, etc.) canalizando las tensiones al exterior de la familia.

- Ceguera familiar: corresponde a la fase latente entre el contacto del miembro identificado con la droga y su develamiento dentro del sistema. Es decir, el consumidor mantiene actitudes reservadas o de autoacusación para que sea descubierto (en realidad eso es lo que quiere), mientras que la familia prefiere negar la existencia del problema.
- Mitos familiares: pueden ser de entendimiento (la familia piensa que todo está bien y se responsabiliza nuevamente al contexto de la presencia de la adicción) o de locura transgeneracional (ocurre cuando existen antecedentes familiares de adicción y el miembro pasa a ser “uno más”, lo que genera una confirmación del mito; hay ambivalencias hacia la adicción pues se rechaza y a la vez se respeta porque cumple con el mito, señalando una actitud permisiva)
- Neurosis de necesidad: se observa una necesidad con funciones homeostáticas por parte de la familia hacia el miembro identificado a pesar de sus renuencias, fracasos y conductas desviadas
- Codependencia: esta respuesta se presenta ante la presencia de una figura materna tendiente a la depresión y una figura paterna periférica y débil. A causa de ello, el consumidor, se someterá a los afectos dominantes de la madre, lo que evitará un distanciamiento total por parte del miembro.
- Neurosis de conveniencia: la familia tiende a proveer cuidados que se convierten en beneficios para el consumidor, por lo que evitará perderlos a través del mantenimiento de su sintomatología.

Desde un modelo etiopatogénico, la familia puede manifestar tres recorridos diferentes para que se desarrolle una adicción (Cirillo, Berrini, & Cambiaso, 1999):

- Recorrido 1: el abandono disimulado

- Primer estadio: las familias de origen

El padre con algún hijo con toxicodependencia es probable que haya tenido una relación carencial con su familia de origen, que no reconoce pero que repercute en la transmisión intergeneracional, poniendo al hijo en una posición prematuramente adultizado, debido a la ausencia de intimidad con el padre y sin apoyo de la madre para reconocer el esfuerzo del hijo. A diferencia de la madre del futuro hijo con toxicodependencia, tiene una relación conflictiva no resuelta con su madre, la cual fue promovida por su padre al poner al mismo nivel intergeneracional a la hija.

- Segundo estadio: la pareja paterna

El marido agudiza las necesidades insatisfechas de la mujer en relación a su madre, lo que posteriormente hace que sea incapaz de cuidar a su hijo. En este estadio presentan una tipología de matrimonio en la que cada uno está interesado en la dote de afecto que recibe del otro, pero sigue centrada en su familia de origen y no da lugar a un intercambio de afecto entre los cónyuges. Es el estadio en el que existe un enganche entre ellos debido a las carencias de la familia de origen; se convierte en una competencia en la pareja, demostrando quien es el que más satisface las necesidades íntimas del otro emocionalmente más significativo que la familia de origen.

- Tercer estadio: relación madre-hijo en la infancia.

La madre replica las funciones carenciales de su familia de origen en especial con su propia madre y trata de remediar sus propios deseos sin pensar en lo que realmente necesita su hijo. Todo el cuidado que proporciona se basa en una realización social

que busca la confirmación y aceptación de sus propios padres. Por otra parte, el padre es “ineficiente”.

- Cuarto estadio: la adolescencia

En este estadio, el hijo reclama autonomía inherente a la adolescencia y hay una madre incapaz de transformar su tipo de asistencia. Al ser un hijo prematuramente adultizado, tiene un conflicto al estar en medio de dos subsistemas: el parental y el fraternal, ya que con sus pares no se adapta fácilmente, debido a la relación madre-hijo, por lo tanto, desencadena la ira sintomática y una agresión al exterior, comportamientos de oposición que aún no son sintomáticos, pero es un posible caso en el que se manifieste alguna toxicoddependencia.

- Quinto estadio: el paso al padre.

El padre es testimonio de que el hijo tuvo insatisfechas sus necesidades, sin embargo, socialmente el hijo no puede decirlo, ya que no sería aceptado porque la madre es socialmente “buena”. A raíz de ello, la madre insiste en una relación infantilizadora con el hijo, éste se vuelve reactivo y busca alianza, así como reconocimiento de legitimización por parte del padre, pero en la mayoría de los casos no tiene éxito. El padre rechaza al hijo y sigue sin intervenir, lo cual conlleva al hijo a consumir alguna sustancia.

- Sexto estadio: el encuentro con las sustancias estupefacientes

Existen personas con predisposición al consumo de sustancias debido a una gama de sentimientos de culpa, soledad, entre otros; lo que conduce a la dependencia es la experiencia de la posibilidad de modificar artificialmente el propio sufrimiento a través de una droga que ayuda a contener el riesgo de depresión.

- Séptimo estadio: las estrategias basadas en el síntoma

La madre evita la depresión y las crisis enfatizando su cuidado infantilizador y el padre sigue interactuando débilmente. Es por eso que el abuso de sustancias para el hijo es parte de una manifestación de autonomía, una forma de libertad de expresión desde la agresión, ira y culpa hacia unas figuras idealizadas, así como una forma de búsqueda de afecto e intimidad con aquellos que se encuentren en las mismas condiciones de vida.

- Recorrido 2: el abandono desconocido

- Primer estadio: las familias de origen

De igual manera que el Recorrido 1 existe una transmisión intergeneracional de la carencia. La característica principal de este recorrido es el desconocimiento y ocultamiento de la realidad debido a la presencia de mecanismos mentales colectivos.

- Segundo estadio: la pareja paterna

Existen necesidades profundas de ambas partes y una dependencia mutua debido a la compensación de necesidades no satisfechas hasta ese momento de su vida, por lo tanto, su matrimonio es forzado en búsqueda de un desahogo a la frustración sin renegociar el vínculo. Es una relación imprescindible, pero al mismo tiempo insatisfactoria a diferencia del Recorrido 1. Se desencadenan reacciones emocionales inconfesables dentro de un marco comunicacional, por lo tanto, para no separarse triangulan mucho con el hijo y hay un inminente estancamiento (embrollo) de la conyugalidad a una dependencia forzosa.

- Tercer estadio: relación madre-hijo en la infancia

Existe toda una gama de sentimientos contradictorios y ambivalentes a favor del padre, lo cual conlleva una simbiosis madre- hijo incompleta, ya que el cuidado del hijo depende del juego conyugal, el cual consiste en el miedo de la madre de ser

abandonada por el marido por no cumplir con sus expectativas; al hijo lo rodean sentimientos ambivalentes de la madre por la relación conyugal y de igual manera que el Recorrido 1, la madre no satisface las necesidades del hijo, no las reconoce y su condición de abandono es igualmente negada socialmente.

- Cuarto estadio: la adolescencia

Los comportamientos negativos del adolescente se deben a la decepción hacia la madre, antes fuertemente idealizada, también prevalece la percepción confusa del embrollo ya que la madre sigue enfocada en la relación conyugal. El hijo se da cuenta de la indiferencia de la madre, cabe mencionar que por otra parte en la superinversión instrumental el hijo percibe la hostilidad de la madre, la cual no tolera su progresiva autonomización adolescente y como consecuencia lo aleja del juego conyugal y del estancamiento de pareja.

- Quinto estadio: el paso al padre.

Hay una distinción entre dos posibles razones de confrontación padre-hijo en un proceso evolutivo. La primera es la actitud del padre en relación a las exigencias de autonomización del hijo y están condicionadas por su necesidad de proteger la propia relación con su esposa. La segunda es que el padre se niegue a sostener las razones de confrontación hacía su hijo en tanto lo siente como un rival dentro de la pareja. El padre sigue pensando en el embrollo conyugal y cualquiera de sus reacciones provocaran una confusión enorme, ya que el padre desconoce las condiciones de carencia del hijo. El abandonar las necesidades que exige el hijo, se debe a que se enfoca en la relación con su esposa y el miedo a la pérdida de la pareja siendo una relación insatisfactoria.

- Sexto estadio: el encuentro con las sustancias estupefacientes.

En el Recorrido 1 la persona que abusa de sustancias tiene un objetivo antidepresivo, a diferencia de este recorrido: la persona busca formar al propio yo con riesgo de dispersión.

- Séptimo estadio: las estrategias basadas en el síntoma.

La familia toma estrategias para mantenerse; en el caso del hijo continua con el síntoma (abuso de estupefacientes) de forma auto-terapéutica para librarse del peligro de dispersión de la propia identidad, mientras que los padres utilizan el síntoma para que se mantenga el lazo conyugal, es decir, continúan instrumentalizando el vínculo con el hijo, para evitar que emerjan las disfuncionalidades de la pareja. Por otra parte, en la relación de superinversión instrumental el padre sigue siendo periférico, evitando su ira a través de la toxicodependencia del hijo.

- Recorrido 3: el abandono afectivo

La característica principal del este recorrido es el comportamiento antisocial, con la intervención del sector público y asistencial.

- Primer estadio: las familias de origen

En este tipo de estructura familiar se ha experimentado una relación de abandono donde las necesidades emocionales no son importantes para los miembros de la familia, se enfocan en una postura individualista que se basa en la autosuficiencia.

- Segundo estadio: la pareja de padres

Existe un “matrimonio inexistente” debido a la carencia de intercambio emocional, con expectativas débiles, e instrumentales. En estas relaciones existe una inminente facilidad de traición y separación por sus graves experiencias de abandono, además se caracterizan por ser familias multiproblemáticas: culpabilizan al otro, justifican el conflicto y viven decepcionados de la propia familia de origen.

- Tercer estadio: relación madre-hijo en la infancia

La madre se encuentra en condiciones de soledad y es incapaz de evitar que el hijo repita las carencias de afecto e intimidad, el hijo por lo regular se encuentra viviendo con los abuelos o institucionalizado.

- Cuarto estadio: la adolescencia

El adolescente está en búsqueda de pertenecer a un grupo violento el cual sustituye las funciones familiares, es un hijo parentalizado o bien tempranamente adultizado, para su protección y de la madre ante el comportamiento paterno activamente violento.

- Quinto estadio: el paso al padre

El padre está periférico o ausente, por lo tanto, el hijo esta propenso a la patología social y a esconder los afectos, además de la inminente indiferencia del padre en relación a las necesidades emocionales. En este estadio el síntoma se menciona como una inadaptación o marginalidad social y no como síntoma de trastorno individual o relacional.

- Sexto estadio: el encuentro con las sustancias estupefacientes.

Esta condición facilita el contacto con las drogas en búsqueda de pertenecer a un grupo dentro de una cultura, además de contener la ira en el abandono afectivo y evitar situaciones de comportamientos violentos dentro de la familia.

- Séptimo estadio: las estrategias basadas en el síntoma

La madre evita la responsabilidad y culpa a la sociedad de la toxicoddependencia del hijo, el padre instrumentaliza el problema económico para evitar el contacto con el hijo y sus relaciones afectivas, por ello el hijo es abandonado en una institución con fines terapéuticos.

De esta manera, existen distintos elementos familiares que pudieran vincularse con el consumo de sustancias. En contraste una relación cercana, afectuosa, estable y con buena comunicación podría prevenir la aparición de una adicción dentro del sistema familiar (Fantín & García, 2011).

Funcionamiento familiar y tabaco

Como se ha mencionado anteriormente, la familia juega un papel importante en la aparición de las adicciones y existen varias investigaciones que dan cuenta de la relación entre funcionamiento y tabaquismo, las cuales se muestran a continuación.

Por un lado, Musitu, Jiménez y Murgui (2007) encontraron que el apoyo percibido de los miembros de la familia está relacionado con una menor implicación de la población adolescente en el consumo de algunas sustancias incluido el tabaco y el apoyo percibido de otras personas no pertenecientes al sistema familiar, como son los amigos, está relacionado con un mayor consumo de esas sustancias.

También se ha encontrado entre la población mexicana universitaria que sus deseos de fumar están relacionados con la influencia de los miembros de su familia, además de sus amigos y anuncios publicitarios (Thrasher & Bentley, 2006), es decir, no sólo la percepción de modelos conlleva a esta población a fumar, sino que la interacción que ocurre en el sistema familiar ejerce un impacto importante sobre su consumo (Lavielle-Sotomayor, Sánchez-Pérez, Pineda-Aquino, & Amancio-Chassin, 2012).

Otro estudio señala que la dinámica familiar en personas con hábito tabáquico puede terminar en crisis familiares no transitorias, como son: divorcio, aparición de enfermedades

crónicas o muerte en alguna figura parental, descuido de los hijos y malas relaciones interpersonales, etc. (Pérez, Pérez, Martínez, Leal, Mesa, & Jiménez, 2007).

Por otro lado, también se sabe que la ejecución de programas de intervención a nivel familiar, tienen un mayor impacto en la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en la población joven y adulta y una relación familiar fría y negativa a causa del tabaquismo puede ocasionar apego inseguro, inflexibilidad, entre otras cosas vinculadas al conflicto familiar (González & Cardentey, 2015).

De acuerdo con González y Cardentey (2015) diversas instituciones de salud y organizaciones de índole privado, tienen una importante función en la prevención y lucha contra la adicción a la nicotina, sobre todo por los efectos que las enfermedades causadas por el tabaco ocasionan en el funcionamiento y dinámica familiares; pues encontraron que el FF se ve alterado en las personas con hábito tabáquico, ya que existe una mala distribución de roles, relaciones familiares inadecuadas, mala distribución del ingreso familiar, desatención y desorganización familiar. De esta manera la familia se relaciona mutuamente y de manera importante con la aparición, desarrollo, mantenimiento y erradicación de la adicción al tabaco, lo cual también tiene un efecto en la calidad de vida como se muestra a continuación.

CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA (CV)

Definición de calidad de vida

Así como no existe una sola definición de familia, tampoco hay una conceptualización única de calidad de vida a pesar de ser una noción muy utilizada en diferentes contextos. Debido a este punto, la calidad de vida (CV) es un concepto multidimensional que abarca elementos objetivos y subjetivos que se ubican principalmente en componentes objetivos y sociológicos en el amplio sentido de la palabra (Baquero et al., 2009).

En salud, la CV ha sido observada desde diferentes perspectivas que han afectado las políticas y prácticas en los últimos años debido a los elementos concluyentes y condicionantes del continuo salud-enfermedad y desde el punto de vista de la salud pública, la CV ha sido percibida como una forma de medir la eficiencia, eficacia e impacto de algunos programas realizados en comunidades (Salas & Garzón, 2013).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la CV se refiere a la percepción de la posición en la vida con referencia a los propios objetivos, expectativas, modelos óptimos y preocupaciones, enmarcados en una cultura específica con valores definidos; es un concepto muy amplio influido de forma compleja por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno (WHO, 1997).

La CV también puede definirse como bienestar subjetivo, examinando que la subjetividad de ésta es una de las cifras para entender su estructura ya que la CV manifiesta la diferencia entre las esperanzas y expectativas de un individuo y su experiencia actual (OPS/OMS, 1996).

La CV se encuentra relacionada con el grado de satisfacción o insatisfacción que las personas perciben respecto a diferentes aspectos de su vida, ya que incluye una amplia perspectiva de conceptos personales y sociales, por lo que es un término que engloba el buen funcionamiento físico, adecuada existencia psicosocial y de roles, además de percepciones sobre el estado de salud (Mendoza, 2016).

La calidad de vida generalmente está relacionada con la salud y por lo tanto incluye juicios de valor de la persona en cuanto a su estado de salud y el apoyo recibido por su contexto (Baquero et al., 2009)., por lo que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) incluye la identificación de síntomas, el estado funcional (físico, psicológico y social), la percepción de bienestar psicológico y la percepción general de salud (Alonso, 2000).

La CV no sólo es dependiente de la biología, ya que existen personas cuya fisiología es frágil, pero perciben que su vida es de calidad debido a las relaciones con su entorno, sus afectos y su satisfacción en cualquier ámbito, por lo que la CV es una valoración subjetiva que únicamente puede realizar cada individuo, es decir, ni los familiares o profesionales pueden emitir juicios sobre la CV de otro (Grau, 2011).

De esta manera, la CVRS (también llamada estado de salud o estado funcional), forma parte del constructo de la CV que se refiere a las condiciones de salud de la gente y que se define a partir de la experiencia subjetiva de las personas respecto a su salud global (Salas & Garzón, 2013). Otros factores que también se consideran dentro de la CV son los relacionados con la religiosidad, la trascendencia y dimensiones espirituales en general (Giovagnoli, Meneses, & da Silva, 2006).

Para Schwartzmann (2003) la CVRS hace referencia a la valoración realizada a partir de criterios específicos del estado físico, emocional y social en que se encuentra la persona en un momento determinado, reflejando el nivel de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico (síntomatología general, función del sueño, respuesta sexual, etc.), emocional (relacionado con la tristeza, el miedo, la inseguridad, etc.) y social (entorno laboral o escolar, relaciones sociales, relaciones familiares, amistades, nivel económico, etc.).

Algunos autores han propuesto que la CVRS posee dominios como son capacidad física, bienestar psicológico, interacción social y factores económicos, mientras que otros evalúan la contribución relativa de dominios como el funcionamiento a nivel físico, mental y social (Velarde & Ávila, 2002).

De acuerdo con Forattini (1991; en Salas & Garzón, 2013), la CV incluye en términos generales la satisfacción de vivir, ya que reúne una serie de elementos que surgen de la interacción entre sociedad y ambiente, relacionados a necesidades biológicas y físicas, es decir, representa el grado de satisfacción aprehendido en las áreas física, psicológica, social, de actuación, material y estructural, reconociendo las necesidades concretas (como alimentación y vivienda) y abstractas (como la autoestima).

Por otro lado, Urzúa y Caqueo (2012) mencionan que las diversas definiciones del concepto de CV pueden agruparse en distintas categorías las cuales se muestran a continuación:

a) CV= condiciones de vida

La CV equivale a la suma de los puntajes de las condiciones de vida que pueden medirse en las personas, como son la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación.

b) CV= Satisfacción con la vida

Se considera que la CV es igual a la satisfacción personal, por lo que la vida se define a partir de la sumatoria de la satisfacción en diferentes esferas de la vida.

c) CV= condiciones de vida más satisfacción con la vida

Bajo esta visión, las condiciones de vida se establecen de manera objetiva a partir de factores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos que se suman a los sentimientos subjetivos sobre cada esfera y se reflejan en el bienestar general.

d) CV= (condiciones de vida más satisfacción con la vida) * valores

Para Felce y Perry (1995; en Urzúa & Caqueo, 2012), la CV se define como un estado de bienestar general que comprende descripciones objetivas y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, sumando el desarrollo personal y de actividades, que incluyen valores personales.

e) CV= (condiciones de vida más satisfacción con la vida) * evaluación

Los procesos cognitivos unidos a la evaluación que el ser humano realiza de sus condiciones objetivas de vida y el grado de satisfacción de cada una de ellas modulan el nivel de CV percibido por la persona

f) Otras clasificaciones

Desde otra perspectiva, Ferrans (1990; en Urzúa & Caqueo, 2012), menciona que las definiciones de la CV tienen dos vertientes: la vida normal y evaluativas. La primera se refiere al buen funcionamiento del sujeto dentro de la sociedad que se manifiestan en indicadores observables, mientras que la segunda se refiere a la percepción que la persona tiene sobre aspectos particulares de su vida, utilizándose de varios instrumentos (Bradley et al., 2010).

De esta manera, la CV resulta ser una combinación entre elementos objetivos y la evaluación subjetiva de dichos elementos que puede incluir el estilo de vida (compuesto por factores físicos, materiales y sociales), por lo que la CV es una característica de la persona más que del contexto en el que se desenvuelve (Urzúa & Caqueo, 2012), sin embargo, es importante considerar que el concepto de CV debe contextualizarse dependiendo de la cultura en la que se quiera definir, además es un constructo que cambia con relación en diferentes momentos históricos sociales y a determinadas poblaciones (Bobes, González, & Bausuño, 1993). Es por ello que la familia siendo transmisora de la cultura y brindando elementos psicosociales a sus miembros (Minuchin, 1979), influye para que se dé una buena calidad de vida como se muestra a continuación.

Relación entre calidad de vida y funcionamiento familiar

Existen múltiples investigaciones que dan cuenta de esta relación, ya que se ha encontrado que la CV presenta una fuerte relación con el FF percibido, ya que aquellos que presentan una mejor calidad de vida tienen una mejor percepción del FF, lo que reafirma la importancia que tiene la familia como red social de apoyo emocional en las necesidades del individuo (Caqueo & Lemos, 2008, Palomar-Lever, 1999).

Otros estudios también sugieren que la familia afecta la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, independientemente de su género, edad, la calidad de apoyo social que reciben y factores de riesgo relacionados con su estilo de vida (Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007).

De esta manera, el FF tiene una fuerte correlación positiva con la CV, mientras que un desorden en el FF está negativamente asociado con CV (Ghamari & Khoshnam 2011).

También Ali y Malik (2015) encontraron en su investigación trigeneracional una consistencia para explicar la calidad de vida a través del FF y la promoción de la salud, es decir, el funcionamiento de la familia afecta la calidad de vida tanto directa como indirectamente.

En otra investigación realizada en una población con diabetes mellitus tipo 2, Pérez (2014) encontró que las personas con una calidad de vida baja pertenecían a una familia rígidamente disgregada, mientras que los que presentaban mejor calidad de vida pertenecían a una familia flexiblemente relacionada, concluyendo que en una familia funcional la calidad de vida es mayor, ya que la comunicación, la cohesión y la adaptabilidad de todos los integrantes de la familia permiten que elementos como la carga social, el funcionamiento sexual, la ansiedad-preocupación y control de enfermedades, tengan una respuesta positiva.

También Suárez (2013) encontró que la calidad de vida relacionada con la salud está significativamente relacionada con la funcionalidad familiar percibida en un grupo de adolescentes que presentan depresión, pues aquellos con una baja CVRS tienen una baja percepción del FF, lo que confirma el papel de la familia como red social de apoyo emocional que puede satisfacer las necesidades de las personas.

Calidad de vida y tabaco

Por otro lado, de acuerdo con Cayuela, Rodríguez-Dominguez y Otero (2007) existen diversos estudios que encuentran una asociación entre el consumo de tabaco y el deterioro en la calidad de vida, ya que se ha encontrado que las personas que fuman en comparación con los que no lo hacen, tienen una baja salud física y mental, así como bajos niveles en el desarrollo de actividades físicas de la vida cotidiana. Asimismo, encontraron que la población

fumadora presenta una peor puntuación en algunas dimensiones de la CVRS (rol físico, dolor corporal, vitalidad y rol emocional), en comparación con las personas no fumadoras.

Sumado a ello, también Lyons, Lo y Littlepage (1994) han encontrado que las personas que han fumado alguna vez tienen puntajes menores en algunas dimensiones de la CVRS. Cabe destacar que la CVRS se deteriora con el paso del tiempo y es común que sea inferior en las personas de mayor edad, por lo que para un fumador esto representa que son 6.6 años más viejos en función física, 15.6 años en dolor y 14 años más ancianos en vitalidad, en otras palabras, el tabaco es responsable de que la persona que fuma reduzca 7 años de su vida y tenga una mala calidad de vida.

Asimismo, Grau, Font-Mayolas, Gras, Suñer y Noguera (2007) encontraron que los exfumadores tienen puntuaciones superiores en la CVRS comparados con los fumadores activos, incluso desde el momento en que abandonaron el tabaco.

