



Investigaciones Andina

ISSN: 0124-8146

investigaciones@funandi.edu.co

Fundación Universitaria del Área Andina

Colombia

Pérez-Hernández, Elizabeth Aurora; Mendieta Izquierdo, Giovane; Nuño Gutiérrez, Bertha Lidia

STRUCTURAL DIMENSION: FAMILY COMPOSITION OF ADOLESCENT SMOKING IN PUBLIC SCHOOL OF GUADALAJARA, MEXICO

Investigaciones Andina, vol. 18, núm. 32, 2016, pp. 1480-1490

Fundación Universitaria del Área Andina

Pereira, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239047318004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

STRUCTURAL DIMENSION: FAMILY COMPOSITION OF ADOLESCENT SMOKING IN PUBLIC SCHOOL OF GUADALAJARA, MEXICO

Elizabeth Aurora Pérez-Hernández
Giovane Mendieta Izquierdo
Bertha Lidia Nuño Gutiérrez

Abstract

This study was performed in a high school on a metropolitan area of Guadalajara Jalisco, Mexico. Objective: To analyze the structural patterns of the families of adolescent smokers in a public high school of Universidad de Guadalajara.

Method: A qualitative study with 28 adolescent smokers. Family relationships, rules, boundaries, hierarchy, and movements and reactions of parents and its relation to smoking were evaluated by semi structured interviews. A narrative analysis of the transcribed interviews was conducted.

Results: The relationship between parents and teenagers were characterized by poor emotional connection, the existence of alliances and coalitions to keep secret smoking. The existence of family rule prohibiting smoking, and the coexistence of little clarity about the consequences for their violation, the presence of a father/mother/ brother smoking tobacco accomplice to keep secret and inefficient movements and reactions of parents against their smoking teens.

Conclusions: The patterns familiar adolescent smokers included structural dysfunctions in vital areas of operation: low connection family relationships, alliances and coalitions to keep secret smoking, smoking and porous borders with ineffective monitoring movements to smoking. This configuration provides a high permissivity for installation of addiction.

Key words: Adolescent, Adolescent Psychology, Family Practice, Smoking.

DIMENSÃO ESTRUTURAL: FAMÍLIA ADOLESCENTES DO AJUSTE DE FUMO NA ESCOLA PÚBLICA DE GUADALAJARA, MÉXICO

Elizabeth Aurora Pérez-Hernández
Giovane Mendieta Izquierdo
Bertha Lidia Nuño Gutiérrez

Resumo

Este estudo foi realizado em uma escola secundária na área metropolitana de Guadalajara Jalisco, México. Para analisar a configuração estrutural das famílias dos adolescentes fumantes de uma Universidade Preparatória de Guadalajara.

Método: Um projeto qualitativa que incluiu 28 adolescentes com o tabagismo. Família relacionamentos, regras, limites, hierarquia, reações e medidas de controle dos pais: configuração estrutural de entrevistas semi-estruturadas e da família de sua relação com o tabagismo foi explorado. A análise de narrativas das entrevistas transcritas foram realizados.

Resultados: A relação entre pais e filhos foram caracterizadas pela ligação emocional pobres, a existência de alianças e coalizões para manter segredo de fumar. A existência de regra da família contra o tabagismo e coexistência de pouca clareza sobre as consequências para a sua violação, a presença de um cúmplice do pai / mãe / irmão fumar de fumar para manter e reações e movimentos ineficientes dos pais contra o tabagismo secretos.

Conclusões: configuração familiar fumantes adolescentes incluídos disfunções estruturais em áreas vitais de operação: relações familiares baixa conexão, alianças e coalizões para manter segredo de fumar, as fronteiras porosas com fumantes e movimentos ineficazes de controle do tabagismo. Esta configuração proporciona uma permissividade alta para a instalação da dependência.

Palavras-chave: Adolescência, medicina de família, Psicologia, Fumar.