También García, García, Hernández, Varona, Bonet y Chang (2007) encontraron que la CVRS es peor cuando existe alguna exposición al tabaco debido al daño y a las enfermedades que ocasiona al cuerpo, lo que provoca que la salud se vea afectada y por consiguiente la calidad de vida, por lo que el no consumir tabaco o dejar de hacerlo mejora inevitablemente la CV y concluyen que:

- La exposición al humo de tabaco declina la CVRS de la población
- Este riesgo mencionado donde la CVRS se ve disminuida a causa del tabaquismo, puede medirse y su magnitud es grande
- En esta condición, variables sociodemográficas como estado civil, sexo y edad influyen de manera importante en la CVRS

Otros trabajos, han encontrado que cuando se presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) existe una mejor asociación entre las mediciones de la CV comparada con la intensidad de la disnea que con valores de la espirometría forzada, es decir, las puntuaciones de la CV correlacionan mejor que algunas medidas clínicas (Geijer, Sachs, Verheij, Kerstjens, Kuyvenhoven, & Hoes, 2007).

Croghan et al. (2005) hallaron que las personas que dejan de fumar por lo menos un año experimentan una mejora significativa en varios componentes de la calidad de vida como son: función social, rol emocional, rol físico, salud general y componente sumario mental, así como un progreso significativo en Salud Mental y Función Física.

Asimismo, Sarna, Bialous, Cooley, Jun y Ferskanich (2008) encontraron en un grupo de enfermeras que aquellas que fumaban presentaban peores puntuaciones que las que no fumaban y también se observó una asociación negativa con el número de cigarrillos fumados por día. Cabe destacar que cuando se realizó un seguimiento después de 8 años, todo el grupo de fumadoras empeoró en las dimensiones de componente físico y mejoraron en el componente mental.

En otro estudio también se encontró que los no fumadores tienen una mejor percepción de salud mental y física que un grupo de exfumadores, y por consiguiente que los fumadores activos. A pesar de ello, al realizar un seguimiento después de 5 años, no existieron diferencias significativas en las percepciones de salud en relación con el hábito tabáquico, es decir, la percepción de salud no mejoró entre los exfumadores, entre los que dejaron de fumar y entre los que aún continuaban fumando (Pisinger, Toft, Aadahl, Glümer, & Jorgensen, 2009).

De esta manera se puede concluir que en los estudios presentados las personas que fuman tienen una peor percepción de su salud que los que no fumaban, lo cual repercute directamente en su CV.

CAPÍTULO 3. EL TABACO

Epidemiología del tabaquismo

El tabaquismo es considerado como una enfermedad que afecta a toda la sociedad sin importar género, edad o nivel socioeconómico. En los países desarrollados, el consumo de tabaco es el principal problema de salud pública y empieza a serlo en los países en vías de desarrollo (Ponciano-Rodríguez, 2008).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es una de las más grandes amenazas para la salud pública, pues a causa de éste mueren casi la mitad de sus usuarios, lo que representa una cantidad alrededor de 6 millones de personas al año, de los cuales 5 millones eran consumidores directos y más de 600 000 sólo estaban expuestos al humo de tabaco: esta situación causa que aquellos que presentan una adicción a la nicotina mueran prematuramente, privando a sus familias de ingresos y de no revertirse esta tendencia, cerca de 130 millones de personas morirán a causa del tabaquismo (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De acuerdo con Ponciano-Rodríguez (2008) en América el tabaco causa al menos 845 000 defunciones al año, siendo los mayores consumidores aquellos países ubicados en el Cono Sur, seguido de la región Andina y México.

Aunado a ello, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística registró un total de 5.33 millones de defunciones entre los años 2003 y 2012, de los cuales 702 mil 909 estuvieron causadas por algún tipo de cáncer y 247 mil se asociaron directamente a factores relacionados con el consumo de tabaco; asimismo el promedio anual de fallecimientos causados por tumores malignos del labio, cavidad bucal y la laringe fue de 959; por tumor maligno del

esófago 908; tumor maligno de laringe 813 por año y el de pulmón, tráquea y bronquios aumenta a 6 758 casos (Fuentes, 2014).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, & Secretaría de Salud, 2017), la prevalencia de consumo en la población mexicana (de 12 a 65 años) es la siguiente:

- 17.6% son fumadores activos (14.9 millones)
 - 27.1 % son hombres (11.1 millones)
 - 8.7 % son mujeres (3.8 millones)
- 6.4 % fuma diariamente (5.5 millones)
 - 11.1 % fuma ocasionalmente (9.4 millones)
- 15.4 % son exfumadores (13 millones)
- La edad de inicio del consumo diario es de 21 años en mujeres y 18.8 años en hombres
- El promedio de cigarros por día es de 7.4 para los fumadores en general (7.7 cigarros en hombres y 6.4 cigarros en mujeres)
- El 5.9 % ha probado alguna vez el cigarro electrónico, de los cuales el 1.1 % lo utiliza actualmente siendo menor la prevalencia en mujeres (0.7%) que en hombres (1.6%)
- Con relación en la población adolescente (de 12 a 17 años) 684 mil son fumadores activos, de los que 474 mil son hombres y 210 mil son mujeres
- El 0.5% de la población de 12 a 17 años fuma diariamente y el 4.4 % lo hace de forma ocasional

- Más de 937 mil adolescentes han probado el cigarro electrónico y 160 mil lo consumen actualmente

En general, el consumo de tabaco tiene un impacto en la economía de la sociedad, ya que los costos anuales totales de los servicios de salud atribuidos al tabaco oscilan entre el 6 y 15 % de los costos totales en los países desarrollados (Reynales, Guerrero, & Olivera, 2008). Esto representa que el tabaquismo provoca 500 mil millones de dólares por año en gastos médicos indirectos, pérdida de productividad y daño ambiental en todo el mundo, mientras que en México se gastaron 45 mil millones de pesos en el año 2009 a causa de este problema (Betan, 2014).

Asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2014 (INEGI, 2015), en México cada persona puede llegar a gastar una cantidad de 5200 pesos en la compra de cigarros por año.

Con la información anteriormente mencionada, se puede concluir que uno de los grandes problemas que existen respecto a esta adicción es la aceptación social que tiene, por lo que ante esta panorámica resulta necesario encontrar diversas estrategias que se encaminen a: informar y defender a través de legislaciones encaminadas a la protección de la salud contra el tabaco, evitar que la población infantil y adolescente se inicien en el tabaquismo, propiciar que los ex fumadores se mantengan y se brinden tratamientos para las personas que quieran dejar de fumar (Ponciano-Rodríguez, 2008), ya que no puede negarse el potencial adictivo de la nicotina como se muestra a continuación.

Nicotina y adicción

La nicotina es uno de los principales componentes activos presentes en el tabaco y es una de las sustancias con mayor poder de adicción. Cuando es inhalada junto con los otros componentes del humo del tabaco, ejerce efectos farmacológicos sobre diversos sistemas del organismo, sobre todo en el sistema cardiovascular, la mayoría de los cuales están relacionados con la estimulación del sistema nervioso simpático. Estos incluyen un aumento en la frecuencia cardiaca y de la presión arterial; asimismo, la persona que fuma asocia el consumo de tabaco con diversos estímulos del contexto que pueden determinar la monopolización de la conducta en torno a conseguir y consumir la droga que la originó (Ponciano-Rodríguez, 2008).

Al absorberse la nicotina a través de las mucosas nasal, oral y alveolar, llega al cerebro al cabo de unos diez segundos, cruza rápidamente la barrera hematoencefálica y se distribuye por todo el sistema nervioso central: esta relación casi inmediata entre la inhalación del humo y su efecto a nivel cerebral es uno de los factores que contribuyen al alto poder adictivo de la nicotina (NIDA, 2010).

Asimismo, los efectos de la nicotina en el hombre dependen de la dosis, logrando comportarse como un estimulante o bloqueador de la transmisión nerviosa ganglionar a través de un mecanismo conocido como despolarización prolongada. Como estimulante tiene varios efectos: aumento de la atención, mejora la memoria y disminuye la irritabilidad; debido a su efecto sobre el sistema dopaminérgico mesolímbico es la responsable del proceso de adicción que se presenta en los fumadores y el consumo repetido de nicotina a través del tabaco hace que se alteren los niveles del sistema nervioso central (Jacob, Benowitz, & Shulgin, 1988).

Las manifestaciones clínicas de intoxicación por nicotina son: presencia de náuseas, vómitos, sudoración, palidez, cefalea, mareo, aumento de la tensión arterial, diarrea, taquicardia, temblor y dolor abdominal; también se puede presentar confusión, dificultad de concentración, alteraciones sensorio-perceptivas y disminución del sueño REM (Martínez, I., Martínez, J., Jiménez, & Rubio, 2011).

Al pasar el tiempo, el cerebro tolera la nicotina, por lo que se incrementa la cantidad de cigarrillos fumados con el objetivo de generar la misma sensación en el cuerpo (tolerancia) y ante la ausencia de esta sustancia, el cuerpo manifiesta una cantidad de síntomas (síndrome de abstinencia) que obliga a la persona a fumar para evitar las molestias lo que a su vez genera una interacción que se retroalimenta, es decir, mientras más nicotina se le da al cuerpo, más la necesitará para mantener el equilibrio (NIDA, 2010).

La abstinencia llega a producirse a las dos horas posteriores de haber fumado el último cigarrillo y puede alcanzar su máximo a las 24-48 h, lo que conlleva a un intenso deseo de consumir tabaco, tensión, irritabilidad, letargo, dificultades para dormir, dificultad de concentración, baja de la tensión arterial, acrecentamiento del apetito, del peso y de la hiperactividad a nivel motor (Martínez, et al., 2011).

La situación antes mencionada da como resultado la dependencia a la sustancia que es un patrón de comportamiento en el que la utilización de la sustancia psicoactiva tiene la mayor prioridad sobre cualquier otra conducta que en algún momento tuvo un significado importante para la persona, lo cual genera que la droga controle el proceder del individuo y sea algo dañino para él y para la sociedad, generando de esta manera adicción (Juárez, Galindo, & Santos, 2010).

Dependencia física a la nicotina

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999) la adicción es el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que se presentan después de existir un consumo repetido de alguna sustancia psicoactiva, que en este caso es la nicotina (Diario Oficial de la Federación, 2000).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) sobre trastornos mentales y del comportamiento de la OMS, clasifica a los trastornos causados por el consumo de tabaco en la categoría F17, e incluye el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el síndrome de abstinencia (OMS, 1992).

De este modo, la dependencia se presenta posterior al suministro incesante y repetido de nicotina y genera una serie de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que muestran que la persona sigue consumiendo la sustancia, a pesar de que aparezcan problemas significativos que se relacionan a este consumo; esto genera que se produzca un patrón repetitivo de autoadministración que frecuentemente conduce a la tolerancia, la abstinencia y la ingestión compulsiva de la sustancia (Martínez et al., 2011).

De acuerdo con el DSM IV (American Psychiatric Association, 1995, p. 182-184), la dependencia de sustancias es definido como:

Un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses. Tolerancia (Criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la

intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

La abstinencia (Criterio 2a) es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (Criterio 2b), normalmente desde que se despierta.

Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida) (Criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (Criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos (Criterio 5). En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia (Criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la

sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia (Criterio 7). El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

En cuanto al DSM-5, la categoría de dependencia desapareció, dando paso a una conceptualización única que pasa a llamarse Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (Portero, 2015). Además de lo anteriormente expuesto, la nicotina también puede generar dependencia psicológica como se muestra a continuación.

Dependencia psicológica a la nicotina

De acuerdo con la CIE-10, hay una dependencia psicológica a la sustancia cuando se presenta 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 malestar (OMS, 1992).

Este tipo de dependencia se genera a partir de un proceso complejo de condicionamiento fisiológico-cognitivo-emocional-conductual en el que las personas que fuman perciben el cigarro como algo deseable y a la conducta de fumar como placentera, por lo que la dependencia psicológica es la serie de conductas, ideas, creencias y atributos que la persona construye con respecto al tabaco y al tabaquismo a lo largo de su vida como fumador y que lo ligan de manera progresiva, íntima e indisolublemente con la adicción a la nicotina (Ponciano-Rodríguez & Morales-Ruiz, 2007).

De esta manera, los contenidos psicológicos en el acto de fumar se componen de valores, atribuciones y asociaciones que la persona deposita en el acto mismo, otorgándole un significado que en lo ulterior será necesario y creará dependencia; además de que el entorno refuerza esta situación porque el individuo otorga un valor a la publicidad de su entorno (Boal, 1998).

A partir de lo anterior, la adicción es una asociación condicionada entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador, puesto que la persona cuando fuma se encuentra realizando alguna actividad, es decir, está experimentando alguna vivencia y cada una de ellas se encuentra asociada al placer provocado por la estimulación dopaminérgica, almacenando una sensación-vivencia (Mora, 2000). Si se toma en cuenta la cantidad de inhalaciones por cigarro (en promedio 10) y la cantidad de cigarrillos fumados al día, se podrá concluir que existen una cantidad extraordinaria de asociaciones que actúan como reforzadores.

De acuerdo con Boal (1998), el fumar resulta ser un placer psicológico que se convierte en un gran obstáculo para las personas que buscan dejar el tabaco. Menciona que existen justificaciones o trampas psicológicas que tienen dos funciones:

- 1) Conllevan a la confusión restándole claridad a la persona de que en realidad quiere dejar de fumar. Ello crea incertidumbre y no se sabe si es mejor dejar de fumar o seguir fumando
- 2) Son el vehículo que conlleva a la persona a fumar compulsivamente y de manera justificada.

Este mismo autor señala que al dejar de fumar se experimenta una mejoría a nivel físico (lo que produce placer ya que desaparece y se detiene el daño causado por el tabaco) e intelectual

(ya que la capacidad de atención, concentración y entendimiento intelectual aumentan, así como hay una recuperación de la memoria, los reflejos, etc.), sin embargo, se pierde el placer psicológico que bloquea la decisión de cesación, apareciendo la resistencia al hábito. Esta situación se debe a que el placer físico experimentado no es tan importante comparado con el placer psicológico abandonado (Boal, 1998).

Asimismo, existe una sensación asociada que cuando se da la tolerancia (aparentemente no real), se sustenta en el placer psicológico que se percibe al encender un cigarro (esta situación se da de manera inconsciente en las personas). Cabe destacar que el proceso de cesación incluye deshabitación que toma tiempo, pero que produce una notable recuperación física, cognitiva y psicológica (aumenta la autoestima), además desaparece el reflejo de tomar un cigarro y se deshacen las asociaciones establecidas entre el tabaco y las actividades diarias (Boal, 1998).

De acuerdo con Marín (2003; en Ponciano-Rodríguez, 2008), existen tres razones para seguir fumando:

- 1) La primera incluye las razones para resolver estados de ánimo-emotivos adversos, además de buscar relajación y/o estimulación, obtención de placer y control de estados de angustia.
- 2) La segunda contiene razones productivas, es decir, se fuma para mantener la atención, la concentración y el rendimiento.
- 3) La última incluye razones de índole fisiológico, es decir, se fuma para no tener apetito, para el estreñimiento, etc.

De esta manera se pueden presentar dos tipos de fumadores de acuerdo con su dependencia a nivel psicológico (Lagrué, 1999):

- Dependencia sólo del comportamiento de gesto: la persona fuma al encontrarse acompañado, es decir, por presión social.
- Dependencia de comportamiento y psicológica: el individuo busca sentir nuevamente los efectos que la nicotina produce a nivel cerebral (placer, distensión, disminución del estrés, acción antidepresiva, etc.). Su consumo es variable y depende de las circunstancias, el trabajo, etc.

Por lo tanto, se puede concluir que la dependencia psicológica al tabaco es la condición proporcionada por la sustancia que brinda satisfacción al individuo y lo invita a realizar nuevamente la conducta de consumo, en este caso el fumar.

A partir de lo presentado anteriormente se puede notar que el papel de la familia y la calidad de vida se encuentran íntimamente relacionados, por lo que se pueden generar diferentes efectos ante la formación de una adicción como el tabaquismo. Por consiguiente, se expone la manera en que se pretende conocer cuáles son los efectos del FF y la calidad de vida en la dependencia física y psicológica al tabaco en hombres y mujeres.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

Objetivo general

Conocer los efectos del funcionamiento familiar y la calidad de vida en la dependencia física y psicológica al tabaco en un grupo de hombres y mujeres mexicanas.

Objetivos específicos

- 1) Evaluar la confiabilidad de la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006).
- 2) Adaptar y validar una versión del Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995) y una versión del Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco de Ponciano-Rodríguez, Valerio-Gutiérrez, Pliego-Rosas y Córdova-Alcaráz (2015).
- 3) Validar una versión del Test de Fagerström de dependencia a la Nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991) para la población mexicana.
- 4) Conocer la magnitud del funcionamiento familiar, la calidad de vida, la dependencia física y la dependencia psicológica en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.
- 5) Explorar las diferencias o similitudes que existen por sexo en cuanto al funcionamiento familiar, la calidad de vida, la dependencia física y dependencia psicológica a la nicotina
- 6) Conocer de qué manera se relaciona el funcionamiento familiar y la calidad de vida con la dependencia física y psicológica al tabaco en personas fumadoras.
- 7) Conocer el efecto del funcionamiento familiar y la calidad de vida sobre la dependencia física y psicológica al tabaco.

Justificación

Existen ciertas características sobre el funcionamiento familiar que pueden explicar de alguna manera el desarrollo, mantenimiento y erradicación de una adicción (Moral & Ovejero, 2005), además puede afectar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas (Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007). Una de las drogas más adictivas y socialmente aceptadas es la nicotina ya que cada año 35 millones de personas intentan abandonar el tabaco, recayendo el 85% de ellas (NIDA, 2010), Pese a que el funcionamiento familiar tiene una fuerte correlación positiva con la calidad de vida (Ghamari & Khoshnam 2011), hasta el momento no se sabe de ningún estudio que haya evaluado la influencia de estas variables sobre la dependencia física y psicológica al tabaco, por lo que este estudio pretende examinar de qué manera se da esta relación. Por otro lado, los resultados de esta investigación podrían apoyar la comprensión de un grave problema de salud pública como lo es el consumo de tabaco (Lando et al., 2010). Además, se espera que los hallazgos encontrados puedan favorecer en un futuro el desarrollo de procesos psicoeducativos, orientativos y terapéuticos, en beneficio de las personas que quieran dejar de fumar comprendiendo otros elementos como el papel de la familia, lo cual dará pie a crear nuevas alternativas de cesación ante la adicción. Por último, permitirá validar para la población mexicana el instrumento más utilizado para evaluar la dependencia física a la nicotina: el Test de Fagerström (Heatherton et al., 1991), así como la utilidad del Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco (Ponciano-Rodríguez et al., 2015).

Variables

Intervinientes

- Funcionamiento familiar
- Calidad de vida
- Dependencia física a la nicotina
- Dependencia psicológica a la nicotina

De Clasificación

- Sexo

Definiciones conceptuales

Funcionamiento familiar. De acuerdo con García-Méndez et al., (2006). es definido como el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven. Consta de los siguientes factores:

Factor 1. Ambiente familiar positivo. Reside en los patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación y el intercambio de ideas y puntos de vista que benefician las relaciones familiares, así como las manifestaciones de afecto y respeto a través de la cercanía entre los integrantes de la familia.

Factor 2. Hostilidad/ evitación del conflicto. Caracterizado por una baja tolerancia para con los miembros de la familia, lo que conlleva a patrones de relación redundantes en los que predomina el antagonismo y el desvío de los problemas.

Factor 3. Mando/ problemas en la expresión de sentimientos. Hace referencia a la falta de claridad en las reglas a seguir por los integrantes de la familia, vinculadas con su comportamiento, tanto al interior como al exterior de la misma. Comprende límites confusos y dificultad para demostrar sentimientos entre los integrantes de la familia

Factor 4. Cohesión/reglas. Relacionado con el vínculo afectivo predominante entre los integrantes de la familia, y a los patrones de relación que marcan los límites de las relaciones con los hijos.

Calidad de vida. De acuerdo con Palomar-Lever (1999), es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción del individuo en cada una de las áreas que influyen en su bienestar subjetivo. Las áreas más significativas de bienestar se agrupan en cuatro grandes bloques: el primero comprende áreas generales como la sociabilidad, la familia en general, el bienestar económico, la percepción personal, el desarrollo personal, las actividades recreativas, el entorno social y el bienestar físico. El segundo bloque se relaciona con aspectos laborales y está constituido por las áreas del desarrollo personal en el trabajo y el reconocimiento individual en este ámbito. El tercero se refiere a la relación de pareja y el último a la relación con los hijos y su desarrollo personal.

Dependencia. De acuerdo con la OMS (1994), es el estado de necesitar o depender de algo o alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o sobrevivir. Aplicado a las drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal y el CIE-10 engloba este término en el síndrome de dependencia. Este término se intercambia continuamente con el de adicción y alcoholismo. Por regla general, el término puede ser utilizado en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas o para referirse a

una droga o a una clase de drogas concreta. Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos:

- Dependencia psicológica o psíquica: se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia
- Dependencia física o fisiológica: se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia al suspender el consumo de la sustancia.

Sexo. Se refiere a la dimensión biológica de ser hombre o mujer (Santrock, 2006).

Definiciones Operacionales

Funcionamiento Familiar. Se obtiene a partir del puntaje obtenido en la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez et al., (2006).

Calidad de vida. Estará representada por los puntajes que los participantes obtengan en el Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995).

Dependencia física a la nicotina. Estará dado por el puntaje obtenido en el Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (Heatherton et al., 1991)

Dependencia psicológica a la nicotina. Se determinará mediante los puntajes obtenidos por los en el Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco de Ponciano-Rodríguez et al, (2015).

Sexo. Es la respuesta que den los participantes respecto a la pregunta sobre su sexo en la sección de datos demográficos.

Hipótesis

Para el objetivo 4:

- 1) Las mujeres presentarán mayores puntajes que los hombres en las variables funcionamiento familiar, calidad de vida, dependencia física a la nicotina y dependencia psicológica a la nicotina.

Para el objetivo 5:

- 2) Se encontrarán diferencias significativas entre los puntajes presentados por mujeres y hombres en cuando a las variables funcionamiento familiar, calidad de vida, dependencia física a la nicotina y dependencia psicológica a la nicotina.

Para el objetivo 6:

- 3) Los factores Hostilidad/Evitación del conflicto y Mando/Problemas en la Expresión de Sentimientos del Funcionamiento Familiar; Sociabilidad y Amigos, Actividades Recreativas, Entorno Social, Desarrollo Personal, Relación de Pareja, Desarrollo Personal a través del Trabajo y Reconocimiento Económico y Social a través del Trabajo de la Calidad de Vida; Modulador emocional, Imagen/Personalidad, Indiferencia y Aceptación Social de la dependencia psicológica y la dependencia física correlacionarán de manera positiva.
- 4) Los factores Ambiente Familiar Positivo y Cohesión/ Reglas del Funcionamiento Familiar; Familia en General, Familia de Origen, Relación Afectiva con los Hijos, Realización Personal de los Hijos, Percepción Personal, Bienestar Físico y Bienestar Económico; Modulador emocional, Imagen/Personalidad, Indiferencia y Aceptación

Social de la dependencia psicológica y la dependencia física correlacionarán de manera negativa.

Para el objetivo 7:

- 5) Los factores Hostilidad/Evitación del conflicto y Mando/Problemas en la Expresión de Sentimientos del Funcionamiento Familiar predecirán en Modulador emocional, Imagen/Personalidad, Indiferencia y Aceptación Social de la dependencia psicológica y la dependencia física presentada en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.
- 6) Los factores Sociabilidad y Amigos, Percepción Personal, Desarrollo Personal, Actividades Recreativas, Entorno Social, Relación de Pareja, Desarrollo Personal a través del Trabajo y Reconocimiento Económico y Social a través del Trabajo de la Calidad de Vida influirán en Modulador emocional, Imagen/Personalidad, Indiferencia y Aceptación Social de la dependencia psicológica presentada en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.
- 7) Los factores Sociabilidad y Amigos, Familia en General, Actividades Recreativas, Entorno Social, Familia de Origen, Relación de Pareja, Desarrollo Personal a través del Trabajo y Reconocimiento Económico y Social a través del Trabajo de la Calidad de Vida de la Calidad de Vida influirán en la dependencia física presentada en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.
- 8) Los factores Bienestar Económico, Bienestar Físico, Relación Afectiva con los Hijos y Realización Personal de los Hijos no influirán en la dependencia física y psicológica presentada en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional (Kerlinger & Lee, 2002) de 110 mujeres y 100 hombres que fumaban tabaco a diario ($M= 7.3$, $DE= 6.44$) en un rango de edad de los 18 a 77 años ($M= 33.7$, $DE= 13.34$). En cuanto a escolaridad 1 indicó que tenía estudios de primaria, 21 de secundaria, 59 de preparatoria, 99 de licenciatura y 30 de posgrado. Respecto al estado civil 130 revelaron ser solteros, 65 casados y 15 ser madre/padre soltero. En relación con su sistema familiar, 52 mencionaron que pertenecían a una familia sin hijos, 20 con hijos pequeños, 53 con hijos en edad escolar y 85 con hijos adultos. No participaron en el estudio personas que padecían alguna enfermedad crónica o psiquiátrica diagnosticada, que presentaran dependencia al alcohol, es decir, que su puntaje fuera superior a 16 en el AUDIT ($M= 4.55$, $DE= 3.7$) y que consumieron alguna droga ilegal durante el último año.

Instrumentos (Ver Anexo 1)

Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez et al., (2006). Se trata de un instrumento de auto-reporte que evalúa los patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven. La escala contiene 22 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente y siempre) que explican el 51% de la varianza total, con un Alpha de Cronbach global de .89, y está integrado por cuatro factores: Ambiente Familiar Positivo (7 reactivos, $\alpha = .845$), Hostilidad/Evitación del Conflicto (5 reactivos, $\alpha = .795$), Mando/Problemas en la Expresión de Sentimientos (5 reactivos, $\alpha = .671$) y Cohesión/Reglas (5 reactivos, $\alpha = .703$).

El factor *Ambiente Familiar Positivo* contiene algunos reactivos como: “Las relaciones de mi familia con otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) es afectuosa” y “En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo”.

En el factor *Hostilidad/Evitación del Conflicto* hallamos algunos reactivos como: “En mi familia se dice una cosa y se hace otra” y “En mi familia, acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente”.

El factor *Mando/Problemas en la Expresión de Sentimientos* se compone de algunos reactivos como: “En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas” y “En mi familia, los límites son poco claros”.

Por último, el factor *Cohesión/Reglas* contiene algunos reactivos como: “A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos” y “En mi familia nos gusta pasar tiempo juntos”.

Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995). Este instrumento fue construido a partir de concebir a la calidad de vida como un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo en cada una de las áreas o aspectos de la vida que determinan su felicidad o bienestar. Se trata de un instrumento tipo Likert de 3 opciones de respuesta (muy importante, regularmente importante y poco importante) con reactivos obtenidos por medio de una entrevista semi-estructurada, con una muestra de 320 participantes. Los 14 factores del instrumento son: Sociabilidad y amigos (9 reactivos, $\alpha = .884$), Familia en general (7 reactivos, $\alpha = .909$), Bienestar económico (7 reactivos, $\alpha = .873$), Percepción personal (7 reactivos, $\alpha = .832$), Desarrollo personal (7 reactivos, $\alpha = .848$), Actividades recreativas (6 reactivos, $\alpha = .824$), Entorno social (3 reactivos, $\alpha = .803$), Familia de origen (4 reactivos, $\alpha = .755$), Bienestar físico (5 reactivos,

$\alpha = .719$), Relación de pareja (9 reactivos, $\alpha = .938$), Desarrollo personal a través del trabajo (6 reactivos, $\alpha = .824$), Reconocimiento económico y social a través del trabajo (5 reactivos, $\alpha = .770$), Relación afectiva con los hijos (7 reactivos, $\alpha = .902$) y Realización personal de los hijos (4 reactivos, $\alpha = .801$). La varianza explicada es mayor a 50%.

El factor *Sociabilidad y amigos* contiene algunos reactivos como: “Estar acompañado por otras personas” y “Conocer nuevas personas”.

El factor *Familia en general* tiene reactivos como: “Convivir con su familia” y “Tener una familia unida”.

Por su parte el factor *Bienestar económico* cuenta con reactivos como: “No tener problemas” y “Tener tranquilidad económica”.

El factor *Percepción personal* tiene reactivos como: “Sentirse estable emocionalmente” y “Sentirse seguro de sí mismo”.

Por otro lado, el factor *Desarrollo personal* contiene reactivos como: “Aprender cosas nuevas” y “Superarse personalmente”.

El factor *Actividades Recreativas* se compone de reactivos como: “Leer” y “Viajar”

El factor *Entorno social* cuenta con reactivos como “Que haya paz en el país” y “Que en el país no haya problemas económicos”.

Respecto al factor *Familia de origen* algunos de los reactivos son: “Que haya buena relación con su madre” y “Que haya buena relación entre hermanos”.

El factor *Bienestar físico* tiene reactivos como: “Sentirse tranquilo” y “Que su familia esté bien”.

El factor *Relación de pareja* contiene reactivos como: “Tener relaciones sexuales con su pareja” y “Convivir con su pareja”.

Por su parte, el factor *Desarrollo personal a través del trabajo* posee reactivos como son: “tener un trabajo estable” y “aprender cosas nuevas en su trabajo”.

El factor *Reconocimiento económico y social a través del trabajo* se compone de reactivos como: “Tener éxito en su trabajo” y “Que le paguen bien por su trabajo”.

Asimismo, el factor *Relación afectiva con los hijos* tiene reactivos como: “Convivir con sus hijos” y “Que sus hijos estén bien”.

Por último, el factor *Realización personal de los hijos* contiene reactivos como “Educar bien a sus hijos” y “Que sus hijos tengan logros”.

El Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton et al., 1991) es una prueba unidimensional formada por seis ítems y ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. Fue creado en 1978 (*Fagerström Tolerant Questionnaire* o *FTQ*) y posteriormente modificado por el mismo autor. La adaptación al español tiene un Alpha de Cronbach global de .57 (Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto, & García, 1992). La puntuación oscila entre 0 y 10 y la persona elige una alternativa de las dos o cuatro existentes dependiendo del ítem. Puntuaciones altas (seis o más) indican un alto grado de dependencia; sin embargo, unas puntuaciones bajas no necesariamente indican un bajo grado de dependencia. Los principales reactivos de este test son: ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarro? y ¿Cuál cigarro le costaría trabajo dejar?

Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco (TAPDS) de Ponciano-Rodríguez et al., (2015). Este test se desarrolló a partir de concebir la dependencia

psicológica como la serie de conductas, ideas, creencias y atributos que la persona construye con respecto al tabaco y al tabaquismo. Para su creación se desarrolló inicialmente un cuestionario basado en redes semánticas, análisis de “cartas de despedida” y entrevistas a fumadores que no estuvieran inscritos en ningún tratamiento para dejar de fumar. La fiabilidad interna del cuestionario resultante de 25 ítems obtuvo un Alpha de Cronbach de .847. Los factores obtenidos fueron: 1) modulador emocional (8 reactivos), 2) imagen/personalidad (8 reactivos), 3) indiferencia (5 reactivos) y 4) aceptación social (4 reactivos); no se aplicó Alpha de Cronbach por factor. Una versión más corta de 8 ítems se aplicó a 100 fumadores y se comparó con el de 25 ítems, la correlación obtenida fue de $r=0.94$ ($p<0.001$).

El factor *Modulador emocional* tiene reactivos como: “Fumar me ayuda a controlar el enojo” y “Fumar me produce satisfacción”.

El factor *Imagen/personalidad* posee reactivos como: “Al fumar me concentro mejor” y “El cigarro es mi mejor compañía”.

El factor *Indiferencia* contiene reactivos como: “Fumar cerca de mi familia afecta su salud, aun así, seguiré fumando” y “El consumo de tabaco es un vicio y la nicotina una droga, sin embargo, he pensado que voy a continuar fumando”.

Por último, el factor *Aceptación Social* tiene reactivos como: “Pienso que fumar es un antojo” y “Creo que cuando fumo los demás me aceptan”.

Tipo de estudio

Esta investigación, de acuerdo con Isaac y Michael (1995) es descriptiva (ya que tiene como propósito describir las características de una población dada respecto a un área de interés objetiva), comparativa de acuerdo con Sierra-Bravo (1994) ya que busca evaluar las semejanzas y diferencias de dos grupos distintos y correlacional (pues pretende investigar el grado en que una variación corresponde a otra variación en uno o más de otros factores basados en la correlación de coeficientes).

Procedimiento

Se solicitó la participación voluntaria de las personas que actualmente fumaran tabaco en lugares públicos de la Ciudad de México y también se utilizó la plataforma electrónica Google Forms, explicando los objetivos de la investigación e indicando que toda la información que proporcionaran sería totalmente anónima y confidencial. También se resolvieron las dudas que surgieron al contestar los instrumentos y se pusieron a su disposición los resultados de los mismos si fueron solicitados (Ver Anexo 2). El formato de instrumentos aplicado se muestra en el Anexo 3.

Análisis de Datos

Para llevar a cabo el primer objetivo, se realizó un análisis de confiabilidad de la prueba de Funcionamiento Familiar. Con el propósito de obtener escalas de medición válidas y confiables y cumplir con el segundo y tercer objetivo se llevó a cabo el procedimiento propuesto por Reyes Lagunes y García Barragán (2008) basado en Cronbach y Meehl (1955) que consiste en:

- 1) Realizar un análisis de frecuencias para cada uno de los reactivos (media, desviación estándar y sesgo).
- 2) Realizar una nueva variable equivalente al resultado de la suma de las puntuaciones de cada uno de los reactivos de la escala para obtener los valores del percentil 25 y 75 de esa variable mediante un análisis de frecuencias.
- 3) A partir de lo anterior, crear una nueva variable dicotómica de agrupación para realizar una prueba t de Student y evaluar la capacidad de discriminación de cada uno de los reactivos por comparación de grupos extremos.
- 4) Posteriormente seleccionar los reactivos que discriminaron en los análisis anteriores y realizar un análisis Alpha de Cronbach para evaluar la consistencia interna de la escala.
- 5) Después realizar un análisis de intercorrelaciones de los reactivos para determinar el tipo de rotación.
- 6) Por último, realizar un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal (de tipo varimax) seleccionando únicamente los reactivos con cargas factoriales iguales o superiores a .40.

Para el cuarto objetivo se efectuó un análisis descriptivo (medias y desviaciones estándar) por sexo. Para el quinto objetivo se ejecutó una prueba t Student, mientras que para el sexto objetivo se empleó una serie de análisis de correlación de producto-momento de Pearson y finalmente en el último objetivo se realizó un análisis de regresión múltiple. Para ello se utilizó el programa SPSS versión 20.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Con el propósito de cumplir con los objetivos planteados se expondrán a continuación los resultados de los análisis estadísticos realizados objetivo por objetivo.

Objetivo 1. Evaluar la confiabilidad de la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez et al., (2006).

Para dar respuesta al primer objetivo se llevó a cabo un análisis de confiabilidad para la escala total obteniendo un Alpha de Cronbach final de .907. En este estudio únicamente se obtuvieron dos factores significativos: Ambiente Familiar Positivo ($\alpha = .83$) y Cohesión/Reglas ($\alpha = .83$) ya que se eliminaron los otros dos factores porque no contaban con al menos tres reactivos para ser considerados como tales (Reyes Lagunes & García Barragán, 2008). A continuación, se muestran los reactivos de cada factor (Tabla 1):

Tabla 1. Reactivos de los factores significativos de la Escala de Funcionamiento Familiar

<i>Ambiente familiar positivo</i>	<i>Cohesión/ Reglas</i>
- En mi familia, acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas)	- A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos.
- En mi casa cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño	- En mi familia nos gusta pasar tiempos juntos.
- En mi familia tenemos presentes las fechas importantes para nosotros	- En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agrada a los demás, ayudarnos en alguna área, hacer algo que otro nos solicite, etc.).
- En mi familia se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes	- A los miembros de mi familia, nos gusta compartir lo que tenemos.
- En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo	- Los miembros de mi familia, realizamos actividades que nos benefician a todos

Después de evaluar la confiabilidad de esta escala se procedió a realizar el segundo objetivo.

Objetivo 2. Adaptar y validar una versión del Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995) y una versión del Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco de Ponciano-Rodríguez et al., (2015).

Instrumento para Medir la Calidad de Vida. Para este instrumento las opciones de respuesta fueron incrementadas de 3 a 5 por lo que fue necesario validarla (ver Anexo 1 y 3). Después de haber realizado los análisis estadísticos anteriormente descritos que permiten identificar los reactivos con mayor poder discriminativo, se observó que 38 de los 80 ítems originales cumplieron con los criterios establecidos por Reyes Lagunes y García Barragán (2008). Al realizar el análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (tipo varimax), se obtuvo una estructura factorial de nueve factores que arrojó un Índice KMO= .799 y la Prueba de Esfericidad de Bartlett= 2280.292, $gl= .666$, $p= .000$ y que explicaron el 66.72% de la varianza. Sin embargo, se eliminó un factor ya que registró un coeficiente de confiabilidad inferior a .60. El Alpha de Cronbach total fue de .89 (ver Tabla 2).

Tabla 2. Análisis Factorial del Instrumento para Medir la Calidad de Vida

<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>								
	Desarrollo personal	Relación de pareja	Sociabilidad	Amigos	Responsabilidad/ Familia de Origen	Actividades recreativas	Entorno social	Bienestar económico	
Estudiar	.594								
Terminar los estudios que haya iniciado	.550								
Leer	.493								
Desarrollarse en lo que estudió	.484								
Compartir actividades con su pareja		.893							
Convivir con su pareja		.839							
Contar con el apoyo de su pareja		.816							
Tener relaciones sexuales con su pareja		.681							
Llevarse bien con la gente			.834						
Tener buena comunicación con la gente			.735						
Conocer a nuevas personas			.606						
Que la gente que le rodea sea feliz			.548						
Contar con el apoyo de sus amigos				.864					
Convivir con sus amigos				.851					
Tener buenas relaciones con sus amigos				.805					
Estar acompañado por otras personas				.526					
Tener una buena relación con su padre					.710				
Tener una buena relación con su madre					.659				
Que haya buena relación entre hermanos					.652				
Compartir actividades con su familia					.612				
Ser una persona responsable					.579				
Realizar cambios para que su vida mejore					.402				
Viajar						.805			
Salir a pasear						.775			
Ir al cine						.565			
Escuchar música						.520			
Que en el país no haya problemas económicos							.854		
Que en el país no haya problemas políticos							.842		
Que haya paz en el país							.747		
Ser independiente económicamente									.747
Contar con más dinero del que ahora tiene									.702
No gastar más de lo que ganas									.647
<i>Número de reactivos</i>	<i>Total</i> 32	4	4	4	4	6	4	3	3
α	.89	.88	.84	.78	.84	.80	.77	.88	.60
<i>M</i>		17.35	18.12	15.63	15.24	26.88	15	11.99	12.92
<i>DE</i>		3.48	2.88	3.01	3.43	3.56	3.52	3.02	2

Test para Evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco (TAPDS). Para este instrumento también se cambió el número de respuestas de 3 a 5 que miden grados de frecuencia (ver Anexo 1 y 3), asimismo se modificaron los reactivos de acuerdo con las recomendaciones para la construcción de reactivos propuestas por Edwards (1957)¹ quedando de la siguiente manera (Tabla 3):

Tabla 3. Modificación de los reactivos del TAPDS de acuerdo con lo propuesto por Edwards (1957).

<i>Reactivo original</i>	<i>Reactivo modificado</i>	<i>Breve explicación</i>
1. Creo que cuándo fumo los demás me aceptan	Los demás me aceptan cuando fumo	Evitar la ambivalencia del verbo creer
2. Fumar me proporciona consuelo	Fumar me consuela	Abreviar el reactivo
4. Al fumar me concentro mejor	Fumar me ayuda a concentrarme	La palabra “mejor” puede ser interpretada de diferentes maneras
5. Cuando fumo me siento seguro	Fumar me proporciona seguridad	Aclarar la intención del reactivo
8. Fumar me permite proyectar la personalidad que deseo	Proyecto la personalidad que deseo cuando fumo	Utilizar lenguaje directo
9. Fumar me hace ver atractivo (a).	Cuando fumo soy atractivo(a)	Hacer simple la oración
10. Si fumo puedo pensar mejor	Pienso mejor cuando fumo	Eliminar el “si”
11. Pienso que fumar es un antojo	Fumar es un antojo	Abreviar el reactivo

¹ Edwards (1987) menciona que en la construcción de reactivos hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- Evitar las afirmaciones que se refieren al pasado en vez del presente
- Evitar los enunciados que se refieren a hechos, o es probable que se interpreten como hechos.
- Evitar construir reactivos que pueden ser interpretados de más de una manera.
- Evitar oraciones irrelevantes para el fenómeno psicológico en consideración.
- Evitar ítems que es probable que sean respondidos igual por todos, o por nadie.
- Seleccionar reactivos que se considera que cubren todo el rango de variabilidad del fenómeno psicológico.
- Utilizar un lenguaje simple, claro y directo.
- Las declaraciones deben ser cortas, donde raramente exceden las 20 palabras.
- Los reactivos deben de tener una sola idea.
- Las afirmaciones que tienen las palabras "todos", "siempre", "ningún", y "nunca", introducen ambigüedad, y deberían de evitarse.
- Las palabras como "solo", "únicamente" "apenas" y otras similares deben utilizarse con cuidado y moderación al escribir los reactivos.
- Cuando sea posible, las oraciones deben de ser simples, en vez de compuestas o complejas.
- Se debe evitar utilizar el uso de palabras no entendibles por quienes completarán la escala
- Se debe de evitar el uso de dobles negativos
- Evitar el uso de la palabra "No"

12. Fumar en las fiestas o reuniones las hace más agradables	Las reuniones son más agradables cuando fumo	Abreviar el reactivo
14. Fumar me ayuda a sentirme mejor cuando estoy triste o deprimido	Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste	Abreviar el reactivo. Evitar palabras de diagnóstico
21. El tabaquismo es una adicción que se asocia con la enfermedad, el cáncer y la muerte. Sin embargo, he pensado que voy a continuar fumando	Pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme	Abreviar el reactivo, hay más de una idea en el mismo
22. El consumo de tabaco es un vicio y la nicotina una droga. Sin embargo, he pensado que voy a continuar fumando	Pienso seguir fumando, aunque la nicotina sea una droga	Abreviar el reactivo, hay más de una idea en el mismo
23. Al comprar cigarros gasto dinero, que podría usar en otras cosas, pero creo que vale la pena	Vale la pena comprar cigarros	Abreviar el reactivo, hay más de una idea en el mismo
24. Fumar cerca de mi familia afecta su salud, aun así, seguiré fumando	Fumo cerca de mi familia, aunque afecte su salud	Abreviar el reactivo, hay más de una idea en el mismo
25. Fumar en el trabajo afecta y molesta a mis compañeros, aun así, seguiré fumando	Fumo en el trabajo, aunque afecte a mis compañeros	Abreviar el reactivo, hay más de una idea en el mismo

Después de haber realizado los análisis estadísticos anteriormente descritos que permiten identificar los reactivos con mayor poder discriminativo, se observó que los 25 ítems originales cumplieron con los criterios establecidos por Reyes Lagunes y García Barragán (2008). Al realizar el análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (tipo varimax), se obtuvo una estructura factorial de cuatro factores que arrojó un Índice KMO= .921 y en la Prueba de Esfericidad de Bartlett= 2944.875, $gl= 276$, $p= .000$; en conjunto explicaron el 63.30% de la varianza. Sin embargo, se eliminaron 2 reactivos (uno de ellos para aumentar el índice de confiabilidad y el otro no discriminó en ninguno de los factores obtenidos). El Alpha de Cronbach total fue de .93 (ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis factorial del TAPDS

<i>Reactivos</i>	<i>Factores</i>				
	Modulador emocional	Imagen/ personalidad	Indiferencia	Placer/concentración	
Fumar me ayuda a tranquilizarme	.814				
Al fumar puedo manejar mi estrés	.779				
Fumar me ayuda a controlar mi enojo	.768				
Fumando puedo controlar mi ansiedad	.718				
Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste	.697				
Fumar me proporciona un gran placer	.685				
Fumar me produce satisfacción	.669				
Fumar me consuela	.558				
Fumar me proporciona seguridad		.769			
Fumar me proporciona la energía que necesito		.735			
El cigarro es mi mejor compañía		.713			
Fumar me hace ver atractivo (a)		.701			
Proyecto la personalidad que deseo cuando fumo		.679			
Sólo fumando puedo pasarla bien		.661			
Fumar me ayuda a concentrarme		.594			
Pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme			.739		
Fumo cerca de mi familia, aunque afecte su salud			.738		
Fumo en el trabajo, aunque afecte a mis compañeros			.653		
Vale la pena comprar cigarros			.518		
Fumar es un antojo				.704	
Pienso seguir fumando, aunque la nicotina sea una droga				.496	
Las reuniones son más agradables cuando fumo				.438	
Pienso mejor cuando fumo				.421	
	<i>Total</i>				
<i>Número de reactivos</i>	23	8	7	4	4
<i>α</i>	.93	.91	.89	.75	.71
<i>M</i>		23.48	12.7	9.07	11.7
<i>DE</i>		8.7	6.26	4.08	3.94

Una vez realizados los procedimientos mostrados anteriormente se realizó el tercer objetivo.

Objetivo 3. Validar una versión del Test de Fagerström de dependencia a la Nicotina (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991) para la población mexicana.

Para este instrumento se implementó la escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta en 5 de los 6 reactivos originales (ver Anexo 1 y 3), mientras que en el faltante se implementó una opción de respuesta dicotómica por cuestiones teóricas propias del test (Heatherton et al., 1991). Después de haber realizado los análisis estadísticos anteriormente descritos que permiten identificar los reactivos con mayor poder discriminativo, se observó que los 6 ítems originales cumplieron con los criterios establecidos por Reyes Lagunes y García Barragán (2008). Posteriormente se realizó una prueba de confiabilidad donde se obtuvo un Alpha Cronbach de .77 ($M= 9.35$, $DE= 4.08$). Posteriormente se procedió a realizar el siguiente objetivo.