Fecha de recibo: Febrero/2016
Fecha de aprobación: Marzo/2016

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud pública que ocasiona seis millones de muertes cada año, lo que equivale a que una persona muere por dicha causa cada 6 segundos. En México 11.9 millones de personas son fumadoras (24.8% hombres y 7.8% mujeres),⁽¹⁾ El 17.8% permite que se fume en casa y el 6.4% están expuestos al humo de tabaco ajeno diariamente, razón por la cual el consumo de tabaco es una de las 10 primeras causas de morbilidad en México, como lo demuestran las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud de México (SSA), las cuales estimaron que en el 2000 ocurrieron cerca de 25,383 muertes prematuras atribuibles al consumo de tabaco.⁽²⁾

De tal manera que el entorno social ejerce una gran influencia en el consumo de tabaco, los ámbitos más cercanos del adolescente son la familia y los amigos, el inicio de consumo es de 13 años, así que diversos autores consideran el tabaquismo una enfermedad pediátrica.⁽³⁾

Los estudios sobre conducta tabáquica en adolescentes señalan que los padres son una importante fuente de vulnerabilidad o protección.⁽⁴⁾ La pobre comunicación familiar sobre las consecuencias negativas sobre el fumar o la poca claridad de las normas restrictivas, aunado a una disminuida probabilidad de castigar genera una mayor posibilidad de fumar.⁽⁵⁾

Así como la disminuida percepción del riesgo a fumar y el bajo monitoreo parental propician una dinámica relacional familiar caracterizada por la permisividad hacia el fumar. Diversos estudios revelan que la prevalencia de consumo de tabaco en edad adulta es más

alta cuando los adolescentes provienen de familias donde los padres varones fuman,⁽⁶⁾ de igual manera el tabaquismo de la madre ejerce influencia.⁽⁷⁾ Se estima que la claridad de las normas antitabaco en casa los protegen de iniciarse en el hábito de fumar.⁽⁸⁾

Mientras que bajos niveles de conexión entre los progenitores no fumadores y sus hijos, los hacen dos veces más propensos a fumar que aquellos padres quienes tienen una mayor conexión con sus hijos. Lo que significa, que además de ser un padre no fumador, es importante mantener una relación cercana con los hijos.⁽⁹⁾ Aquellos padres que pasan más tiempo con sus hijos y se comunican más con ellos, tienen menor probabilidad de consumir alcohol y tabaco.⁽¹⁰⁾ En un estudio realizado en Estados Unidos⁽¹¹⁾ se encontró que casi el 50% de los hogares habían establecido normas restrictivas con respecto al fumar, sin embargo, no las comunicaron de manera clara a sus hijos adolescentes, y a pesar, de que los padres fumadores informaron tener más normas restrictivas que los no fumadores, eran más propensos a creer que el consumo de tabaco en la infancia era inevitable.

De tal modo que el consumo de alcohol por parte de alguno de los progenitores, y que los hermanos mayores sean fumadores se consideran claves para el tabaquismo adolescente.⁽¹²⁾

Pero así como el tabaquismo de los progenitores ejerce una poderosa influencia en los hijos, el cese del tabaquismo también tendría un impacto en las decisiones del tabaquismo en sus hijos.⁽¹³⁾

La configuración estructural hace referencia al ordenamiento de las relaciones entre los miembros de la familia y a ca-

racterísticas vitales de su organización tales como las jerarquías, periferias, alianzas, coaliciones, fronteras y límites, lo que es esencial para la resolución de los problemas, la configuración evidencia qué se hace, quién lo hace, con quién y cómo.(14) Por lo cual el objetivo de este estudio fue analizar la configuración estructural de las familias de adolescentes fumadores de la Preparatoria # 5 de la Universidad de Guadalajara.

Método.

Entre noviembre de 2012 y abril de 2013 se realizó un estudio cualitativo con un nivel de análisis descriptivo-interpretativo, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas. La escuela sede fue la Preparatoria 5 de la Universidad de Guadalajara, ubicada en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco.