Objetivo 4. Conocer la magnitud del funcionamiento familiar, la calidad de vida, la dependencia física y la dependencia psicológica en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.

Con el propósito de conocer la magnitud de las variables Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida, Dependencia Física y Dependencia Psicológica en mujeres y hombres se obtuvo la media y la desviación estándar de cada factor por variable estudiada a partir de la realización de una serie de análisis descriptivos (ver Tabla 5).

Tabla 5. Medias y Desviaciones Estándar de las variables Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida, Dependencia Física y Dependencia Psicológica por sexo

<i>Variables</i>	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
<i>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</i>				
<i>Ambiente Familiar Positivo</i>	4.17	.76	4.07	.76
<i>Cohesión/Reglas</i>	3.94	.77	3.78	.75
<i>CALIDAD DE VIDA</i>				
<i>Desarrollo Personal</i>	4.48	.72	4.16	.98
<i>Relación de Pareja</i>	4.36	.87	4.72	.41
<i>Sociabilidad</i>	3.96	.59	3.84	.89
<i>Amigos</i>	3.81	.82	3.8	.9
<i>Responsabilidad/ Familia de Origen</i>	4.52	.49	4.34	.63
<i>Actividades Recreativas</i>	3.84	.87	3.64	.88
<i>Entorno Social</i>	4.12	.90	3.85	1.1
<i>Bienestar económico</i>	4.38	.55	4.22	.76
<i>DEPENDENCIA FÍSICA</i>				
<i>DEPENDENCIA PSICOLÓGICA</i>	1.52	.64	1.59	.71
<i>Modulador Emocional</i>	3.07	1.06	2.77	1.09
<i>Imagen/Personalidad</i>	1.76	.81	1.87	.97
<i>Indiferencia</i>	2.24	.96	2.29	1.08
<i>Placer/concentración</i>	2.88	.91	2.96	1.06

Los resultados muestran que en las mujeres hay una mayor percepción respecto a que en su familia se tienen presentes las fechas importantes, se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes, hay disponibilidad para quien quiere decir algo (Ambiente Familiar Positivo); también que les gusta pasar tiempo juntos, acostumbran los detalles, les gusta compartir y realizan actividades en beneficio de toda su familia (Cohesión/Reglas) en comparación con los hombres.

Asimismo, las mujeres tienden a percibir mejor Calidad de Vida en torno al Desarrollo Personal (estudiar, terminar los estudios que haya iniciado, leer), la Sociabilidad (llevarse bien con la gente, tener buena comunicación con la gente, conocer a nuevas personas), la Responsabilidad/Familia de Origen (compartir actividades con su familia, ser una persona responsable), las Actividades

Recreativas (viajar, salir a pasear), el Entorno Social (que haya paz en el país y no haya problemas económicos ni políticos) y al Bienestar Económico (ser independiente económicamente y no gastar más de lo que gana), mientras que los hombres perciben una mejor Calidad de Vida en torno a la Relación de Pareja (compartir actividades con su pareja, convivir con su pareja). Asimismo, tanto hombres como mujeres perciben de manera similar la Calidad de Vida relacionada con los Amigos (contar con el apoyo de sus amigos, convivir con sus amigos).

Finalmente, los hombres muestran mayor Dependencia Física (después de consumir el primer cigarro del día, fuman rápidamente algunos más y encuentran dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo) y Dependencia Psicológica en torno a la Imagen/Personalidad (fumar me hace ver atractivo, proyecto la personalidad que deseo cuando fumo), la Indiferencia (vale la pena comprar cigarros y pienso seguir fumando aunque pueda enfermarme) y el Placer/concentración (pienso mejor cuando fumo y fumar es un antojo), mientras que las mujeres presentan mayor Dependencia Psicológica respecto al Modulador Emocional (fumar me consuela y me produce satisfacción).

Después de haber obtenido estos resultados, en seguida se muestran los correspondientes al quinto objetivo.

Objetivo 5. Explorar las diferencias o similitudes que existen por sexo en cuanto al funcionamiento familiar, la calidad de vida, la dependencia física y dependencia psicológica a la nicotina

Posteriormente, se exploraron las posibles diferencias o similitudes que existen por sexo en cuanto a las variables Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida, Dependencia Física y Dependencia Psicológica ya mencionadas previamente mediante una serie de pruebas t de *Student* entre ambos

sexos. A continuación, se presentan las diferencias estadísticamente significativas obtenidas (ver Tabla 6).

Tabla 6. Diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las variables Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida, Dependencia Física y Dependencia Psicológica

<i>Variables</i>	\bar{X} Mujeres		\bar{X} Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
<i>CALIDAD DE VIDA</i>						
<i>Desarrollo Personal</i>	4.48	.72	4.16	.98	2.68	.008
<i>Relación de Pareja</i>	4.36	.87	4.72	.41	-3.11	.002
<i>Familia de Origen</i>	4.52	.49	4.34	.63	2.32	.021
<i>DEPENDENCIA PSICOLÓGICA</i>						
<i>Modulador Emocional</i>	3.07	1.06	2.77	1.09	2.04	.042

En cuanto a las diferencias, los datos muestran que las mujeres perciben mejor la calidad de vida en el Desarrollo Personal (leer, estudiar, terminar los estudios iniciados y desarrollarse en lo que se estudió) y la Responsabilidad/Familia de Origen (compartir actividades con la familia y tener una buena relación con los padres y los hermanos); mientras que los hombres perciben mayor calidad de vida en su Relación de Pareja, es decir, de contar con su apoyo, convivir con su pareja, compartir actividades y tener relaciones sexuales con su pareja.

Con relación en la Dependencia Psicológica hacia la Nicotina, las mujeres -más que los hombres- suelen consumir cigarrillos con la creencia de que éste regula las emociones (las controla, las intensifica o las minimiza). Por lo tanto, suelen asociar el tabaco con consuelo cuando se está triste y con el manejo del estrés, el enojo y la ansiedad.

Respecto al Funcionamiento Familiar, la calidad de vida (en los factores Sociabilidad, Amigos, Actividades Recreativas, Entorno Social y Bienestar económico), la Dependencia Física y la Dependencia Psicológica a la Nicotina (relacionada con la Imagen/Personalidad, la Indiferencia y el Placer/concentración), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Ello indica que existen similitudes entre las mujeres y los hombres en estas variables, es decir, tanto mujeres como hombres tienen un Ambiente Familiar Positivo similar (acostumbran festejar fechas importantes en familia y se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes), así como una buena Cohesión/Reglas (en familia realizan cosas juntos y pasan tiempo juntos). Asimismo, la calidad de vida en torno a la Sociabilidad (llevarse bien con la gente, tener buena comunicación con la gente, conocer a nuevas personas), los Amigos (contar con el apoyo de sus amigos, convivir con sus amigos), las Actividades Recreativas (viajar, salir a pasear), el Entorno Social (que haya paz en el país y no haya problemas económicos ni políticos), el Bienestar Económico (ser independiente económicamente y no gastar más de lo que gana), la Dependencia Física (después de consumir el primer cigarro del día, fuman rápidamente algunos más y encuentran dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo) y la Dependencia Psicológica en torno a la Imagen/Personalidad (fumar me hace ver atractivo, proyecto la personalidad que deseo cuando fumo), la Indiferencia (vale la pena comprar cigarros y pienso seguir fumando aunque pueda enfermarme) y el Placer/concentración (pienso mejor cuando fumo y fumar es un antojo) son semejantes para mujeres y hombres.

A continuación, se muestran los resultados del sexto objetivo.

Objetivo 6. Conocer de qué manera se relaciona el funcionamiento familiar y la calidad de vida con la dependencia física y psicológica al tabaco en personas fumadoras.

Para cumplir con el objetivo antes señalado se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson (ver Tabla 7).

Tabla 7. Relación entre las variables Funcionamiento Familiar, Calidad de Vida, Dependencia Física y Dependencia Psicológica

<i>Variables</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DEPENDENCIA PSICOLÓGICA</i>		
	<i>FÍSICA</i>	<i>Modulador Emocional</i>	<i>Imagen/ Personalidad</i>	<i>Indiferencia</i>	<i>Placer/ concentración</i>
<i>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</i>					
<i>Ambiente Familiar Positivo</i>	-.152*	-.159*	-.224**	-	-
<i>Cohesión/Reglas</i>	-.138*	-.153*	-.253**	-.164*	-.149*
<i>CALIDAD DE VIDA</i>					
<i>Desarrollo Personal</i>	-.161*	-	-.283**	-.166*	-
<i>Relación de Pareja</i>	-.223**	-.205*	-	-.166*	-.220**
<i>Responsabilidad/ Familia de Origen</i>	-	-	-.220**	-.197**	-
<i>Actividades Recreativas</i>	-.170*	-	-	-	-
<i>Bienestar económico</i>	-	-	-.164*	-.139*	-

*0.05, ** 0.01

Los resultados indican que en la medida en que es mayor el Ambiente Familiar Positivo (acostumbran festejar fechas importantes en familia y se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes) y hay más Cohesión/Reglas (en familia realizan cosas juntos y pasan tiempo juntos), hay menor Dependencia Física (después de consumir el primer cigarro del día, fuman rápidamente algunos más y encuentran dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo) y hay menor Dependencia Psicológica en lo tocante a la Imagen/Personalidad (fumar me hace ver atractivo y proyecto la personalidad que deseo cuando fumo) y Modulador Emocional (fumar

ayuda a controlar el enojo, fumar me consuela). Asimismo, a más Cohesión/Reglas, menos Indiferencia (pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme, vale la pena comprar cigarros) y menos Placer/concentración (pienso mejor cuando fumo, fumar es un antojo).

En lo que respecta a la calidad de vida, los hallazgos señalan que a más calidad en el Desarrollo Personal (estudiar, desarrollarse en lo que estudió), en la Responsabilidad/ Familia de Origen (ser una persona responsable, tener una buena relación con sus padres y entre hermanos) y en el Bienestar Económico (ser independiente económicamente, no gastar más de lo que ganas), menos Dependencia Psicológica respecto a la Imagen/Personalidad (fumar me hace ver atractivo y proyecto la personalidad que deseo cuando fumo) e Indiferencia (pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme, fumo cerca de mi familia aunque afecte su salud). Asimismo, a mayor calidad en las Actividades Recreativas (salir a pasear, ir al cine) y Desarrollo Personal, menor Dependencia Física (después de consumir el primer cigarro del día, fuman rápidamente algunos más y encuentran dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo).

Finalmente, a mayor calidad en la Relación de Pareja (contar con su apoyo, convivir con su pareja, compartir actividades y tener relaciones sexuales con su pareja), hay menor Dependencia Física y menor dependencia Psicológica respecto al Placer/concentración (pienso mejor cuando fumo, fumar es un antojo), Modulador emocional (fumar me ayuda a tranquilizarme, fumando puedo controlar mi ansiedad) e Indiferencia (pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme, fumo cerca de mi familia aunque afecte su salud).

Después de mostrar estos resultados a continuación, se muestran los referentes al séptimo objetivo.

Objetivo 7. Conocer el efecto del funcionamiento familiar y la calidad de vida sobre la dependencia física y psicológica al tabaco.

Para cumplir con el último objetivo, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple que permitieran conocer el efecto del funcionamiento familiar y la calidad de vida sobre la dependencia física y psicológica a la nicotina (ver Tablas 8 a la 12).

Tabla 8. Predicción de la Dependencia Física

<i>Variables Predictoras</i>	β	<i>p</i>	R^2
<i>CALIDAD DE VIDA</i>			
<i>Relación de Pareja</i>	-.200	.026	.183
<i>Sociabilidad</i>	.242	.026	

Los resultados de la tabla 8 muestran que para que se presente la Dependencia Física a la Nicotina (después de consumir el primer cigarro del día, fuman rápidamente algunos más y encuentran dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo) es porque los participantes muestran una necesidad de contar con una red de apoyo social efectiva buscando conocer nuevas personas, llevarse bien con la gente (Sociabilidad) y no perciben amor, compañía, satisfacción sexual, aprecio, comunicación y apoyo en su relación de pareja.

Tabla 9. Predicción de la Dependencia Psicológica respecto al Modulador Emocional

<i>Variables Predictoras</i>	β	<i>p</i>	R^2
<i>CALIDAD DE VIDA</i>			
<i>Desarrollo personal</i>	-.347	.001	.193
<i>Relación de Pareja</i>	-.257	.004	
<i>Actividades Recreativas</i>	.208	.049	

La tabla 9 explica que, para que se dé la Dependencia Psicológica en lo tocante al Modulador Emocional (fumar ayuda a controlar el enojo, fumar me consuela) es porque hay baja calidad en el Desarrollo Personal (terminar los estudios que haya iniciado, desarrollarse en lo que estudió) y en la Relación de Pareja (compartir actividades con ella, convivir con ella) y hay más actividades que las entretienen, las divierten o las distraen (Actividades Recreativas).

Tabla 10. Predicción de la Dependencia Psicológica respecto a la Imagen/Personalidad

<i>Variables Predictoras</i>	β	p	R^2
<i>CALIDAD DE VIDA</i>			
<i>Desarrollo personal</i>	-.396	.000	.209

La tabla 10 explica que para que se presente la Dependencia Psicológica respecto a la Imagen/Personalidad (fumar me hacer ver atractivo(a), proyecto la personalidad que deseo cuando fumo), es porque hay baja calidad en el Desarrollo Personal (terminar los estudios que haya iniciado, desarrollarse en lo que estudió).

Tabla 11. Predicción de la Dependencia Psicológica respecto a la Indiferencia

<i>Variables Predictoras</i>	β	p	R^2
<i>CALIDAD DE VIDA</i>			
<i>Relación de Pareja</i>	-.227	.016	.109

La tabla 11 explica que para que se presente la Dependencia Psicológica respecto a la Indiferencia (vale la pena comprar cigarros y pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme) es porque hay baja calidad en la Relación de Pareja (compartir actividades con ella, convivir con ella).

Tabla 12. Predicción de la Dependencia Psicológica respecto al Placer/concentración

<i>Variables Predictoras</i>	β	p	R^2
<i>CALIDAD DE VIDA</i>			
<i>Desarrollo personal</i>	-.285	.007	.160
<i>Relación de Pareja</i>	-.255	.005	
<i>Entorno Social</i>	.228	.036	

La tabla 12 explica que, para que se dé la Dependencia Psicológica en lo tocante al Placer/concentración (pienso mejor cuando fumo, fumar es un antojo) es porque hay baja calidad en el Desarrollo Personal (terminar los estudios que haya iniciado, desarrollarse en lo que estudió) y en la Relación de Pareja (compartir actividades con ella, convivir con ella) y hay más calidad en el Entorno Social (que haya paz en el país, que en el país no haya problemas económicos ni políticos).

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Enseguida, se analizarán los resultados obtenidos en esta investigación a partir de los objetivos planteados:

1. Evaluar la confiabilidad de la Escala de Funcionamiento Familiar de García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006).

Un aspecto de gran relevancia en la investigación es contar con instrumentos psicológicos que sean confiables, es decir, que su aplicación repetida al mismo sujeto produzca resultados iguales (Kerlinger & Lee, 2002). Una de las medidas de consistencia interna más utilizados es el Coeficiente de Alpha de Cronbach, el cual atribuye que los reactivos (con escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que su correlación es alta (Welch & Comer, 1988). Dado que el análisis de Confiabilidad realizado para este instrumento arrojó un Alpha de Cronbach de .90 se puede concluir que la escala evalúa el Funcionamiento Familiar en este tipo de muestra, es decir, los reactivos permiten conocer de qué manera los participantes perciben el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida (García-Méndez et al., 2006) de una manera válida. El resultado es similar a la escala original que tuvo una Alpha de Cronbach global de .89. Como se puede observar, esta escala pudiera utilizarse para poblaciones específicas que consideren adicciones como es el caso del tabaquismo. Después de haber realizado este análisis a continuación, se muestra el correspondiente con el segundo objetivo.

2. Adaptar y validar una versión del Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995) y una versión del Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco de Ponciano-Rodríguez et al., (2015).

a) Instrumento para Medir la Calidad de Vida

La versión utilizada en esta investigación obtuvo un Alpha de Cronbach de .89. En este estudio se obtuvieron 8 factores en comparación con los 14 de la versión de Palomar-Lever (1995).

El primer factor obtenido “Desarrollo personal” ($\alpha = .88$) englobó aquellos reactivos que hablan de las prácticas y actitudes que le permiten a una persona alcanzar los objetivos propuestos inspirados por un ansia de superación a través del conocimiento (Ponti, 2005). Este factor coincide con lo estipulado por Schalock y Verdugo (1997) quienes consideran al desarrollo personal como una de las dimensiones de la calidad de vida enfocada en el desarrollo de competencias personales, aprovechamiento de oportunidades y la posibilidad de integrarse al mundo laboral. Por su parte Felce y Perry (1995), consideran que el desarrollo personal también es parte importante de la CV la cual comprende además valoraciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional. Finalmente, Aron y Milicic (2004) mencionan que el desarrollo personal es una variable que junto con el desarrollo laboral favorecen que la CV mejore.

El segundo factor fue nombrado “Relación de pareja” ($\alpha = .84$) el cual tiene reactivos relacionados con el grado de satisfacción que las personas perciben respecto a la interacción con su pareja (Hicks & Platt, 1970). Algunos autores como Callahan, Tolman y Saunders (2003) consideran que cuando existe violencia en la pareja la calidad de vida disminuye, por lo que la relación de pareja es un elemento influyente en este ámbito. Por su parte Morentin, Arias, Rodríguez y Verdugo (2008) consideraron a la CV como marco importante para analizar las relaciones de pareja y las

percepciones sobre el amor en personas con discapacidad intelectual encontrando que la conceptualización de esta población respecto a los elementos mencionados anteriormente es similar a las personas sin discapacidad. De la misma manera Bognar (2005) coincide en que las relaciones de pareja son factor importante en la conformación de la CV.

El tercer factor “Sociabilidad” ($\alpha = .78$) contiene reactivos relacionados con el bienestar subjetivo relacionado con la aceptación y el apoyo emocional recibido de la gente (Palomar-Lever, 1995). En esta esfera se ha encontrado que las relaciones sociales en ámbitos como el trabajo forman parte de la experiencia de bienestar y malestar relacionados con la CV laboral y total (Espinosa & Morris, 2002; Gospel, 2003). De esta manera Espinosa y Morris (2002) consideran que la CV laboral se sustenta (además de la experiencia de bienestar o malestar en el trabajo) en las relaciones sociales que se establecen entre las personas. De la misma manera, la OMS (2008; en Banda & Morales, 2012) menciona que la CV, se ve afectada por las relaciones sociales que la persona establezca, de su interrelación con el entorno y otros factores como la salud y el estado psicológico.

El cuarto factor obtenido “Amigos” ($\alpha = .84$) englobó aquellos reactivos que contienen el bienestar subjetivo proveniente de la relación con amigos (Murrieta-Sánchez, 2004). Respecto a este factor, Bognar (2005) coincide en que en el estudio de la CV deben incluirse las relaciones que se establezcan con los amigos, pues de acuerdo con Palomar-Lever (2000) junto con la sociabilidad, los amigos son factores determinantes de la CV, ya que pueden llegar a ser parte importante de la red de apoyo que las personas tengan. De la misma manera Hombrados (s/f) considera que uno de los ámbitos que representan de forma adecuada el bienestar subjetivo son los amigos, además de las relaciones con otras personas como la pareja, los familiares, los vecinos y la comunidad en general.

El quinto factor llamado “Responsabilidad/Familia de Origen” ($\alpha = .80$) incluye reactivos relacionados con la satisfacción en el nivel de competencia familiar que incluye afecto familiar y responsabilidad (Ortiz, 2008). Al igual que los amigos, de acuerdo con Bogner (2005) en el estudio de la CV se debe incluir las relaciones que se establezcan con la familia de origen, así como la familia formada por elección propia. Algunas investigaciones han encontrado que la familia es una dimensión que brinda satisfacción y calidad de vida en estudiantes universitarios más que otras como la religión y la economía (Vera & Tánori, 2002; Banda & Morales, 2012). Asimismo, Romera (2003) menciona que el contexto familiar es fundamental en la configuración de la CV de las personas e incluye la aceptación de las responsabilidades familiares como un elemento constitutivo del constructo de la calidad de vida en el contexto familiar.

El sexto factor “Actividades recreativas” ($\alpha = .77$) contiene reactivos que producen bienestar a partir de actividades de esparcimiento en un ámbito general (Palomar-Lever, 1995). De acuerdo con Suárez (2013), la recreación es una práctica social relacionada directamente con la CV de las personas, que brinda una experiencia subjetiva de transformación, pues de acuerdo con Navarro (2011) el ocio es un elemento importante en el desarrollo del ser humano. De la misma manera, Navarro (2011) considera que la recreación y la CV se relacionan a través de los componentes de esta última: por un lado, el pertinente a las condiciones materiales, el contexto físico y social de la persona que permite una buena recreación y un mayor acceso a las actividades recreativas y por el otro, a la relación con la satisfacción personal.

El séptimo factor fue llamado “Entorno social” ($\alpha = .88$) el cual contiene reactivos relacionados con la influencia del medio social en la calidad de vida (Browne, 2004). De acuerdo con Musitu y Castillo (1992), desde una orientación ecológica, las necesidades relacionadas con la CV se conceptualizan en la relación entre los grupos sociales y su entorno. De la misma manera Ferrans

(1990) incluye en su conceptualización de CV la calidad del entorno en el que las personas viven, haciendo referencia al medio ambiente, así como a la igualdad social y la economía, es decir, la CV también es producto de la evaluación subjetiva de los contextos en los que los individuos desempeñan su acción social (Rodríguez & García, 2005).

El octavo y último factor “Bienestar económico” ($\alpha = .60$) englobó aquellos reactivos que abordan el bienestar subjetivo determinado por elementos objetivos como lo es el económico (Urzúa & Caqueo, 2012). En la literatura se ha encontrado que el concepto de CV ha sido un factor de discusión principalmente en la esfera económica y política ya que también se debe considerar la satisfacción de necesidades, desarrollo sostenible, conservación de recursos, crecimiento económico y equilibrio ecológico (Rodríguez & García, 2005). Algunos autores como Cegarra (1996; en Rodríguez & García, 2005) basan su trabajo en una visión economicista de la CV y como se mencionó anteriormente el aspecto económico es parte fundamental del constructo (Ferrans, 1990).

La mayoría de los componentes obtenidos son factores de los que más impactan el bienestar de las personas: las relaciones familiares (pareja, padres y resto de familia), el factor económico y la realización personal (Rojas, 2012; Palomar-Lever, 1995).

La versión presentada en este estudio se configuró de diferente forma respecto al instrumento original, ya que sólo se obtuvieron 32 reactivos. Además, las muestras de ambas investigaciones difieren en distintos aspectos como la edad, escolaridad, estado civil, etc., pues mientras la investigación original incluyó participantes en un rango de edad de 20 a 50 años centrándose en cuatro niveles socioeconómicos, este estudio se centró en personas de 18 a 77 años ($M = 33.7$, $DE = 13.34$) cuya característica central era consumir tabaco a diario. Las características de ambas

muestras indican que los participantes se encuentran en distintas situaciones, por ello no fueron significativos otros factores incluidos en el área laboral y en la relación con los hijos.

En conclusión, la versión utilizada también contempla el bienestar económico, el desarrollo personal, las actividades recreativas, el entorno social y la familia de origen como factores que manifiestan las principales áreas de la vida que favorecen la explicación del bienestar subjetivo en esta muestra.

b) Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco

Respecto a la adaptación y validez de este test, ésta quedó conformada por 23 reactivos con un Alpha de Cronbach de .93 y una varianza explicada de 63.30%. Los reactivos se agruparon respecto a cuatro factores mostrados a continuación.

El factor “Modulador Emocional” ($\alpha = .91$) hace referencia a la creencia de que fumar controla, intensifica, minimiza o regula las emociones (Ponciano-Rodríguez et al., 2015). Inclusive existen algunos estados emocionales considerados como negativos (ansiedad, ira, tristeza-depresión) que pueden convertirse en predictores de inicio de tabaquismo en adolescentes, siendo los estados de ánimo uno de los factores de mayor peso en el inicio de consumo de tabaco (Bejarano & Alderete, 2009). En otras investigaciones también se ha encontrado una relación entre la depresión y el tabaquismo (Klungsoyr, Nygård, Sørensen, & Sandanger, 2006) y Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1994; en Bejarano & Alderete, 2009) encontraron niveles más altos de ira externa en personas que fuman versus personas que no fuman. De esta manera, el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (s/f) considera que uno de los errores que se cometen al fumar es utilizar el tabaco para manejar las emociones.

Por su parte el factor “Imagen/Personalidad” ($\alpha = .89$) contiene aquellos reactivos que manifiestan la creencia de que fumar proporciona una imagen diferente o a través del cigarro se puede alcanzar (Ponciano-Rodríguez et al., 2015). Por ejemplo, algunas mujeres han reportado que fuman para dar una imagen de frialdad, de ser alguien “difícil”, provocadora, sensual y esbelta (Brosky, 1995; en Becoña & Vázquez, 2000). Por su parte, Jiménez (2008) menciona que existen creencias relacionadas con el tabaco que brindan una imagen social en las adolescentes considerada como positiva y valiosa que les hace creer que pueden ser reconocidas como “adultas” y “populares”. Inclusive las empresas tabacaleras utilizaron como forma de publicidad la imagen personal relacionada con la atracción, la deseabilidad y los modelos de género modernos de la primera mitad del siglo XX (Amos & Haglund, 2000). De esta manera el tabaco llegó a convertirse en un factor importante en la definición de la identidad y la construcción de la imagen que se desea proyectar en la vida cotidiana llegando a ser el cigarro un elemento decorativo que llega a asociarse entre otras cosas con elegancia, seducción y autonomía (Jiménez, 2010).

El tercer factor “Indiferencia” ($\alpha = .75$) engloba aquellos reactivos que hacen referencia al acto negligente de fumar inclusive cerca de quienes no lo hacen debido al desconocimiento de las consecuencias que puede tener para los demás (Ponciano-Rodríguez et al., 2015). En una investigación realizada por Ferreira, Baldini y Sivalli, (2014) se encontró que fumar puede llegar a ser un acto de indiferencia en el que la atención se centre en lo “bueno” que el cigarro brinda relacionado con las conexiones sensoriales positivas. De la misma manera Hernández, Guevara, García y Tascón (2006), encontraron que fumar cerca de otras personas que no lo hacen está relacionado con el desconocimiento de los efectos y enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Respecto a ello, Castaño-Castrillón et al. (2008) encontraron en su investigación que el 47.2 % de sus encuestados se encontraban inconformes respecto a la falta de reglamentación

existente para que los fumadores respetaran las áreas comunes, lo cual hace pensar que fumaban cerca de quienes no lo hacen y también que para las personas que fuman de forma esporádica o habitual les es indiferente que exista un área permanente de no fumar, inclusive si existen leyes (como la Ley General para el Control del Tabaco en México) que prohíben fumar en espacios cerrados.

El último factor “Placer/concentración” ($\alpha = .71$) incluye reactivos en los que influye la presencia de otras personas, lo cual causa un gran placer y aceptación (Ponciano-Rodríguez et al., 2015) además de la sensación de una mayor concentración después de fumar (American Thoracic Society, 2013). Ferreira et al. (2014) mencionan que algunas personas manifiestan que el tabaco les produce placer producto de un cambio a nivel cerebral. Esto ocurre porque la nicotina incrementa la concentración de dopamina en el *núcleo accumbens* y ello produce que el sistema mesolímbico dopaminérgico se active produciendo una sensación de placer y felicidad, aumento de energía y motivación, de agudeza mental, de vigor y despertar cognitivo, además de activar el *locus coeruleus* y causar una liberación de noradrenalina lo cual activa de forma general el cerebro y aumenta la agudeza mental, la concentración, un mejoramiento de la memoria, habilidad intelectual y habilidad para resolver problemas (Pérez, Pérez & Fernández, 2007; Ponciano-Rodríguez, 2008).

Como se puede observar existen diferencias entre el estudio realizado por Ponciano-Rodríguez et al., (2015) y el aquí presentado, por lo que estos cambios pueden deberse a las diferencias entre las características de la muestra original y la de esta investigación, además de tomar en cuenta las sugerencias propuestas por Edwards (1957) para la construcción de reactivos que permitieron realizar modificaciones a los ítems originales; esto podría explicar que el Alpha de Cronbach incrementara de .84 (en la escala original) a .93. De esta manera se puede observar que este instrumento fue mejorado al controlar también diferentes variables extrañas como lo es el abuso

del alcohol y otras drogas, así como la presencia de enfermedades crónicas o psiquiátricas diagnosticadas.

A continuación, se muestran los análisis realizados del siguiente objetivo.

3. Validar una versión del Test de Fagerström de dependencia a la Nicotina (Heatherton et al., 1991) para la población mexicana.

Este objetivo pretendió validar el Test de Fagerström en una muestra mexicana ya que de acuerdo con Jiménez-Ruiz y Fagerström (2003), el cuestionario se ha traducido del inglés al castellano en múltiples ocasiones, pero la única propuesta publicada para estandarizar este test en nuestro país fue elaborada por Gómez (2010), sin embargo, no se terminó de concretar.

Dado que el análisis de Confiabilidad realizado arrojó un Alpha de Cronbach de .77 se puede concluir que la escala evalúa adecuadamente la dependencia física que esta muestra tiene por la nicotina. El resultado es superior a la adaptación al español realizada por Becoña et al. (1992) que tuvo una consistencia interna de .57. Esto puede deberse a que en su investigación no mencionan haber considerado algún criterio de exclusión que pudiera influir los resultados de su estudio, a diferencia de este trabajo donde no participaron personas que padecían alguna enfermedad crónica o psiquiátrica diagnosticada, que tuvieran dependencia alcohólica o hubieran consumido algún tipo de droga ilegal en el último año, pues se ha reportado que el consumo de tabaco es más prevalente en casi cualquier tipo de patología psiquiátrica ya que la probabilidad aumenta el doble versus alguien sin psicopatología (Sobradie & García-Vicent, 2007; OMS, 2005), la prevalencia de alcoholismo también es 2.3 veces mayor que la población en general y el uso de otras sustancias ilegales es de 4.5 más en comparación a personas sin trastornos ocasionados por alguna sustancia psicoactiva (OMS, 2005). Por su parte, Fernández del Río y Becoña (2010) reportan que además

de la relación directa con patologías físicas, el tabaquismo se encuentra estrechamente relacionado con el trastorno por dependencia del alcohol, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. En otro estudio realizado por Marqués de Oliveira, Siqueira, Ferreira y Ferreira (2014) también encontraron que, de 270 pacientes con alguna psicopatología, 96 fumaban recurrentemente, de los cuales el 53.2 % tenía alta dependencia a la nicotina, 13.5 % dependencia moderada, 18.8% dependencia baja y 14.6% dependencia muy baja. Asimismo, entre los fumadores encontraron las mayores proporciones de uso de alcohol, sustancias ilícitas y café.

Esto sugiere que probablemente su muestra contaba con diferentes características que influyeron en su investigación ya que Nunnally (1970) menciona que uno de los factores que reducen la confiabilidad de un instrumento son las fluctuaciones en los encuestados además de las condiciones ambientales distintas entre los diversos grupos. Sumado a ello, de acuerdo con la clasificación de la OMS (2003; en Londoño, Rodríguez & Gantiva, 2011), en su población (N= 732) se encontraban fumadores leves (menos de 5 cigarros diarios), fumadores moderados (de 6 a 15 cigarros diarios) y fumadores severos (más de 16 cigarros diarios) teniendo un promedio de 18.5 cigarros al día (DE= 10.8) con un rango de 1 a 120 cigarros diarios (Becoña et al., 1992) en comparación con la población de este estudio (N= 210) que tuvo un promedio de 7.3 cigarros al día (DE= 6.44) con un rango de 1 a 40 cigarros diarios siendo en su mayoría fumadores leves (110) y fumadores moderados (81) contando sólo con 19 fumadores severos. Por otro lado, la versión realizada tuvo un mayor número de opciones lo que permitió que la elección de respuesta fuera más específica.

Como se puede observar, el coeficiente de confiabilidad fue mayor a los obtenidos en versiones anteriores, por lo que las modificaciones realizadas posiblemente también favorecieron el obtener mejores resultados. A continuación, se muestra el análisis realizado del siguiente objetivo.

4. Conocer la magnitud del funcionamiento familiar, la calidad de vida, la dependencia física y la dependencia psicológica en mujeres y hombres que actualmente fumen tabaco.

La investigación tuvo como cuarto objetivo conocer la magnitud de las variables antes mencionadas, teniendo como hipótesis que las mujeres presentarían mayores puntajes que los hombres en las variables funcionamiento familiar, calidad de vida, dependencia física a la nicotina y dependencia psicológica a la nicotina.

Los resultados muestran que en las mujeres hay una mayor percepción respecto a que en su familia se tienen presentes las fechas importantes, se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes, hay disponibilidad para quien quiere decir algo (Ambiente Familiar Positivo); también que les gusta pasar tiempo juntos, acostumbran los detalles, les gusta compartir y realizan actividades en beneficio de toda su familia (Cohesión/Reglas) en comparación con los hombres. Estas características son similares a las encontradas por Aguilar, Valdez, González-Arratia, y González (2013) quienes percibieron que tanto hombres como mujeres coinciden en un 66% al indicar que ellas además de otras cosas les toca ser madres, responsables y amas de casa. Esto se debe a que el referente principal aún sigue siendo la forma de entender, interpretar y vivir la sociocultura mexicana (Díaz-Guerrero, 2003), dado que normalmente las mujeres adecuan su estilo de vida para encargarse de las funciones familiares (Boff & Muraro, 2004). Esto se explica también porque desde el nacimiento ha existido una diferenciación en cuanto al género producto del condicionamiento parental, educacional y sociocultural (Lamas, 2002; en Aguilar et al., 2013), donde se le asignó a la mujer las labores de crianza por su capacidad para gestar y el cuidado que los hijos requieren además de las labores del hogar debido a su proximidad espacial. De la misma manera en nuestra sociedad, a las mujeres se les asocia con la idea de que deben ser amorosas, altruistas y dedicadas a las conductas asociadas con la afectividad, por lo que el rol esperado para

ellas está vinculado con la maternidad, el cuidado de los otros, la disposición de estar cuando alguien la necesite, la capacidad de comprensión, la expresión de afectos, la lealtad, la empatía, la ternura y la dependencia (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2011; García & Nader, 2009). Esto también explica por qué las mujeres tienden a percibir mejor calidad de vida respecto a la Sociabilidad y la Responsabilidad/Familia de Origen pues en su mayoría, siguen desempeñando la labor que la cultura les asigna respecto a la familia (González & Castellanos, 1995; INEGI, 2014).

Asimismo, las mujeres tienden a percibir mejor calidad de vida en torno al Desarrollo Personal, el Entorno Social y el Bienestar Económico. Esto puede explicarse a partir de los avances que han tenido en lo intelectual y en lo social (Burín, Moncarz & Velázquez, 2000) debido a las propuestas de movimientos feministas y posmodernos que han favorecido la participación de la mujer en los ámbitos sociales, económicos, políticos y culturales teniendo la posibilidad de trabajar, obtener altos cargos, estudiar, ver a la maternidad como una elección y no ser las únicas responsables respecto a la crianza de los hijos (Aguilar et al., 2013; Zabudovsky, 2015).

En esta investigación también se encontró que las mujeres perciben mejor calidad de vida relacionada con las Actividades Recreativas en contraste con lo mencionado por Nielsen (2011) quien halló que el 74% de las mexicanas consideraron que no tenían tiempo para relajarse debido a la sensación de presión producto de sus múltiples responsabilidades, consecuencia de la sobrecarga de trabajo que pueden experimentar al realizar labores domésticas y extradomésticas (trabajo fuera de casa) como resultado de los roles de género establecidos (INMUJERES, 2007; Ramos, 1990). Sin embargo, los hallazgos de la presente investigación pueden estar en función del estado civil ya que el 60.9% de las participantes reportaron estar solteras y de acuerdo con Ramos (1990) las mujeres ubicadas en este rubro dedican más de una hora al ocio en comparación con las mujeres casadas.

Por otro lado, los hombres perciben una mejor Calidad de Vida en torno a la Relación de Pareja en comparación con las mujeres, concordando con los hallazgos de Palomar-Lever (1995) quien también encontró que ellos percibían una mayor CV en su relación de pareja. Esto puede deberse a la forma de socialización de los hombres a quienes se les asocia con un mayor deseo sexual (Sánchez, 1997), a que tienen un poder diferente al de ella en la relación (García & Nader, 2009) y a que consideran que, a diferencia de las mujeres, necesitan convivir con su pareja para poder ser felices (Pozos, Rivera-Aragón, Reidl, Vargas, & López, 2013).

Asimismo, tanto hombres como mujeres perciben de manera similar la Calidad de Vida relacionada con los Amigos. Esto concuerda con lo hallado por Pozos et al. (2013) quienes encontraron que tanto hombres como mujeres consideraban a los amigos como fuente de felicidad independientemente de su estado civil, además de las investigaciones realizadas por Leelakulthanit y Day (1992) y Palomar-Lever (1995) quienes tampoco encontraron diferencias en la CV por sexo. Esto puede deberse a que la felicidad se define generalmente en la interacción con otros en la que los vínculos sociales cercanos e íntimos son fundamentales para que el estado de bienestar aumente en las personas (Veenhoven, 2005; en Pozos et al., 2013).

Finalmente, los hombres muestran mayor Dependencia Física (diferenciando con la hipótesis inicial) a la nicotina que las mujeres, concordando con los hallazgos de Becoña et al. (1992) quienes encontraron mayores puntajes en los varones. Esto puede explicarse porque los hombres en México fuman un mayor número de cigarrillos por día que las mujeres de acuerdo con los hallazgos publicados por la OMS (2018) y la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015 (GATS) (SSA & CONADIC, 2016) donde los hombres fuman en promedio 8.0 cigarrillos diarios y las mujeres 6.8 cig/día. De la misma manera, se ha encontrado que ser hombre es un factor de riesgo para el tabaquismo (Cheesman & Suárez, 2014). Esto puede deberse a que fumar de forma

continua se asocia con virilidad, con imitar a figuras representativas masculinas, con sexualidad, alegría y juventud (Meneses, Marquez, Romo, Uroz, Rúa, & Laespada, 2013; Rodríguez, 2011). Por esta razón también se encontró en los varones mayor Dependencia Psicológica en torno a la Imagen/Personalidad, la Indiferencia y el Placer/concentración, ya que además durante el siglo XX la publicidad estuvo encaminada a presentar al cigarro como un producto consumido por profesionales (como médicos, científicos o profesores), como un elemento que a las mujeres les atraía y como un mecanismo que transmitía agresividad, fuerza, estatus, poder y prestigio entre los hombres (García, s/f; Junta de Andalucía, s/f). Por otro lado, a nivel cerebral, la nicotina produce una liberación de dopamina encargada de la sensación de placer y liberación de mediadores noradrenérgicos que causa una sensación de ser más productivo en el trabajo (Pérez et al., 2007; Ponciano-Rodríguez, 2008).

En contraste, las mujeres presentan mayor Dependencia Psicológica respecto al Modulador Emocional como respuesta a efectos negativos derivados de las emociones concordando con los resultados obtenidos por Moreno y Medina-Mora (2008) quienes encontraron una relación más estrecha entre las mujeres que fumaban y la depresión en comparación con los hombres además de los hallazgos reportados por Comi, Díaz y Calvo (2009) quienes encontraron que también presentaban un mayor nivel de ansiedad, estrés y arousal que los varones. Esto puede deberse a que el consumo de tabaco por parte de la población femenina está relacionado con estrategias disponibles y aceptables para gestionar las emociones y sentimientos (Jiménez, 2010). Por su parte, Jacobson (1982) también había escrito que las mujeres fumaban por razones diferentes a la de los hombres, vinculando el consumo al control de emociones, además del control de peso y la expresión de valores como la independencia e igualdad.

En conclusión, las mujeres perciben un mejor funcionamiento familiar en comparación con los hombres; también su percepción de la calidad de vida no depende sólo de un factor sino de varios y tienden a fumar para controlar sus emociones. Por su parte, los hombres perciben que su bienestar depende más de la relación que establezcan con su pareja y tienden a fumar más que las mujeres. Enseguida se muestra el análisis del quinto objetivo.

5. Explorar las diferencias o similitudes que existen por sexo en cuanto al funcionamiento familiar, la calidad de vida, la dependencia física y dependencia psicológica a la nicotina.

Los resultados en este objetivo indicaron que las mujeres perciben mejor calidad de vida en el Desarrollo Personal. Esta diferencia estadísticamente significativa, podría explicarse en virtud del valor asignado al crecimiento personal que las mujeres le han conferido, puesto que a lo largo de la historia las oportunidades han sido limitadas para ellas (Instituto Jalisciense de las Mujeres, 2008). Como se mencionó anteriormente, la participación de las mujeres ha sido mayor en diferentes ámbitos que por mucho tiempo les fueron negados como son el intelectual y social (Burín et al., 2000) teniendo en nuestros días la posibilidad de obtener un trabajo fuera del hogar, conseguir puestos importantes, elegir tener hijos y ver a la crianza como una responsabilidad compartida (Aguilar et al., 2013; Zabludovsky, 2015).

De la misma manera, los resultados de esta investigación indicaron que las mujeres perciben una mejor calidad de vida en la Responsabilidad/Familia de Origen. Esto puede deberse a cuestiones vinculadas culturalmente con las mujeres ya que se crean mayores lazos afectivos en comparación con los hombres quienes son más proclives a separarse de su sistema familiar durante su vida (Vega, 2009) y como se mencionó anteriormente, las mujeres tienden a adecuar su estilo de vida en función de las necesidades de la familia (Boff & Muraro, 2004), pues desde que nacen se va creando una diferenciación en cuanto al género (Lamas, 2002; en Aguilar et al., 2013), donde las

mujeres van haciéndose cargo de las labores de crianza y del hogar. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Vega (2009) quien menciona en su investigación que las mujeres tienen una mejor relación con sus hijos y su familia en virtud de la cercanía, la crianza y los vínculos afectivos.

Por otro lado, los hombres perciben mayor calidad de vida respecto a la Relación de Pareja que las mujeres. Esto puede explicarse porque ellos pueden expresar abiertamente la pasión, el deseo y gozo sexual en la cultura mexicana a diferencia de la mujer para quien esta expresión queda negada (Díaz Guerrero, 1994). Otra explicación puede derivarse del poder que cada uno tiene en la relación de pareja ya que el sexo masculino sustenta uno diferente al de ella en la relación (García & Nader, 2009) respaldado por la cultura donde los hombres suelen ser más dominantes que las mujeres y gozan de un estatus superior (Montes-Berges, 2008). También son los varones quienes generalmente toman las decisiones familiares importantes y tienen más libertad de expresión y de elección acerca de elegir su propio estilo de vida (Amuchástegui, 2007). Con base en esta línea, los resultados encontrados pueden concordar con los hallazgos de García y Nader (2009) quienes reportaron en su investigación que los hombres solteros tienden a querer más el poder dentro de la relación de pareja, en comparación con aquellos que ya se encontraban en una.

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la Dependencia Psicológica hacia la Nicotina donde las mujeres -más que los hombres- suelen consumir cigarros con la creencia de que éstos regulan las emociones. Este hallazgo es similar a las investigaciones citadas anteriormente (Moreno & Medina-Mora, 2008; Comi et al., 2009) y a lo reportado por Becoña y Vázquez (2000) quienes mencionan que, respecto al afrontamiento del afecto negativo, las mujeres buscan estabilizar el estrés sufrido y aminorar sus consecuencias en su vida habitual a través del tabaco. De la misma manera, Jiménez (2010) explica que la relación entre tabaco-relajación-control de las emociones es central en la mitología del consumo femenino, pues el estrés

y el malestar que experimentan es resultado de la inequidad cultural en la que se encuentran y que viven constantemente, de tal manera que fumar se convierte en uno de los recursos disponibles que permiten gestionar el malestar experimentado.

En relación con las similitudes encontradas por sexo en las variables Funcionamiento Familiar, la calidad de vida (en los factores Sociabilidad, Amigos, Actividades Recreativas, Entorno Social y Bienestar económico), la Dependencia Física y la Dependencia Psicológica a la Nicotina (relacionada con la Imagen/Personalidad, la Indiferencia y el Placer/concentración), en el objetivo anterior se mencionó lo que exponen los datos, aunque no exista una diferencia estadísticamente significativa.

Como se ha podido observar, si hay diferencias importantes respecto a la percepción que tienen tanto hombres como mujeres acerca de las áreas que les brindan bienestar donde el crecimiento personal y la responsabilidad relacionada con la familia de origen son muy significativas para las mujeres encontrándose dos vertientes que anteriormente eran opuestas, pues el desarrollo personal propio del ámbito público culturalmente estaba más asociado con el hombre. A través de estos resultados también se puede observar que además de los avances que las mujeres han tenido en el sector público, la familia sigue siendo fundamental en el bienestar subjetivo que experimentan producto de las diferencias de género donde se les asocia más con la expresión de afectos y la dependencia. Por otro lado, son los varones quienes le dan gran importancia a la calidad en la relación con su pareja y perciben mayor bienestar en ella, vinculado al hecho de que culturalmente les es permitido manifestar deseo sexual y tienen un poder diferente en la relación respaldado por la cultura. Finalmente, son las mujeres quienes utilizan el cigarro primordialmente para regular sus emociones como estrategia disponible y aceptable para aliviar su malestar vinculado al mito del consumo femenino.

A continuación, se muestra el análisis realizado del siguiente objetivo.

6. Conocer de qué manera se relaciona el funcionamiento familiar y la calidad de vida con la dependencia física y psicológica al tabaco en personas fumadoras.

Como sexto objetivo los resultados obtenidos fueron en parte similares a la hipótesis planteada. En primera instancia, los datos indican que en la medida en que es mayor el Ambiente Familiar Positivo y hay más Cohesión/Reglas, hay menor Dependencia Física y menor Dependencia Psicológica en lo tocante a la Imagen/Personalidad (fumar me hace ver atractivo y proyecto la personalidad que deseo cuando fumo) y Modulador Emocional (fumar ayuda a controlar el enojo, fumar me consuela). Asimismo, a más Cohesión/Reglas, menos Indiferencia (pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme, vale la pena comprar cigarrillos) y menos Placer/concentración (pienso mejor cuando fumo, fumar es un antojo).