Para identificar a los estudiantes con consumo actual de tabaco (último mes) se realizó un tamizaje. Con el total de estudiantes de ambos turnos ($n=2,332$), se calculó una muestra con la prevalencia del 10% de tabaquismo actual identificada en un estudio previo en la escuela sede,(15) con un poder estadístico del 80%, una confiabilidad del 99% y un error máximo del 3%, lo que dio un total de 440 alumnos. A este tamaño muestral se le agregó una sobremuestra, por lo que se incluyeron 465 estudiantes. La selección se llevó a cabo mediante un listado de alumnos de acuerdo al folio de inscripción de la escuela. La muestra se realizó mediante un listado de números aleatorios generados en el módulo de aleatorización del programa estadístico True Epistat, lo cual permitió identificar el folio con el nombre, semestre, grupo y turno del estudiante.

En el tamizaje se incluyeron 15 preguntas de la Encuesta Nacional de Estudiantes(16) para identificar a adolescentes

con consumo de tabaco en el último mes que vivieran con sus familias de origen, variables sociodemográficas, tabaquismo en la familia. Se solicitó consentimiento informado por escrito y autorización para localizarlos y llevar a cabo una segunda fase del estudio. Treinta y ocho adolescentes cubrieron los criterios de inclusión; cuatro de ellos se habían graduado de bachillerato (en la aplicación del tamizaje se encontraban en sexto semestre), tres habían sido expulsados otros tres eran estudiantes irregulares, de tal forma que no fue posible localizarlos durante la aplicación de entrevistas, por lo que finalmente se entrevistó a 28 estudiantes.

En las entrevistas semiestructuradas se exploró la historia de consumo de los jóvenes y sus familias, elementos de la configuración estructural del núcleo familiar; organización, límites, fronteras, periferia, cercanía y distancia afectiva, permeabilidad y alianzas en torno al consumo de tabaco. Las entrevistas fueron de sesión única, con una duración aproximada de una hora y se realizaron en las instalaciones de la preparatoria sede, en una oficina adecuada para este fin. Las entrevistas fueron audio grabadas de forma anónima con previo consentimiento informado por escrito de los adolescentes. El formato de las entrevistas tuvo tres fases; a) De rapport donde se explicó el objetivo del estudio y se solicitó su consentimiento; b) De entrevista donde se abordaron los ejes temáticos y c) De cierre donde se sintetizó y corroboró la información y se ofreció consejo especializado para dejar de fumar con folletos.

Para el análisis de datos se calcularon frecuencias y promedios de las escalas aplicadas en el tamizaje y las entrevistas fueron transcritas en el software Atlas.ti

versión 7. Partiendo del nivel textual se inició el proceso de reducción de la información, las entrevistas fueron agrupadas en conceptos globales que formaron códigos. Lo cual implicó un nivel conceptual a fin de analizar el significado de cada elemento. Posteriormente se realizó otro nivel de reducción de los elementos, en el que se agruparon familias y relaciones entre los diferentes componentes. Finalmente se representaron gráficamente los componentes y sus relaciones por medio de redes. El estudio se apejó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud(17). El estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que aunque no se manipularon variables psicológicas de forma intencional. Dado que se trató de menores de edad y estudiantes de escuelas públicas, se solicitó el consentimiento informado a sus padres y el asentimiento a los adolescentes. Todos los nombres fueron modificados por seudónimos y los datos de identificación personal fueron codificados y resguardados por el investigador principal bajo llave. Ningún adolescente requirió canalización y todos recibieron consejo especializado para dejar de fumar además de folletos de clínicas de tabaquismo en Guadalajara, México.

Resultados

Tamizaje.

Se incluyeron 465 adolescentes con una edad promedio de 16.5 años, de los cuales 262 (56%) fueron mujeres y 203 (44%) hombres. La prevalencia de consumo de tabaco fue de 154 (33%) una vez en la vida, 89 (19%) en el último año y 51 (11%) en el último mes. La prevalencia de tabaquismo actual en la familia de los fumadores fue más alta para los hermanos 11 (21.6%), seguida de padres 10 (19.6%), madres 7 (13.7%), primos y abuelos 2 (3.9%) y tíos (2.0%).

Configuración familiar.

Del grupo de fumadores del último mes que se seleccionó para las entrevistas se encontró que 21/28 adolescentes tenía una composición familiar nuclear, compuesta por padres e hijos. Otros cinco eran familia extensa, en la que cohabitaban y se relacionan tres generaciones. Finalmente dos familias tuvieron una estructura monoparental, una de ellas con jerarquía paterna, mientras la otra fue materna del tipo monoparental extensa, debido a que cohabitan con la abuela de adolescente.