Lo anterior concuerda con lo expuesto por Musitu et al., (2007) quienes encontraron que el apoyo percibido de los miembros de la familia está relacionado con una menor implicación de la población adolescente en el consumo de algunas sustancias incluido el tabaco. En cambio, si existen opiniones negativas al interior de la familia (sobre todo en contra de los más jóvenes), como parte de un ambiente familiar negativo, el consumo de tabaco servirá como medio de confrontación (Ferreira et al., 2014), por lo que una comunicación defectuosa, conflictos constantes, baja cohesión, castigos excesivos y consumo de los padres, influirá en el consumo de los hijos (Jiménez. Musitu & Murgui, 2008), es decir, la manifestación de afecto, la comunicación y la cohesión familiar son elementos que actúan sobre el consumo de tabaco (Laville-Sotomayor et al., 2012). De la misma manera, cuando existe supervisión, normas y límites, construcción de relaciones familiares, disciplina a través de la negociación, refuerzos positivos y castigos, la probabilidad de consumo disminuye (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; en Lloret, Segura & Carratalá, 2008).

También, Muñoz-Rivas y Graña (2001; en Lloret et al., 2008) mencionan que las reacciones negativas por parte de los padres ante el consumo de sustancias, causa que los hijos tengan una menor implicación en el consumo de cualquier tipo de droga.

Es así como algunos factores de riesgo gestados en el interior de la familia y relacionados al consumo de sustancias adictivas son: disfuncionalidad familiar, violencia, inseguridad parental, poco o nulo contacto, percepción de un ambiente familiar negativo, ausencia de afecto y aceptación (Buelga & Pons, 2004), por lo que una familia adecuada es proclive a generar intimidad, respeto mutuo, independencia, negociación para llegar a acuerdos y solucionar problemas, establecer límites claros y resolver los conflictos de manera rápida y eficiente (Beavers & Hampson, 1993). También los resultados concuerdan con lo expuesto por Fantin y García (2011) quienes encontraron que si hay falta de vínculos fuertes, falta de reconocimiento, confianza y amor, rechazo, relaciones dependientes, conflictos, falta de responsabilidad, hogar infeliz, niveles de estrés altos, ruptura familiar, autocrítica o “laissez-faire”, falta de límites y reglas claras y poca comunicación (todo lo contrario, a un ambiente familiar positivo y cohesión) se puede presentar abuso de drogas.

En lo que respecta a la calidad de vida, los hallazgos señalan que, a más calidad en el Desarrollo Personal, en la Responsabilidad/ Familia de Origen y en el Bienestar Económico, menos Dependencia Psicológica respecto a la Imagen/Personalidad e Indiferencia. Asimismo, a mayor calidad en las Actividades Recreativas (salir a pasear, ir al cine) y Desarrollo Personal, menor Dependencia Física.

Estos hallazgos concuerdan con lo publicado por Cayuela et al. (2007) quienes encontraron diversos estudios que reportan una asociación entre el consumo de tabaco y el deterioro en la calidad de vida, ya que se ha encontrado que las personas que fuman en comparación con los que no lo hacen, tienen una baja salud general y mental, así como bajos niveles en el desarrollo de

actividades físicas de la vida cotidiana, es decir, aquellas personas que fuman presentan menor puntaje en la calidad de vida (Sarna et al., 2008). De la misma manera se ha encontrado que entre las personas activas existe un mayor porcentaje de no fumadores que entre los que no tienen alguna actividad (Vaquero-Cristóbal, Isorna & Ruiz, 2013). Asimismo, diferentes estudios mencionan que practicar algún deporte, tener una buena relación con la familia, conocer las consecuencias que el tabaquismo tiene, disponer de programas de manejo de ocio y tiempo libre, tener reglas claras en la familia y en la escuela, participar en actividades religiosas, apreciar valores positivos respecto al cuerpo y la vida y tener buena autoestima son factores de protección ante el consumo de tabaco (Cheesman & Suárez, 2014; Paz, 2010; Arbinaga, 2002; Laville-Sotomayor et al., 2012; Musitu et al., 2007), además de la educación y los estudios (Teodoro, Cerqueira-Santos, Araujo de Morais, & Koller, 2008). Inclusive Pérez, Requena y Zubiaur (2005) encontraron que el tabaquismo en universitarios puede disminuir a lo largo de la carrera.

Es interesante observar que, en las investigaciones reportadas anteriormente, la población estudiada ha sido la adolescente y universitaria, pero parece ser que los resultados también se replican en una población de mayor edad debido a que el tabaquismo se presenta en edades tempranas donde el 60% de las personas que fuman empezaron alrededor de los 13 años y más del 90% antes de los 20 años (Marin, 1993).

Finalmente, a mayor calidad en la Relación de Pareja, hay menor Dependencia Física y Dependencia Psicológica respecto al Placer/concentración, Modulador emocional e Indiferencia. Esto puede explicarse debido a que además de los padres y los hermanos, la pareja influye en la aparición de actitudes dañinas como lo es el consumo de tabaco (Ruiz-Juan, Isorna-Folgar, Ruiz-Risueño, & Vaquero-Cristóbal, 2015). Incluso se ha encontrado que la cesación o reducción de

consumo durante el embarazo, depende de los patrones de interacción establecidos por la pareja (Bottorff, Kalaw, Johnson, Stewart, Greaves, & Carey, 2006).

Aunado a lo anterior, la creación del vínculo con la pareja puede llegar a fomentar -además de otras cosas- la intimidad (relacionado con el apoyo afectivo, la comunicación, la confianza, la seguridad, el apoyo a la pareja, el compartir los aspectos económicos y emocionales, etc.) y el compromiso (que hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por la pareja) (Yela, 1997), que pueden evitar que el cigarro no sea utilizado de forma frecuente para obtener placer, concentración y modular las emociones, además de no ser indiferente ante los daños que el tabaco causa. Inclusive se ha encontrado que la probabilidad de abandonar el consumo de tabaco aumenta al doble cuando los miembros de la pareja deciden dejar de fumar de manera conjunta (Jackson, Steptoe, & Wardle, 2015). En cambio, si no se tiene una pareja o ésta fuma o existe una mala relación con la misma, se puede continuar fumando, pues para ambos sexos la satisfacción de la relación y la cesación previa de uno de los miembros influye en la reducción o cesación del consumo y en parejas consolidadas, el involucramiento de la pareja en el tratamiento para dejar de fumar resulta sumamente útil (Foulstone, Kelly, & Kifle, 2017).

Dado lo anterior, se puede observar que elementos como la comunicación, la expresión de sentimientos, la cohesión, la armonía, la claridad de roles y límites, etc. propios de una familia funcional son primordiales para que el consumo de tabaco pueda no presentarse o disminuya. De esta manera el cigarro puede ya no ser necesario para proyectar una personalidad deseada, para obtener placer o regular las emociones experimentadas, además de no ser indiferente ante los daños que fumar causa. De la misma forma, al tener un nivel aceptable de bienestar en el desarrollo personal, las relaciones con la familia y en el aspecto económico, se tiende a no utilizar el cigarro para brindar una imagen distinta. De la misma manera tener una calidad aceptable en las actividades

recreativas y un crecimiento aceptable a través de los estudios son factores que disminuyen el consumo de tabaco, así como tener una buena calidad de vida relacionada con la pareja. Estos elementos tienen como consecuencia que se disminuyan los atributos que generalmente se le dan al cigarro.

Después de haber realizado estos análisis a continuación, se muestran los realizados en el último objetivo.

7. Conocer el efecto del funcionamiento familiar y la calidad de vida sobre la dependencia física y psicológica al tabaco.

En este último objetivo se exploraron los efectos del funcionamiento familiar y la calidad de vida en la dependencia física y psicológica al tabaco, esperando que tales variables influyeran significativamente en la adicción a la nicotina.

Los resultados mostraron que el Funcionamiento Familiar no predice la dependencia física ni psicológica. Esto puede deberse a que el tabaco es una droga socialmente aceptada (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011) y a que fumar también está asociado con la influencia de otros miembros de la familia que consumen tabaco (Laville-Sotomayor et al., 2012; Thrasher & Bentley, 2006), pues el tabaquismo también llega a convertirse en un acto de admiración e identificación afectiva en el sistema familiar donde el cigarro se asocia con recuerdos positivos de experiencias placenteras vividas con familiares muy queridos (Ferreira et al., 2014). De la misma manera, el hecho de que los padres fumen favorece que la conducta se replique en las generaciones siguientes percibiendo al tabaco como algo habitual que puede llegar a expresar admiración, deseo y curiosidad, por lo que el tabaquismo también es consecuencia de querer “seguir los pasos” de aquellas personas vistas como ejemplares (Departamento de Salud y Consumo, S/f; Ferreira et al.,

2014). Esto concuerda con los resultados reportados por Sánchez-Hernández y Pillon (2011) quienes encontraron que la mayoría de las personas que participaron en su estudio pertenecían a familias donde el tabaco era algo habitual lo que los había impulsado a fumar e inclusive se ha reportado en otras culturas que el primer cigarro puede obtenerse al interior de la familia de origen (Kegler, Cleaver & Yazzie-Valencia, 2000). Por otro lado, se encontró que la Calidad de Vida si predice la dependencia física y psicológica como se muestra a continuación.

Cuando los participantes de esta investigación muestran una necesidad de contar con una red de apoyo social efectiva, llevarse bien con la gente y no hay amor, compañía, satisfacción sexual, aprecio, comunicación y apoyo en su relación de pareja, es cuando presentan una mayor Dependencia Física a la Nicotina. Ello concuerda con lo encontrado por Fantín y García (2011) quienes encontraron que el conflicto conyugal (falta de responsabilidad, hogar infeliz, esposa infeliz, discrepancia familiar, triangulaciones en el sistema familiar, niveles de estrés altos, presencia de traumas), divorcio y ruptura familiar (hogar fracturado), entre otros, son factores relacionados con el abuso de sustancias. De la misma manera si se tiene una mala relación con la pareja, la persona puede no tener intenciones de abandonar su consumo y pueden seguir fumando, pues la satisfacción en la relación es factor importante en la erradicación de la adicción (Foulstone et al., 2017). Asimismo, Graña y Muñoz (2000) mencionan que uno de los principales factores que predicen el consumo de tabaco es tener amigos que lo consuman. De la misma manera, Ferreira et al. (2014) mencionan que la sociabilidad en el entorno de amistades convierte al acto de fumar en un espacio para el intercambio de experiencias, además de ser el contexto de los amigos donde se puede aprender a fumar. Otras investigaciones también mencionan que las relaciones con los amigos que también fuman pueden llegar a convertirse en un factor de riesgo para que se presente la adicción al tabaco ocasionado por la presión social experimentada (Hernández et al., 2006;

Meneses et al., 2013; Cheesman & Suárez, 2014; Paz, 2010; Arbinaga, 2002; Teodoro et al., 2008; Sánchez-Hernández & Pillon, 2011).

Asimismo, para que se dé la Dependencia Psicológica en lo tocante al Modulador Emocional es porque hay baja calidad en el Desarrollo Personal y en la Relación de Pareja y hay más actividades que las entretienen, las divierten o las distraen. Respecto a ello, la baja calidad en la relación de pareja puede estar ocasionada por diferentes manifestaciones de violencia (física, económica, psicológica, sexual, etc.) que causen emociones negativas (Ramos-Lira, 2002; Echeburúa & Corral, 2002; Torres, 2004) y busquen modularse a través del cigarro (Jiménez, 2010; Jacobson, 1982; Bejarano & Alderete, 2009). Además, el no poder estudiar, no terminar los estudios iniciados y no poder desarrollarse en lo que se estudió son factores de riesgo para el tabaquismo (Teodoro et al., 2008). Sumado a ello el consumo de tabaco en varias ocasiones se da en la calle, la cual representa ser uno de los espacios de ocio para muchas personas donde se manifiestan expresiones de creatividad y donde también se da el consumo de drogas (Ferreira et al., 2014). Aunado a lo anterior, de la misma forma que se cree que fumar puede resolver estados de ánimo emotivos adversos (incluyendo posibles sensaciones negativas experimentadas por no obtener el crecimiento personal deseado o por problemas en la relación de pareja), las personas consideran el acto de fumar como una llave emocional, un entretenimiento, una conducta condicionada y como una manera de sociabilizar (Ponciano-Rodríguez & Morales-Ruíz, 2007).

Lo mencionado anteriormente también puede explicar que para que se presente la Dependencia Psicológica respecto a la Imagen/Personalidad debe haber una baja calidad en el Desarrollo Personal, pues se piensa que el tabaco da una imagen social permeada de valores que la cultura aprecia (Fernández, López & Becoña, 2011; Ponciano-Rodríguez et al., 2015), imagen que posiblemente no pudo obtenerse a través de actividades relacionadas con el crecimiento a través

del estudio, el cual es un factor protector ante el consumo de tabaco (Teodoro et al., 2008). Además, los anuncios publicitarios durante mucho tiempo estuvieron encaminados a transmitir la idea de que fumar era una conducta realizada por profesionales asociados con valores como el éxito, la atracción, la popularidad y la intelectualidad (García, s/f; Amos & Haglund, 2000; Jiménez, 2010).

Asimismo, se encontró que para que se presente la Dependencia Psicológica respecto a la Indiferencia, la calidad en la Relación de Pareja tiende a ser baja. Esto explica que al no haber intimidad (relacionado con el apoyo afectivo, la comunicación, la confianza, la seguridad, el apoyo a la pareja, etc.), tampoco hay compromiso ni responsabilidad (Yela, 1997), por lo que deja de ser importante el daño que se pueda causar por fumar (Ponciano-Rodríguez et al., 2015). Como anteriormente se ha mencionado, la calidad de la relación, así como la cesación anticipada de una de las partes de la pareja repercute en la disminución o abandono del consumo en la otra parte, siendo importante la participación de la pareja en el tratamiento cuando la relación es sólida (Foulstone et al., 2017).

Por último, se encontró que para que se diera el Placer/concentración, debe haber una baja calidad en el Desarrollo Personal y en la Relación de Pareja y una alta calidad en la percepción del Entorno Social. Esto puede explicarse a partir de lo expuesto anteriormente, respecto a que la nicotina produce una sensación de placer y concentración producto de la liberación de sustancias bioquímicas en el cerebro (Pérez et al., 2007; Ponciano-Rodríguez, 2008) y la importancia del estudio y la educación como factores de protección en el tabaquismo (Teodoro et al., 2008), así como la relevancia que adquiere la relación de pareja ante la presencia o ausencia de esta adicción (Foulstone et al., 2017). Además, estos elementos coinciden con algunos de los factores de riesgo mencionados por Arillo-Santillán, Fernández, Hernández-Avila, Tapia-Uribe, Cruz-Valdés y Lazcano-Ponce (2002) quienes mencionaron que el inicio de consumo de tabaco en adolescentes

puede estar relacionado con un bajo nivel educativo, la desigualdad económica, rupturas en el sistema familiar, diversas alteraciones emocionales y condiciones sociales donde no haya regulación sobre la promoción e influencia de los medios masivos de comunicación en relación al tabaco.

Por otro lado, el factor de la calidad en el entorno social resulta ser novedoso ya que en la literatura consultada no se halló algo relacionado con la percepción del medio social y el placer/concentración a través del cigarro. Una posible explicación puede deberse a que el individuo y la familia forman parte de una complejidad en el que intervienen diversos elementos para que se desarrolle una adicción. De esta manera, Bronfenbrenner (1987) explica que el desarrollo de la persona es producto de su acomodación en los entornos inmediatos y las relaciones establecidas entre dichos entornos, además de los contextos de los que forman parte esos entornos, es decir, el individuo es influido por distintos niveles: microsistemas, mesosistemas, exosistemas y macrosistemas. En justamente el macrosistema donde se encuentran factores ligados a la cultura y al momento histórico-social por el que se esté atravesando (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002). Respecto a la búsqueda realizada, las investigaciones se han centrado en los factores de riesgos existentes en el contexto para que se desarrolle una adicción (Arillo-Santillán et al., 2002; Hernández et al., 2006; Meneses et al., 2013; Cheesman & Suárez, 2014; Paz, 2010; Arbinaga, 2002; Teodoro et al., 2008; Sánchez-Hernández & Pillon, 2011), pero al parecer no se han analizado elementos del entorno social como la percepción de paz en el país y la poca percepción de problemas económicos y políticos que tal vez producen placer a través del cigarro o son factores que ayudan a que la persona disfrute de fumar.

En conclusión, ante la ausencia de una buena relación de pareja y un óptimo crecimiento personal y la presencia de una red social afectiva, actividades de esparcimiento y un favorable entorno social, el cigarro puede causar dependencia física y psicológica.

Conclusiones y sugerencias

Con los resultados obtenidos en esta investigación y revisados mediante la literatura existente se puede llegar a ciertas conclusiones respecto a la población estudiada.

Al cubrir los tres primeros objetivos, además de obtener escalas válidas y confiables para una población específica, se pudo mejorar el Test para Evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco y se obtuvo una versión del Test de Fagerström para la población de este país.

Por otro lado, se observa que las mujeres en general perciben un mejor funcionamiento al interior de la familia y una mejor calidad de vida en comparación con los hombres. Se encontró que vinculan el bienestar subjetivo con el crecimiento personal (diferencia significativa), con la buena aceptación y apoyo emocional por parte de la gente, con las relaciones establecidas con la familia de origen (diferencia significativa), el entretenimiento, el entorno social y el acceso económico. Asimismo, las mujeres tienden a fumar más que los hombres con la creencia de que el tabaco regula las emociones (diferencia significativa).

En cambio, la calidad de vida de los hombres está más relacionada con la satisfacción obtenida mediante la convivencia, la cooperación y el apoyo de su pareja (diferencia significativa). Además, los varones tienden a fumar más que las mujeres ya que presentan mayor dependencia vinculada con la nicotina (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa). Asimismo, tienden a utilizar al tabaco para proyectar una imagen diferente, son más indiferentes ante los daños que éste causa y disfrutan de fumar, aunque estas diferencias tampoco son estadísticamente significativas en relación con las mujeres quienes también fuman por dichos motivos.

De acuerdo con lo encontrado en la literatura, las investigaciones se han centrado en aspectos globales por lo que esta investigación aporta detalles a los estudios anteriormente citados. Es así

como se encontró que además de lo ya expuesto, cuando existe un ambiente familiar positivo donde hay comunicación, afecto, reglas definidas, etc. se tiende a fumar menos y disminuyen los atributos que al cigarro se le han dado relacionados con la regulación de emociones y la idea de que fumar brinda una imagen diferente. De la misma manera cuando existen límites claros y definidos al interior del sistema familiar, la indiferencia sobre los daños que causa el tabaco tiende a ser menor, así como el placer y la concentración obtenida a través del cigarro. Asimismo, cuando existe una buena calidad en aquellas actividades relacionadas con la superación personal a través del conocimiento, la satisfacción en las relaciones familiares y un óptimo bienestar económico, el cigarro parece no ser tan necesario para proyectar una imagen distinta y se es consciente de las consecuencias del tabaquismo. De la misma manera, al tener una buena calidad en las actividades de esparcimiento deseadas y buen desarrollo personal, se tiende a fumar menos. También se ha constatado que la pareja juega un papel fundamental en la adicción a la nicotina de tal manera que una buena calidad en la relación apoya la disminución o cesación del consumo de tabaco, disminuye el placer y la concentración obtenido a través de este, reduce las ideas relacionadas con la utilización del cigarro para modular las emociones y aumenta la percepción del riesgo de fumar. Es así como parece ser que aquello que las personas creen satisfacer a través del cigarro lo hacen a través de otros medios.

Por otro lado, se encontró que el funcionamiento familiar no predice la dependencia física ni psicológica al tabaco posiblemente porque al ser una droga socialmente aceptada llega a ser normalizada al interior de la familia, distinguiéndose de otro tipo de drogas. Por otro lado, una buena calidad de las relaciones sociales y una mala calidad en la relación de pareja predice la dependencia al cigarro. De la misma manera se fumará con la idea de regular las emociones ante una mala calidad en el desarrollo obtenido a través del estudio y en la relación de pareja y una

buena calidad respecto a las actividades recreativas. Asimismo, se utilizará al cigarro para dar una imagen diferente posiblemente vinculada con la idea de que fumar es una conducta realizada por profesionales (asociada con valores como el éxito, la atracción, la popularidad, la intelectualidad, entre otros) cuando haya una baja calidad en el desarrollo personal. Además, cuando exista una baja calidad en la relación de pareja se tenderá a mantener una actitud indiferente ante los daños que el tabaco puede causar. Finalmente, se llegará a utilizar el tabaco para concentrarse y obtener placer cuando exista una baja calidad en el desarrollo personal y en la relación de pareja y exista una percepción de paz en el país y pocos problemas económicos y políticos.

Como resultado de lo anterior será interesante enfocar futuras investigaciones en aspectos que parece ser han sido poco explorados relacionados con aquellos elementos que conforman momentos histórico-sociales que favorezcan y “desfavorezcan” el consumo o erradicación de la adicción a la nicotina, sobre todo aquellos relacionados con la percepción de paz en el país y la percepción de pocos problemas económicos y políticos. Asimismo, se pueden realizar nuevos estudios que incluyan correlaciones con el estado civil, la escolaridad, el ciclo de vida, la composición familiar, el número de cigarros fumados al día, la edad de inicio de fumar y la edad en la que se aplicaron los instrumentos ya que implica también diferencias en el ciclo vital de la familia.

Por otro lado, al ser la calidad de vida un constructo muy amplio, se deberá profundizar en el mismo, ya que esta investigación solo brinda una perspectiva general de las áreas implicadas en la adicción a la nicotina, sin embargo, falta descubrir que elementos componen cada una de las áreas, especialmente el desarrollo personal y la relación de pareja puesto que ambas también son muy extensas.

Ello puede ayudar a que en el futuro se construyan nuevos modelos de cesación y se tengan identificados los elementos a tratar para cada caso, involucrando a los diferentes factores que participan en el mantenimiento de la dependencia a la nicotina.

REFERENCIAS

- Abar, C. C. (2012). Examining the relationship between parenting types and patterns of student alcohol-related behavior during the transition to college. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(1), 20-29.
- Aguilar, Y., Valdez, J., González-Arratia, N. y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México Contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 18*(2), 207-224.
- Ali, S. & Malik, J. (2015). Consistency of prediction across generation: explaining quality of life by family functioning and health-promoting behaviors. *Quality of Life Research, 24*, 2105-2112.
- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria, 14*, 163-167.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Thoracic Society (2013). Abstinencia y recaída en el tabaquismo. *Serie de Información al Paciente*. Recuperado de: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/withdrawal-and-relapse-from-tobacco-use.pdf>.
- Amos, A. & Haglund, M. (2000). From Social Taboo to “Torch of Freedom”: the Marketing of Cigarettes to Women. *Tobacco Control, 9*, 3-8.
- Amuchástegui, A. (2007). *Sucede que me canso de ser hombre: Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México, A.C.