Los adolescentes identificaron fuentes de influencia directa en su tabaquismo en amigos fumadores, compañeros de escuela fumadores, películas donde apreciaban conductas tabáquicas en los protagonistas, videos musicales y su familia extensa. “Si entiendo los riesgos pero fumar es normal... fuman mis tíos y mis abuelos”. “Si hay presión para fumar, pero depende de cómo lo toma uno”.

Los adolescentes mencionaron que en su familia estaba prohibido fumar, que sus padres lo veían como una conducta nociva para la salud, e incluso que ser descubiertos les generaría problemas. Los adolescentes mencionaron que sus padres tampoco les habían aclarado qué tipo de consecuencias tendrían, por lo que era poco claro y que ellos esperarían una disminución de los permisos, pero en algunos casos donde los padres sabían de su consumo de tabaco, su respuesta no tuvo el impacto que ellos esperaban. Me dicen que si llego a fumar [Señaló que lo golpearían] me van a castigar, tanto mi papá como mi mamá, mi abuelito y mi abuelita (...) ¡todos!

“Mi mamá se enojó cuando supo que fumaba, porque ella sabe que es la viciosa del cigarro, si se molestó un poquito más, y andaba seria”.

“Mi papá sabe que fumo y mi mamá

también, ella me regaña y trato de evitar que me vean fumando, por aquello de que ¡ah! ella fuma ¿por qué yo no?”

“Yo no fui a fiestas por dos meses, pero no me dijeron nada, sólo -no vas, y no vas-, y nunca me comentaron que fuera porque había llegado oliendo a cigarro, pero pues yo pienso que fue por eso”.

En las entrevistas identificamos que los límites difusos estuvieron relacionados con una permisividad familiar, en donde los padres provenían de familias en donde al menos había un fumador. Tanto en las entrevistas como en el tamizaje se pudo observar que el tabaquismo era común en figuras masculina de autoridad como abuelos o tíos paternos.

Algunos adolescentes refirieron que sus padres sospecharon en algún momento de su tabaquismo, ante eventos que lo evidenciaron como tal, pero ellos lo negaron, por temor a las consecuencias.

“Mi hermana me dijo que mi papá abrió mi bolsa y encontró una cajetilla vacía y que le preguntó – ¿tu hermana anda fumando?- y que ella le dijo –no sé-, ya después mi hermana me dijo –oye sabes que mi papá encontró tu bolsa y la cajetilla vacía y me preguntó, y le dije que no sabía, y ya no me dijo nada-... pero yo sé que él sabe que fumo, pero no le dijo nada a mi mamá, porque sabe que ella se preocupa, y yo creo que él piensa que no puede decirme nada, porque él fuma y que me da ese ejemplo, porque él lo hace”.

Se identificaron cuatro familias nucleares con relaciones fusionadas con la familia de origen. Estas familias se caracterizaron por ser padres periféricos, en donde los abuelos y tíos cumplían roles parentales para el cuidado de los adolescentes durante una parte del día o inclusive los fines de semana. Estos jóvenes mencionaron tener una relación fusionada con tíos y primos mayores, a quienes refirie-

ron como figuras de alta influencia en ellos, y en todos casos, hubo al menos un fumador.

En algunos relatos se identificó la formación de alianzas entre dos o más miembros de la misma generación (hermanos) y la formación de coaliciones con miembros de diferente generación (madre o padre-adolescente fumador) para mantener el «secreto del consumo».

“Yo creo que mi mamá si sabe que fumo, porque he llegado oliendo a cigarro, y me ha preguntado si estaba fumando, pero digo que no, que mis amigos estaban fumando y ya no dice nada... mi hermano sabe, porque me ha visto, pero no dice nada, yo creo que porque no me quiere meter en problemas y porque sabe que no es un vicio, o algo que necesite... yo creo que mi mamá no le ha dicho a mi papá porque sabe cómo reacciona él, y porque como ella no me ha visto fumando, piensa que no fumo y no lo hago frente a ellos”.

“Mi mamá no le ha dicho a mi papá, pero ella habla con nosotros y nos da consejos, nos dice mira es que eso no está bien, no es bueno para la salud...”.

“Una vez me topé a mi papá a la entrada de la casa y yo creo que olía mucho a cigarro, habíamos estado fumando y mi papá me dijo -para eso existe el limón-”

“Mis padres al enterarse que fumaba me quitaron en domingo, no me dijeron nada simplemente desde entonces ya no me dan dinero y siento que disminuyó la confianza”.

Las reacciones y los movimientos de los padres frente al tabaquismo, que fueron reportadas por los adolescentes, no controlaron su tabaquismo, entre ellas mencionaron que se enojaron, los regañaron, le aconsejaron ocultarlo, se lo ocultaron a la pareja/familia, les

limitaron temporalmente su libertad para ir a fiestas y les restringieron el dinero.

Discusión.

El estudio identificó una configuración estructural de las familias de los adolescentes con consumo actual de tabaco en cuatro secuencias conectadas: 1) La organización familiar entre sus miembros se caracterizó por una distancia afectiva con los padres, la existencia de alianzas y coaliciones para mantener en secreto el tabaquismo y cercanía afectiva con fumadores de la familia extensa; 2) La existencia de la regla familiar que prohibía fumar y la coexistencia de poca claridad en las consecuencias en caso de infracción, el manejo velado de los padres del tabaquismo de sus hijos como sospecha ante eventos que lo evidenciaban y la presencia de un padre/madre/hermano fumador como cómplice del tabaquismo del adolescente; 3) La presencia de fronteras familiares difusas manifestada por figuras masculinas de autoridad en la familia extensa, como consecuencia de la periferia de los padres y la consecuente conexión afectiva con fumadores, que equilibró la pobre cercanía con sus padres; 4) Reacciones y movimientos ineficientes de los padres frente al descubrimiento del tabaquismo de sus hijos y que no correspondieron con el impacto esperado por los adolescentes (Ver cuadro 1).

Sugerimos que estas cuatro secuencias ordenadas de sucesos funcionales que caracterizaron a la configuración estructural de las familias de adolescentes fumadores, definieron una alta permisividad familiar para la franca instalación del tabaquismo del adolescente.

tabaco, el bajo monitoreo paterno,(18) la disminuida probabilidad de sancionar la conducta, aunado a la falta de comunicación sobre las consecuencias y poca claridad en las normas ha sido común entre padres que manifestaron tolerancia hacia el tabaco(19), todo esto fue coincidente con los hallazgos de este estudio.

Entonces podríamos sugerir que el tabaquismo adolescente, es una enfermedad psicosomática familiar, en el sentido de Kornblit, la creadora de este término, para desplazar la dimensión personal del tabaquismo a la esfera de las relaciones familiares(20). Al analizar la configuración estructural de estas familias, se encontró un continuo interjuego para mantener como secreto familiar «el tabaquismo adolescente». Se encontraron alianzas y coaliciones entre los miembros de la familia para encubrir el consumo de tabaco. En este sentido los hallazgos de la evidencia empírica demuestra que los padres no perciben el tabaquismo como una conducta de alto riesgo para el consumo de otras drogas,(21) por la alta tolerancia aprendida y desarrollada por las generaciones previas(22), donde prevaleció el consumo de tabaco en figuras masculinas de autoridad.(23)

Los participantes mencionaron que sus padres, a pesar de estar en contra de la experiencia de fumar, al final era un asunto de preferencia y responsabilidad de sus hijos, lo cual es coincidente con otros autores(24, 25, 26) quienes refieren actitudes familiares que favorecen el consumo, pero no lo normalizan.

Este estudio profundizó en la comprensión de mensajes velados en los cuales los padres aparentaban que “no sabían”, o “no era de su competencia” [manifestado en las reacciones y movimientos ineficaces] el tabaquismo adolescente.