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arbinaga, F. (2002). Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad. *Clínica y Salud*, 13(2), 163-180.
- Arillo-Santillán, E., Fernández, E., Hernández-Avila, M., Tapia-Uribe, M., Cruz-Valdés, A., y Lazcano-Ponce, E. (2002). Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años del estado de Morelos. *Salud Pública de México*, 144, 54-66.
- Aron, A. y Milicic, N. (2004). *Clima social escolar y desarrollo personal. Un programa de mejoramiento*. Santiago: Editorial Andrés Bello.
- Bachini, O., Montenegro, A., Forselledo, A., da Silva, F., Ithurrealde, J., Fleitas, C., Martín, H., Segovia, M., y Hansz, L. (1985). Papel de la familia en el tratamiento de los farmacodependientes. *Boletín del Instituto Interamericano del Niño*, 59(223), 49-59.
- Banda, A. y Morales, M. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 29-43.
- Baquero, M., Peset, V., Burguera, J., Salazar-Cifre, A., Boscá-Blasco, M., del Olmo-Rodríguez, A., Valero-Merino, C. y Muñoz-Lacalle, R. (2009). Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 49(7), 337-342.
- Beavers, W. y Hampson, R. (1995). *Familias exitosas: evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Beavers, W., & Hampson, R. (1993). Measuring Family Competence: The Beavers Systems Model. En Walsh F. (Ed.), *Normal Family Processes* (2° ed., 73-103). New York: Guilford Press.

- Becoña, E. y Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74(1), 13-23.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E., & García, M. (1992). Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227-1233.
- Bejarano, I. y Alderete, E. (2009). Tabaquismo y estado emocional. Las emociones negativas como predictoras del inicio al tabaquismo en adolescentes jujeños. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 49-62.
- Betan, B. (2014, 31 de mayo). Cuál es el precio real del tabaquismo. *Dinero en Imagen*. Recuperado de: <http://www.dineroenimagen.com/2014-05-31/20759#view-1>
- Boal, R. (1998). Fumar, una “trampa” psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 35. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=364>
- Bobes, J., González, P. y Bausuño, M. (1993). Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Monografías de psiquiatría*, 5(6), 1-10.
- Boff, L. y Muraro, R. (2004). *Femenino y masculino*. Madrid: Trotta.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social Theory and Practice*, 31(4), 561-580.
- Bottof, J., Kalaw, C., Johnson, J., Stewart, M., Greaves, L. & Carey, J. (2006). Couple Dynamic during women's tobacco reduction in pregnancy and postpartum. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(4), 499-509.
- Bradley, J., Thorlund, K., Schünemann, H., Xie, F., Hassan, M., Montori, V., & Guyatt, G. (2010). Improving the interpretation of quality of life evidence in meta-analyses: The application of minimal important difference units. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8,116.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Browne, F. (2004). Calidad de vida y entorno social, en dos comunas de zona central de Chile. *Pharos, 11*(2), 119-150.
- Buelga, S. y Pons, J. (2004). Alcohol y Adolescencia: ¿Cuál es el papel de la familia? En L. Gómez (coord.). *Encuentros en Psicología Social*. Málaga: Aljibe.
- Burín, M., Moncarz, E. y Velázquez, S. (2000). *El malestar de las mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Callahan, M. Tolman, R. & Saunders, D. (2003). Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research, 18*, 664-681.
- Camacho, P., León, C. y Silva, I. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes. *Revista Enfermería Herediana, 2*(2), 81-85.
- Camí, A. (2009). *Introducción al trabajo familiar en casos de vulnerabilidad*. Disponible en: <http://www.psocialesalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf>
- Canevaro, A. (1982). El contexto trigeneracional en terapia familiar. *Terapia familiar, 9*, 101-118.
- Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema, 20*(4), 577-582.
- Castaño-Castrillón, J., Páez-Cala, M., Pinzón-Montes, J., Rojo-Bustamante, E., Sánchez-Castrillón, G., Torres-Ríos, J., Valencia-Gómez, M., García-Montoya, D. y Gallego-Giraldo, C. (2008). Estudio descriptivo sobre tabaquismo en la comunidad estudiantil de la Universidad de Manizales. *Revista de la Facultad de Medicina, 56*(4), 302-317.
- Castellar, A. (2010). Familia y homoparentalidad: una revisión del tema. *Revista CS, 5*, 45-70.

- Cayuela, A., Rodríguez-Domínguez, S. y Otero, R. (2007). Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. *Archivos de Bronconeumología*, 43(2), 59-63.
- Cheesman, S y Suárez, N. (2014). Factores de riesgo y protectores del tabaquismo en estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas USAC, Guatemala. *Horizonte sanitario*, 13(3), 223-232.
- Cirillo, Berrini, R. y Cambiaso, G. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (s/f). *Tabaco: influencia sobre la salud física y mental*. Recuperado de:
<http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/Tripticoemocionesytabaco121211.pdf>.
- Comi, C., Díaz, M. y Calvo, F. (2009). Tabaquismo y género: diferencias en estrés, ansiedad y depresión. *Interpsiquis*, 1, 1-19.
- Cortés-Funes, F., Bueno, J., Narváez, A., García-Valverde, A. y Guerrero-Gutiérrez, L. (2012). Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. *Psicooncología*, 9(2-3), 335-354.
- Croghan, I., Schroeder, D., Hays, J., Eberman, K., Patten, C., Berg, E. & Hurt, R. (2005). Nicotine dependence treatment: perceived health status improvement with 1-year continuous smoking abstinence. *European Journal of Public Health*, 15, 251-255.
- Cronbach, L. & Meehl, P. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281-302.

Cuba, M., Jurado, A., Romero, Z. y Cuba, M. (2013). Características asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Médica Herediana*, 24(1), 12-16.

De la Revilla, A. y Fleitas, C. (2003). Enfoque familiar de los problemas psicosociales. En Zurro A. y Cano P. (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (157-171). Madrid: Elsevier

Departamento de Salud y Consumo (s/f). *Análisis de la percepción y actitudes frente al consumo de tabaco en adolescentes*. Recuperado de: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Salud%20publica/Publicaciones/Tabaquismo/ANALISIS_CONSUMO_TABACO_ADOLESCENTES.pdf.

Diario Oficial de la Federación (2000). *Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999)*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>

Díaz-Guerrero, R. (1994). *La Psicología del mexicano. Descubriendo la etnopsicología*. México: Trillas.

Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2*. México: Trillas.

Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2002). *Manual de Violencia Intrafamiliar*. Madrid: Siglo XXI.

Edwards, A. (1957). *Techniques of attitude scale construction*. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc.

- Epstein, N. B., Bishop, D. S. & Levine, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(4), 19-31.
- Espinosa, M. y Morris, P. (2002). Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores. *Cuadernos de Investigación*, 16. Recuperado de: http://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-64333_recurso_1.pdf.
- Esteinou, R. (1999). Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares. a manera de introducción. *Desacatos*, 2. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n2/n2a2.pdf>
- Esteinou, R. (2004). El surgimiento de la familia nuclear en México. *Estudios de Historia Novohispana*. 34(56), 99-136.
- Fantin, M. y García, H. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. *Ajayu*, 9(2), 193-214.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16, 51-74.
- Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión. *Adicciones*, 22(2), 155-172.
- Fernández, E., López, A. y Becoña, E. (2011). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de la personalidad. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 175-184.
- Ferrans, C. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, 17(3), 15-21.

- Ferreira, E., Baldini, C. y Sivalli, C. (2014). Contexto del inicio del consumo de tabaco en los diferentes grupos sociales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 379-385.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle. A developmental systems view of mothers, fathers and infants*. New York: Basic Books.
- Foulstone, A., Kelly, A. & Kifle, T. (2017). Partner influences on smoking cessation: a longitudinal study of couple relationships. *Journal of Substance Use*, 22(5), 501-506.
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalità. Psicologia sociale delle relazioni familiari*. Roma: Carocci.
- Fuentes, M. (2014, 9 de septiembre). México social: Tabaquismo, muertes evitables. *Excelsior*. Recuperado de: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/09/09/980757>
- García, F. (s/f). *La evolución de la publicidad del tabaco*. Recuperado de: <file:///C:/Users/C%C3%A9sar%20A.%20Pliego/Dropbox/Maestr%C3%ADa%20TF/Tareas/Metodolog%C3%ADa%20cuantitativa/Dependencia%20tabaco/tabaco%20e%20imagen.pdf>.
- García, I. y Nader, F. (2009). Estereotipos masculinos en la relación de pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 37-45.
- García, R., García, R., Hernández, M., Varona, P., Bonet, M. y Chang, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. Cuba, 2001. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200006

- García-Méndez, M. y Rivera-Aragón, S. (2007). Redes familiares: funcionamiento y evaluación. En M. García (Ed.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología* (85-123). México: Porrúa
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una Escala de Funcionamiento Familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 91-110.
- Gasca, G. (2015). La relación entre la satisfacción marital, el funcionamiento familiar y el manejo de conflicto en el vínculo de pareja. (Tesis de Licenciatura). Universidad Chapultepec, México.
- Geijer, R., Sachs, A., Verheij, T., Kerstjens, H., Kuyvenhoven, M. & Hoes, A. (2007). Quality of life in smokers: focus on functional limitations rather than on lung function? *British Journal of General Practice*, 57, 477-482.
- Ghamari, M., & Khoshnam, A. (2011). The relationship of original family function and quality of life among students. *Journal of Family Research*, 7, 343–354.
- Gimeno, A. (2007). La familia en la sociedad de la información y de la diversidad. En M. R. Buxarrais y M. P. Zeledón. *Las familias y la educación en valores democráticos. Retos y perspectivas actuales*. Barcelona: Claret.
- Giovagnoli, A. R., Meneses, R. F. & da Silva, A. M. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 9(1), 133-139.
- Gómez, R. (2010). “Propuesta para la Estandarización del Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina para la población del Distrito Federal” (Primera Parte). Recuperado de:

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/propuestaestandarizada.pdf

González, A. y Castellanos, B. (1995). ¿Desaparecerán los géneros cuando muera el sexismo?. *Sexología y Sociedad*, 1(2), 18-19.

González, F., Gimeno, A., Meléndez, J. y Córdoba, A. (2012). La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Revista Escritos de Psicología*, 5(1), 34-39.

González, R., y Cardentey, J. (2015). Funcionamiento familiar en pacientes con hábito tabáquico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(6), 599-607.

Gospel, H. (2003). *Quality of working life: A review on changes in work organization, conditions of employment and work-life arrangements*. Geneva: International Labour Organization.

Graña, J. y Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.

Grau, A. (2011). *Evaluación evolutiva de la Salud Percibida según las Etapas del Cambio del Modelo Transteórico en el Tabaquismo*. (Tesis de Doctorado). Universitat de Girona, Cataluña. Disponible en: <http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/4678/tajgm.pdf?sequence=1>

Grau, A., Font-Mayolas, S., Gras, M., Suñer, R. y Noguera, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco. *Intervención psicosocial*, 16(1), 79-92.

Gutiérrez, R., Díaz, K. & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3), 1-17.

- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R. & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of a Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127.
- Hernández, J., Guevara, C., García, M. y Tascón, J. (2006). Hábito de fumar en los estudiantes de primeros semestres de la Facultad de Salud: Características y percepciones. Universidad del Valle, 2003. *Colombia Médica*, 37(1). Recuperado de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/409/1095>.
- Hernández-Castillo, L., Cargill-Foster, N, G. y Gutiérrez-Hernández. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*, 18, 14-24.
- Hicks, M. & Platt, R. (1970). Marital happiness and stability. A review of the research in the sixties. *Journal of Marriage and the Family*, 32(3), 533-574.
- Hombrados, M. (s/f). *Calidad de vida y sentido de comunidad en la ciudad*. Recuperado de: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4057/38_revistauciencia03.pdf?sequence=1.
- INEGI (2014). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo*. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075545.pdf.
- INEGI (2015). El INEGI da a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares 2014. *Boletín de Prensa 274/15*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_3.pdf

INMUJERES (2007). *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf.

Instituto Jalisciense de las Mujeres (2008). *Mujeres y Hombres: ¿Qué tan diferentes somos? Manual de Sensibilización en Perspectiva de Género*. Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/jal04.pdf>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Iktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBk8gikz7q/view>

Iraurgi, C. I., Sanz, V. M. y Martínez, P. A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3), 185-195.

Isaac, S & Michael, W. (1995). *Handbook in research and evaluation: a collection of principles, methods and strategies useful in the planning, design and evaluation of studies in education and the behavioral sciences*. San Diego: Edit Publishers.

Jackson, S., Steptoe, A. & Wardle, J. (2015). The influence of partner's behavior on health behavior change. *JAMA Internal Medicine*, 175(3), 385-392.

Jacob, P., Benowitz, N. L. & Shulgin, A. (1988). Recent studies of nicotine metabolism in humans. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 30(1), 249-253.

Jacobson, B. (1982). *The Ladykillers: why a smoking is a feminist issue*. London: Pluto Press.

Jiménez, C. y Vélez, A. (2010). *Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes*.

Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/>

Jiménez, M. (2008). Una profecía que se cumple a sí misma: tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos. *Libberadictus*, 101,11-17.

Jiménez, M. (2010). Consumos de tabaco y género. *Eguzkilore Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 24, 71-95.

Jiménez, T., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.

Jiménez-Ruiz, C. y Fagerström, K. (2003). ¿Hacemos bien el test de Fagerström?. *Prevención del Tabaquismo*, 5(3), 161-162.

Juárez, F., Galindo, C., y Santos, Y. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y Salud*, 20(1), 41-53.

Junta de Andalucía (s/f). *A no fumar me apunto. Manual del profesorado. Plan integral de tabaquismo de Andalucía*. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/3cbd6b1b-1545-49b2-ae81-f5fcd2c8df9b>.

Kegler, M., Cleaver, V. & Yazzie-Valencia, M. (2000). An exploration of the influence of family on cigarette smoking among American Indian adolescents. *Health Education Research*, 15(5), 547-557.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.

- Klungsoyr, O., Nygård, J., Sørensen, T. & Sandanger, I. (2006). Cigarette Smoking and Incidence of First Depressive Episode: An 11-Year, Population-based Follow-up Study. *American Journal of Epidemiology*, 163(1), 421-432.
- Lagrué, G. (1999). *Dejar de fumar*. Madrid: Alianza Editorial
- Lando, H., Hipple, B., Muramoto, M., Klein, J., Prokhorov, A., Ossip, D. y Winickoff, J. (2010). El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88(2-2). doi: 10.2471/BLT.09.069583
- Lavielle-Sotomayor, P., Sánchez-Pérez, P., Pineda-Aquino, V. y Amancio-Chassin, O. (2012). Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(2), 84-89.
- Leelakulthanit, O. & Day, R. (1992). Quality of Life in Thailand. *Social Indicators Research*, 27, 41-57.
- Leibovich, N. y Schmidt, V. (2010). El contexto familiar y su evaluación desde una perspectiva ecopsicológica. Buenos Aires: Guadalupe
- Lloret, D., Segura, M. y Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y Drogas*, 8(2), 119-135.
- Londoño, C., Rodríguez, I. & Gantiva, C. (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (c4) para jóvenes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 7(2), 281-291.

- Lyons, R.A., Lo, S.V. y Littlepage, B.N.C. (1994). Perception of health amongst ever-smokers and never-smokers: a comparison using the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Tobacco Control*, 3, 213-215.
- Marin, D. (1993). Tabaco y adolescentes: más vale prevenir. *Medicina Clínica*, 100, 497-500.
- Marqués de Oliveira, R., Siqueira, A., Ferreira, J. y Ferreira, A. (2014). Dependencia nicotínica en los trastornos mentales, relación con indicadores clínicos y el sentido para el usuario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 685-692.
- Martínez, I., Martínez, J., Jiménez, M. y Rubio, G. (2011). Consumo adictivo de sustancias psicoactivas. *Medicine*, 10(86), 5800-5809.
- Martínez, M. (1986). *Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia*. recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2106/27.pdf>
- Martínez-Monteagudo, M., Estévez, E. y Cándido, I. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Psicología.com*, 17(6), 1-22.
- McCubbin, H. & Thompson, A. (1987). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin, Madison.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2003). The family life cycle. En F. Walsh (Ed.). *Normal Family Processes*. New York: The Guilford Press, 375-398.
- Mendoza, I. (2016). *Calidad de vida en paciente con EPOC oxígeno dependiente y su relación con la sobrecarga del cuidador*. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/513216653/Index.html>

- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A. y Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 525-535.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Montes-Berges, B. (2008). Relaciones de poder y dominancia. El poder del hombre sobre la mujer. En E. López. (Ed.), *Mujer y líder: cómo encontrar el camino en el laberinto del liderazgo* (1-22). Jaén: Ediciones Del Lunar.
- Mora, F. (2000). *El cerebro sintiente*. Barcelona: Ariel.
- Moral, M. y Ovejero, A. (2005). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencias de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 100-118.
- Moreno, A. y Medina-Mora, M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31(5), 409-415.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. y Verdugo, M. (2008). *El amor en personas con discapacidad intelectual y su repercusión en el bienestar emocional*. Recuperado de: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/fampans0/002.dir/fampans0002.pdf
- Murrieta Sánchez, B. P. (2004). *Estudio comparativo en madres solteras y casadas: con respecto al apego, los estilos de enfrentamiento, masculinidad-feminidad y bienestar subjetivo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Musitu, G., Jiménez, T. y Murgui, S. (2007). El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 370-380.
- Musitu, G., y Castillo, R. (1992). Problemas sociales y políticas de acción social: algunas contribuciones de la psicología social. *Intervención Psicosocial*, 1(1), 7-26.
- Navarro, M. (2011). *La importancia del tiempo libre y la recreación para la inclusión y mejora de la calidad de vida de niños judicializados*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional del Comahue, Neuquén – Patagonia Argentina. Recuperado de: http://170.210.83.98:8080/jspui/bitstream/123456789/384/1/importancia_tiempo_libre_recreacion_inclusion_ni%C3%B1os_judicializados_mariana_cecilia_navarro.pdf
- NIDA (2010). *Adicción al tabaco*. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco>
- Nielsen (2011). *Women of tomorrow: a study of women around the world*. Disponible en: <http://www.nielsen.com/content/dam/corporate/us/en/reports-downloads/2011-Reports/Women-of-Tomorrow.pdf>.
- Nunnally, J. (1970). *Introduction to psychological measurement*. New York: McGraw-Hill.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Olson, D H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy* 3(1), 64-80.

- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- OMS (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE-10). Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- OMS (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- OMS (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf.
- OMS (2015). *Tabaco*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- OMS (2018). *World health statistics 2018*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
- OPS/OMS (1996). Relaciones entre calidad de vida y promoción de la salud Promoción de la Salud: Una Antología. *Publicación Científica No 557*. Washington: OPS/OMS, 367- 372.
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R. y Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del sistema de reporte de información de drogas. *Salud Mental*, 29(5), 32-37.
- Ortiz, D. (2008). *La terapia Familiar Sistémica*. Quito: Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.
- Otero, H. (2009). Familias para todos los gustos. De la familia tradicional a los nuevos modelos familiares. *A vivir*, 228, 6-13.

Páez, G. (1984). *Sociología de la familia*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Palomar-Lever, J. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Disponible en la base de datos TESIUNAM.

Palomar-Lever, J. (1999). Relación entre el Funcionamiento Familiar y calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. *Salud Mental*, 22(6),13-21.

Palomar-Lever, J. (2000). The development of an instrument to measure quality of life in Mexico City. *Social Indicators Research*, 50, 187-208.

Paz, C. (2010). *Factores protectores frente al consumo de tabaco en estudiantes universitarios*. Recuperado de: http://www.postgrados.cunoc.edu.gt/Documentos/Movilidad%20Academica/Ponencia_Factores%20de%20Protecci%C3%B3n.pdf.

Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M. (2011) El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 15(52), 629-634.

Pérez, A. (2014). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 consultorio 15 UMF No. 75 IMSS*. (Tesis de Especialidad). Universidad Autónoma del Estado de México, México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14515>

Pérez, A., Pérez, R., Martínez, M., Leal, F., Mesa, I. y Jiménez (2007). Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*, 39(2), 61-67.

- Pérez, D., Requena C. y Zubiaur M. (2005). Evolución de motivaciones, actitudes y hábitos de los estudiantes de la facultad de ciencias de la actividad física y del deporte de la universidad de León. *European Journal of Human Movement*, 14, 65-79.
- Pérez, N., Pérez, H. y Fernández, E. (2007). Nicotina y adicción. Un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1804/180414015006.pdf>.
- Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glümer, C. & Jorgensen, T. (2009). The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population: the Inter99 study. *Preventive Medicine*, 49, 418-423.
- Planiol, M. y Ripert, J. (2002) *Tratado Práctico de Derecho*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México.
- Ponciano-Rodríguez, G. (2008). *Tratamiento integral del tabaquismo*. México: Trillas
- Ponciano-Rodríguez, G. y Morales-Ruíz, A. (2007). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. *Salud Pública de México*, 49(2), 280-289.
- Ponciano-Rodríguez, G., Valerio-Gutiérrez, R., Pliego-Rosas, C. & Córdova-Alcaráz, A. (2015). Development and Evaluation of a New Self-Rating Test to Assess the Psychological Dependence on Smoking (TAPDS). *Journal of Addiction Medicine and Therapy*, 3(2), 1016.
- Ponti, F. (2005). ¿Qué es esa cosa llamada crecimiento personal? Seis vías para aproximarse a la utopía. *Capital Humano*, 184, 72-83.

- Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.
- Pozos, J., Rivera-Aragón, S., Reidl, L., Vargas, B. y López, M. (2013). Felicidad general y felicidad en la pareja: diferencias por sexo y estado civil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(1), 69-84.
- Quintero, Á. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Ramos, R. (1990) *Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ramos-Lira, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *Revista de estudios de Género. La ventana*, 2(16), 130-181.
- Reyes-Lagunes, I. L. y Garcia Barragan, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Diaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (7, 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Reynales, L., Guerrero, C. y Olivera, R. (2008). *Costos atribuibles al consumo de tabaco en México*. Recuperado de: <http://www.controltabaco.mx/proyectos/costos-atribuibles-al-consumo-de-tabaco-en-mexico>
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2011). Desarrollo de una escala para la evaluación multifactorial de la identidad de género en la población mexicana. *Revista de Psicología Social*, 26(2), 191-206.

- Rodríguez, N. y García, M. (2005). La noción de calidad de vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación*, 57, 49-68.
- Rodríguez, S. (2011). Tabaco y cambio social: la construcción del tabaquismo como conducta desviada. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 21, 121-142.
- Rojas, M. (2012). Hacia una Sociedad con Alta Calidad de Vida. *Serie Documentos Estratégicos CIIE*, 4. Recuperado de: <http://www.upaep.mx/micrositios/investigacion/CIIE/assets/docs/doc00034.pdf>
- Román, R. (2013). La familia como unidad de análisis en el estudio de la migración. En E. A. Sandoval Forero, R. P. Román Reyes y R. Salas Alfaro (Eds.). *Familia y Migración*, (pp. 33). México: Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Romera, M. (2003). Calidad de vida en el contexto familiar: dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 47-63.
- Rondón, L. (2011). *Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: el tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares*. Recuperado de: <http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rondon.pdf?sequence=3>
- Ruiz-Juan, F., Isorna-Folgar, M., Ruiz-Risueño, J. y Vaquero-Cristóbal, R. (2015). Consumo de tabaco en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 808-816.
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4, 36-46.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.

Sánchez, J. (1997). *La isla de los hombres solos*. México: Debolsillo.

Sánchez-Hernández, C. y Pillon, S. (2011). Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(7), 730-737.