«El secreto familiar» sobre el tabaquismo adolescente puede ser interpretado mediante la teoría del equilibrio, los sistemas familiares tienden a conservarse, un cambio en sus interacciones generaría un estado de crisis en el cual la transformación daría paso a un nivel diferente de funcionamiento(27), de tal manera que la familia tiende a conservar sus interacciones tal y como ha venido funcionando a través del tiempo.

Esta re-significación del tabaquismo como enfermedad psicosomática familiar ofrece un importante nicho de prevención y tratamiento, dado que finalmente el estudio presenta evidencia de las configuraciones familiares en voz de los adolescentes alrededor del tabaquismo.

Aunque los resultados de este estudio no puedan extrapolarse a otros contextos más allá del marco de estudio, por las limitaciones inherentes a su diseño, nos permite sugerir estrategias de intervención psicoterapéutica, que habría que implementar y evaluar tanto en la prevención como en el tratamiento. En primer lugar proponemos incluir a los padres y/o madres y hermanos que estén disponibles para intervenciones de talleres grupales de hasta 30 personas. Sugerimos promover cercanía emocional entre padres e hijos, redibujar

fronteras y propiedades propias de cada subsistema, promover una comunicación familiar abierta y clara con ejercicios, establecimiento de normas claras y sus consecuencias, entrenar en habilidades asertivas, reducción del uso de meta-comunicaciones, entrenar en habilidades parentales y de monitoreo y la re-significación de la identidad familiar incorporando y re-significando valores y tradiciones, para desplazar la significación de poder atribuido inconscientemente al tabaquismo.

En síntesis, la configuración familiar de adolescentes fumadores incluyó alteraciones estructurales en áreas vitales de su funcionamiento como son las relaciones familiares con baja conexión emocional, la presencia de alianzas y coaliciones para mantener en secreto el tabaquismo, fronteras permeables con familiares fumadores y movimientos ineficaces de los padres para control del tabaquismo, lo que se traduce en una configuración estructural de la familia que provee una alta permisividad para la instalación de la adicción.

Agradecimientos

A los adolescentes participantes del estudio y a la Preparatoria 5 de la Universidad de Guadalajara por las facilidades otorgadas.

Referencias.

- 1 Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo: Temas de salud Resource page Organización Mundial de la Salud; 2013 (Actualizado 2013; Jul 10 consultado en Dic 2013) Disponible en <http://www.who.int/topics/tobacco/es>
- 2 Reynales-Shugematsu L, Shamah T, Méndez I, Rojas-Martínez R, Lazcano-Ponce E. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2009. Primera ed. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública 2010.
- 3 Pons D, Queralt A, Mars L, García-Merita M, Balaguer I. Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia. *Rev. Lat Am Psicol.* 2010;42(2):237-50.
- 4 Gilman S, Rende R, Boergers J, Abrams D, Buka S, Clark M, et al. Parental Smoking and Adolescent Smoking Initiation: An Inter-generational Perspective on Tobacco Control. *Pediatrics.* 2009 Feb;123(2):E274-E81.
- 5 Wakschlag L, Metzger A, Darfler A, Ho J, Mermelstein R, Rathouz P. The Family Talk About Smoking (FTAS) Paradigm: New Directions for Assessing Parent-Teen Communications About Smoking. *Nicotine Tob Res.* 2011 Feb;13(2):103-12.
- 6 Barrenchea-Aburto M, Gonzáles E, Quintana-López J, González-Bilbao A, Cortés F, Capelastegui S. A Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. *An Pediatr.* 2007;66(4):357-66.
- 7 Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública México.* 2007;49(1):3-10.
- 8 Fisher L, Winickoff J, Camargo C, Colditz G, Frazier A. Household smoking adolescent smoking. *Am J Health Promot.* 2007 Sep-Oct;22(1):15-21.
- 9 Tilson E, McBride C, Lipkus I, Catalano R. Testing the interaction between parent-child relationship factors and parent smoking to predict youth smoking. *J. Adolesc. Health.* 2004 Sep;35(3):182-9.
- 10 Cohen D, Richardson J, Labree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol-use-a longitudinal- study. *Pediatrics.* 1994 Sep;94(3):368-75.
- 11 Clark P, Scarisbrick-Hauser A, Gautam S, Wirk S. Anti-tobacco socialization in homes of African-American and white parents, and smoking and nonsmoking parents. *J. Adolesc. Health.* 1999 May;24(5):329-39.
- 12 Abreu M, De-Souza C, Caiaffa W. Smoking among adolescents and young adults in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: the influence of family setting and social group. *CSP.* 2011 May;27(5):935-43.
- 13 Loureiro M, Sanz-de-Galdeano A, Vuri D. Smoking Habits: Like Father, Like Son, Like Mother, Like Daughter? *Oxford B Econ Stat.* 2010 Dec;72(6):717-43.
- 14 Jiménez M. Lectura sistémica sobre familia y el patrón de la violencia: Universidad de Caldas 2007.
- 15 Nuno-Gutierrez B, Alvarez-Nemegyei J, Madrigal-de-Leon E. Effect of an antitobacco intervention in high school students from Guadalajara México. *Salud Ment.* 2008;31(3):181-188.
- 16 Chávez J, Villatoro J, Robles L, Bustos M, Moreno M, Oliva N, Fregoso D, Gómez G, Medina-Mora M, Paredes A. Encuesta escolar sobre adicciones en el Estado de Jalisco 2012. Primera ed. México D.F.: Consejo Estatal Contra las Adicciones Jalisco, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2013.
- 17 Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud: Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión Resource page Diario Oficial de la Federación; 1984. (Actualizado 2012 Ene 27; consultado en Dic 2013) Disponible en www.camaradediputados.gob.mx/LeyesBiblio/Reg_LGS
- 18 García-Roche R, Varona-Pérez P, Hernández-Sánchez M, Chang M., Boner G, García R. Influencia familiar en el tabaquismo de los adolescentes. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2008;46(3):0-

- 18 Schultz A, Nowatzki J, Dunn D, Griffith E. Effects of socialization in the household on youth susceptibility to smoking: a secondary analysis of the 2004/05 Canadian Youth Smoking Survey. *Chronic Dis Can*. 2010;30(3):71-7.
- 19 McCool J, Cameron L, Robinson E. Do Parents Have Any Influence Over How Young People Appraise Tobacco Images in the Media? *J. Adolesc. Health*. 2011 Feb;48(2):170
20. Kornblit A. *Somática familiar: Enfermedad orgánica y familia*. Barcelona: Gedisa 1984.
- 21 Fuentes M. C, Alarcón A., García F, Gracia E. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de psicología*. 2015; 31(3), 1000-1007.
- 22 Vázquez-Rodríguez C, Vázquez-Nava F, Vázquez-Rodríguez E, Morales-Romero J, Iribar-Ibabe M, Peinado-Herreros J. Tabaquismo en adolescentes no escolarizados mexicanos con asma. Relación con estructura familiar, nivel de estudios, aprobación parental del tabaquismo, progenitores fumadores y amigos fumadores. *Archivos de Bronconeumología*. 2012; 48(2), 37-42.
- 23 Cogollo-Milanés Z., Hoz-Restrepo L. Cigarette smoking and the risk of high-school students becoming dependent on nicotine. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12(3), 434-445.
- 24 Pérez-Milena A, Martínez-Fernández M, Redondo-Olmedilla M, Nieto C, Pulido I, Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(1), 51-57.
- 25 Gutiérrez F, García A, Osuna E, Gómez J, Del Castillo Otero D, González R, Gómez J. Tabaquismo escolar en la provincia de Sevilla. Epidemiología e influencia del entorno personal y social (campaña de prevención del tabaquismo 1998-1999). *Archivos de Bronconeumología*. 2000; 36(3), 118-123.
- 26 Arillo-Santillán E, Thrasher J, Rodríguez-Bolaños R, Chávez-Ayala R, Ruiz-Velasco S, Lazcano-Ponce E. Susceptibility to use tobacco among non-smoking students in 10 Mexican cities. *salud pública de México*. 2007; 49, s170-s181.
- 27 Minuchin S, Fishman H. *Técnicas de terapia familiar*. México, DF: Paidós 1984.

Anexo

Figura 1 Configuración estructural de las familias de adolescentes fumadores de una preparatoria pública de la Universidad de Guadalajara

n=28