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. España: McGraw-Hill

Sarna, L., Bialous, S., Cooley, M., Jun, H. & Feskanich, D. (2008). Impact of smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 17, 1217-1227.

Schalock, R. L. & Verdugo, M. (1997): Can the concept of Quality of Life make a difference?. En R. L. Schalock (Ed.). *Quality of Life, Vol. II* (245-267). Washington: AAMR.

Schmidt, V. (2001). Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en familias de drogadependientes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 75-91.

Schmidt, V., Barreyro, J. y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30-36.

Schmidt, V., Messoulam, N., Molina, M. F., & Abal, F. (2008). Hacia una versión argentina de una escala de comunicación padres-adolescente. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 41-48.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.

Sierra-Bravo, R. (1994). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Parainfo.

- Sigafoos, A., Reiss, D. & Olson, D. H. (1985). Rejoinder: counterperspectives on family measurement: clarifying the pragmatic interpretation of research methods. *Family Process*, 24, 207-211.
- Sobradie, N. y García-Vincent, V. (2007). Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos*, 9(1), 31-38.
- Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 83-104. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>
- SSA y CONADIC (2016). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015*. Recuperado de:
http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GATS__2015.pdf
- Stanton, M. y Todd, T. (1997). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España: Gedisa
- Suárez, E. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en Centros de Salud Pública*. (Tesis de Maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130104/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Suárez, S. (2013). *Recreación y calidad de vida. Una propuesta de intervención en sectores populares de la ciudad de Neuquén*. Recuperado de:
<http://170.210.83.98:8080/jspui/bitstream/123456789/250/1/14%20-%20Su%C3%A1rez.pdf>
- Teodoro, M., Cerqueira-Santos, E., Araujo de Moraes, N. & Koller, S. (2008). Protective factors related to smoking among brazilian youth. *Universitas Psychologica*, 7(1), 139-147.

- Thrasher, J. & Bentley, M. (2006). The Meanings and Context of Smoking among Mexican University Students. *Public Health Reports*, 121, 578-585.
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A. & Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56.
- Torres, M. (2004). Familia. En J. Sanmartín (Ed.), *El laberinto de la Violencia* (77-86). Madrid: Ariel.
- Torrice, E. Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M., & Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health Qual Life Outcomes*, 5(1), 61. doi:10.1186/1477-7525-5-61.
- Urquiza, A. (2012). *Análisis de la disfunción familiar y su relación con el bajo rendimiento escolar, de los niños del cuarto año de básica "C" de la Unidad Educativa Santo Tomas Apóstol Riobamba en el periodo Agosto-diciembre de 2011*. (Disertación Psicólogo Clínico, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Escuela de Psicología). Recuperado de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/748/1/80135.pdf>
- Urzúa, A. y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vaquero-Cristóbal, R.; Isorna, M. & Ruiz, C. (2013). State of tobacco consumption and its relationship to physical sports practice in Spain. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 131- 148.

- Vega, D. (2009). *Los discursos sobre la calidad de vida de hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva de género*. (Tesis de Maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(5), 448-463.
- Velasco, M.L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: El Manual Moderno.
- Vera, J.A. y Tánori, B.C. (2002). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana. *Apuntes de Psicología*, 20(1), 63-80.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Welch, S. & Comer, J. (1988). *Quantitative methods for public administration: techniques and applications*. Salt Lake City: Brooks/Cole Pub. Co.
- World Health Organization (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Yela, C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9(1), 1-15.
- Zabludovsky, G. (2015). Las mujeres en los ámbitos de poder económico y político de México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 60(223), 61-94.
- Zaldívar, P. D. (2007). Funcionamiento Familiar saludable. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(2),131-137.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos originales

*Escala de Funcionamiento Familiar de García Méndez et al. (2006)	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	FRECIENTE MENTE 4	SIEMPRE 5
1. A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos.					
2. En mi familia se dice una cosa y se hace otra.					
3. Mi familia emplea el doble mensaje, se pide una cosa cuando en realidad, se quiere se haga otra.					
4. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas.					
5. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.					
6. En mi familia nos gusta pasar tiempos juntos.					
7. En mi familia, nadie sigue la disciplina establecida por los papás.					
8. En mi familia, los límites y reglas son poco claros.					
9. En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agrada a los demás, ayudarnos en alguna área, hacer algo que otro nos solicite, etc.).					
10. A los miembros de mi familia, nos gusta compartir lo que tenemos.					
11. En mi familia NO se expresan los sentimientos por temor a la burla de los demás.					
12. En mi familia, acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas).					
13. En mi casa, la familia NO es importante.					
14. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo en las reglas y límites a establecer con nuestros hijos.					
15. En mi casa cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño.					
16. En mi familia, acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente.					
17. En mi familia tenemos presentes las fechas importantes para nosotros.					
18. En mi familia se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes.					
19. Los miembros de mi familia, realizamos actividades que nos benefician a todos.					
20. Las reuniones de mi familia ponen en evidencia las adicciones de algunos de sus miembros.					
21. Las relaciones de mi familia con otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) es afectuosa.					
22. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo.					

*Instrumento para Medir la Calidad de Vida de Palomar-Lever (1995)	Muy importante	Regularmente importante	Poco importante
1. Estar acompañado por otras personas			
2. Conocer a nuevas personas			
3. Llevarse bien con la gente			
4. Tener buena comunicación con la gente			
5. Que la gente que le rodea sea feliz			
6. Que la gente tenga una buena opinión de usted			
7. Convivir con sus amigos			
8. Contar con el apoyo de sus amigos			
9. Tener buenas relaciones con sus amigos			
10. Que en el país no haya problemas económicos			
11. Que en el país no haya problemas políticos			
12. Que haya paz en el país			
13. No tener problemas			
14. Tener tranquilidad económica			
15. Tener dinero para cubrir sus necesidades básicas			
16. Contar con más dinero del que ahora tiene			
17. No gastar más de lo que ganas			
18. Ser independiente económicamente			
19. No deber dinero			
20. Hacer actividades que le diviertan			
21. Leer			
22. Ir al cine			
23. Escuchar música			
24. Viajar			
25. Salir a pasear			
26. Realizar cambios para que su vida mejore			
27. Estudiar			
28. Terminar los estudios que haya iniciado			
29. Desarrollarse en lo que estudió			
30. Superarse personalmente			
31. Alcanzar las metas que se propone			
32. Aprender cosas nuevas			
33. Sentirse bien consigo mismo			
34. Sentirse estable emocionalmente			
35. Sentirse tranquilo			
36. Ser una persona responsable			
37. Ser una persona activa			
38. Estar de buen humor			
39. Sentirse seguro de sí mismo			
40. Que haya buena relación familiar			
41. Que su familia esté bien			
42. Que haya buena comunicación en su familia			
43. Convivir con su familia			
44. Compartir actividades con su familia			
45. Tener una familia unida			
46. Que haya una buena relación entre hermanos			
47. Que sus hermanos estén bien			

48. Tener una buena relación con su madre			
49. Tener una buena relación con su padre			
50. Que haya cariño entre los miembros de la familia			
Si usted trabaja por favor continúe. Si no trabaja pase a la pregunta 61			
51. Tener un trabajo estable			
52. Aprender cosas nuevas en su trabajo			
53. Hacer en su trabajo cosas que le gustan			
54. Hacer bien su trabajo			
55. Que le reconozcan su trabajo			
56. Tener éxito en su trabajo			
57. Que le paguen bien por su trabajo			
58. Que el ambiente de su trabajo sea agradable			
59. Convivir con sus compañeros de trabajo			
60. Que su trabajo sea útil a otras personas			
Si usted tiene pareja por favor continúe. Si no trabaja pase a la pregunta 70			
61. Tener una buena relación de pareja			
62. Contar con el apoyo de su pareja			
63. Convivir con su pareja			
64. Tener una relación de pareja estable			
65. Ser valorado por su pareja			
66. Compartir actividades con su pareja			
67. Ser amado por su pareja			
68. Que su pareja sea como a usted le gusta			
69. Tener relaciones sexuales con su pareja			
Solamente conteste la siguiente parte si tiene hijos			
70. Ayudar a sus hijos a salir adelante			
71. Que sus hijos tengan logros			
72. Educar bien a sus hijos			
73. Que sus hijos aprovechen bien la escuela			
74. Convivir con sus hijos			
75. Que sus hijos estén bien			
76. Tener una buena relación con sus hijos			
77. Que entre usted y sus hijos haya confianza			
78. Dar suficiente atención a sus hijos			
79. Que sus hijos sean autosuficientes			
80. Darle a sus hijos lo que necesiten			

Por favor marque una cruz en el cuadro que indique su respuesta.

¿Tiene usted trabajo?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted hijos?

¿Tiene usted pareja?

***Test de Fageström de Dependencia a la Nicotina (FTND; Heatherton et al., 1991)**

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarro?
 3 Menos de 5 minutos
 2 Entre 6 y 30 minutos
 1 Entre 31 y 60 minutos
 0 Más de 60 minutos
2. ¿Encuentra difícil no fumar en los lugares en los que está prohibido?
 1 Sí
 2 No
3. ¿Cuál cigarro le costaría más dejar de fumar?
 1 El primero del día
 0 Cualquier otro
4. ¿Cuántos cigarros fuma al día?
 0 Menos de 10
 1 De 11 a 20
 2 De 20 a 30
 3 Más de 30
5. ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?
 1 Sí
 2 No
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que deba permanecer en cama la mayor parte del día?
 1 Sí
 0 No

*Test para evaluar la Dependencia Psicológica al Tabaco (TAPDS) de Ponciano-Rodríguez et al., (2015).

	Muy frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
1.- Creo que cuándo fumo los demás me aceptan			
2.- Fumar me proporciona consuelo			
3.- Sólo fumando puedo pasarla bien.			
4.- Al fumar me concentro mejor			
5.- Cuando fumo me siento más seguro			
6.- Fumar me proporciona la energía que necesito.			
7.- El cigarro es mi mejor compañía.			
8.- Fumar me permite proyectar la personalidad que deso			
9.- Fumar me hace ver atractivo (a).			
10.- Si fumo puedo pensar mejor			
11.- Pienso que fumar es un antojo			
12.- Fumar en las fiestas o reuniones las hace más agradables			
13.- Disfruto más el cigarro cuando consumo alcohol			
14.- Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste o deprimido			
15.- Al fumar puedo manejar mi estrés.			
16.- Fumar me ayuda a controlar el enojo.			
17.- Fumar me proporciona un gran placer.			
18.- Fumando puedo controlar mi ansiedad.			
19.- Fumar me ayuda a tranquilizarme.			
20.- Fumar me produce satisfacción			
21.- El tabaquismo es una adicción que se asocia con la enfermedad, el cáncer y la muerte. Sin embargo, he pensado que voy a continuar fumando			
22.- El consumo de tabaco es un vicio y la nicotina una droga. Sin embargo, he pensado que voy a continuar fumando			
23.- Al comprar cigarros gasto dinero, que podría usar en otras cosas, pero creo que vale la pena			
24.- Fumar cerca de mi familiar afecta su salud, aun así seguiré fumando.			
25.- Fumar en el trabajo afecta y molesta a mis compañeros, aun así seguiré fumando.			

Anexo 2. Consentimiento informado (verbal)

Esta investigación tiene como objetivo conocer la relación existente entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en la dependencia física y psicológica al tabaco. Toda la información que proporcione será totalmente anónima y confidencial por lo que es importante enfatizar que su participación es voluntaria y en el momento que así lo decida, puede darla por concluida. Si tiene alguna duda, puede expresarla ahora o bien, si usted lo requiere puedo proporcionarle mi correo electrónico o número celular para futuras dudas. Asimismo, si usted quiere conocer los resultados obtenidos, se pueden enviar a su correo electrónico. Agradezco de antemano su tiempo y apoyo en este estudio.



Anexo 3. Formato de aplicación de los instrumentos

Universidad Nacional Autónoma de México



Para iniciar necesitamos conocer algunos datos importantes, por favor, responda las siguientes preguntas, señalando con una **X** la respuesta que mejor describa su situación actual. Le recordamos que la información que usted proporcione es **estrictamente confidencial** y sólo se utilizarán con fines de investigación.

<p>¿Tiene alguna enfermedad crónica o psiquiátrica diagnosticada (¿cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.)?</p> <p>() Si () No</p>		<p>¿Ha consumido alguna otra droga que no sea tabaco o alcohol durante el último año?</p> <p>() Si () No</p>
<p>Edad: _____</p> <p>Sexo: Mujer () Hombre ()</p>	<p>Estado civil</p> <p>___ Soltero</p> <p>___ Casado</p> <p>___ Madre/Padre soltera(o)</p>	<p>Máximo grado de estudios:</p> <p>___ Ninguno</p> <p>___ Primaria</p> <p>___ Secundaria</p> <p>___ Preparatoria</p> <p>___ Licenciatura</p> <p>___ Posgrado</p>
<p>Su familia está integrada por:</p> <p>___ Familia sin hijos</p> <p>___ Familia con hijos pequeños</p> <p>___ Familia con hijos en edad escolar (primaria, secundaria, preparatoria)</p> <p>___ Familia con hijos adultos</p>	<p>Usted vive con:</p> <p>___ Sólo Esposa(o)</p> <p>___ Sólo Hijos</p> <p>___ Esposa(o) e hijos</p> <p>___ Padres</p> <p>___ Novio(a) / Amigos(as)</p> <p>___ Otros familiares</p>	<p>Nº de cigarros al día: _____</p> <p>Edad en que empezó a fumar:</p> <p>_____</p>

INSTRUCCIONES: A continuación, se muestran una serie de preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año, marque la respuesta que corresponda a su consumo:**

<p>1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?</p> <p>0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>1) Una o menos veces al mes.</p> <p>2) 2 a 4 veces al mes.</p> <p>3) 2 o 3 veces a la semana.</p> <p>4) 4 o más veces a la semana.</p>	<p>2. ¿Cuántas copas consumes normalmente los días que bebes?</p> <p>0) 1 o 2.</p> <p>1) 3 o 4.</p> <p>2) 5 o 6.</p> <p>3) 7 a 9.</p> <p>4) 10 o más.</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más copas en un solo día?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>	<p>4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste cumplir con tus obligaciones porque habías bebido?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>
<p>7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario.</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?</p> <p>0) Nunca.</p> <p>1) Menos de una vez al mes.</p> <p>2) Mensualmente.</p> <p>3) Semanalmente.</p> <p>4) A diario o casi a diario</p>
<p>9. ¿Tú o alguna otra persona resultaron heridos porque habías bebido?</p> <p>0) No.</p> <p>2) Sí, pero no en el curso del último año.</p> <p>4) Sí, en el último año.</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas, o te han sugerido que dejes de beber?</p> <p>0) No.</p> <p>2) Sí, pero no en el curso del último año.</p> <p>4) Sí, en el último año.</p>

Total: _____

****AUDIT**

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una serie de enunciados que describen la manera como se relacionan los miembros de la familia, por favor marque con una "X" el número que mejor describa a su familia.

	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	FRECUEENTE MENTE 4	SIEMPRE 5
23. A mi familia, nos agrada realizar cosas juntos.					
24. En mi familia se dice una cosa y se hace otra.					
25. Mi familia emplea el doble mensaje, se pide una cosa cuando en realidad, se quiere se haga otra.					
26. En mi familia hay falta de cooperación para resolver los problemas.					
27. Los miembros de mi familia nos criticamos unos a otros.					
28. En mi familia nos gusta pasar tiempos juntos.					
29. En mi familia, nadie sigue la disciplina establecida por los papás.					
30. En mi familia, los límites y reglas son poco claros.					
31. En mi familia acostumbramos los detalles (hacer algo que sabemos le agradará a los demás, ayudarnos en alguna área, hacer algo que otro nos solicite, etc.).					
32. A los miembros de mi familia, nos gusta compartir lo que tenemos.					
33. En mi familia NO se expresan los sentimientos por temor a la burla de los demás.					
34. En mi familia, acostumbramos festejar entre nosotros fechas importantes (cumpleaños, aniversarios de bodas).					
35. En mi casa, la familia NO es importante.					
36. Mi pareja y yo nos ponemos de acuerdo en las reglas y límites a establecer con nuestros hijos.					
37. En mi casa cotidianamente nos demostramos nuestro afecto con palabras de cariño.					
38. En mi familia, acostumbramos criticar a la persona que se encuentra ausente.					
39. En mi familia tenemos presentes las fechas importantes para nosotros.					
40. En mi familia se respetan las ideas de cada uno de sus integrantes.					
41. Los miembros de mi familia, realizamos actividades que nos benefician a todos.					
42. Las reuniones de mi familia ponen en evidencia las adicciones de algunos de sus miembros.					
43. Las relaciones de mi familia con otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) es afectuosa.					
44. En mi familia hay disponibilidad de tiempo para escuchar al que quiera decir algo.					

INSTRUCCIONES: Por favor, marque con una cruz el cuadro que indique que tan importantes son para usted, cada uno de los aspectos que se señalan.

	Nada importante 1	Poco importante 2	Regularmente Importante 3	Bastante Importante 4	Muy importante 5
81. Estar acompañado por otras personas					
82. Conocer a nuevas personas					
83. Llevarse bien con la gente					
84. Tener buena comunicación con la gente					
85. Que la gente que le rodea sea feliz					
86. Que la gente tenga una buena opinión de usted					
87. Convivir con sus amigos					
88. Contar con el apoyo de sus amigos					
89. Tener buenas relaciones con sus amigos					
90. Que en el país no haya problemas económicos					
91. Que en el país no haya problemas políticos					
92. Que haya paz en el país					
93. No tener problemas					
94. Tener tranquilidad económica					
95. Tener dinero para cubrir sus necesidades básicas					
96. Contar con más dinero del que ahora tiene					
97. No gastar más de lo que ganas					
98. Ser independiente económicamente					
99. No deber dinero					
100. Hacer actividades que le diviertan					
101. Leer					
102. Ir al cine					
103. Escuchar música					
104. Viajar					
105. Salir a pasear					
106. Realizar cambios para que su vida mejore					
107. Estudiar					
108. Terminar los estudios que haya iniciado					
109. Desarrollarse en lo que estudió					
110. Superarse personalmente					
111. Alcanzar las metas que se propone					
112. Aprender cosas nuevas					
113. Sentirse bien consigo mismo					
114. Sentirse estable emocionalmente					
115. Sentirse tranquilo					
116. Ser una persona responsable					
117. Ser una persona activa					
118. Estar de buen humor					
119. Sentirse seguro de sí mismo					
120. Que haya buena relación familiar					
121. Que su familia esté bien					

	Nada importante 1	Poco importante 2	Regularmente importante 3	Bastante importante 4	Muy importante 5
122. Que haya buena comunicación en su familia					
123. Convivir con su familia					
124. Compartir actividades con su familia					
125. Tener una familia unida					
126. Que haya una buena relación entre hermanos					
127. Que sus hermanos estén bien					
128. Tener una buena relación con su madre					
129. Tener una buena relación con su padre					
130. Que haya cariño entre los miembros de la familia					

Si usted trabaja por favor continúe, si no pase a la pregunta 61

131. Tener un trabajo estable					
132. Aprender cosas nuevas en su trabajo					
133. Hacer en su trabajo cosas que le gustan					
134. Hacer bien su trabajo					
135. Que le reconozcan su trabajo					
136. Tener éxito en su trabajo					
137. Que le paguen bien por su trabajo					
138. Que el ambiente de su trabajo sea agradable					
139. Convivir con sus compañeros de trabajo					
140. Que su trabajo sea útil a otras personas					

Si usted tiene pareja por favor continúe, sino pase a la pregunta 70

141. Tener una buena relación de pareja					
142. Contar con el apoyo de su pareja					
143. Convivir con su pareja					
144. Tener una relación de pareja estable					
145. Ser valorado por su pareja					
146. Compartir actividades con su pareja					
147. Ser amado por su pareja					
148. Que su pareja sea como a usted le gusta					
149. Tener relaciones sexuales con su pareja					

Solamente conteste la siguiente parte si tiene hijos

150. Ayudar a sus hijos a salir adelante					
151. Que sus hijos tengan logros					
152. Educar bien a sus hijos					
153. Que sus hijos aprovechen bien la escuela					
154. Convivir con sus hijos					
155. Que sus hijos estén bien					
156. Tener una buena relación con sus hijos					
157. Que entre usted y sus hijos haya confianza					
158. Dar suficiente atención a sus hijos					
159. Que sus hijos sean autosuficientes					
160. Darle a sus hijos lo que necesiten					

INSTRUCCIONES:

A continuación, se muestran una serie de preguntas sobre su consumo de tabaco marque la respuesta que corresponda a su consumo:

<p>1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma el primer cigarro?</p> <p>1) Más de 60 minutos 2) Entre 46 y 60 minutos 3) Entre 26 y 45 minutos 4) Entre 6 y 25 minutos 5) Menos de 5 minutos</p>	<p>2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo?</p> <p>1) Nunca 2) A veces 3) Regularmente 4) Frecuentemente 5) Siempre</p>
<p>3. De todos los cigarrillos que consume a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesita?</p> <p>0) Cualquier otro 1) El primero del día</p>	<p>4. ¿Cuántos cigarros fuma al día?</p> <p>1) De 1 a 5 2) De 6 a 10 3) De 11 a 15 4) De 16 a 20 5) Más de 20</p>
<p>5. Después de consumir el primer cigarro del día, ¿fuma rápidamente algunos más?</p> <p>1) Nunca 2) A veces 3) Regularmente 4) Frecuentemente 5) Siempre</p>	<p>6. ¿Fuma, aunque esté tan enfermo que deba permanecer en cama la mayor parte del día?</p> <p>1) Nunca 2) A veces 3) Regularmente 4) Frecuentemente 5) Siempre</p>

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de pensamientos acerca del consumo de tabaco, por favor conteste marcando con una X lo que usted crea en relación con cada frase.

	Nunca 1	A veces 2	Regular mente 3	Frecuente mente 4	Siempre 5
1.- Los demás me aceptan cuando fumo					
2.- Fumar me consuela					
3.- Sólo fumando puedo pasarla bien.					
4.- Fumar me ayuda a concentrarme					
5.- Fumar me proporciona seguridad					
6.- Fumar me proporciona la energía que necesito.					
7.- El cigarro es mi mejor compañía.					
8.- Proyecto la personalidad que deseo cuando fumo					
9.- Fumar me hace ver atractivo (a).					
10.- Pienso mejor cuando fumo					
11.- Fumar es un antojo					
12.- Las reuniones son más agradables cuando fumo					
13.- Disfruto más el cigarro cuando consumo alcohol					
14.- Fumar me hace sentir mejor cuando estoy triste					
15.- Al fumar puedo manejar mi estrés.					
16.- Fumar me ayuda a controlar el enojo.					
17.- Fumar me proporciona un gran placer.					
18.- Fumando puedo controlar mi ansiedad.					
19.- Fumar me ayuda a tranquilizarme.					
20.- Fumar me produce satisfacción					
21.- Pienso seguir fumando, aunque pueda enfermarme					
22.- Pienso seguir fumando, aunque la nicotina sea una droga					
23.- Vale la pena comprar cigarros					
24.- Fumo cerca de mi familia, aunque afecte su salud					
25.- Fumo en el trabajo, aunque afecte a mis compañeros					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN