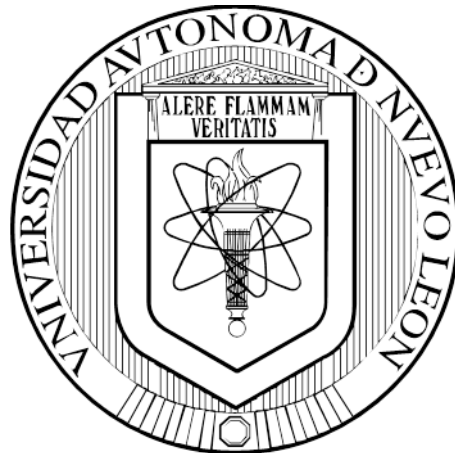


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESCOLARES DE ZONA RURAL

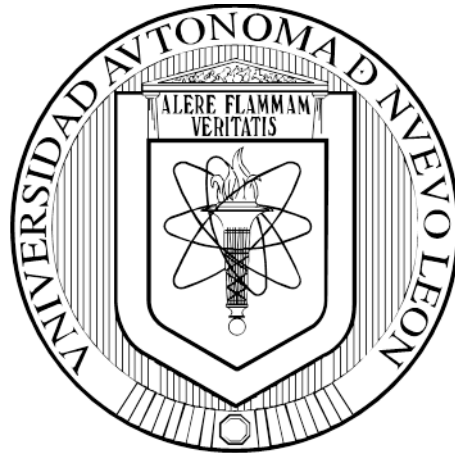
POR

MAAE. JOSEFINA SARAI CANDIA ARREDONDO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESCOLARES DE ZONA RURAL

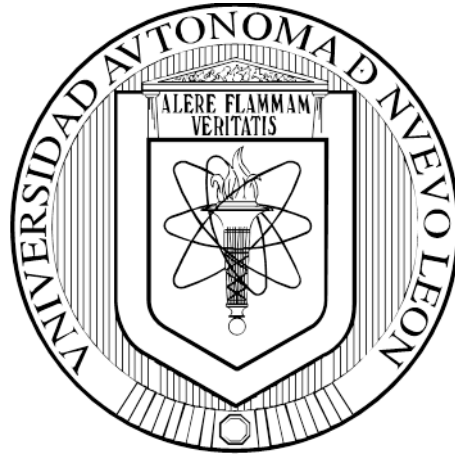
POR
MAAE. JOSEFINA SARAI CANDIA ARREDONDO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

MARZO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESCOLARES DE ZONA RURAL

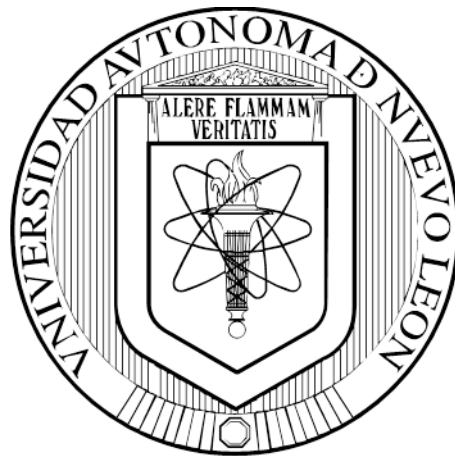
POR
MAAE. JOSEFINA SARAI CANDIA ARREDONDO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CO-ASESOR EXTERNO
DR. JOSÉ MANUEL HERRERA PAREDES

MARZO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESCOLARES DE ZONA RURAL

POR
MAAE. JOSEFINA SARAI CANDIA ARREDONDO

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

MARZO, 2018

MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN
ESCOLARES DE ZONA RURAL

Aprobación de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Director de Tesis y Presidente

Dra. Karla Selene López García
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
1er Vocal

Dr. José Moral De La Rubia.
2do Vocal

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
3er Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de posgrado e Investigación

Agradecimientos

A Dios por estar siempre a mi lado, desde el principio hasta el fin de este proceso, porque me otorgó las herramientas necesarias para culminar con éxito el programa de doctorado.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como a su directora ME María Diana Ruvalcaba Rodríguez, a la Subdirección de Posgrado e Investigación en especial a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Dra. Raquel Benavides Torres y Dra. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis por abrirme las puertas de su recinto y brindarme siempre su confianza y apoyo.

A CONACyT por brindarme el apoyo económico necesario, para cursar mis estudios de doctorado.

A todos los docentes de posgrado, por transmitirme con sabiduría todos los conocimientos necesarios para culminar exitosamente el grado de doctor.

A mi director de tesis, Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, por su apoyo al dirigirme disciplinada y correctamente en cada paso de la elaboración de esta tesis, por otorgarme tiempo, dedicación, conocimiento y guía, por sus valiosos consejos para afrontar eficazmente cada situación durante el proceso de investigación.

A la Secretaria de Educación del Gobierno del Estado de San Luis Potosí, por su apoyo al brindarme el espacio para la recolección de datos y la muestra de estudio.

Al gobierno del municipio de Mexquitic de Carmona, por su apoyo para dirigirme a cada una de las escuelas de su localidad.

Dedicatoria

A toda mi familia consanguínea y no consanguínea que siempre confió en mí, y supo que lo lograría.

A mis padres Gerardo Candia Castro y Juana Ma. Arredondo Aldape, por haberme dado la vida, a mis hermanas, Susana y Valeria por apoyarme en cada viaje, por estar con migo en los tramites, las compras, la recolección de datos, por ser parte del reto.

A mi tía Rosa Guadalupe Candia, por cuidar siempre de mí en cada momento y a cada paso de esta gran aventura, a mis tíos Roberto Rodríguez Fuentes y Juana Ma. Candia Castro, de quienes he tenido un apoyo incondicional de principio a fin, por su motivación, por su constancia, por sus consejos, su fe y ejemplo a seguir, por su confianza en mí siempre.

A mi primo Roberto Rodríguez Candía, por mostrarme que siempre hay algo mejor pero sobre todo que siempre se puede ser mejor.

A mi amiga y hermana de vida, Liliana Juárez, por escucharme, por aceptar, por convivir, por las risas y el llanto, por la fortaleza en los días grises y por la complicidad en los días cálidos.

A mi amiga y también hermana Brenda Bernal por ofrecerme su hogar, por compartir tiempo, conocimiento de inglés y por esa gran sonrisa que me dio esperanza en tiempos difíciles.

A Israel y Miriam por esa compañía que alegro mis días, a Cesar Medina por sus palabras de aliento, a Yolanda y Lucia Mares, por su sostén durante mis estancias en estados unidos.

A todas y cada una de las personas que se cruzaron durante este camino, porque fueron exactas para mostrarme, por donde ir, como y que hacer.

A mi Esposo, porque desde que te conocí, esta aventura tuvo más sentido.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	8
Modelo de resiliencia en adolescentes (MRA)	8
Teoría de rango medio: Modelo de resiliencia para el no consumo de alcohol en escolares de zona rural	15
Estudios relacionados	29
Definición de términos	45
Objetivos e hipótesis del estudio	47
Capítulo II	
Metodología	48
Diseño del estudio	48
Población, muestreo y muestra	48
Instrumentos de medición	49
Cédula de datos personales para escolares (CDPE)	49
Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI)	49
Cuestionario MOS de apoyo social percibido para niños (MOS-A).	50
Escala de afrontamiento para niños (EAN)	52
Escala de percepción de riesgo (EPR)	53
Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14)	54
Procedimiento de recolección de datos	55
Consideraciones éticas	57
Estrategias de análisis de resultados	58

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capitulo III	
Resultados	62
Confiabilidad de los instrumentos	62
Estadística descriptiva	64
Características sociodemográficas.	64
Atmosfera familiar.	65
Apoyo social	67
Afrontamiento eficaz	70
Afrontamiento ineficaz	72
Percepción de riesgo de consumo de alcohol	74
Resiliencia	76
No consumo de alcohol	78
Estadística Inferencial	78
Resultados para dar respuesta a objetivo 1	80
Resultados para dar respuesta a objetivo 2	82
Resultados para dar respuesta a objetivo 3	84
Resultados para dar respuesta a objetivo 4	85
Resultados para responder hipótesis de estudio 1	87
Resultados para responder hipótesis de estudio 2	90
Resultados para responder hipótesis de estudio 3	92
Resultados para responder hipótesis de estudio 4	94
Resultados para responder hipótesis de estudio 5	98
Resultados para responder hipótesis de estudio 6	100
Resultados para responder objetivo general	101

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	107
Conclusiones	120
Recomendación	123
Referencias	124
Apéndices	143
A. Cédula de datos personales y consumo de alcohol	144
B. Escala para la evaluación de las relaciones intrafamiliares	146
C. Cuestionario de apoyo MOS-A	147
D. Escala de afrontamiento para niños	148
E. Escala de percepción de riesgo	150
F. Escala de resiliencia	151
H. Consentimiento informado para padres	152
I. Asentimiento informado para el escolar	155

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Plan de análisis de datos para objetivos	60
2	Plan de análisis de datos para hipótesis	61
3	Consistencia interna de los instrumentos del estudio	63
4	Características personales de los escolares	64
5	Descripción del dominio de unión y apoyo de ERI	65
6	Descripción del dominio de expresión de ERI	66
7	Descripción del dominio de dificultad de ERI	67
8	Descripción de Apoyo social funcional en escolares MOS- A	68
9	Descripción de resultados de afrontamiento eficaz EAN	70
10	Descripción de resultados de afrontamiento ineficaz EAN	72
11	Descripción de resultados de percepción de riesgo EPR	75
12	Descripción de la resiliencia en escolares de zonas rural	76
13	Niveles de resiliencia en escolares de zona rural	77
14	Prevalencias de no consumo de alcohol en la vida, prevalencia de consumo en el último años y consumo de más de cinco bebidas.	78
15	Prueba de normalidad para las variables continuas	79
16	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney	80
17	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney	81
18	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney	81

Lista de Tablas

Tabla		Página
19	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney	82
20	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney	83
21	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de resiliencia entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney	84
22	Prevalencias de no consumo de alcohol y consumo en el último año por género	85
23	Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores protectores, de riesgo y resiliencia	86
24	Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de atmosfera familiar y resiliencia	88
25	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney	88
26	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney	89
27	Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de apoyo social y resiliencia	90

Lista de Tablas

Tabla		Página
28	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney	91
29	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney	91
30	Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de afrontamiento eficaz y resiliencia	92
31	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney	93
32	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney	94
33	Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de percepción de riesgo para el consumo de alcohol y resiliencia	95
34	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo para el consumo de alcohol entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney	96
35	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo para el consumo de alcohol entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney	97
36	Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de afrontamiento ineficaz y resiliencia	98

Lista de Tablas

Tabla		Página
37	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney	99
38	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney	100
39	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de resiliencia entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney	101
40	Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de resiliencia entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney	101
41	Modelos de Regresión Lineal Múltiple* para la resiliencia	102
42	Modelo de Regresión Logística Binaria* para el no consumo de alcohol	104
43	Boostraps para coeficientes	105

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Modelo de Resiliencia en Adolescentes (Haase, 2004)	10
2	Representación gráfica de proposiciones del MOREAL	27
3	Estructura Conceptual Teórica Empírica	28
4	Efecto del afrontamiento ineficaz sobre el no consumo de alcohol por sexo	106

Resumen

Josefina Saraí Candia Arredondo
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación : Abril 2018

Título del estudio: MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN ESCOLARES DE ZONA RURAL

Número de Páginas: 161

Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y método de estudio: El propósito del estudio fue verificar un modelo de resiliencia basado en factores de protección y riesgo para la conducta de no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, fue guiado a través de proposiciones del Modelo de Resiliencia para Adolescentes. Se analizaron la relación entre factores de protección (afrentamiento eficaz, atmosfera familiar y apoyo social), factores de riesgo (afrentamiento ineficaz y la baja percepción de riesgo del consumo de alcohol) y resiliencia con el no consumo de alcohol. El estudio fue de diseño descriptivo correlacional y predictivo, así mismo fue de corte transversal, (Bruns & Grove, 2012). El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico n Query Advisor 4.0, para una regresión logística con nivel de significancia de .05 para una prueba bilateral con potencia de 90%, se consideró a estimar una proporción de consumo de alcohol de 30%, Razón de Momios de 1.75 para un Coeficiente de Correlación para resiliencia de .20, dando una muestra de 288, con una tasa de no respuesta de 5% y efecto de diseño de 1.1 dando una muestra final de 303 escolares. Se utilizó una cedula de datos personales, así como seis instrumentos; la escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares ERI (Rivera & Andrade, 2006; 2010) reportó un Alpha de Cronbach de .76; Cuestionario de Apoyo Social percibido para niños MOS-A (Rodríguez 2011), con un Alpha de Cronbach de .86; Escala de Afrontamiento para Niños EAN (Morales et al. 2012) con un Alpha de Cronbach de .81; Escala de Percepción de Riesgo EPR (Benthin, Slovic & Severson 1993) con Alpha de Cronbach .62, Escala de Resiliencia 14 ítems ER-14 (Pritzker & Minter, 2014), con Alpha de Cronbach .80. Se evaluó la distribución de las variables continuas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, se decidió utilizar estadística inferencial no paramétrica.

Contribuciones y conclusiones: 42.2% de los escolares nunca han consumido una bebida alcohólica, no obstante 44.9% mencionó haber consumido por lo menos una bebida alcohólica en el último año, 7.9% refirió consumir más de cinco bebidas en alguna ocasión y 54.1% refiere tener intención de consumir alguna bebida alcohólica en el futuro, respecto con la resiliencia se observa que solo 12.9% de los escolares resultaron con resiliencia baja, con una media de $\bar{X} = 60.75$ ($DE = 17.58$). De conformidad con el objetivo general las variables que mostraron efecto sobre la resiliencia fueron la atmosfera familiar ($B = .208$, $p = .001$) y afrontamiento eficaz ($B = .166$, $p < .001$). es decir que a mayor atmosfera familiar y mayor estrategias de afrontamiento eficaz mayor es la resiliencia en los escolares. Por otro lado las variables

que mantuvieron el efecto sobre el no consumo de alcohol fueron el afrontamiento ineficaz ($B=-.018, p=.026$) y sexo ($B=-.909, p<.001$). Es decir que a menor puntuación de afrontamiento ineficaz mayor es la probabilidad de no consumo de alcohol en los escolares de zona rural, destacando mayor probabilidad de no consumo de alcohol en mujeres que en hombres. El presente estudio permite entender la asociación entre algunos factores protectores para la resiliencia y el no consumo de alcohol. Se permite reflexionar sobre el impacto de estos resultados en futuros programas preventivos de enfermería dirigidos a la promoción de la salud en adolescentes para fortalecer características de resiliencia en escolares de zonas rurales y favorecer las conductas saludables como el no consumo de alcohol.

Firma del Director de Tesis _____

Capítulo I

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) estima que el alcohol es una sustancia psicoactiva que causa dependencia, se asocia con el desarrollo de más de 200 enfermedades y lesiones, además, es la droga lícita más consumida y aceptada por la sociedad y la que más adicción provoca, por lo que se considera un grave problema de salud pública. Como resultado de esta situación se estima que se producen 3.3 millones de muertes, lo que representa el 5.9% de todas las defunciones a nivel mundial (OMS, 2014).

La población más vulnerable para iniciar y sufrir consecuencias derivadas del consumo de alcohol son los adolescentes; debido a su edad e inmadurez biológica, cognitiva y psicosocial, además de tener menor posibilidad de compensar los efectos neuropsiquiátricos producidos por el consumo de alcohol e incluso es probable que se pueda detener el desarrollo neuropsicológico y emocional por el uso frecuente de este y causar dependencia de alcohol, enfermedades y lesiones que repercuten en la edad adulta (Myers & Andersen, 1991).

En México de acuerdo con el informe de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), publicada en el 2012 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRF], Secretaría de Salud [SS], 2012), que refleja datos de importancia como la alta problemática del consumo de alcohol es la edad de inicio, la cual se reporta en un promedio de 17.7 años de edad para la población total, edad en la que legalmente no se permite la venta de esta sustancia a menores de edad. Resultados en la misma encuesta en la población adolescente el 42.9% muestran una prevalencia de consumo de alcohol en el último año, se detecta una edad de inicio de 14 años de edad. Cabe mencionar que

la ENA mide estas prevalencias de consumo a partir de los 12 años de edad y no incluye a menores de 12 años.

No obstante la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 realizada en México reporta datos alarmantes, ya que la prevalencia total de consumo de alcohol alcanza el 16.9% entre escolares de quinto y sexto grado de primaria, se presenta en mayor medida en los estudiantes hombres (21.5%) que en las mujeres (12.1%); para el consumo en el último año la prevalencia es de 8.1%, 10.5% para los hombres y 5.5% para las mujeres. Otro dato que llama la atención es la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en estos estudiantes con una prevalencia de 2.4%, esta prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres (3.3% y 1.4%, respectivamente).

Al analizar las prevalencias de consumo por tipo de comunidad rural o urbana, la prevalencia alguna vez en la vida mostró ser mayor en zonas urbanas (urbana 17.1%; rural 16.1%), no obstante la prevalencia en el último año (urbana 8.0%; rural 8.2%) en el último mes (urbana 3.9%; rural 4.4%) y el consumo excesivo de alcohol (urbana 2.3%; rural 2.7%) fue ligeramente mayor en la zonas rurales (INPPRF, CONADIC & SS, 2015). Cabe mencionar que una zona rural es catalogada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) como aquella población que cuenta con menos de 2,500 habitantes y se encuentra alejada de la zona urbana, o delimitada por dispersión, según el área geográfica. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015), la zona rural se considera como aquella que cuenta con características de riesgo que pueden afectar la salud en general como; pobreza, problemas de acceso a los servicios de salud, servicios de información y tecnología, así como retraso en la escolarización.

No obstante existe escasa evidencia de estudios recientes que aborden el consumo de alcohol en escolares y adolescentes de zonas rurales de México. En países como Nigeria (Lesabikan & Ola, 2016), Sur África (Onya, Tessera, Myers, & Filsher,

2012), Australia (Chan et al., 2016; Comber et al., 2011) y Estados Unidos (Dehaan & Boljevac, 2010; Comber et al., 2011), muestran consumo de alcohol alguna vez en la vida entre 22% a 70% de niños y adolescentes de zonas rurales. Se destaca que la principal fuente de obtención de alcohol son por parte de los padres o algún familiar (Chan et al., 2016). Lo más alarmante es la tendencia ascendente que evidencia que este consumo se aumenta con la edad, también, incrementa el riesgo de dependencia y/o el inicio de consumo de otras drogas (Grigoravicius, Bradichansky, & Nigro, 2012; Pilatti, Godoy, & Brussino, 2011).

Estudios previos tanto en México y otros países identifican múltiples factores de riesgo personales, interpersonales y ambientales para el consumo de alcohol en adolescentes, por ejemplo mayor edad y más alto grado escolar, ser varón, problemas de autoestima, actitudes favorables al consumo de alcohol, baja percepción de riesgo, tener amigos y padres consumidores, tener conflictos familiares, malas relaciones con amigos y profesores, falta de apoyo social, falta de actividades recreativas, normas sociales favorables al consumo y problemas de salud mental (Alonso, López, Armendáriz, & Guzmán, 2012; Guo, et al., 2016; Acosta, Fernandez; & Pillon, 2011; Beheiraei, Soltani, Ebadi, Foroushani, & Cheraghi, 2016; Innamorati & Maniglio, 2015; Morojele, Beook, & Brook, 2016).

Por otra parte son menos los estudios que identifican factores que puedan proteger a los adolescentes del consumo de alcohol, sin embargo entre los factores que se pueden mencionar son los factores de protección familiar como relaciones familiares saludables, involucramiento en actividades familiares, cohesión familiar, expresividad y comunicación familiar, religiosidad, autoestima adecuada, habilidades para resolver problemas, poseer habilidades sociales, participación pro social en comunidad, percibir apoyo social y emocional (Allen, Mohatt, Fok, Henry, Burkett, & People Awakening Team, 2014; Cleveland, Feinberg, & Jones, 2012, Handren, Donaldson, & Crano, 2016;

Kuttler, Schwendemann, & Bitzer, 2015; Monahan, Oesterle, Rhew, & Hawkins, 2014; Tingey, et al., 2016). Sin embargo la mayoría de estos estudios sobre factores de riesgo y protección fueron realizados en áreas urbanas, por lo que es relevante estudiar estos factores en adolescentes y escolares de zonas rurales.

Aunado a lo anterior estudios han demostrado que adolescentes considerados como resilientes, es decir adolescentes que a pesar de desenvolverse en ambientes de riesgo donde se favorece el consumo de alcohol, no presentan problemas de consumo de alcohol y se ha observado que algunas características de resiliencia de la persona, tiende a reducir el riesgo de consumo de drogas incluyendo el alcohol (Becoña, Miguez, López, Vázquez, & Lorenzo, 2006; Heinrich, Schumann, Flor, Nees, & IMAGEN consortium, 2016; Hodder, Freund, Bowman, Wolfenden, Gillham, Dray, & Wiggers, 2016; Johnson, Dinsmore, & Hof, 2011; Pisarska, Eisman, Ostaszewski, & Zimmerman, 2016; Long, Lönn, Ji, Lichtenstein, Sundquist, Sundquist, & Kendler, 2017; López, Alonso, Armendáriz, Guzmán, Alonso, & Rodríguez, 2015).

No obstante hasta el momento no se han localizado estudios que expliquen la influencia e interacción de factores de riesgo y protección con la resiliencia para explicar el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales. En este sentido es conveniente mencionar que el enfoque de resiliencia y enfoque de riesgo, ambos son consecuencias de la aplicación de métodos epidemiológicos a los fenómenos sociales y de salud.

Considerar a los factores de riesgo y la resiliencia en forma conjunta proporcionará una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y puede fortalecer su aplicación en las intervenciones de profesionales de enfermería dirigidas a la promoción de la salud en adolescentes (Munisi, et al, 2006).

Un modelo de enfermería que pudo ayudar a explicar e identificar de forma conjunta la influencia de factores de riesgo y protección, así como la influencia de características de resiliencia para el consumo de alcohol en adolescentes es el Modelo de

Resiliencia en Adolescentes (MRA) propuesto por Haase, Heiney, Ruccione y Stutzer (1999). Es importante mencionar que este modelo se ha utilizado en adolescentes con cáncer, otras enfermedades crónicas y para apoyar la prevención de conductas sexuales, no obstante una revisión detallada sobre los supuestos filosóficos y conceptos permitió seleccionarlo como modelo conceptual para guiar este estudio sobre resiliencia y consumo de alcohol en escolares de zonas rurales (Castillo & Benavides, 2012; Haase, 2004).

El MRA postula que existen factores de protección que influyen en la resiliencia de los adolescentes y a su vez pueden mejorar las condiciones de calidad de vida, así mismo se considera que los factores de riesgo influyen de forma negativa a una resiliencia y por consecuencia en una deficiente calidad de vida por problemas de salud. El MRA identifica tres tipos de factores; los factores protectores; familiares, sociales, individuales, factores riesgo; relacionado a la enfermedad e individuales y factores de resultado; como la resiliencia y calidad de vida o problemas de salud (Haase, 2004).

En base a la revisión de literatura y de acuerdo a los postulados del MRA los factores de protección que son importantes abordar en esta población son variables consideradas en la atmosfera familiar de los escolares, el apoyo social, afrontamiento efectivo. Entre los factores de riesgo la baja percepción de riesgo y afrontamiento inefectivo. De acuerdo a Haase (2013) la atmósfera familiar donde exista cohesión y comunicación familiar es un factor protector para los adolescentes, así mismo estudios indican que quien percibe una buena atmósfera familiar desarrolla la capacidad de resiliencia y disminuye el riesgo de inicio o consumo de alcohol, sin embargo la mayoría han sido realizados solo en población adolescente de zonas urbanas, y no existe evidencia sobre la influencia de la atmosfera familia sobre la resiliencia y el consumo de alcohol en escolares de zonas rurales (Bulnes, 2008; Caetano, Vaeth, & Canino, 2017; Kopak, Chen, Haas & Gillmore, 2012; Moreno, Esteves, Murgui, & Musitu 2009;

Povedano, Hendry, Ramos, & Varela, 2011; Reeb, et al, 2015; Santander, et al. 2008; Soloski, Monk, & Durtschi, 2016; Vargas, 2009).

El apoyo social es otro factor protector considerado como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social que permite al individuo desarrollar resiliencia como un resultado positivo. Se mostró en estudios anteriores que el apoyo social percibido como positivo, puede generar una mejor calidad de vida a través de un ajuste emocional, mediante una mejor autoestima y salud mental, así como la capacidad para afrontar con éxito la vida, así mismo estudios indican que mientras mayor sea el apoyo social percibido menor es el riesgo de inicio del consumo de alcohol (Leiva, Pineda, & Encina 2013; Rodríguez, 2010; Sanchez, Romano, Dawson, Huang, Sneji, Cyrus, & De La Rosa, 2016; Stappenbeck, Hassija, Zimmerman, & Kaysen, 2015; Uribe, Orcasitas, & Gómez, 2012; Villareal, Sánchez, Musitu, & Varela, 2010).

El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, y control que lo hace sentir mejor, así como reducir estrés y ayuda a percibir de manera positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivar a cuidar de sí mismo y evitar conductas no saludables como el consumo de alcohol, a interactuar de manera positiva con otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar ofrecimientos de consumo de alcohol (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz 2006; Cullum, O'Grady, Sandoval, Armeli, & Tennen, 2013; Segrin, McNelis, & Swiatkowski, 2016). Sin embargo, una de las razones que justifican la realización de este estudio es que son escasos los estudios que abordan la perspectiva del apoyo social del niño, lo que pone en evidencia la importancia de abordar esta variable.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser consideradas como un factor protector o un factor de riesgo, regularmente algunos autores los analizan de manera simultánea ya que la presencia de un factor de riesgo elimina automáticamente la

existencia del factor protector o viceversa y, se establece que a mayor afrontamiento eficaz, mayor es la capacidad de resiliencia y a menor afrontamiento o afrontamiento ineficaz, mayor riesgo de consumo de alcohol, se podría explicar que las estrategias de afrontamiento eficaz tal como la planificación, reevaluación y aceptación permite al sujeto responder efectivamente a resistir y evitar el inicio del consumo de alcohol (González & Artruch, 2014; Mestre, Samper, & TurPorcar 2012; Morales & Trianes, 2010; Valero, Villagran, Quiroz, & Trujano 2013).

Por otra parte estudios sobre la percepción de riesgo muestran que cuando un individuo percibe que una conducta es aceptada, este la ejercerá sin contemplar los riesgos, ante la conducta de consumo de alcohol, aquellos que perciben ingerir bebidas como algo agradable, bueno o aceptable, no perciben los riesgos que podrían enfrentar, como la intoxicación, desarrollo de enfermedades y lesiones, adicción, e incluso el riesgo de morir en accidentes de tráfico y broncoaspiración. En este sentido se ha identificado en la literatura que la baja percepción de riesgo es considerada como el desconocimiento de daños, consecuencias y la severidad atribuida al consumo de alcohol (Grigoravicius & Ducos 2009; López, et. al., 2013; Mendez-Ruiz, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo, Uribe-Alvarado, & Armendáriz-García, 2015; Moral, Rodríguez, & Silvert, 2006; Pilatti, Godoy, & Bussino; 2011). Tener una baja percepción de riesgo puede conducir a los escolares de zonas rurales a tomar la decisión de actuar de una manera favorable al consumo de bebidas alcohólicas. No obstante no existe hasta el momento evidencia de la influencia de la percepción de riesgos en poblaciones de zonas rurales.

Lo anterior pone en evidencia la posibilidad de la existencia de factores que pueden favorecer las características de resiliencia y que pueden reducir el riesgo de consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, no obstante existe poca literatura sobre los factores protectores para la resiliencia y consumo de alcohol en escolares de

zonas rurales, cabe señalar que hasta el momento se han abordado factores protectores o de riesgo de forma individual y la mayor parte de estudios se ha realizado en adolescentes de zonas urbanas y con perspectiva de riesgo. Los resultados del presente estudio contribuyen a la validez empírica del MRA, amplían el conocimiento sobre factores de riesgo y protección en el no consumo de alcohol en escolares y servirán como base para el desarrollo de nuevos estudios que contribuyan al cuerpo de conocimiento de enfermería sobre el concepto de resiliencia.

Por lo anterior el propósito del estudio fue verificar un modelo de resiliencia basado en factores de protección y riesgo para la conducta de no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, guiada a través de proposiciones del MRA. De tal manera que se analizaron la relación entre factores de protección (afrentamiento eficaz, atmosfera familiar y apoyo social), factores de riesgo (afrentamiento ineficaz y la baja percepción de riesgo del consumo de alcohol) y resiliencia con el no consumo de alcohol.

Marco teórico

A continuación se presenta el marco teórico que guio el presente estudio, el cual se constituye por tres apartados: a) Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Hasse (2004), b) La Teoría de Rango Medio modelo de resiliencia para el consumo de alcohol en escolares de zonas rurales (MORESAL) propuesta que guio el presente estudio y c) Estudios relacionados donde se muestra la revisión de la literatura agrupada por las variables de interés tal como atmosfera familiar, percepción de apoyo social, afrontamiento ineficaz, percepción de riesgo del consumo de alcohol, afrontamiento eficaz, resiliencia y consumo de alcohol, concluyendo con objetivos e hipótesis.

Modelo de resiliencia en adolescentes (MRA).

El MRA es propuesto por Haase, Heiney, Ruccione y Stutzer (1999), es uno de los primeros modelos teóricos de enfermería que plantea una representación

comprensiva, integradora de un conjunto de factores que anteceden a la resiliencia y calidad de vida durante la etapa de la adolescencia. En este apartado se presenta las perspectivas teóricas subyacentes y variables del MRA que servirán de guía para este estudio. Es importante mencionar que este modelo se ha utilizado en adolescentes con cáncer, otras enfermedades crónicas y para apoyar la prevención de conductas sexuales (Castillo & Benavides, 2012; Haase, 2004; 2014).

Sin embargo el MRA postula que el quehacer de enfermería está dirigido al cuidado de promoción de la salud que implica favorecer los factores de protección y control de riesgos, lo cual puede beneficiar al cuidado de promoción para el desarrollo de la resiliencia para el no consumo de alcohol en escolares. A futuro integrar acciones de enfermería en la promoción de factores protectores para favorecer la resiliencia y prevención de consumo de alcohol en niños escolares.

El MRA gira esencialmente alrededor de conceptos que son clasificados como factores protectores, factores de riesgo y factores de resultado. Haase (2004) identifica tres tipos de factores protectores que pueden influir positivamente en los resultados, estos factores incluyen: factor de protección familiar (atmósfera familiar, soporte y recursos familiares), factor de protección social (recursos de cuidado de la salud e integración social) y factor de protección individual (afrentamiento positivo y significado derivado). Por otra parte describe factores de riesgo que pueden tener una influencia negativa con los resultados, estos factores incluyen: riesgo relacionado a la enfermedad (enfermedad y síntomas relacionados) y factor de riesgo individual (afrentamiento defensivo). Finalmente, resiliencia y calidad de vida son descritas como factores resultados. Calidad de vida es referida como bienestar general (Haase, 2004).

El MRA (Haase & Peterson, 2013), redefine la resiliencia como el proceso de identificación de recursos y fortalezas ante factores de estrés para la obtención de un resultado positivo. Los factores de riesgo los considera opuestos a los factores de

protección. Se propone la hipótesis que tanto los factores de riesgo y factores de protección tienen una influencia en la capacidad de resiliencia, en la figura 1 se muestran las relaciones entre los factores de riesgo, protección y de resultado.

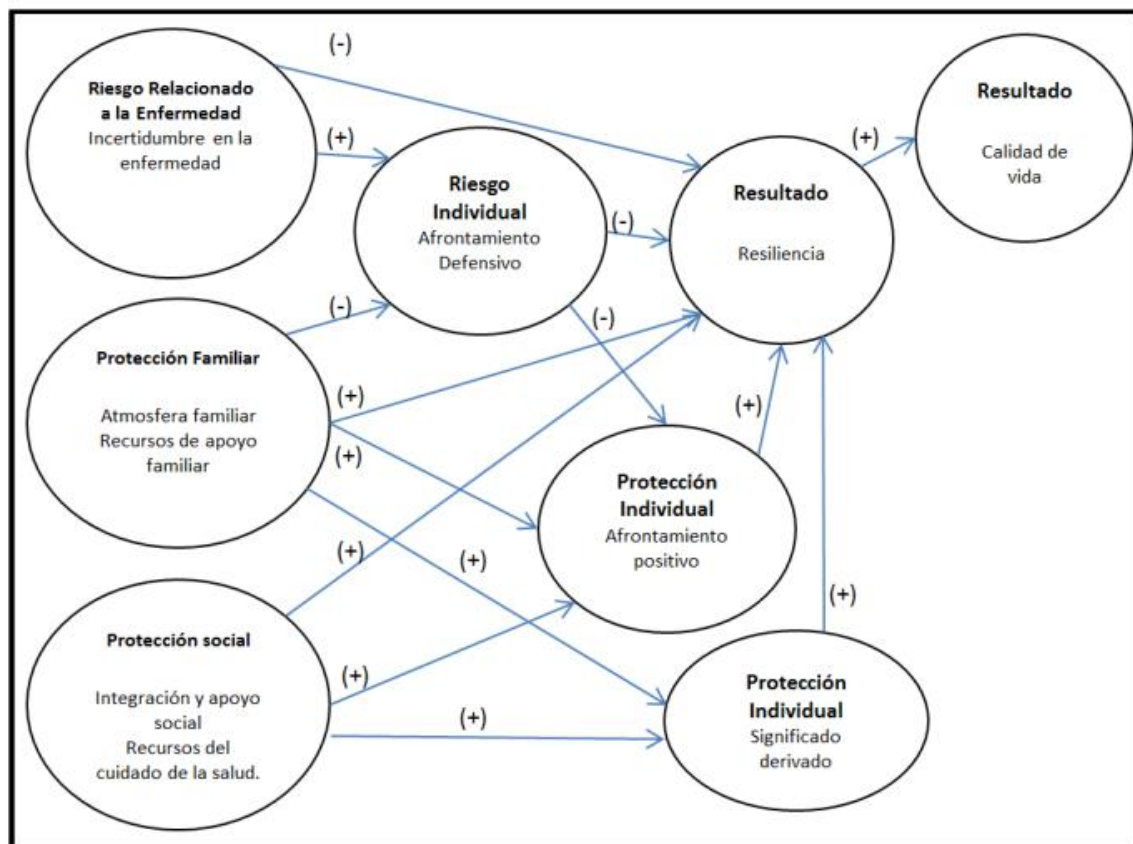


Figura 1. *Modelo de Resiliencia en Adolescentes (Haase, 2004)*

A continuación se explican los conceptos y componentes del MRA que serán utilizados para esta investigación (Haase, 2004).

Los factores de riesgo son considerados como características individuales, familiares y sociales del adolescente que influyen negativamente en la resiliencia y calidad de vida. Los factores de protección se consideran contrarios a los factores de riesgo, estos son: características individuales, familiares y sociales que influyen positivamente en la resiliencia y calidad de vida de los adolescentes.

El factor de protección familiar: se consideran los conceptos de la atmosfera familiar y recursos de apoyo familiares. Estos son componentes de protección encontrados dentro y fuera de la familia. La familia es potencialmente uno de los recursos de mayor protección para problemas psicosociales en adolescentes. Familias resilientes se caracterizan por ser flexibles, cohesivos, encuentran nuevos significados en la vida, se comunican, resuelven problemas efectivamente y tienen mejores resultados psicosociales. En este sentido la atmosfera familiar se refiere a la adaptabilidad, cohesión, comunicación y apoyo percibido dentro de la familia. La adaptación familiar se refiere a la habilidad de la familia para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencia que se presentan. La cohesión es el grado en que una familia está unida y se ayudan entre sí. La comunicación se refiere al grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y expresar directamente sus sentimientos. El apoyo familiar (atmosfera familiar) se refiere a la cualidad y el alcance de la red y recursos familiares. La red familiar consiste de las personas que tiene mayor relación en un núcleo familiar en un tiempo particular.

Durante el tiempo de crisis o cambios, las familias tienden a depender del apoyo extensivo en sus redes familiares. Los recursos familiares son materiales y cualidades personales tanto como financieros, de educación y salud de los individuos miembros de la familia que contribuyen a la prevención o alivio del estrés dentro de la familia.

Factor de protección social este factor está compuesto por los términos de integración social, apoyo social y recursos del cuidado de la salud. Este se refiere al alcance en el cual los individuos perciben que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son cumplidas por sus amigos y proveedores del cuidado. La integración social se refiere al grado en el cual el adolescente es capaz de mantener relaciones expandidas socialmente que incluyen amigos, compañeros escolares, proveedores de salud y adolescentes con la misma condición de salud.

El apoyo social son los recursos disponibles para su bienestar y mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar dentro de un contexto social. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) del adolescente a través de la interacción con otros y favorece una mejor resiliencia y una mejor calidad de vida.

Factor de protección individual está conformado por el afrontamiento positivo. Este factor está compuesto por estrategias de afrontamiento confrontativo, optimista y de apoyo. Haase (2004) refiere que estas estrategias están ligadas a resultados positivos tales como una mayor resiliencia y mejor calidad de vida. Los ejemplos del afrontamiento positivo incluyen estrategias enfocadas en obtener apoyo social de otros, enmarcar la experiencia optimista y obtener conocimiento proactivamente acerca de la enfermedad y sus tratamientos.

El factor de riesgo relacionado con la enfermedad, se conceptualiza bajo el término de incertidumbre de la enfermedad. Este factor tiene influencia negativa en la resiliencia y la calidad de vida. Se define incertidumbre como la falta de habilidades para comprender los eventos relacionados a la enfermedad o a un comportamiento. La incertidumbre es mayor cuando los adolescentes no tiene información de lo que está pasando con ellos, cuando ellos no entienden la información que les dan, y cuando los eventos relacionados son extraños, desconocidos o inesperados (Haase, 2004).

Cabe mencionar que para fines de este estudio el factor relacionado a la enfermedad fue representado por el termino de percepción de riesgo. Este término ha sido definido en componentes esenciales sobre el daño, peligro o consecuencias que pueden producir el consumo de alcohol, siendo los más estudiados los conocimientos, creencias y percepciones. Trujillo et al. (2007) lo define como como el grado de

conocimiento, creencias y miedos del individuo sobre los daños asociados a la conducta del consumo hacia la persona y terceros.

Factor de riesgo individual es caracterizado por un afrontamiento defensivo. Este factor es compuesto de estrategias de afrontamiento evasivo, fatalístico y emotivo. El afrontamiento es el constante cambio de los esfuerzos cognitivos y de comportamiento que manejan demandas externas/internas valoradas como los recursos agobiantes o excedidos de la persona. Estas formas de afrontamiento son asociadas con resultados menos positivos.

De acuerdo con Haase (2004) las formas del afrontamiento defensivo crean problemas cuando estas empiezan a prolongar y están usualmente sin un desarrollo a profundidad de un afrontamiento positivo. Las formas del afrontamiento defensivo pueden afectar negativamente la resiliencia y la calidad de vida. Las estrategias de afrontamiento defensivo que negativamente afectan la resiliencia y los resultados de la calidad de vida son etiquetados evasivamente, fatalísticamente y emotivamente.

Tales mecanismos de afrontamiento probablemente ocurren inicialmente al diagnóstico de una enfermedad o inicio de una conducta que dañe la salud y persiste siendo identificados dentro de otras estrategias de afrontamiento. Las formas de afrontamiento defensivo pueden ser transformadas a un afrontamiento positivo si el adolescente tiene el tiempo suficiente para movilizar o desarrollar otros factores de protección que amortiguan el impacto de una enfermedad o de una conducta dañina (Haase & Peterson, 2013).

Factor resultado: se incluye la resiliencia y la calidad de vida. La resiliencia de acuerdo Haase (2004) lo define como el proceso de identificación de recursos y fortalezas ante factores de estrés para la obtención de un resultado positivo como el sentido de seguridad o autocontrol. La seguridad es caracterizada por la percepción que tiene el adolescente del control sobre los eventos en su ambiente, en contraste al

sentimiento de que se tiene sobre ser víctima del destino o casualidades. La resiliencia es entendida como la capacidad del adolescente para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformadas por ellos (Wagnild y Young, 1993).

Factor de resultado calidad de vida: Este factor se refiere a un sentimiento global de bienestar en el contexto de MRA. Según Haase (2004), la calidad de vida es definida como un concepto multidimensional, y se refiere a las condiciones en que vive una persona que hacen que muestren sentimientos de bienestar y su existencia sea digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el adolescente existe y se desarrolla. El concepto en el MRA muestra la hipótesis de que los factores tanto de riesgo y protección afectan la calidad de vida en vez de mejorar la calidad de vida. Es decir aun en circunstancias difíciles de la vida, un resultado de resiliencia puede mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, en el MRA, la calidad de vida es conceptualizada como un sentimiento de bienestar por parte de los adolescentes.

Supuestos y proposiciones del MRA.

1. La familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente.
2. Los adolescentes poseen recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de riesgo, para obtener resiliencia y una mejor calidad de vida.
3. Los adolescentes tienen respuestas específicas hacia la salud y enfermedad.
4. La adaptabilidad, cohesión, comunicación y apoyo percibido así como los recursos de apoyo dentro de la familia favorecen la resiliencia en el adolescente.
5. El alcance en el cual los individuos perciben la integración social y sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación es determinado por amigos y proveedores del cuidado, lo cual se refleja en la resiliencia del adolescente.

6. El factor de protección individual afrontamiento positivo está ligado a la resiliencia en el adolescente.
7. El riesgo relacionado a la enfermedad en relación con la incertidumbre en la enfermedad, es decir la inhabilidad de tener sentido de los eventos relacionados a la enfermedad o a un comportamiento, influyen de manera negativa en la resiliencia de un adolescente
8. El riesgo individual considerado como estrategias de afrontamiento defensivo están ligadas a resultados negativos tales como una menor resiliencia en el adolescente.
9. El proceso de identificación o el desarrollo de recursos y fortalezas ante factores de estrés es el resultado de la resiliencia del adolescente y pueden influir en la calidad de vida de los adolescentes.

Teoría de rango medio: Modelo de resiliencia para el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales (MOREAL).

El Modelo de Resiliencia para el Consumo de Alcohol en Escolares está dirigido a niños que estudian primaria de zonas rurales, el cual se dedujo de las suposiciones y conceptos del Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Haase (2004). Los conceptos claves que se consideraron para el Modelo de resiliencia para el consumo de alcohol en escolares son: atmósfera familiar como factor de protección familiar, percepción de apoyo social como factor de protección social, afrontamiento eficaz como factor de protección individual, baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y afrontamiento ineficaz como factores de riesgo individual, y finalmente como factores resultado fue la resiliencia y el no consumo de alcohol.

Derivación de conceptos y proposiciones.

La derivación de conceptos y proposiciones es una estrategia utilizada que permite desarrollar enunciados acerca de un fenómeno, mediante el uso de analogías de

un campo de conocimiento a otro. En este sentido dicha estrategia permite la construcción de enunciados declarativos y enunciados donde se propone la relación entre dos o más conceptos y puede ser expresada a través de un diagrama (Walker & Avant, 2011).

La derivación de proposiciones consiste en una serie de pasos propuestas por Walker y Avant (2011). A continuación se presenta el proceso a seguir para realizar la derivación: primero familiarizarse con el estado del arte acerca del tópico de interés. En este paso se efectuó una búsqueda de literatura en las diferentes bases de datos (PubMed, EBSCO, Medline, Scielo, Dialnet, Scopus, Slide Share, Health) para obtener literatura nacional e internacional sobre consumo de alcohol en escolares o adolescentes relacionados con las variables de resiliencia, atmosfera familiar, afrontamiento, apoyo social y percepción de riesgo para el consumo de alcohol.

Posteriormente se realizó la búsqueda del tópico de interés. En este paso se revisó el producto de la búsqueda de literatura, observando la manera en que los conceptos han sido abordados desde el enfoque de diferentes disciplinas, reafirmando que en su mayoría se abordan desde el enfoque psicológico, no obstante recientemente enfermería ha adaptado el término de resiliencia principalmente en fenómenos de enfermedades crónicas, cáncer y conductas sexuales y cabe la posibilidad de aplicarlo en la conducta del no consumo de alcohol, a través de un modelo de enfermería dirigido a explicar el efecto de factores protectores y de riesgo sobre la resiliencia y el no consumo de alcohol.

El tercer paso fue la selección de la fuente del conocimiento o modelo a utilizar en el proceso de derivación para identificar las características de contenido y estructura a utilizar. En este paso fueron seleccionados los supuestos y conceptos del Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Haase (2011). Una vez analizados y seleccionados los conceptos del modelo y reconociendo la factibilidad y verosimilitud de la aplicación al

fenómeno del consumo de alcohol con apoyo de la revisión de la literatura se derivó el contenido a los conceptos de interés para el estudio (atmosfera familiar, apoyo social, afrontamiento eficaz, baja percepción de riesgo para el consumo de alcohol, afrontamiento ineficaz, resiliencia y el no consumo de alcohol), tratando de mantener la congruencia con las características conceptuales y estructurales del MRA. Finalmente una vez derivados los conceptos, el quinto paso fue desarrollar las nuevas proposiciones sobre la resiliencia que influye para el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, basado en el contenido y estructura de las proposiciones del MAR, en este paso también se crearon y redefinieron nuevas proposiciones en base a las definiciones de los siete conceptos teóricos cuidando las características conceptuales del MRA, pero también de acuerdo a lo reportado en la literatura científica. A continuación se muestran la explicación de los conceptos de la TRM.

Atmosfera familiar del escolar.

Atmosfera familiar del escolar es el concepto derivado del factor de protección familiar, atmosfera familiar.

La atmosfera familiar del escolar se refiere a la percepción que tiene el escolar sobre las relaciones dentro de su familia en términos de la adaptación, cohesión y comunicación. Estas características familiares han mostrado ejercer una influencia significativa positiva tanto en la conducta del no consumo de alcohol, como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes (Caetano, Vaeth & Canino, 2017; Kopak, Chen, Haas & Gillmore, 2012; Santander, et al. 2008; Soloski, Monk & Durtschi, 2016; Steves & Van, 2002; Zimmer & Locke, 2007). Un ambiente familiar positivo hace referencia a un clima fundamentado en la cohesión afectiva entre miembros de la familia, el apoyo, la confianza e intimidad y la comunicación familiar abierta y empática; se ha constatado que estas dimensiones potencian el ajuste conductual y psicológico de los miembros (Garmendia, Alvarado, Montenegro & Pino

2008; Lila & Buelga, 2003; López, et al. 2013; Musitu & García, 2004; Reeb, et al, 2015; Van Aken, Van Lieshout, Scholte, & Branje, 1999).

La adaptación familiar se refiere a las percepciones que puede tener el escolar sobre a la habilidad de la familia para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencia que se presentan en la vida diaria. La cohesión es la percepción del escolar sobre el grado en que su familia está unida y se ayudan entre sí. La comunicación familiar que percibe el escolar se refiere al grado en que percibe que se permite y anima a los miembros de su familia a actuar libremente y expresar directamente sus sentimientos (Moreno, Esteves, Murgui & Musitu 2009).

La comunicación es considerada como facilitadora del cambio en las otras dos dimensiones (adaptabilidad y cohesión). Las habilidades de comunicación positivas (empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo, mensajes claros y congruentes y habilidades efectivas de resolución de problemas) permiten a las familias compartir entre ellos sus necesidades en relación con la cohesión y adaptabilidad (Rivero, Martínez & Iraurgi, 2011).

Estudios en adolescentes han mostrado que características en contextos familiares donde se favorece una comunicación abierta, adaptabilidad a cambios y cohesión entre los miembros influye en las características de resiliencia en los adolescentes (Vargas, 2009 Povedano, Hendry, Ramos & Varela 2011). Por otra parte se ha mostrado que la falta o ausencia de atmosferas familiares positivas influyen en las conductas no saludables como el consumo de alcohol y drogas (Caetano, Vaeth, & Canino, 2017; Kopak, Chen, Haas & Gillmore, 2012; Povedano, Hendry, Ramos, & Varela, 2011; Reeb, et al, 2015; Santander, et al. 2008; Soloski, Monk & Durtschi, 2016).

Apoyo social en escolares.

El apoyo social en escolares es conceptualizado como la percepción que tiene el

escolar acerca de la cantidad de amigos y familiares que lo apoyan y la percepción que recibe de estos en función de la ayuda emocional y apoyo para obtener información para la solución de problemas, el cual fue derivado del concepto de protección social.

Como constructo, se conceptualiza al apoyo social desde dos dimensiones: la estructural y la funcional (Gottlieb, 1983). La primera hace referencia al tamaño de la red social y la segunda a la percepción de la utilidad que ésta tiene. El apoyo funcional, se compone por la percepción de los apoyos emocionales, instrumentales e informativos. Emocionales donde el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza. Instrumentales en el cual se aporta a la solución de problemas. Informativos a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema (Antonucci & Israel, 1986; Gottlieb, 1983; Leiva, Pineda & Encina 2013; Uribe, Orcasitas & Gómez 2012).

Estudios han mostrado que los escolares que cuentan con un apoyo social percibido adecuado experimentan sentimientos de mayor seguridad, observados en su estado anímico, positivo y bienestar (Leiva, Pineda & Encina 2013; Rodríguez 2010; Uribe, Orcasitas & Gómez 2012), así mismo se ha hecho evidente que a mayor percepción de apoyo social, menor es el riesgo para el inicio de consumo de alcohol y drogas en niños (Perula, et. al., 1998) y adolescentes (Villareal, Sánchez, Musitu & Varela 2010). En este sentido se puede explicar que el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social permite al adolescente desarrollar resiliencia como un resultado positivo, puede generar una mejor calidad de vida, así como fortalecer la capacidad para afrontar con éxito la vida (Sánchez, et al., 2016; Stappenbeck, et al., 2015).

Afrontamiento eficaz.

El concepto de afrontamiento eficaz es derivado del concepto de factor de protección individual afrontamiento positivo. Se define como las características, estrategias o conductas que capacitan a los escolares para manejar estresores de forma

más efectiva, se relaciona con la experimentación de pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, así mismo recuperarse más rápidamente de la exposición (Haase 2014)

Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los escolares para amortiguar y si es posible eliminar, los efectos de las situaciones amenazantes. En este tipo de estrategias de afrontamiento se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor por ejemplo, relajarse, planificar acciones, buscar apoyo social y emocional, buscar consejos e información y el lado positivo de las situaciones (Rodríguez et. al., 2012).

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Un afrontamiento eficaz a una situación determinada conduce a un ajuste adecuado, y como evidencia de la adaptación se encuentra el bienestar, el funcionamiento social y la salud (Haase, 2008). Haase (2004) refiere que estas estrategias están ligadas a desarrollar resultados positivos tales como una adecuada resiliencia, sentimiento de control, confianza y mejor calidad de vida. El afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilite el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, con las estrategias o acciones que la persona hace para evitar ser dañada (Haase, 2004).

Estudios sobre el consumo de alcohol en niños y adolescentes han mostrado que a medida que se cuenta con mayores capacidades de afrontamiento eficaz menor es la posibilidad de que se presente el consumo de alcohol (Alfaro, et al. 2014; González & Artruch 2014; Mestre, Samper, & TurPorcar, 2012) y mayor es la percepción del riesgo del consumo de alcohol (García & Carvalho 2008).

Percepción de riesgo del consumo de alcohol

La percepción de riesgo del consumo de alcohol es el concepto que fue representado por el factor de riesgo relacionado a la enfermedad, se considera como el grado de conocimiento, creencias y miedos del escolar sobre los daños que le puede provocar el consumo de alcohol a él, a amigos y familiares.

Estudios han mostrado que la baja percepción de riesgo para el consumo de alcohol influye en el consumo de alcohol. Moral, Rodríguez y Sirven (2006) identificaron que la percepción de riesgo distorsionado es mayor en consumidores que no consumidores de alcohol, así mismo otros autores por ejemplo Ruiz y Medina (2014) así como Moral y Ovejero (2011) han mostrado que a menor percepción de riesgo relacionados con el consumo de alcohol como accidentes, problemas de salud, problemas relacionados con la autoridad entre otros, absentismo escolar, violencia física, entre otras, influye en el consumo de alcohol de los adolescentes.

Partiendo de este análisis, permite la comprensión de la percepción de riesgo como un factor predictivo del consumo de alcohol, ya que a baja percepción de riesgo de un adolescente mayor es el consumo de alcohol, de forma que la percepción de riesgo puede ser considerada un factor de riesgo para el consumo de alcohol, esta cognición provoca que el adolescente sea más susceptible de desarrollar conductas de riesgo, el hecho de verse a sí mismos como inmunes a las consecuencias negativas del consumo de alcohol, que sólo pueden ocurrir a otros (Suárez et al, 2014).

Afrontamiento ineficaz.

El afrontamiento ineficaz es contrario al afrontamiento eficaz y se definió como las características, estrategias o conductas que no habilitan a los escolares para manejar situaciones de vida de forma efectiva, tal como ofrecimientos de consumo de alcohol, llegar a experimentar consumo de alcohol una vez expuestos a situaciones que lo

favorezcan. Este concepto fue derivado del concepto de factor de riesgo individual de afrontamiento defensivo.

De acuerdo con Haase (2004) las formas del afrontamiento ineficaz crean problemas cuando estas empiezan a prolongar y están usualmente sin un desarrollo a profundidad de un afrontamiento positivo. Estas formas de afrontamiento pueden afectar negativamente la resiliencia. Las estrategias de afrontamiento ineficaz que negativamente afectan la resiliencia, así como el resultado de que un adolescente no consuma alcohol pueden ser: la auto distracción, aumento de la conciencia del propio problema, reducir esfuerzos para tratar el problema o estresor, la negación y el uso de sustancias como medida de afrontamiento (Moran, Landero, & González, 2010).

Tales mecanismos de afrontamiento probablemente ocurren al inicio de una conducta que dañe la salud. Las formas de afrontamiento ineficaz pueden ser transformadas a través de un afrontamiento eficaz si el adolescente tiene el tiempo suficiente para movilizar o desarrollar otros factores de protección que amortiguan una conducta dañina. Estrategias de afrontamiento ineficaz se asocian con la dificultad para enfrentar la decisión de consumir o no alcohol, sobre todo porque en algunos casos el consumo de alcohol puede ser asumido como una estrategia de afrontamiento ante el malestar emocional o situaciones adversas. Así mismo se ha mostrado que tener estrategias de afrontamiento ineficaz puede incrementar la probabilidad de iniciar conductas dañinas, así como afectar la calidad de vida en diferentes individuos (González & Artruch, 2014).

Resiliencia en escolares.

La resiliencia en escolares es el concepto del factor de resultado de resiliencia de acuerdo Haase (2004). Se define como el proceso de identificación de recursos disponibles y fortalezas que percibe el escolar tener para responder de forma favorable y reducir el impacto del riesgo para la obtención de un resultado positivo, tal como la

capacidad de controlar situaciones, contar con satisfacción personal, sentirse seguro, disciplinado y tener sentido a la vida.

Existe literatura que muestra que adolescentes considerados como resilientes a pesar de desenvolverse en ambientes de riesgo, no presentan problemas de consumo de alcohol o drogas; esta relación está determinada que entre mayor características de resiliencia tenga el adolescente se reduce el riesgo de consumo de alcohol (Ramírez, Hinman, Sterlin, Weisner, & Campbl, 2012; Johnson, Dinsmore, & Hof, 2011; Becoña, 2007; Willis & Yaeger, 2003; Córdova, Andrade, & Rodríguez, 2005)

El modelo de resiliencia proporciona un marco para comprender por qué algunos niños y adolescentes que están expuestos a una serie de factores de riesgo no desarrollan resultados negativos de salud y sociales. En otras palabras, el modelo de resiliencia se centra en aquellos factores que ayudan a los niños y jóvenes a evitar las consecuencias negativas de la exposición al riesgo (Heaans, 2004; Rutter, 1987; Rutter, 1993; Pisarska, et al., 2016). Pisarska et al. (2016) en su trabajo sobre resiliencia de adolescentes concuerda con Heaans (2004), Por que indican que el modelo de resiliencia es un modelo compensatorio, dado que implica que los factores protectores pueden neutralizar o contrarrestar los efectos de los factores de riesgo y, por lo tanto, tener un efecto opuesto e independiente de los riesgos sobre el resultado de interés. En este caso, los factores de riesgo y de protección no interactúan pero tienen efectos directos en el comportamiento del no consumo de alcohol.

Dentro de este modelo, los factores protectores interactúan con los riesgos y disminuyen o modifican su efecto negativo sobre el resultado del no consumo de alcohol. La literatura revisada indica que factores familiares y sociales de los adolescentes, que incluye la atmosfera familiar, así como el apoyo social por parte de sus familias, amigos y adultos como profesores, es particularmente relevante para la comprensión del no consumo de alcohol en escolares y adolescentes (Caetano, et al.,

2017; Kopak, et al., 2012; Sergin et al., 2016; Sanchez, et al., 2016,). Estos hallazgos sugieren que el desarrollo y el comportamiento de los adolescentes pueden estar conformados por influencias recíprocas en múltiples contextos (por ejemplo, hogar, escuela y comunidad) (Pisarska et al., 2016). Por lo tanto, la familia, los compañeros y los adultos de la comunidad pueden tener una influencia significativa en los comportamientos de los escolares y adolescentes, como el consumo o no consumo de alcohol.

No consumo de alcohol.

Para este estudio el concepto de no consumo de alcohol es considerado como factor resultado de la interacción de los factores de riesgo y protección del escolar. En este sentido el no consumo de alcohol es considerado como una conducta saludable en escolares, el no consumo de bebidas alcohólicas corresponde a la condición de aquellos escolares que jamás han consumido bebidas alcohólicas en la vida. Este concepto se agrega para poder explicar la influencia de factores protectores y de riesgo en el no consumo de alcohol de escolares, así mismo de acuerdo a la literatura es evidente la relación que existe en los adolescentes respecto a la resiliencia sobre la conducta del consumo de alcohol, de tal manera que permite establecer la hipótesis de la influencia de resiliencia sobre el no consumo de alcohol en escolares (Becoña, 2007; Caetano, et al., 2017; Córdova, Andrade, & Rodríguez, 2005; Johnson et al., 2011; Ramírez et al., 2012; Willis & Yaeger, 2003).

Sin embargo es importante mencionar que debido a que el consumo de alcohol por menores de edad se asocia con daños cerebrales y déficit cognitivo con implicaciones en el aprendizaje, memoria y desarrollo intelectual (Parada et. al., 2011), no se recomienda que los menores de edad consuman ningún tipo de bebidas alcohólicas. No obstante la literatura ha mostrado evidencia de la existencia de consumo de alcohol en adolescentes y escolares, por tal razón la importancia de explicar esta

conducta en escolares de zonas rurales (Alonso et al., 2012; Beheiraei, et al., 2016; Guo, et al., 2016; Innamorati & Maniglio, 2015; Morojele et al., 2016.)

Por lo contrario el consumo o ingesta de alcohol constituye una conducta no saludable que ha recibido especial atención en los últimos años por el personal de enfermería, debido a las diversas consecuencias que puede tener sobre la salud del individuo y la sociedad. La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones NOM-028-SSA2-2009 (SSA, 2009) establece que el alcohol o etanol es una sustancia psicoactiva, capaz de alterar funciones mentales y físicas, y que al ser ingerida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Es así que el consumo de alcohol se considera la ingesta de cualquier bebida que contenga alcohol etílico, entre las bebidas de contenido etílico se encuentra la cerveza, vinos y destilados.

Proposiciones del MOREAL

El MOREAL fue creado en base a los supuestos y proposiciones derivadas del MRA de Haase (2011), y de la síntesis de la literatura empírica sobre factores de protección, de riesgo, resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes. Las proposiciones que se seleccionaron se presentan a continuación, dos de ellas son declarativas (1 y 2) y seis describen la relación entre conceptos, lo que permitió proponer hipótesis para ser probadas empíricamente.

1. La familia y la sociedad son elementos importantes en la protección de los escolares para el consumo de alcohol.
2. Los escolares poseen recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de riesgo para obtener resultados positivos (resiliencia y no consumo de alcohol).
3. Una atmosfera familiar positiva favorece la resiliencia y el no consumo de alcohol en el escolar

4. El alcance en el cual los escolares perciben apoyo social por sus familiares y amigos, determina la resiliencia y el no consumo de alcohol en los escolares.
5. Las estrategias de afrontamiento eficaz están ligadas con la resiliencia y con el no consumo de alcohol en escolares.
6. La baja percepción del riesgo del consumo influyen de manera negativa en la resiliencia y en el no consumo de alcohol de los escolares.
7. Las estrategias de afrontamiento ineficaz están ligadas a resultados negativos tales como una menor resiliencia y consumo de alcohol en escolares.
8. Un resultado de resiliencia favorece el resultado del no consumo de alcohol en los escolares.

En la figura 2 se muestra la representación de la relación de los conceptos de acuerdo a seis proposiciones del MOREAL (3, 4, 5, 6, 7, 8), el cual fue producto de la derivación de las proposiciones del MAR y de la síntesis de la evidencia científica. Además de comprobar seis de las proposiciones planteadas, el ajuste de esta construcción teórica se comprobó mediante Modelamiento de Regresiones Lineal Múltiple y Logística (véase sección de resultados).

Las flechas indican las relaciones entre los conceptos de los factores de riesgo y protección con los factores resultados que en este estudio son la resiliencia y el no consumo de alcohol. El concepto y cada número corresponden a las proposiciones que plantea el MOREAL. Es preciso señalar que la flecha con el número ocho indica la relación directa entre la resiliencia y el no consumo de alcohol de acuerdo con la literatura revisada. De acuerdo a la clasificación propuesta por Fawcett (1999), se considera que las proposiciones representadas en la figura 2 son de tipo relacional, pues indican un vínculo entre dos o más conceptos. Las proposiciones indican relaciones simétricas, puesto que solamente se sostiene que una variable X se asocia con otra Y además de que no indican intensidad de la relación.

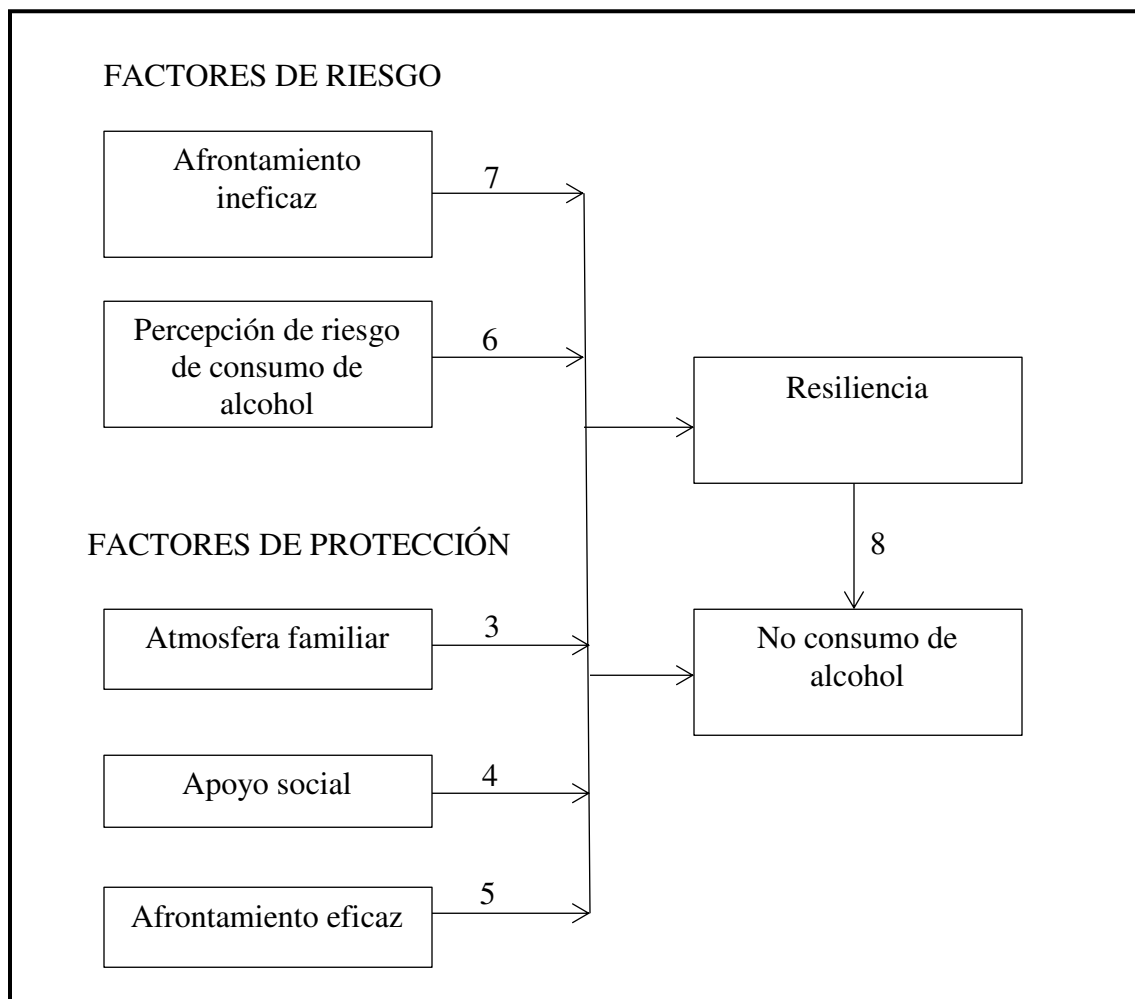


Figura 2. Representación gráfica de proposiciones del MOREAL

Se construyó una estructura conceptual-teórico-empírica, producto del análisis teórico de la propuesta (Figura 3). Dicha construcción se basa en la técnica de formalización conceptual-teórico-empírica o C-T-E descrita por Fawcett (1999) para permitir apreciar y evaluar los componentes teóricos, conceptuales y empíricos del documento. Esta técnica se emplea para determinar exactamente qué es lo que dice una teoría e identificar los métodos de investigación. Como se ilustra en la figura 3, la C-T-E baja del modelo de origen (MRA) hacia la teoría de rango medio MOREAL y luego hacia los indicadores empíricos que fueron utilizados.

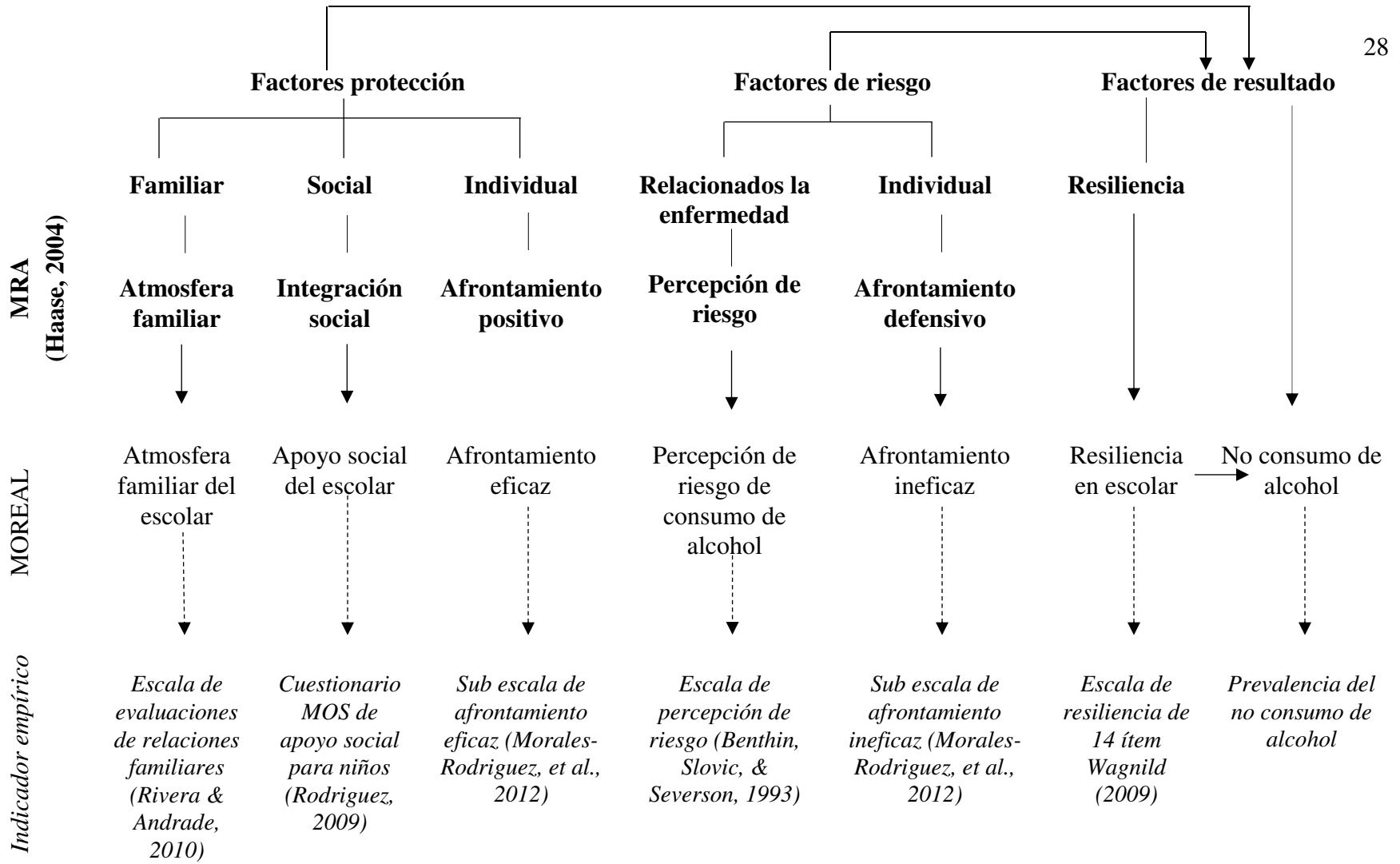


Figura 3. Estructura Conceptual Teórica Empírica

Estudios relacionados.

A continuación, se presentan estudios relacionados a las variables de estudio. Con el propósito de conocer la evidencia empírica que apoya las proposiciones de estudio se realizó una búsqueda de literatura publicada en los últimos 10 años. Cabe destacar que no se localizaron estudios de las variables de interés donde se integren de forma conjunta, por tal razón se muestran resultados de investigaciones de factores de riesgo o protección con el consumo de alcohol y estudios sobre resiliencia y consumo de alcohol en población de adolescentes.

Atmosfera familiar.

Caetano, Vaeth y Canino (2017) realizaron un estudio, cuantitativo, transversal, con el objetivo de examinar la asociación entre cohesión familia y el consumo excesivo de alcohol, en Puerto Rico, contaron con una muestra de 1510 individuos con edades entre los 18 y 64 años de edad. En los resultados del análisis multivariable reportan que los individuos con baja ($OR = 2.2$, $IC\ 95\% = 1.21-3.98$; $p < .01$) y media ($OR = 1.88$; $IC\ 95\% = 1.12-3.14$; $p < .01$) cohesión familiar fueron más propensos al consumo excesivo de alcohol, consumo liberal y al mayor número de consumo de bebidas por semana, es decir, a mayor cohesión familiar, menor consumo excesivo de alcohol, menor consumo liberal y menor consumo de bebidas por semana.

Reeb. et al, (2015) realizaron un estudio para comprender los efectos familiares (cohesión familiar) por etnias en relación a los problemas con el alcohol en adolescentes, el estudio fue de diseño cuantitativo longitudinal, con una muestra de 10,992 adolescentes de 7mo y 12mo grado de escuelas públicas y privadas de Estados Unidos, reportaron como resultados que la cohesión familiar se asocia a niveles más bajos de problemas de alcohol en adolescentes ($\beta = -.04$, $p < .001$). Por lo anterior se puede decir que a mayor cohesión familiar, menores son los problemas de consumo de alcohol en el adolescente.

Villareal, Sánchez y Musitu (2013) realizaron un análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos, considerando de forma simultánea las variables personales, familiares, escolares y sociales, la muestra estuvo formada por 1,245 adolescentes escolarizados, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años. Como resultados, reportaron que el consumo desmedido de alcohol se correlaciona negativamente con la variable de funcionamiento familiar ($r = -.07$; $p < .05$) y apoyo familiar ($r = -.011$; $p < .01$). En conclusión a mayor funcionamiento y apoyo familiar, menor consumo excesivo de alcohol.

Kopak, Chia Chen Chen, Haas y Gillmore (2012) realizaron un estudio con la finalidad de examinar la capacidad de cohesión familiar para evitar el consumo de drogas y alcohol, en 4894 adolescentes de 7mo y 12mo grado de EUA, en donde los resultados indicaron que una mayor unión entre padres e hijos, se relaciona con un menor riesgo de problemas de consumo de drogas, ($OR = .87$, $IC\ 95\% = .77-.98$) mientras que una mayor cohesión familiar predice menores probabilidades de experimentar el consumo de drogas ($OR = .82$, $IC95\% = .70-.97$), o problemas relacionados con el alcohol ($OR = .93$, $IC95\% = .86-.99$) por lo que a mayor unión y cohesión familiar, menor probabilidad de experimentar el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Mosqueda y Carvalho (2011) con el objetivo de identificar y describir los factores protectores y de riesgo familiares, frente al fenómeno de las drogas en adolescentes tempranos de la comunidad de Valparaíso, Chile. Realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal y exploratoria, la muestra estuvo comprendida por 61 estudiantes de quinto y sexto año básico de un colegio municipalizado, de 10 a 13 años de edad, como resultados se reportó que el 86.9% de los adolescentes percibieron las relaciones familiares, en general, como factor protector, destacando la alta comunicación con los padres, las relaciones familiares son percibidas como factor protector del grupo

estudiado, esto principalmente se presenta cuando existe una alta cohesión familiar, resultado factor protector en el 86.9% de los casos, es decir existe un alto apego emocional, mayor sentimiento de unión y una explícita expresión de afecto entre sus miembros; también destaca la alta comunicación que los adolescentes tienen con sus padres, siendo mayor para la madre, la que es factor protector para el 80.3% y para el padre 63.9%. Por lo anterior se puede considerar la alta cohesión y comunicación familiar, como un factor protector que puede prevenir el uso y abuso de sustancias como el consumo de alcohol y otras drogas.

Povedano, Hendry, Ramos y Varela (2011) realizaron un estudio en donde se evidencia la percepción del clima familiar (cohesión, expresividad y conflicto) y su relación con la victimización (verbal, física y relacional), considerando algunas características de resiliencia y satisfacción vital. Se abordaron 1884 adolescentes españoles de ambos sexos de 11 a 17 años, procedentes de 9 centros educativos españoles (públicos y concertados). Los resultados mostraron que el clima familiar se relacionaba de forma directa y positiva con la característica de resiliencia ($\beta = .32, p < .001$) y con la satisfacción con la vida ($\beta = .38 p < .001$).

Vargas (2009) se encargó de medir la percepción del clima familiar y su relación con medidas de afrontamiento, entre 140 jóvenes argentinos de 18 a 24 años de edad. Entre los grupos de jóvenes que perciben un mejor clima familiar y los que perciben un clima familiar menos favorable mostró que existen diferencias significativas ($p = .048$), respecto a la cohesión y expresividad (dimensión de clima familiar), se encontró que el grupo que percibe mayor cohesión entre los miembros de su familia mostró mayor predisposición a medidas de afrontamiento positivo ante un ofensor que el que percibe menos cohesión familiar ($F=7.55, p=.007$), así mismo los jóvenes con mayor expresividad familiar mostraron tener más tendencia a afrontar eficazmente ante las

situaciones de agravio, que los que perciben menos expresividad en sus familias ($F=3.35, p=.003$).

Marsiglia, Kurlis y Parsai (2009) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la cohesión y el conflicto entre padres e hijos relacionado al consumo de alcohol entre adolescentes mexicanos, con una muestra de 120 adolescentes de 14 a 18 años. Se encontró que el grupo de baja cohesión familiar tiene un riesgo mayor que el grupo de cohesión familiar medio, para el consumo de alcohol de alguna vez en la vida ($p=.05$) es decir, a menor cohesión familiar, mayor es el riesgo de consumo de alcohol, de alguna vez en la vida.

Bulnes et al. (2008) con una población de 394 escolares en donde se obtuvo relaciones entre los índices de la variable de clima familiar y resiliencia, tanto en el caso de las prácticas parentales asumidas por el padre como por la madre. Los resultados mostraron una relación positiva y significativa de la resiliencia total con los componentes de diálogo familiar ($r = .247, p<.01$) y afecto familiar en madres ($r=.131, p<.01$) y padres ($r = .126, p<.05$).

Santander, Zubarew, Santelices, Argollo y Bórquez (2008), estudiaron la relación entre la percepción de la familia disfuncional y el riesgo de consumo de alcohol en adolescentes chilenos en una muestra de 815 adolescentes de tres establecimientos educacionales, reportaron asociación estadísticamente significativo lo que significa que aquellos adolescentes que perciben clima familiar disfuncional tienen mayor riesgo de consumo de sustancias como el alcohol ($OR=1.3 p<.01$). También se encontró que los adolescentes con padres que consumen alcohol, son más propensos a consumirlas en comparación con aquellos con padres que no consumen ($OR= 3.92 p<.001$), cabe destacar que el riesgo se incrementa cuando el consumo es por parte de las madres ($OR=4.11 p<.001$)

En síntesis: la evidencia resalta que la cohesión, comunicación y expresión familiar, (elementos que conforman la atmosfera familiar), se relacionan significativamente con el afrontamiento, resiliencia y consumo de alcohol, esta relación se resume; a mayor atmosfera familiar mayor resiliencia y mejor afrontamiento, así como a mayor atmosfera familiar menor consumo de alcohol. Conformando esta variable, como un factor protector para el no consumo de alcohol.

Apoyo social

Sánchez, et al (2016) con el objetivo de conocer el apoyo y control social, en relación a conducir y beber alcohol, realizaron una investigación cuantitativa, correlacional, con una muestra de 467 latinos inmigrantes documentados e indocumentados de 23- 40 años. Los resultados indicaron que las variables predictores representaron el 12% de los comportamientos de riesgo, los niveles más altos de capital social se asocian directamente a mayor apoyo social ($\beta = .05$, $p = 0.003$) y directamente con menores tasas de conductas de riesgo de conducir y beber alcohol ($\beta = -.33$, $p = 0.02$), es decir a mayor apoyo social, menor riesgo de conducir y beber alcohol.

Segrin, Nelis y Swiatkowski (2016) Probaron un modelo de consumo de alcohol, en adultos y jóvenes basado en los conceptos de apoyo social y estrés psicológico, en 211 estudiantes universitarios y la aplicación de test en dos tiempos, se obtuvo como resultados: el apoyo social, se asocia negativamente al consumo de alcohol ($r = -.18$, $p < .05$), es decir a mayor apoyo social, menor consumo de alcohol.

Leiva, Pineda y Encina (2013), con el objetivo de identificar la relación entre la variable de apoyo social (de padres y de amigos) autoestima con la resiliencia, en una muestra de 195 adolescentes de 1ro y 4to año de enseñanza media en Santiago de Chile. Los resultados mostraron que la resiliencia se relacionó con el apoyo social percibido por parte de los amigos ($r = .22$ $p \leq .01$). Sin embargo al realizar la interacción entre las

variables de autoestima y apoyo social se encontró que; la autoestima ($\beta = .35, p < .001$) como el apoyo social percibido ($\beta = .39, p < .001$) mostraron un efecto significativo con la resiliencia.

Villarreal, Sánchez, Musitu y Varela (2010) analizaron las relaciones existentes entre los contextos familiares, escolares, sociales y variables psicológicas como autoestima escolar con consumo de alcohol en adolescentes, la muestra estuvo conformada por 1,245 adolescentes de ambos sexos procedentes de dos centros educativos de secundaria y dos de preuniversitario, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años de edad. Se encontró como resultado la relación positiva apoyo social con el consumo de alcohol de la familia y los amigos ($\beta = .805, p < .001$), los resultados también sugieren que existen relaciones indirectas estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar que se relaciona con el apoyo de la familia ($\beta = .889, p < .001$) y con el ajuste escolar ($\beta = .619, p < .001$), y este último con la autoestima escolar ($\beta = .744, p < .001$); y el apoyo familiar se relaciona con el consumo de alcohol de la familia y los amigos ($\beta = .553, p < .001$), el contexto comunitario se relaciona indirectamente con el consumo de los adolescentes a través del funcionamiento familiar ($\beta = .419, p < .001$), del apoyo de amigos ($\beta = .362, p < .001$) y del consumo de la familia y amigos ($\beta = .247, p < .001$).

Hunter, Crandy, Hildebrandt y Epstein (2010) realizaron un estudio con el objetivo de probar un modelo de relaciones entre el apoyo social específico del alcohol (apoyo para beber y el apoyo para no beber) y los resultados de consumo de alcohol y motivación, con una población de 158 mujeres con trastorno de consumo de alcohol, se realizó un ensayo controlado, que dio como resultado significativo para el apoyo para no beber y el nivel de consumo (disminución de días de consumo durante 3 meses) a través de la motivación ($z = 2.49, p = .01$). es decir a mayor apoyo social específico para no beber, menor consumo de alcohol.

Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2007) abordaron un estudio de cohorte cuya característica común es el logro de la abstinencia de consumo previo al egreso del tratamiento. En este caso, se trató de usuarios egresados de programas de tratamiento ambulatorios y residenciales de centros públicos y privados de las regiones Quinta, Sexta y Metropolitana de Chile, financiados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). En donde se estudió a 153 personas, en las que se midieron; consumo de alcohol, edad de inicio de consumo de drogas, droga motivo de ingreso a tratamiento, consumo problemático de alcohol en la familia, diagnóstico clínico), tratamiento y apoyo social. Un primer análisis reveló una baja percepción del nivel de salud mental mostró asociación en la recaídas del consumo de alcohol ($OR = 1.20$; $IC\ 95\% = 1.01-1.42$). Entre los factores protectores se destacó el índice global de apoyo social, mostró un efecto protector en el consumo de alcohol ($OR = .98$; $IC\ 95\% = .96-.99$). Este efecto persiste tras ajustar por las demás variables potencialmente confusoras en esta relación ($OR = .97$; $IC\ 95\% = .95-.99$).

Síntesis: de los estudios relacionados muestra en los resultados que, el apoyo social tiene una relación significativa ante el consumo de alcohol y la resiliencia, al afirmar que a mayor apoyo social menor riesgo de conducir y beber alcohol, así como menor consumo y a mayor apoyo social, mayor resiliencia por lo que es considerado un factor protector ante el consumo de alcohol.

Afrontamiento eficaz e ineficaz

Blevis, Abrantes y Stephens (2016) Con el objetivo de evaluar los factores de riesgo para el consumo de alcohol, los motivos para beber y los resultados subsiguientes del consumo de alcohol, a partir de un modelo de motivación, fueron participes, 303 Estudiantes de psicología no graduados de una universidad rural. Los participantes deberían tener al menos 18 años de edad y consumir alcohol dos o más días por semana, de los resultados se observa que; el estilo de afrontamiento inadaptado se calculó a través

del variables manifiestas de Afrontamiento de negación ($\beta = .65$, $EE = 0.05$, $p < .01$). Los estilos de adaptación inadaptados se asociaron con el consumo de alcohol para afrontar el afecto negativo ($\beta = .24$, $EE = .08$, $p < .01$), al igual que el estilo de personalidad afectiva negativa ($\beta = .23$, $EE = .09$, $p < .01$) y expectativas positivas ($\beta = .65$, $EE = .07$, $p < .01$). Estos resultados indican que aquellos que informan utilizando estilos de afrontamiento inadaptados, personalidad de afecto negativo y expectativas positivas que rodean el uso también informan, beber para lidiar, lo cual apoya la hipótesis que rodea factores que contribuyen al uso y los motivos de afrontamiento. Aunque los estilos de afrontamiento inadaptados se correlacionaron con las expectativas ($\beta = .47$, $EE = .07$, $p < .01$) y afecto negativo ($\beta = .27$, $EE = 0.11$, $p < .01$), Beber para afrontar el afecto negativo fue significativamente relacionado con la cantidad de consumo de alcohol ($\beta = .17$, $EE = .09$, $p < .05$) y problemas asociados con el uso ($\beta = .21$, $EE = .08$, $p < .05$). La cantidad total de uso se correlacionó significativamente con problemas ($\beta = .24$, $EE = .05$, $p < .01$) y fue significativamente asociado con el afrontamiento inadaptado ($\beta = .31$, $EE = .09$, $p < .01$). Por lo tanto el afrontamiento negativo (inadapado) se relación con el consumo de alcohol.

Stapinski, et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la variación en los patrones de afrontamiento motivados por el consumo de alcohol e identificar las tipologías en mayor riesgo de abuso de alcohol, en 4881 estudiantes de 17-18 años de edad, en los que se encontró; Los adolescentes en mayor riesgo de beber peligrosamente y de dependencia del alcohol son los que beben para hacer frente a las experiencias emocionales ($\chi^2 = 33.9$, $p < .001$) Los hallazgos sugieren que las mujeres son más susceptibles a estos motivos de alto riesgo de beber ($\chi^2 = 33.4$, $p < .001$). Es decir una medida de afrontamiento ineficaz frente a las emociones es el consumo de alcohol.

Terlecki y Duckner (2015), realizaron un estudio con el objetivo de examinar el efecto mediador de los motivos de consumo de alcohol sobre la ansiedad social y el alto riesgo de consumo, a través del afrontamiento. En una muestra de 664 estudiantes

universitarios, encontraron que el grupo de ansiedad fue significativamente indirecto, a través de afrontamiento, relacionado con beber más en situaciones de emoción negativa ($\chi^2 = .01, p = .05$) es decir, los adolescentes con ansiedad, tienden a afrontar la vida negativamente optando por beber.

Crewell, et al. (2015) con la finalidad de examinar los rasgos de personalidad de la emocionalidad negativa y el afrontamiento durante estados afectivos negativos, como la resiliencia al consumo de alcohol en, 761 adolescentes bebedores entre 12 y 20 años de edad, se encontró que, la emocionalidad negativa, y la ingesta en solitario se relacionan con la resiliencia al consumo, durante estados negativos ($\beta = .05, p = .01$) .por el contrario la restricción tuvo un efecto directo sobre el consumo en solitario ($OR = .79, \beta = -.23, p < .01$) así como un efecto indirecto, a través de la capacidad de resiliencia durante estados negativos ($\beta = -.03, p = .02$). En conclusión, la capacidad de resiliencia ante el consumo de alcohol mientras experimenta emociones negativas puede ser un mecanismo de afrontamiento importante, durante la adolescencia.

Gallupe (2014) realizó un estudio para examinar si existen dos grupos distintos de usuarios de alcohol adolescentes: (1) usuarios de alcohol de bajo nivel, motivados por el estatus social y (2) usuarios de alcohol de alto nivel, relacionados con el afrontamiento. Se realizó en 13, 539 adolescentes estadounidenses de escuelas públicas en los grados de séptimo a doce, en los cuales se reportó: Los niveles más altos de depresión están relacionados con el aumento del consumo de alcohol ($\beta = .017$) entre el grupo que se espera consuma alcohol como mecanismo de afrontamiento (el grupo con alto consumo de alcohol)

En conjunto, los adolescentes de nivel social más alto con niveles relativamente bajos de depresión tienden a beber más, pero sólo hasta cierto punto (niveles bajos a moderados). Pero los bebedores adolescentes con niveles altos, tienden a tener niveles

bastante bajos de centralidad y altos niveles de depresión que sugieren que el consumo de alcohol es una estrategia de afrontamiento.

González y Artruch (2014) con el objetivo de conocer la relación que existe entre los factores de resiliencia y factores de afrontamiento centradas en la emoción y estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en una muestra de 117 estudiantes, de los cuales se observó una relación positiva y significativa entre la resiliencia y los factores de afrontamiento centrado en el problema ($r = .456, p < 0.01$). Así mismo se destacan relaciones positivas entre factores de resiliencia como la tenacidad ($r = .535, p < .001$) tolerancia al estrés ($r = .437, p < .001$), aceptación positiva al cambio ($r = .286, p < .001$) y percepción del control ($r = .323, p < .001$) con la estrategia de afrontamiento reevaluación positiva y firmeza. Por lo tanto podríamos decir que mejores factores de afrontamiento aunado a estrategias positivas, mejoran significativamente la resiliencia.

Corbin, Farmer y Nolen (2013) realizaron un estudio en con la finalidad de examinar cuatro enfoques de afrontamiento adaptativo (Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas y restricción), como predictores del consumo de alcohol y problemas relacionados, lo anterior en 225 estudiantes de primer año de pregrado que asisten a una universidad privada en el noreste de los Estados Unidos, como resultado presentaron los siguiente: Cuando los motivos de afrontamiento se añadieron al modelo de regresión que predecía el consumo semanal, surgieron como un predictor significativo ($\beta = .424, p < .001$), con motivos de afrontamiento más fuertes asociados con un consumo más frecuente de alcohol. Los motivos de afrontamiento más fuertes para beber se asociaron con un consumo semanal más pesado y más problemas relacionados con el alcohol. En el presente estudio, se encontró evidencia de que las estrategias de afrontamiento tanto de la restricción como de la supresión de actividades

competitivas protegen contra el riesgo de beber y beber en exceso se relacionan con altos niveles de estrés ($\beta = .433, p=.001$).

Mestrer, Samper y Tur-Porcar (2012), en un estudio en el que utilizaron un modelo con las variables de empatía (sentimientos de tristeza, comprensión de sentimientos, reacción de llanto), inestabilidad emocional, afrontamiento improductivo y agresividad (física y verbal) esta, reportada por el niño, por el tutor o compañeros, esto con la finalidad de analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento, las emociones y la conducta agresiva. En una muestra de 1.557 niños y niñas, con un rango de edad entre 12 y 15 años, escolarizados en primer ciclo Secundaria en 36 centros escolares de la comunidad valenciana, seleccionados aleatoriamente.

Los resultados mostraron que los adolescentes que puntuaron más bajo en agresividad utilizaron en mayor medida mecanismos de afrontamiento centrados a resolver problemas ($F_{(1,422)}=9.77, p < .01$), esforzarse y tener éxito ($F_{(1,422)}=25.76, p < .01$), buscar apoyo social ($F_{(1,422)}=14.27, p < .01$), preocuparse ($F_{(1,422)}=4.24, p < .05$) y fijarse en lo positivo ($F_{(1,422)}=5.85, p < .05$) comparado con aquellos que mostraron mayor agresividad. Por lo contrario, la alta agresividad se relacionó con falta de afrontamiento ($F_{(1,422)}=33.92, p > .001$).

En síntesis la evidencia muestra que los datos significativos muestran que el afrontamiento es un factor eficaz o ineficaz ante el consumo de alcohol y la resiliencia, y los resultados están dados de la siguiente manera, cuando el afrontamiento es ineficaz (negativo o menor) existe mayor consumo de alcohol, riesgo de beber y menor resiliencia, cuando el afrontamiento es eficaz (positivo o mayor) existe menor consumo de alcohol, menor conductas de riesgo y mayor resiliencia. Por lo que el afrontamiento puede ser un factor protector o de riesgo ante el consumo de alcohol.

Percepción del riesgo y consumo de alcohol

Méndez, Alonso, Alonso, M. Uribe y Armendáriz (2015) en un estudio descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue, conocer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el consumo de alcohol en 354 adolescentes de 15 a 20 años pertenecientes a una preparatoria del área metropolitana de Monterrey N.L. México, obtuvieron como resultados significativos que a mayor percepción de riesgo, menor será el consumo de alcohol ($r=-.418, p=.001$).

Uribe, Verdugo y Zacarías (2011), Con el objetivo de describir la relación entre la percepción de riesgo y el consumo de drogas legales e ilegales, en 299 estudiantes de 15 a 19 años de edad, en un bachillerato en la ciudad de Colima, México, obtuvieron como resultado que entre menor es la percepción de riesgo, mayor es el consumo de alcohol ($r= -.235, p < .01$), resaltando diferencias de percepción de riesgo entre hombres y mujeres los resultados mostraron que las mujeres perciben mayor riesgo que los hombres (Med= 19.24, $p= .005$)

De la Villa Moral y Ovejero (2011) realizaron un estudio con el objetivo de mostrar un análisis descriptivo y diferencia, por edades e ingesta de alcohol, también la percepción de riesgo y los motivos de consumo, en una muestra de 845 adolescentes de entre 12 y 18 años de edad, en Asturias, España, como resultado presentaron lo siguiente: la significación de las diferencias atribuibles al tipo de bebedor en los riesgos percibidos en la habituación al alcohol ($F (1,844)= 4.256, p < .05$) por lo que a mayor percepción de riesgo, menor es el consumo de alcohol.

Pilatti, Godoy y Brussino (2011) en un estudio para mostrar la asociación entre las percepciones de riesgo del alcohol y el consumo de alcohol, valoran los efectos positivos (incremento de la sociabilidad, relajación, coraje: sentimientos de seguridad y confianza) y negativos (riesgo y agresividad, percepción de estados negativos), acerca del tipo de experiencia con el alcohol. Participaron 199 niños y 264 adolescentes, entre los 8 y 12

años y adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 18 años asistentes a colegios públicos y privados de nivel inicial y nivel medio, de las ciudades de Córdoba y Esperanza (Argentina), obtuvieron como resultados, que el tipo de experiencia con el alcohol se asoció positivamente con dos de las escalas de percepciones hacia el alcohol sobre efectos positivos y negativamente con una de las escalas sobre percepción de efectos negativos hacia el alcohol. Concretamente, a un mayor puntaje en la escala sociabilidad corresponde una mayor probabilidad de presentar experiencias directas de consumo ($r = .28; p = .001$) con una mayor frecuencia en el consumo de alcohol ($r = .25; p = .001$) y en mayor cantidad de bebidas consumidas ($r = .17; p = .05$).

La percepción del alcohol acerca de un incremento de la relajación se correlacionaron positivamente con la frecuencia de consumo ($r = .15; p = .05$), las percepciones de riesgos hacia el alcohol se asociaron negativamente con una mayor presencia de experiencias directas de consumo ($r = -.14; p = .05$), con una mayor frecuencia de consumo ($r = -.16; p = .05$) y con mayor cantidad de bebidas consumidas ($r = -.21; p = .01$). Es decir a mayor puntaje de percepción de riesgo positivo mayor consumo de alcohol.

Londoño y Valencia (2010), realizaron una investigación con el objetivo de describir la asociación entre el manejo de presión de grupos y la creencias (percepciones) y el consumo de alcohol, esto, en una muestra de 147 jóvenes de 15 a 25 años de edad, en los resultados se reportó una relación positiva y significativa en la variable de beneficios ante el consumo de alcohol, ($r = .405, p = <.001$). es decir que a mayor percepción de beneficios, mayor consumo de alcohol, ya que no se percibe el riesgo.

En síntesis de los estudios anteriores resaltan que la percepción de riesgo es un factor predictivo del consumo de alcohol, ya que a mayor percepción de riesgo de consumo de alcohol, menor consumo de alcohol, de forma que la percepción de riesgo puede ser considerada un factor protector para el consumo de alcohol.

Resiliencia

De Lira, Alvarez, Casique, Muñoz y Mendoza (2016), realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre la resiliencia, la asertividad y el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes de una secundaria de la ciudad de Aguascalientes, en un estudio transversal correlacional con una muestra de 333 adolescentes de entre 11 y 17 años, como resultado, se encontró una diferencia significativa entre las variables resiliencia y consumo de alcohol ($p < .001$), ya que los adolescentes que no consumen alcohol mostraron promedios más altos ($\bar{X} = 57.14$, $DE = 15.91$) que aquellos que sí lo consumen ($\bar{X} = 48.94$, $DE = 17.30$). por lo tanto al presentarse alta resiliencia menor o no consumo de alcohol.

Pimental, Telumbre, Ruiz, Higuera y Bautista (2015), en un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre la resiliencia y el consumo de alcohol en 657 jóvenes de 12 a 21 años de edad, en Chilpancingo Guerrero México. Considerando para el consumo de alcohol, la prevalencia global, actual e instantánea del consumo de alcohol, así como la edad de inicio del consumo de alcohol y la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico y para la resiliencia, competencia personal y aceptación de uno mismo y la vida.

Los resultados encontrados destacan que el 67.9% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, 43.5% en el último año, y 14.5% en los últimos siete días previos a la aplicación de la encuesta. Respecto a la relación de la resiliencia y el consumo de alcohol, se identificó una relación negativa y significativa entre la sub escala de competencia personal ($r = -0.120$, $p = .017$) y la sub escala de aceptación de uno mismo y de la vida ($r = -0.145$, $p = .046$) con la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, es decir a mayor resiliencia menor consumo de alcohol.

Alvarez, Alonso y Guidorizzi (2014), realizaron un estudio con el objetivo de analizar el efecto de la autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia sobre el consumo

de alcohol y tabaco en adolescentes, de diseño descriptivo correlacional, con una muestra de 575 adolescente de 12 a 18 años de edad, se obtuvo como resultado al considerar las variables independientes edad, asertividad y resiliencia, el cual muestra significancia sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida ($\chi^2=44.52$, $p<.001$) reportando un 7.5% de la varianza explicada.

Sanchez et al, (2013) en una investigación con el objetivo de determinar la relación entre resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes, realizaron un estudio de diseño transversal correlacional, utilizando una muestra de 458 adolescentes de 11 a 17 años de edad seleccionados al azar. Se aplicó el cuestionario de resiliencia y una cédula de datos sociodemográficos. Se contó con la autorización de padres de familia, participantes y autoridades de la escuela. En los datos predominó el género femenino (55.7%), la edad promedio fue 13.47 ($DE=1.065$) años. Se encontró diferencia significativa en el nivel de resiliencia y de consumidores y no consumidores de alcohol ($U=21247.50$; $p<.001$). Se concluye que los resultados obtenidos permiten confirmar que a mayor índice de resiliencia menor consumo alcohol.

Alvarez, et al. (2011), Realizaron un estudio descriptivo correlacional diseñado para identificar la resiliencia y el consumo de tabaco y alcohol en 333 adolescentes estudiantes de nivel secundaria en comunidades rurales. En los resultados no se encontraron diferencias significativas entre resiliencia y las variables edad ($H = 2.67$, $p = .102$) y consumo de alcohol ($U = 5103.50$, $p = .23$), por lo que este estudio muestra la resiliencia no es significativa ante el consumo de alcohol.

Becoña, Míguez, López, Vázquez y Lorenzo (2006), con el objetivo de analizar la relación entre la resiliencia y consumo de alcohol en una muestra de 1144 jóvenes de 14 a 25 años de edad de España. En el caso de consumo de alcohol; sobre consumo de vino, conforme incrementan su consumo disminuye la puntuación en la escala de aceptación de uno mismo y de la vida ($F(4, 11) = 3.93$ $p<.01$); en el caso del consumo de cerveza la

mayor puntuación en esta escala la tienen los que consumen una o más veces por semana cerveza ($F(4, 11) = 3.59 p < .01$), mientras que en el consumo de copas la mayor puntuación en esta escala la tienen los que no beben nunca o pocas veces ($F(4,11)=4.39 p < .01$)

La comparación de la escala de resiliencia y las otras dos derivadas para el consumo o no consumo de las distintas bebidas alcohólicas (si/ no) sólo muestra una diferencia significativa en la escala de aceptación de uno mismo y de la vida, tanto para los que bebieron vino alguna vez ($t(1, 1143) = -2.81 p < .01$) como en los últimos 6 meses ($t(1, 1143) = -2.36 p < .05$) donde los que nunca bebieron vino tienen una mayor aceptación de si mismos y de la vida que los que lo han hecho.

La comparación de los tres grupos de edad considerados (14-17, 18-21 y 22-25 años) en función del consumo o no consumo de los distintos tipos de alcohol indica que hay diferencias en resiliencia según la edad para el consumo de vino alguna vez en la vida ($F(1, 11) = 7.64 p < .001$), en los últimos 6 meses ($F(1,11) = 8.21 p < .001$), cerveza alguna vez en la vida ($F(1, 11) = 7.34 p < .001$), cerveza en los últimos 6 meses ($F(1, 11) = 8.04 p < .001$), copas alguna vez en la vida ($F(1, 11) = 9.11 p < .001$) y copas en los últimos 6 meses ($F(1, 11) = 9.78 p < .001$).

En esta última comparación también es significativo la interacción de copas en los últimos 6 meses con la edad ($F(1, 11) = 3.51 p < .05$), en las comparaciones anteriores lo que se aprecia es que conforme se incrementa la edad se incrementa el nivel de resiliencia de los individuos.

Síntesis: respecto a la resiliencia los estudios relacionados muestran a excepción de un estudio, que a mayor, más o alta resiliencia, menor consumo de alcohol, por lo que características de resiliencia en niños y adolescentes, puede ser el mejor resultado ante el no consumo de alcohol

Definición de términos

Factores de protección: Los factores de protección son considerados como características individuales (Afrontamiento eficaz), familiares (atmosfera familiar) y sociales (Apoyo social) del adolescente que influyen positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol del adolescente escolar.

Atmosfera familiar: es la percepción que tiene el escolar sobre las relaciones dentro de su familia en términos de la adaptación, cohesión y comunicación. La adaptación se refiere a la percepción del escolar sobre si los miembros de la familia tiene habilidad para cambiar sus estructuras, roles y normas en respuesta a las exigencia que se presentan. La cohesión se mide en términos de la percepción del escolar en grado en que su familia está unida y se ayudan entre sí. La comunicación se refiere a la percepción que tiene el escolar sobre la libertad de expresar directamente sus sentimientos entre los miembros de la familia. La atmosfera familiar se midió con el indicador empírico la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI) de Rivera y Andrade (2010).

Apoyo social: es la percepción que tiene el escolar de la cantidad de amigos y familiares que lo apoyan y la percepción que recibe de estos en función de la ayuda emocional y apoyo para obtener información para la solución de problemas. Este término se medirá con el cuestionario MOS de apoyo social adaptación para niños (Rodríguez, 2009).

Afrontamiento eficaz: es la percepción del escolar sobre características, estrategias que lo habilitan para manejar problemas de forma efectiva. En este tipo de estrategias de afrontamiento se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones de los problemas por ejemplo, relajarse, planificar acciones, buscar apoyo, buscar consejos e información y buscar el lado positivo de las situaciones. Este término se medirá con el

indicador empírico subescala de afrontamiento eficaz de la Escala de Afrontamiento para Niños (EAN) de Rodríguez et al. (2012).

Factores de riesgo: Los factores de riesgo se consideran características individuales (afrontamiento ineficaz, percepción de riesgo del consumo de alcohol), que influyen negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales.

Percepción de riesgo del consumo de alcohol: como el grado de conocimiento, creencias y miedos del escolar sobre los daños y efectos que le puede provocar el consumo de alcohol a él y compañeros de su edad. Este término se medirá con la escala de percepción de riesgo de Benthin et al. (1993).

Afrontamiento ineficaz: es la percepción del escolar sobre estrategias que no favorecen manejar problemas de forma efectiva por ejemplo, aumento de la conciencia del propio problema, reducir esfuerzos para tratar el problema, la negación y el uso de sustancias. Este término se medirá con el indicador empírico de la subescala de afrontamiento ineficaz de la escala de afrontamiento para niños (EAN) de Rodríguez et al. (2012)

Resiliencia: Se define como la percepción del escolar de contar con recursos y fortalezas tales como contar con satisfacción personal, sentirse seguro, disciplinado y tener sentido a la vida, para controlar y responder de forma favorable situaciones de la vida. Este término se medirá con Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993)

No consumo de alcohol: Es una conducta saludable en escolares, considerado como el no consumo de bebidas alcohólicas y corresponde a la condición de los escolares que nunca han consumido bebidas alcohólicas en la vida. Este se medirá con las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida. La prevalencia es el número de adolescentes que refieren haber consumido alcohol en un tiempo determinado sobre el total de la muestra estudiada multiplicada por 100.

Objetivos e hipótesis del estudio

Objetivo general.

Verificar el modelo de resiliencia basado en factores de riesgo y protección para favorecer la resiliencia y el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, mediante la derivación y comprobación de seis proposiciones del MRA.

Objetivos específicos.

1. Describir los factores de protección atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz por sexo.
2. Describir los factores de riesgo afrontamiento ineficaz y percepción de riesgo del consumo de alcohol por sexo.
3. Describir la resiliencia y la prevalencias del no consumo de alcohol por sexo.
4. Analizar la relación entre los factores de protección (atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz), factores de riesgo (afrontamiento ineficaz e percepción de riesgo del consumo de alcohol) y resiliencia.

Hipótesis.

1. La atmosfera familiar es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.
2. El apoyo social es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.
3. El afrontamiento eficaz es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.
4. La percepción del riesgo del consumo de alcohol es un factor de riesgo que influye negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.
5. El afrontamiento ineficaz es un factor de riesgo que influye negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.
6. La resiliencia muestra influencia positiva en el no consumo de alcohol de los escolares.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe lo siguiente: diseño del estudio, población, muestreo, muestra, instrumentos de medición, procedimientos para la recolección de información, consideraciones éticas y estrategia de análisis de resultados.

Diseño del estudio

El presente estudio, fue de diseño descriptivo correlacional predictivo ya que el presente estudio consistió en predecir el efecto de las variables independientes atmósfera familiar, apoyo social, afrontamiento eficaz, percepción de riesgo de consumo de alcohol, y afrontamiento ineficaz sobre las variables dependientes resiliencia y no consumo de alcohol. Así mismo fue de corte transversal, ya que la obtención de los datos se realizó en un solo momento específico en el tiempo (Bruns & Grove, 2012).

Población, muestreo y muestra

La población se conformó por niños escolares de quinto y sexto grado de educación primaria de una zona rural del Estado de San Luis Potosí, con una población total de 503 estudiantes de 10 instituciones educativas.

El diseño de muestreo fue por conglomerados unietápico por escuela y grado escolar, formando 20 conglomerados, de los cuales se tomó 12 conglomerados al azar. El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico n Query Advisor 4.0, para una regresión logística con nivel de significancia de .05 para una prueba bilateral con potencia de 90%, se consideró a estimar una proporción de consumo de alcohol de 30%, razón de momios de 1.75 para un Coeficiente de Correlación para resiliencia de .20, dando una muestra de 288, no obstante se consideró una tasa de no respuesta de 5% y un efecto de diseño de 1.10 dando una muestra final de 303 escolares.

Instrumentos de medición

La medición de las variables se llevó a cabo mediante los siguientes cuestionarios auto aplicables de lápiz y papel: Cédula de Datos Personales del Escolar (CDPE), Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI), Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido para Niños (MOS-A), Escala de Afrontamiento para Niños (EAN) y Escala de Resiliencia (ER).

Cédula de datos personales para escolares (CDPE).

La Cédula de Datos Personales para Escolares (CDPE [Apéndice A]) está conformada por dos secciones, la primera contiene preguntas sobre edad, sexo, grado escolar y personas con quien vive actualmente con el fin de caracterizar a la población del estudio. La sección dos se encamina en indagar la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida. Además de la pregunta abierta en la que se interroga la edad en que probó por primera vez alguna bebida alcohólica y la cantidad de bebidas que probó. Por último se incluyó una pregunta con seis opciones de respuesta enfocada a conocer la bebida alcohólica que ha consumido, con el propósito de caracterizar el consumo de alcohol en los escolares que hayan consumido alguna vez.

Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (ERI).

Para la medición de la variable de atmosfera familiar se utilizó la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares versión corta (ERI [Apéndice B]), se trata de una escala auto aplicable con opciones de respuesta que varían de: Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo, fue desarrollada para adolescentes por Rivera y Andrade (2006; 2010), como una herramienta para valorar las relaciones intrafamiliares respecto a la percepción que se tiene sobre adaptación a la situaciones de cambio dentro de la familia, así como la libertad de expresar verbalmente sus emociones o ideas y la percepción de unión y apoyo entre miembros, términos que están asociados cercanamente a la atmosfera familiar.

La dimensión de unión y apoyo (reactivos 1, 4, 7 y 10) mide las tendencias de la familia de realizar actividades en conjunto, convivir y de apoyarse mutuamente. La dimensión de adaptación (reactivos 2, 5, 8 y 11) se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles que la familia puede enfrentar y adaptarse. Finalmente, la dimensión de expresión (reactivos 3, 6, 9 y 12) mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

En población de adolescentes mexicanos ha mostrado confiabilidad aceptable de $\alpha=.81$ para la dimensión de unión y apoyo, $\alpha=.88$ para la dimensión de expresión y un $\alpha=.78$ para adaptación (Rivera & Andrade, 2006; 2010). Una recomendación para su interpretación es calcular las sumatorias de los puntajes totales y por subescala posteriormente calcular el promedio de cada dimensión. No obstante para fines de este estudio se calcularon índices tomando valores de 0 a 100 para el total de la escala y para cada sub escala, de tal manera que a mayor puntaje mayor será la atmósfera familiar, en términos de unión, adaptación y comunicación.

Cuestionario MOS de apoyo social percibido para niños (MOS-A).

Para el apoyo social percibido se utilizó el Cuestionario MOS de apoyo social percibido adaptado para niños por Rodríguez (2011) (Apéndice C), el cual está basado en el cuestionario MOS para adultos desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) siendo parte del grupo The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS).

Se trata de un cuestionario auto administrado de 20 ítems. El primer ítem valora el apoyo estructural (se refiere a características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño y densidad), se responde mencionando los nombres o tipos de vínculo y se evalúa contando la cantidad de personas que brindan apoyo para el niño, lo que indica que a mayor cantidad de personas que brindan apoyo mayor es el apoyo

social estructural. Los 19 ítems restantes evalúan apoyo funcional percibido (los efectos o consecuencias que le brindan al niño el acceso y conservación de las relaciones sociales que tienen en su red). Se pregunta con qué frecuencia se percibe para el entrevistado (niño) cada tipo de apoyo y se responde mediante una escala de tipo Likert de tres opciones (nunca, a veces y siempre).

En la adaptación argentina para niños (Rodríguez Espínola, 20011) se realizó un análisis factorial confirmatorio. El análisis factorial del apoyo social funcional reveló la existencia de un factor predominante que explicaron el 26.9% de la varianza global. Este único factor identificado, manifiesta que los niños no diferencian distintos tipos de apoyo social como lo hacen los adultos en quienes se identifica los factores de apoyo emocional (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), apoyo afectivo (6, 10 y 20), apoyo instrumental (2, 5, 12 y 15) e interacción social (7, 11, 14 y 18). Para fines de este estudios se considerara solo apoyo social funcional y para el análisis estadístico se convirtieron en índice tomando valores de 0 a 100, lo que indicara que a mayor puntuación mayor será el apoyo social funcional percibido por el escolar.

La escala ha presentado en niños argentinos de 9 a 13 años de edad una confiabilidad a través de la consistencia interna Alpha de Cronbach de .84 para la totalidad de la escala (Rodríguez ,2011). Cabe destacar que esta escala se ha utilizado en niños de diferentes países tales como España (Revilla, Luna del Castillo, Bailon & Medina 2005), Argentina (Rodríguez ,2011) y Colombia (Londoño, et al. 2012) mostrando confiabilidades aceptables, es importante mencionar que antes de su aplicación se realizó una prueba piloto mostrando un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .86 para niños de zonas rurales de México, por lo cual se consideró adecuada para la población de este estudio.

Escala de afrontamiento para niños (EAN).

Para medir las variables de Afrontamiento eficaz e ineficaz, se utilizó la Escala de Afrontamiento para Niños elaborada por Morales-Rodriguez et al. (2012), fue probada en niños de primaria entre 9 y 12 años de edad (Apéndice D). Este instrumento auto aplicado evalúa estrategias de afrontamiento ante cuatro problemas relacionados con el contexto familiar, la salud, las tareas escolares y las relaciones sociales. Consta de 35 ítems en formato de respuesta tipo Likert con tres opciones de respuesta (nunca, algunas veces y muchas veces). Evalúa nueve estrategias de afrontamiento, distinguiendo entre estrategias de afrontamiento eficaz (solución activa, comunicar el problema a otros, búsqueda de información y guía, y actitud positiva) y afrontamiento ineficaz: (indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva y evitación conductual), ha mostrado un Coeficiente de Alpha de Cronbach .85.

La forma de interpretación es a través de nueve puntuaciones referentes a las estrategias de afrontamiento, que se obtienen con la suma de las puntuaciones de los respectivos ítems codificados en 1(nunca), 2 (algunas veces) y 3 (muchas veces): Solución activa (3, 10, 19 y 28), puntuaciones altas son indicativas de que se intenta solucionar el problema utilizando todos los medios disponibles. Comunicar el problema a otros (4, 15, 22 y 31), refleja si se utiliza la comunicación con otras personas para solventar el problema. Búsqueda de información y guía (5, 12, 20 y 27), indica si se pide consejo a otras personas sobre la forma de actuar. Actitud positiva (8, 14, 25 y 34), puntuaciones altas indican que el escolar piensa que el problema se va a solucionar.

Para las estrategias de afrontamiento ineficaz como indiferencia (1, 13, 18 y 33), refleja una actitud de indiferencia hacia el problema. Conducta agresiva (7, 16, 24 y 32), indica la utilización de conductas de tipo agresivo, como peleas o discusiones, como reacción al problema. Reservarse el problema para sí mismo (9, 17, 26 y 30), refleja si se

ocultan a otras personas los sentimientos sobre el problema. Evitación cognitiva (2, 21 y 35), refleja la búsqueda de distracciones cognitivas para no pensar en el problema. Evitación conductual (6, 11, 23 y 29), indica la realización de otras acciones para no pensar en el problema.

Además se pueden obtener dos puntuaciones globales: a) afrontamiento eficaz centrado en el problema, mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en los factores solución activa, comunicar el problema a otros, búsqueda de información y guía, y actitud positiva, (ítems; 3,10,19,28,4,15,22,31,5,12,20,27,8,14,25,34) y b) afrontamiento ineficaz, mediante la suma de las puntuaciones obtenidas en los factores indiferencia, conducta agresiva, reservarse el problema para sí mismo, evitación cognitiva y evitación (ítems;1,13,18,33,7,16,24,32,9,17,26,30,2,21,35,6,11,23,29). Cabe destacar que antes de su aplicación se realizó una prueba piloto mostrando un Coeficiente de Alpha de Cronbach de .82 para niños de zonas rurales de México. Para el análisis estadístico se convirtieron en índice tomando valores de 0 a 100, lo que indicara que a mayor puntuación mayor será el afrontamiento eficaz o ineficaz del escolar.

Escala de percepción de riesgo (EPR).

Se utilizó la escala de percepción de riesgo, la cual fue diseñada por Benthin, Slovic & Severson (1993) para escolares de primaria y secundaria, la cual evalúa 30 actividades (por ejemplo, fumar, beber alcohol, consumir drogas y tener sexo). Para cada actividad se evalúan variables asociadas a la percepción de la situación (conocimiento de riesgo, miedo, riesgo personal, riesgo a terceros, beneficios, presión, admiración, evitación y facilidad de realizar dicha actividad). Cada una de estas variables asociadas a la percepción de riesgo tiene una opción de respuesta tipo liker de 1 a 7, según la percepción de riesgo.

Esta escala ha sido utilizada para evaluar percepción de riesgo y beneficios de actividades como consumo de alcohol y drogas, así como manejar bajo influencias del

alcohol en estudios previos en adolescentes de Estados Unidos (Hampson et al., 2001), Españoles (Trijillo, Forns, & Perez, 2007) e Irlandeces (O'Brien & Gormley, 2017), en este último ha mostrado Alphas de Cronbach de .84. Así mismo los resultados de la prueba piloto de este estudio mostraron una consistencia interna aceptable ($\alpha=.72$).

Para fines de este estudio se utilizó esta escala para establecer la percepción de riesgo del consumo de alcohol, constituida por nueve reactivos (Apéndice E) asociadas a las siguientes percepciones del consumo de alcohol; conocimiento del riesgo de consumo de alcohol (ítem 1), miedo a consecuencias de consumo de alcohol (ítem 2), riesgo personal por consumo de alcohol (ítem 3), riesgo a terceros por consumo de alcohol (ítem 4), beneficios por consumo de alcohol (ítem 5), presión para consumo de alcohol (ítem 6), admiración por quien consume alcohol (ítem 7), evitación para el consumo de alcohol (ítem 8) y facilidad para el consumo de alcohol (ítem 9). Cada una de estas variables fue puntuada en una escala Likert de 1 (no se conoce mucho el riesgo) a 7 (se conoce mucho el riesgo) según la percepción de riesgo (Benthin, Slovic, & Severson 1993; Trujillo, Forns & Pérez 2007).

Así mismo se calcularon índices tomando valores de 0 a 100 para el total de la escala, de tal manera que a mayor puntaje mayor fue la percepción de riesgo del consumo de alcohol.

Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14).

La Escala de Resiliencia de 14 ítem (ER-14) de (Wagnild, 2009) es basada de la escala de resiliencia diseñada por Wagnild y Young (1993), que consta de 25 reactivos, y que ha sido validado en español (Becoña, 2006; Heilemann, Lee, & Kury, 2003; Las Hayas, Calvete, Gomez del Barrio, Beato, Munoz, & Padierna, 2014). La ER-14 fue derivada eliminando los ítems con resultados menores de .40 en las intercorrelaciones de los ítems (Pritzker & Minter, 2014). La adaptación de la escala de 14 ítem en idioma español también ha mostrado la validez de sus propiedades psicométricas (Ruiz-Parraga,

Lopez-Martinez, & Gomez-Perez, 2012; Salazar- Posada, Arroyo, Hidalgo, Perez Lopez, & Chedraui, 2010; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015), y recomendado para utilizarla en poblaciones infantiles (Panicker & Chelliah, 2016; Pritzker & Minter, 2014).

La ER-14 mide el grado de resiliencia individual, considerada como una característica positiva de la personalidad que permite la adaptación de un individuo a situaciones adversas. La ER-14 cuenta con dos dimensiones (Apéndice F); competencia personal formada por 11 ítems (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14), adaptación de uno mismo y la vida formada por tres ítems (3, 4, 8). Cada ítem se califica en una escala de 7 puntos desde 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Están redactadas de manera positiva, las puntuaciones de la ER-14 puede variar de desde 14 hasta 98, donde a mayor puntuación mayor es la capacidad de resiliencia.

Walgnild (2009) clasificó los niveles de resiliencia de acuerdo con los resultados en muy alta resiliencia (98-82), alta resiliencia (81-64), normal (63-49), baja (48-31) y muy baja (30-14) en una muestra de adolescentes. Para el análisis estadístico del presente estudio se calcularon índices tomando valores de 0 a 100 para el total de la escala y para cada sub escala, de tal manera que a mayor puntaje mayor será la resiliencia de escolares. La ER-14 ha mostrado un Alpha de Cronbach de .79 a .91 (Pritzker & Minter, 2014; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015) y antes de su aplicación los resultados de la prueba piloto de este estudio mostraron consistencia interna con un a valor de .75 en una muestra de escolares de zona rural.

Procedimiento de recolección de datos

En el presente estudio cuenta con la aprobación de los Comités de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, posteriormente se solicitó la autorización en el cumplimiento de las normativas de las autoridades de educación de la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado de San Luis Potosi (SEGE) encargadas de las escuelas de educación primaria de la Zona 123

sector 4 del Municipio Mezquitic de Carmona del Estado de San Luis Potosí donde se llevó a cabo el estudio.

Cabe mencionar que fueron 10 escuelas primarias de la zona, cada escuela con un grupo de quinto y sexto grado, de tal forma que se formaran 20 grupos. De estos 20 grupos se seleccionaron al azar 12, una vez seleccionados se visitaron las escuelas y se solicitó a las autoridades correspondientes de cada dependencia educativa su autorización para tener acceso al grupo seleccionado. Una vez localizados y ubicados, se solicitó los espacios donde se designó para el llenado de los instrumentos, se les explicó de forma breve y sencilla sobre el propósito de la visita y el objetivo del estudio de investigación, se les entregó el consentimiento informado para sus padres (Apéndice G) para que autorizaran su participación en el estudio, el cual se les entregó un día antes de la aplicación de los instrumentos para que al siguiente día se entregara antes de iniciar con los instrumentos.

Cabe destacar que se contó con un equipo de tres auxiliares de investigación que apoyaron en la aplicación de los instrumentos y para tratar cualquier eventualidad en su aplicación, previamente fueron capacitados, no obstante en ningún momento se presentó alguna eventualidad. Al momento de la aplicación de los instrumentos se realizó la entrega del consentimiento informado de los padres debidamente firmados, antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos se les entregó un asentimiento informado para escolares breve y sencillo (Apéndice H). Después de recoger y verificar estos documentos, se recordó el motivo de la visita y se les informó que los datos que proporcionaran serían confidenciales y anónimos, reiterando su derecho a no participar o suspender el llenado de los instrumentos en el momento que lo decidieran sin que esto afectara su situación escolar.

Posteriormente a esto se les entregaron los instrumentos en papel, así como un lápiz, se comenzó la explicación y lectura de cada cuestionario, otorgando un tiempo

considerable para responder, y si existía alguna duda sobre cada pregunta, también se otorgó un tiempo para aclaraciones. Para el llenado de los instrumentos se inició con la CDPE, posteriormente con ERI, el MOS-A, la EAN, la EPR y finalmente con la ER-14.

Se protegió el anonimato de los escolares dado que no se requirió el nombre, así mismo. Finalmente, se les pidió que entregaran los cuestionarios de manera ordenada, se otorgaron útiles escolares como retribución por su participación y finalmente se agradeció a los estudiantes. Cabe mencionar que este procedimiento se llevó cabo en cada una de las escuelas.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987). Así mismo se contó con la autorización de las instituciones de educación primaria donde se llevó a cabo el estudio y con la aprobación de las Comisiones de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El estudio se realizó por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, cabe mencionar que se capacitaron a tres auxiliares de investigación para apoyar en la administración de los instrumentos, por lo cual se minimizaron los posibles riesgos como emociones negativas o incomodidad con las preguntas, de observarse esta situación se suspendería la participación del escolar y se programaría en otro momento que más convendría al participante o la institución, no obstante esta situación no se presentó.

En base al Título II, Capítulo 1, Artículo 14, fracciones V, VI, y VII; los Artículos 20 y 36 fracción III, se solicitó el consentimiento informado el de los padres o tutores, mismo que se entregó un día previo a la aplicación de los instrumentos, el cual se solicitó antes de la aplicación de los instrumentos, además se solicitó un asentamiento informado a cada estudiante donde se les dio la libertad de participar o desistir en el momento que lo

decidieran sin que por ello se afectará su situación escolar, situación que no se observó. Se explicó claramente la justificación y objetivos de la investigación, así como el procedimiento para contestar (Artículo 13 y 16).

Se le garantizó al escolar y a padres de familia que recibirían respuesta a cualquier duda y aclaración en relación a los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación, así como la seguridad de que no se identificaría al participante, se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (Artículo 21, fracción VI, VII, VIII) ya que los instrumentos no solicitaron el nombre de los escolares y ninguna forma de identificarlos.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo. Esta condición se cumple debido a que, para la recolección de la información, se utilizaron cuestionarios de preguntas, que en algunos casos pueden producir emociones o sentimientos negativos que podrán provocar incomodidad temporal; ante la posibilidad de que suceda una situación de este tipo se suspender la recolección de datos temporalmente si el escolar así lo desea, dicha situación no se presentó en los escolares.

Finalmente, se respetó lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57, donde se señala que los escolares son un grupo subordinado en el que el consentimiento informado podría ser influenciado por alguna autoridad. Para la recolección de datos se explicó a los directivos la forma de selección de los participantes, y a éstos se les hizo saber que la información recabada no afectaría su condición de estudiante dentro de la institución educativa.

Estrategia de análisis de resultados

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 20.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central

y de variabilidad, esto para describir la población del estudio y las variables utilizadas. Por otro lado, se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach.

Previo al análisis se procedió a calcular sumatorias, promedios e índices de los instrumentos y posterior se evaluó la distribución de las variables continuas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Los resultados de esta prueba mostraron que la mayoría de las variables no mostraron distribución normal, por lo que se decidió utilizar estadística inferencial no paramétrica

Para identificar las relaciones entre las variables del estudio, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Para dar cumplimiento a los objetivos e hipótesis del estudio en la Tabla 1 y 2 se muestra el resumen de las pruebas de estadísticas que se aplicaron.

Tabla 1

Plan de análisis de datos para objetivos

Objetivo	Prueba(s) Estadística(s)
Objetivo 1 Describir factores de protección atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz por sexo.	Medidas de frecuencia y de tendencia central y variabilidad Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes
Objetivo 2 Describir factores de riesgo afrontamiento ineficaz y percepción de riesgo del consumo de alcohol por sexo	Medidas de frecuencia y de tendencia central y variabilidad Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes Prueba de Chi Cuadrada de Perason
Objetivo 3 Describir la resiliencia y la prevalencias del no consumo de alcohol alguna vez en la vida por sexo	Coeficiente de correlación de Spearman Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes
Objetivo 4 Analizar la relación entre los factores de protección (atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz), factores de riesgo (afrontamiento ineficaz e percepción de riesgo del consumo de alcohol) resiliencia y no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales.	Prueba de Chi Cuadrada de Perason Coeficiente de correlación de Spearman Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes
Objetivo general Verificar el modelo de resiliencia basado en factores de riesgo y protección para favorecer la resiliencia y el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, mediante la derivación y comprobación de seis proposiciones del MRA.	Modelo de Regresión Lineal Múltiple Modelos de Regresión Logística Binaria

Tabla 2

Plan de análisis de datos para hipótesis

Hipótesis	Prueba(s) Estadística(s)
<p>Hipótesis 1</p> <p>La atmosfera familiar es un factor protector que influyen positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.</p>	
<p>Hipótesis 2</p> <p>El apoyo social es un factor protector que influyen positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.</p>	
<p>Hipótesis 3</p> <p>El afrontamiento eficaz es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.</p>	Coeficiente de correlación de Spearman Prueba de U de Mann Whitney para muestras independientes
<p>Hipótesis 4</p> <p>La percepción del riesgo del consumo de alcohol es un factor de riesgo que influye negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.</p>	
<p>Hipótesis 5</p> <p>El afrontamiento ineficaz es un factor de riesgo que influye negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol.</p>	
<p>Hipótesis 6</p> <p>La resiliencia muestra influencia positiva en el no consumo de alcohol de los escolares.</p>	

Capítulo III

Resultados

En este apartado se describen los resultados del estudio modelo de resiliencia para el no consumo de alcohol en escolares de zona rural, en una muestra de 303 escolares pertenecientes escuelas primarias de una zona rural del municipio de Mexquitic de Carmona de la ciudad de San Luis Potosí. Los resultados se presentan de la siguiente manera, primero se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados, seguido se reporta la estadística descriptiva correspondientes datos personales de la muestra y a cada una de las variables, y posteriormente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de estudio.

Confiabilidad de los instrumentos

A continuación se muestra la confiabilidad de los instrumentos, para verificar la consistencia interna de los instrumentos utilizados, se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 3 se muestran los resultados de la confiabilidad interna de cada uno de los instrumentos y sus subescalas, los resultados muestran confiabilidad aceptable en los instrumentos de forma general con excepción de la escala de percepción de riesgo de consumo de alcohol y algunas subescalas (Polit & Hungler, 2000).

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos del estudio

Escalas y Subescalas	Reactivos	Numero de reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI)	1-12	12	.76
Unión y apoyo	1,4,7,10	4	.65
Expresión	2,5,8,11	4	.73
Adaptación	3,6,9,12	4	.61
Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido para Niños (MOS-A)	1-19	19	.86
Escala de Afrontamiento para Niños (EAN)	1-35	35	.81
Afrontamiento eficaz	3,4,5,8,10,12, 14,15,19,20,22 25,27,28,31,34	16	.84
Afrontamiento ineficaz	1,2,6,7,9,11,13 16,17,18,33,21,23 24,26,29,30,32,35	19	.80
Escala de Percepción de Riesgo (EPR)	1-9	9	.62
Escala de Resiliencia de 14 ítems (ER-14)	1-14	14	.80
Competencia personal	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14	11	.76
Adaptación de uno mismo y la vida	3, 4, 8	3	.50

Fuente: ERI, MOS-A, EAN, EPR y ER-14, $n=303$

Estadística descriptiva

Características sociodemográficas.

En esta sección se reportan las características sociodemográficas de la población. En la tabla 4 se muestra que el mayor porcentaje corresponde al género masculino (53.5%), con edad de 11 años (48.5%) y ubicados en quinto grado (51.2%). Respecto al dato relacionado a identificar con quien vive actualmente el escolar, se reporta que la mayoría vive con ambos padres (72.3%), seguido de quienes vive solo con la madre (17.5%), después están quienes viven con su madre y su pareja (5.3%).

Tabla 4

Características personales de los escolares

Características	<i>f</i>	%
Genero		
Masculino	162	53.5
Femenino	141	46.5
Edad		
9	1	0.3
10	114	37.6
11	147	48.5
12	39	12.9
13	2	0.7
Semestre		
Quinto	155	51.2
Sexto	148	48.8
Con quien vives actualmente		
Ambos padres	219	72.3
Solo madre	53	17.5
Solo padre	8	2.6
Con mi madre y su pareja	16	5.3
Otro	7	2.3

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= 303

Atmosfera familiar.

A continuación se presentan los datos descriptivos de ERI, clasificado en tres dominios (unión y apoyo, expresión y adaptación).

Tabla 5

Descripción del dominio de unión y apoyo de ERI

Ítems	Total de en desacuerdo		Desacuerdo		Ni de acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Total de Acuerdo	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1.- Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntas.	31	10.2	17	5.6	50	16.5	49	16.2	156	51.5
4.- Mi familia es cálida y nos brinda apoyo	15	5.0	5	1.7	37	12.2	41	13.4	205	67.7
7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	31	10.2	18	5.9	61	20.2	55	18.2	138	45.5
10.- Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	11	3.6	9	3.0	44	14.5	47	15.5	192	63.4

Nota: *f* = frecuencias, *%* = porcentaje, *n* = 303

En la tabla 5 se muestran los indicadores del dominio unión y apoyo, el primer reactivo muestra que el 51.5% reportó que está totalmente de acuerdo respecto a que los miembros de familia acostumbran hacer cosas juntos, en el reactivo cuatro el 67.7% se encuentra totalmente de acuerdo con que su familia es cálida y le brinda apoyo, en el reactivo siete el 45.5% está totalmente de acuerdo respecto a que su familia acostumbra hacer actividades en conjunto, y finalmente el reactivo 10, reporta que el 63.4% está totalmente de acuerdo en que los miembros de la familia en verdad se apoyan unos a otros.

Tabla 6

Descripción del dominio de expresión de ERI

Ítems	Total de en desacuerdo		Desacuerdo		Ni de acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Total de Acuerdo	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
2.- Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	23	7.6	17	5.7	61	20.1	61	20.1	61	46.5
5.- En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	18	5.9	18	5.9	58	19.2	63	20.8	146	48.2
8.- Mi familia me escucha.	12	4.0	7	2.3	37	12.2	39	12.9	208	68.6
11.- En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	15	5.0	10	3.3	53	17.4	52	17.2	173	57.1

Nota: f= frecuencias, %= porcentaje n=303

En la tabla 6 se muestra el dominio de expresión, en el reactivo dos el 46.5% está totalmente de acuerdo con que sus padres le animan a expresar abiertamente sus puntos de vista, en el reactivo cinco resulta que el 48.2% está totalmente de acuerdo con la parte en que en su familia es importante para todos expresar sus opiniones, en el reactivo ocho el 68.6% expresa que está totalmente de acuerdo con su familia le escucha, finalmente en el reactivo 11 el 57.1%, está totalmente de acuerdo ya que su familia expresan abiertamente su cariño.

En la tabla 7 se muestran los resultados del dominio de adaptación de ERI, el reactivo tres, el 37.3% de los escolares mostró estar totalmente de acuerdo, pues expresan que en su familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás. En el reactivo seis, el 56.4% está totalmente en desacuerdo cuando se refiere a expresar que la atmosfera familiar usualmente es desagradable. En el reactivo nueve, el 30% de los escolares también se encuentra en total desacuerdo al indicar que si tiene algún problema, no se lo platica a su

familia, y finalmente el reactivo 12 muestra que el 29% está totalmente en de acuerdo con la frase: los conflictos en mi familia nunca se resuelven.

Tabla 7

Descripción del dominio de dificultad de ERI

Ítems	Total de en desacuerdo		Desacuerdo		Ni de acuerdo ni desacuerdo		De acuerdo		Total de Acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3.-En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	106	35.0	20	6.6	36	11.9	28	9.2	113	37.3
6.- La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable	171	56.4	43	14.2	47	15.5	16	5.3	26	8.6
9.- Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	91	30.0	33	10.9	60	19.8	32	10.6	87	28.7
12.- Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	134	44.2	20	6.6	30	9.9	31	10.2	88	29.0

Nota: *f*= frecuencias, %= porcentaje, n=303

Apoyo social.

En relación con el apoyo social se mostró que los escolares tienen en promedio 7.94 (*DE*=7.65) amigos y 8.24 familiares (*DE*=6.98) con los que puede contar para recibir apoyo.

Tabla 8

Descripción de apoyo social funcional en escolares MOS- A

Reactivo	Nunca		A veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
1. Tengo a alguien que me ayuda cuando estoy enfermo/a.	1	0.3	28	9.3	274	90.4
2. Tengo a alguien para conversar cuando necesito hablar.	13	4.3	121	39.9	169	55.8
3. Tengo a alguien que me aconseja cuando tengo problemas.	19	6.3	90	29.7	194	64.0
4. Tengo a alguien que me lleva al médico si estoy enfermo.	6	2.0	34	11.2	263	86.8
5. Tengo a alguien que me demuestra amor y cariño.	4	1.3	37	12.2	262	86.5
6. Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato.	6	2.0	102	33.6	195	64.4
7. Tengo a alguien que me ayuda a entender cosas que pasan.	10	3.3	102	33.7	191	63.0
8. Tengo a alguien en quien confío y le cuento mis preocupaciones.	15	5.0	74	24.4	214	70.6
9. Tengo a alguien que me abraza.	10	3.3	67	22.1	226	74.6
10. Tengo a alguien con quien puedo estar tranquilo.	10	3.3	71	23.4	222	73.3
11. Tengo a alguien que me ayuda a vestirme si no puedo hacerlo solo/a.	113	37.3	101	33.3	89	29.4
12. Tengo a alguien que me da buenos consejos.	9	3.0	66	21.8	228	75.2
13. Tengo a alguien con quien puedo hacer cosas para olvidarme de los problemas.	17	5.6	89	29.4	197	65.0
14. Tengo a alguien que me ayuda en las tareas.	33	10.9	131	43.2	139	45.9
15. Tengo a alguien con quien puedo compartir mis miedos y secretos.	37	12.2	87	28.7	179	59.1
16. Tengo a alguien que me ayuda a solucionar mis problemas.	16	5.3	87	28.7	200	66.0
17. Tengo a alguien que me hace divertir.	8	2.6	57	18.9	238	78.5
18. Tengo a alguien que entiende mis problemas.	24	7.9	100	33.0	179	59.1
19. Tengo a alguien que quiero y siento que me quiere.	14	4.6	38	12.6	251	82.8

Nota: *f* = frecuencias, % = porcentaje, *n* = 303

En la tabla 8, se describen los 19 reactivos de MOS – A, en el reactivo uno el 90.4% de los escolares muestra que siempre tiene a alguien que le ayuda cuando está enfermo, en el reactivo dos el 55.8% expresa que siempre tiene a alguien para conversar cuando necesita

hablar, en el reactivo tres, el 64% de los escolares respondió que siempre tiene alguien que les aconseja cuando tienen problemas, en el reactivo cuatro, el 86.8% que siempre tiene alguien que le lleva la médico si está enfermo, en el reactivo cinco, el 86.5% de los escolares respondió que siempre tiene a alguien que le demuestra amor y cariño, en el reactivo seis el 64.4% muestra que siempre tiene alguien con quien puede pasar un buen rato.

Respecto al reactivo siete, el 63% de los escolares muestra que siempre tiene a alguien que le ayuda a entender las cosas que pasan, en el reactivo ocho, el 70.6% respondió que siempre tiene a alguien en quien confía y le cuenta sus preocupaciones, en el reactivo nueve el 74.6% de los escolares muestra que siempre tiene alguien que le abraza, en el reactivo diez, el 73.3% de los escolares, expresa que siempre tiene a alguien con quien puede estar tranquilo, en el reactivo once el 37.3% expresa que nunca tiene a alguien que le ayuda a vestirse si no puede hacerlo solo/a, en el reactivo doce, el 75.2% muestra que siempre tiene alguien que le da buenos consejos, en el reactivo trece, el 65% de los escolares respondió que siempre tiene a alguien con quien puede hacer cosas para olvidarse de los problemas,

De acuerdo con el reactivo catorce, el 45.9% muestra que siempre tienen a alguien que le ayuda a hacer las tareas, en el reactivo quince, el 59.1% de los escolares, muestra que siempre tiene a alguien con quien puede compartir sus miedos y secretos, en reactivo dieciséis, el 66% de los escolares muestra que siempre tiene a alguien que le ayuda a solucionar sus problemas, en el reactivo diecisiete, el 78.5% respondió que siempre tiene a alguien que le hace divertir, en el reactivo dieciocho el 59.1%, muestra que los escolares siempre tiene a alguien que entiende sus problemas, finalmente en el reactivo diecinueve, el 82.8% de los escolares mostró que siempre tiene a alguien que quiere y siente que le quiere.

Afrontamiento eficaz.

A continuación se presentan los datos descriptivos del dominio afrontamiento eficaz de la EAN.

Tabla. 9

Descripción de resultados de afrontamiento eficaz EAN

Reactivos	Nunca		Algunas Veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Cuando hay algún problema en casa</i>						
3. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	64	21.1	143	47.2	96	31.7
4. Hablo y le cuento el problema a otras personas	127	41.9	119	39.3	57	18.8
5. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer	91	30.0	143	47.2	69	22.8
8. Pienso que todo se va a arreglar	29	9.6	116	38.3	158	52.1
<i>Cuando me pongo enfermo</i>						
10. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	66	21.8	157	51.8	80	26.4
12. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer	94	31.0	140	46.2	69	22.8
14. Pienso que todo se va a arreglar	37	12.2	108	35.7	158	52.1
15. Hablo y cuento el problema a otras personas	105	34.7	118	38.9	80	26.4
<i>Cuando tengo problemas con calificaciones</i>						
19. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	52	17.2	133	43.9	118	38.9
20. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer	72	23.8	141	46.5	90	29.7
22. Hablo y cuento el problema a otras personas	107	35.3	114	37.6	82	27.1
25. Pienso que todo se va a arreglar	60	19.8	129	42.6	114	37.6
<i>Cuando tengo problemas con algún compañero/a de clase</i>						
27. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer	76	25.1	140	46.2	87	28.7
28. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles	49	16.2	141	46.5	113	37.3
31. Hablo y cuento el problema a otras personas	93	30.7	128	42.2	82	27.1
34. Pienso que todo se arreglará	55	18.2	111	36.6	137	45.2

Nota: *f*= frecuencias, *%*= porcentaje, *n*=303

En la tabla 9 se muestra la descripción de los reactivos del afrontamiento eficaz, cuando se tienen problemas en casa de acuerdo con el reactivo tres el 47.2% de los escolares algunas veces intentan solucionar el problema utilizando todos los medios posibles, en el reactivo cuatro, el 41.9% respondió que nunca habla y le cuenta el problema a otras personas, en el reactivo cinco, el 47.2% muestra que algunas veces piden consejo a

otras personas sobre qué hacer, respecto al reactivo ocho, el 42.2% respondió que muchas veces piensa que todo se va a arreglar.

Respecto cuando se siente enfermo, en el reactivo diez, el 51.8% de los escolares muestra que algunas veces intenta solucionar el problema, utilizando todos los medios posibles, en el reactivo doce, el 46.2% de los escolares algunas veces ha pedido consejo a otras personas sobre qué hacer; en el reactivo catorce, el 52.1% muestra que los escolares muchas veces piensa que todo se va a arreglar cuando se ponen enfermos, en el reactivo quince, el 38.9% de los escolares muestra que algunas veces, habla y le cuenta el problema a otras personas.

De acuerdo con los reactivos cuando tiene problemas con calificaciones, en el reactivo diecinueve el 43.9% de los escolares, algunas veces, intenta solucionar el problema utilizando todos los medios posibles; respecto al reactivo veinte, el 46.5% expresa que pidió consejo a otras personas sobre qué hacer, en el reactivo veintidós 37.6% revela que algunas veces, los escolares, hablan y le cuentan el problema a otras personas y en el reactivo veinticinco, se muestra que un 42.6% algunas veces, piensa que todo se va a arreglar cuando tiene problemas con las calificaciones.

Finalmente cuando tiene problemas con un compañero de clase, en el reactivo veintisiete, el 46.2% de los escolares muestra que algunas veces, pide consejo a otras personas sobre qué hacer, en el reactivo veintiocho, los escolares respondieron en un 46.5% que algunas veces, intentó solucionar el problema utilizando todos los medios posibles, en el reactivo ,treintaiuno 42.2% de los escolares respondió que habla y cuenta el problema a otras personas, finalmente en el reactivo treintaicuatro, el 45.2% de los escolares muestra que muchas veces piensa que todo se va a arreglar cuando tiene problemas con algún compañero de clase.

Afrontamiento ineficaz.

Tabla 10

Descripción de resultados de afrontamiento ineficaz EAN

	Nunca		Algunas Veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Cuando hay algún problema en casa</i>						
1. Me da igual	174	57.4	102	33.7	27	8.9
2. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema	66	21.8	169	55.8	68	22.4
6. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	67	22.1	163	53.8	73	24.1
7. Me peleo y discuto con mis familiares	205	67.7	68	22.4	30	9.9
9. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	102	33.7	131	43.2	70	23.1
<i>Cuando me pongo enfermo</i>						
11. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	125	41.3	126	41.5	52	17.2
13. Me da igual	225	74.3	57	18.8	21	6.9
16. Me peleo y discuto con mis familiares	258	85.1	32	10.6	13	4.3
17. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	156	51.5	101	33.3	46	15.2
<i>Cuando tengo problemas con las calificaciones</i>						
18. Me da igual	219	72.3	55	18.1	29	9.6
21. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema	131	43.2	125	41.3	47	15.5
23. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	117	38.6	143	47.2	43	14.2
24. Me peleo y discuto con mis familiares, profesores/as, etc.	245	80.9	38	12.5	20	6.6
26. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	123	40.6	124	40.9	56	18.5
<i>Cuando tengo problemas con algún compañero/a de clase</i>						
29. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema	102	33.7	133	43.9	68	22.4
30. Guardo mis sentimientos para mí solo/a	138	45.5	112	37.0	53	17.5
32. Me peleo y discuto con él o ella	158	52.1	107	35.2	38	12.5
33. Me da igual	182	60.1	86	28.3	35	11.6
35. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema	99	32.7	140	46.2	64	21.1

Nota: *f*= frecuencias, *%*= porcentaje, *n*=303

En la tabla 10 se presentan los datos descriptivos del dominio afrontamiento ineficaz de la EAN, cuando hay algún problema en casa, en el reactivo uno, el 33.7% de los

escolares reporta que algunas veces le da igual, en el reactivo dos, el 55.8% muestra que algunas veces piensa en otra cosa para no acordarse del problema cuando hay algún problema en casa. En el reactivo seis el 53.8%, de los escolares, respondió que algunas veces busca otra cosa que hacer para no pensar en el problema. En el reactivo siete, el 67.7% menciona que nunca, pelea y discute con sus familiares, y en el reactivo nueve, el 43.2% de los escolares, muestra que algunas veces guardan sus sentimientos para ellos solos, cuando hay algún problema en casa.

Cuando se pone enfermo respecto con el reactivo once el 41.6% de los escolares respondió que algunas veces busca otra cosa que hacer para no pensar en el problema, en el reactivo trece, el 74.3% menciona que nunca le da igual; en el reactivo 16, el 85.1% de los escolares refiere que nunca pelea o discute con sus familiares, y en el reactivo diecisiete, muestra que el 51.5% de los escolares nunca guarda sus sentimientos para sí mismo, cuando se pone enfermo.

De acuerdo con los reactivos cuando tiene problemas con calificaciones, en el reactivo 18, el 72.3% de los escolares reporta que nunca le da igual, en el reactivo veintiuno, el 43.2% de los escolares nunca piensa en otra cosa para no pensar en el problema, en el reactivo veintitrés, el 47.2% menciona que algunas veces busca otra cosa que hacer para no pensar en el problema; en el reactivo veinticuatro, los escolares mostraron que un 80.9% nunca pelean o discute con sus familiares y profesores, y en el reactivo veintiséis, responde a un 40.9% de los escolares que algunas veces guarda sus sentimientos para sí mismo, cuando tiene problemas con calificaciones.

Finalmente cuando tiene problemas con un compañero de clase, en el reactivo veintinueve, el 43.9% de los escolares, respondió que algunas veces busca otra cosa que hacer para no pensar en el problema, en el reactivo treinta, el 45.5% muestra que nunca guarda sus sentimientos para sí mismo, en el reactivo treinta y dos, se muestra que el 52.1% de los escolares nunca se pelea o discute con él o ella, en el reactivo treinta y tres, el 60.1%

declara que nunca le da igual, finalmente en el reactivo treintaicinco, el 46.2% de los escolares respondió que algunas veces piensa en otra cosa para no acordarse del problema, cuando tiene problemas con algún compañero/a de clase.

Percepción de riesgo de consumo de alcohol.

A continuación en la tabla 11 se presentan los datos descriptivos de EPR, en el reactivo uno, a la pregunta ¿hasta dónde los riesgos asociados al consumo de alcohol son conocidos por las personas de tu edad?, los escolares respondieron en un 37.6% que se conoce mucho el riesgo. En el reactivo dos a la pregunta ¿hasta que punto los riesgos o daños asociados con el consumo de alcohol producen miedo en las personas de tu edad?, el 23.8% contestó que se produce mucho miedo. En el reactivo tres, a la pregunta: si consumieras alcohol ¿hasta qué punto crees que estarías personalmente en riesgo de ser herido o enfermarte? A lo que el 58.1% de los escolares responde que estaría en mucho riesgo. En el reactivo cuatro, en donde se menciona: si alguno de tu edad consumiera alcohol ¿hasta qué punto crees que él o ella estaría en riesgo de hacerse daño o enfermarse?, a lo que el 52.1% de los escolares respondió que en mucho riesgo.

En el reactivo cinco que se refiere a: si consumieras alcohol ¿hasta qué punto te daría placer u otros beneficios? a lo que los escolares respondieron con un 42.2% que le daría muy pocos beneficios. En el reactivo seis, en la pregunta: ¿hasta qué punto sientes presión de tus amigos para que consumas alcohol? El 53.5% siente ninguna presión. En el reactivo siete, en la pregunta: ¿hasta dónde las personas que consumen alcohol son admiradas por tus amigos? El 53.5% respondió, para nada admiradas. En el reactivo ocho, a la pregunta: ¿hasta dónde una persona de tu edad evita consumir alcohol?, el 30.4% de los escolares contestó que lo evita por completo. Y finalmente en el reactivo nueve, se les cuestionó: si quisieras consumir alcohol ¿con que facilidad podrías hacerlo?, el 47.9% de los escolares declara que sería para nada fácil.

Tabla 11

Descripción de resultados de percepción de riesgo EPR

Pregunta							
1. ¿Hasta dónde los riesgos del consumo de alcohol son conocidos por las personas de tu edad?	1. No se conoce mucho el riesgo	2	3	4	5	6	7. Se conoce mucho el riesgo
	%	%	%	%	%	%	%
	18.5	5.3	5.9	17.2	5.9	9.6	37.6
2. ¿Hasta qué punto los riesgos o daños asociados con el consumo de alcohol producen miedo a personas de tu edad?	1. No produce ningún miedo	2	3	4	5	6	7 Muy miedosos
	%	%	%	%	%	%	%
	15.2	6.3	10.9	21.7	9.9	12.5	23.8
3. Si consumieras alcohol ¿hasta qué punto crees que estarías en riesgo de ser herido o enfermarte?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
	%	%	%	%	%	%	%
	58.1	11.6	5.0	10.8	4.3	5.9	4.3
4. Si alguno de tu edad consumiera alcohol, ¿hasta qué punto crees que él estaría en riesgo de hacerse daño?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
	%	%	%	%	%	%	%
	52.1	8.6	3.6	5.0	5.6	7.6	17.5
5. Si consumieras alcohol, ¿hasta qué punto te dará placer o beneficios?	1. Muy pocos	2	3	4	5	6	7. Muchos
	%	%	%	%	%	%	%
	42.2	9.6	4.3	10.6	3.0	5.9	24.4
6. ¿Hasta qué punto sientes presión de tus amigos para que consumas alcohol?	1. Ninguna presión	2	3	4	5	6	7. Mucha presión
	%	%	%	%	%	%	%
	53.5	12.5	5.3	10.2	1.7	3.3	13.5
7. ¿Hasta dónde las personas que consumen alcohol son admiradas por sus amigos?	1. Para nada admiradas	2	3	4	5	6	7. Muy admiradas
	%	%	%	%	%	%	%
	30.4	12.2	5.3	21.4	4.3	5.9	20.5
8. ¿Hasta dónde una persona de tu edad evita consumir alcohol?	1. Lo evita por completo	2	3	4	5	6	7. No lo evita en absoluto
	%	%	%	%	%	%	%
	30.4	12.2	5.3	21.4	4.3	5.9	20.5
9. Si quisieras consumir alcohol, ¿con qué facilidad podrías hacerlo?	1. Para nada fácil	2	3	4	5	6	7. Extremadamente fácil
	%	%	%	%	%	%	%
	47.9	9.2	6.9	14.2	3.3	5.6	12.9

Nota: %= porcentaje, n=303

Resiliencia.

En este apartado se describe la resiliencia de los escolares de acuerdo a la ER-14

Tabla 12

Descripción de la resiliencia en escolares de zonas rural

Ítems	Estoy en desacuerdo			Estoy en acuerdo			
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %
1. Normalmente me las arreglo de una manera u otra	19.1	12.9	11.2	18.8	12.9	5.0	20.1
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	9.6	4.3	3.3	10.6	9.2	6.6	56.4
3. En general me tomo las cosas con calma	8.3	6.9	10.9	22.4	12.9	11.2	27.4
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	9.6	7.3	11.2	22.1	11.8	11.9	26.1
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	21.8	15.2	23.1	12.9	7.8	7.6	11.6
6. Soy resuelto y decidido	10.9	10.6	14.2	16.5	15.4	9.6	22.8
7. No me gusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	22.8	10.9	12.2	14.2	12.2	6.9	20.8
8. Soy una persona disciplinada (o)	12.5	10.6	16.8	20.8	9.9	9.3	20.1
9. Pongo interés en las cosas	8.3	5.3	8.3	19.1	16.8	11.5	30.7
10. Puedo encontrar generalmente algo sobre que reírme	7.3	5.9	6.6	14.5	14.5	14.2	37.0
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	6.9	5.6	7.6	19.1	13.6	10.9	36.3
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	9.2	6.3	8.9	18.5	14.5	12.9	29.7
13. Mi vida tiene sentido	8.6	3.3	6.6	10.6	9.2	8.9	52.8
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	8.3	3.6	6.3	14.2	11.2	12.5	43.9

Nota: %= porcentaje, $n=303$

En la tabla 12 se describen los indicadores de la resiliencia de acuerdo a la ER-14.

En el reactivo uno el 20.1% de los escolares respondió estar de acuerdo cuando se trata de normalmente arreglárselas de una manera u otra. En el reactivo dos, el 56.4% de los

escolares declara estar de acuerdo con que se siente orgullosos de las cosas que han logrado. En el reactivo tres, el 27.4% está de acuerdo cuando en general toman las cosas con calma. En el reactivo cuatro, el 22.1% se considera en el punto medio (4) del 1 al 7, cuando considera que son personas con una adecuada autoestima. En el reactivo cinco, se encuentra el resultado, (3) en un 23.1% esta vez, para referirse a la frase: siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez.

En el reactivo seis el 22.8%, corresponde a estoy de acuerdo con la frase: soy resuelto y decidido. En el reactivo siete, el 22.8% de los escolares, está en desacuerdo con la frase: no me gusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado. En el reactivo ocho, el 20.8% respondió con 4 en una escala de 1 a 7 al referirse a la frase: soy una persona disciplinada. En el reactivo nueve el 30.7% de los escolares, está de acuerdo con la frase: pongo interés en las cosas. En el reactivo diez, el 37% está de acuerdo con la frase: puedo encontrar generalmente, algo sobre que reírme. En el reactivo 11 el 36.3% está de acuerdo con la frase: la seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles.

En el reactivo doce, el 29.7% está de acuerdo con la frase: en una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar. En el reactivo trece, el 52.8% está de acuerdo respecto a que su vida tiene sentido. Y finalmente en el reactivo catorce, el 43.9% de los escolares, está de acuerdo con la frase: cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.

Tabla 13

Niveles de resiliencia en escolares de zona rural

Nivel de resiliencia	<i>f</i>	%
Baja	39	12.9
Normal	85	28.1
Alta	144	47.4
Muy alta	35	11.6

Nota: %= porcentaje, $n=303$

En la tabla 13 se describen los niveles de resiliencia de acuerdo a las recomendaciones de Walgnild (2009), se observa que solo 12.9% de los escolares resultaron con resiliencia baja, el resto muestra entre normal y muy alta resiliencia.

No consumo de alcohol.

En este apartado se muestran resultados del no consumo de alcohol en escolares, es importante destacar que también se muestran resultados de proporciones de escolares quienes refirieron el consumo de alcohol en el último año, quien ha consumido más de cinco bebidas y quien muestra intenciones para consumir alguna bebida de alcohol en el futuro, con el fin de caracterizar a la población de escolares en riesgo de inicio de consumo de alcohol.

Tabla 14

Prevalencias de no consumo de alcohol en la vida, prevalencia de consumo en el último años y consumo de más de cinco bebidas.

Prevalencia	f	%	IC 95%	
			LI	LS
No consumo de alcohol	128	42.2	37	48
Consumo en el último año	136	44.9	39	51
Consumo de más de 5 bebidas	24	7.9	5	11

Nota: f = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza, LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior, n = 303

La tabla 14 muestra que 42.2% de los escolares nunca han consumido una bebida alcohólica, no obstante 44.9% mencionó haber consumido por lo menos una bebida alcohólica en el último año y 7.9% refirió consumir más de cinco bebidas en alguna ocasión.

Estadística Inferencial

En este apartado se presentan los resultados de la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Tabla 15

Prueba de normalidad para las variables continuas

Variable e índices	n	\bar{X}	Mdn	DE	Valor		D^a	p
					Min	Max		
Edad	303	10.76	11.00	0.48	9.0	13.0	.255	.001
Edad de inicio de alcohol	175	9.17	10.00	1.89	3.0	13.0	.241	.001
Número de bebidas	175	2.18	1.00	2.09	1.0	15.0	.333	.001
Atmosfera familiar	303	71.29	70.83	16.88	25.0	100.0	.076	.001
Unión y apoyo	303	77.82	81.25	21.31	0.0	100.0	.157	.001
Expresión	303	78.11	87.50	21.64	0.0	100.0	.169	.001
Adaptación	303	57.94	56.25	26.72	0.0	100.0	.095	.001
Apoyo social funcional	303	80.78	84.21	15.39	28.9	100.0	.118	.001
Número de amigos	303	7.94	6.00	7.65	0.0	70.0	.206	.001
Numero de familiares	303	8.24	6.00	6.98	0.0	62.0	.199	.001
Apoyo social estructural	303	16.18	14.00	11.31	1.0	80.0	.195	.001
Afrontamiento eficaz	303	54.25	53.12	19.83	9.3	100.0	.040	.200
Solución activa	303	57.26	62.50	23.91	0.0	100.0	.115	.001
Comunicar problemas	303	44.59	37.50	27.46	0.0	100.0	.110	.001
Búsqueda de información	303	49.25	50.00	25.72	0.0	100.0	.119	.001
Actitud positiva	303	65.92	62.50	26.19	0.0	100.0	.145	.001
Afrontamiento ineficaz	303	32.29	31.57	15.85	0.0	100.0	.094	.001
Indiferencia	303	21.61	12.50	22.76	0.0	100.0	.187	.001
Conducta agresiva	303	18.44	12.50	20.41	0.0	100.0	.215	.001
Reservarse el problema	303	37.87	37.50	26.47	0.0	100.0	.106	.001
Evitación cognitiva	303	43.56	50.00	24.22	0.0	100.0	.139	.001
Evitación conductual	303	42.78	37.50	23.17	0.0	100.0	.128	.001
Percepción de riesgo	303	33.04	33.33	16.72	0.0	88.8	.064	.004
Conocimiento de riesgo	303	3.33	3.00	2.31	1.0	7.0	.221	.001
Miedo	303	3.62	4.00	2.08	1.0	7.0	.146	.001
Riesgo personal	303	2.27	1.00	1.84	1.0	7.0	.334	.001
Riesgo a terceros	303	2.28	1.00	1.88	1.0	7.0	.326	.001
Beneficios	303	2.96	1.00	2.43	1.0	7.0	.311	.001
Presión	303	3.38	2.00	2.51	1.0	7.0	.250	.001
Admiración	303	2.58	1.00	2.17	1.0	7.0	.301	.001
Evitación	303	3.57	4.00	2.28	1.0	7.0	.179	.001
Facilidad para beber	303	2.84	2.00	2.19	1.0	7.0	.277	.001
Resiliencia	303	60.75	63.09	17.58	7.1	100.0	.073	.001
Competencia personal	303	61.56	63.63	18.08	4.5	100.0	.083	.001
Adaptación de uno mismo	303	57.81	55.55	23.10	0.0	100.0	.062	.007

Nota: \bar{X} = media, Mdn= mediana, DE = desviación estándar, Min = mínimo, Máx=máximo, D^a =distribución con corrección de Lilliefors, n = total de la muestra.

Cabe mencionar que antes de la aplicación de la estadística inferencial en la tabla 15 se presenta los resultados de la distribución de las variable continuas de estudio, la edad,

edad de inicio de consumo de alcohol, además de las puntuaciones del índice de las escalas utilizadas como el índice de atmosfera familiar, índice de apoyo emocional, índice de afrontamiento eficaz, índice de percepción de riesgo, índice de afrontamiento ineficaz, e índice de resiliencia, así como también cada índice con sus sub escalas. Al utilizar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se encontró que la mayoría de las variables fueron significativas ($p < .001$), por lo que se decide utilizar estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Resultados para dar respuesta a objetivo 1.

En este apartado se muestran los resultados para responder el objetivo uno, que indica describir los factores de protección atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz por sexo, los resultados se muestran en la tabla 16 a la 17.

Tabla 16

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice Atmosfera familiar	Hombres	162	70.08	70.83	16.73	20294.5	.138
	Mujeres	141	72.68	75.00	17.00		
Unión y apoyo	Hombres	162	76.42	81.25	20.26	10067.0	.072
	Mujeres	141	79.43	87.50	22.42		
Expresión	Hombres	162	77.31	81.25	22.14	11066.5	.637
	Mujeres	141	79.03	87.50	21.09		
Adaptación	Hombres	162	56.52	50.00	26.28	10639.0	.302
	Mujeres	141	59.57	62.50	27.21		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 16 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar por sexo, de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índices de la atmosfera familiar entre hombres y mujeres. No obstante al observar las medias y medianas de los índices de atmosfera familiar ligeramente son mayores en las mujeres que en los hombres.

Tabla 17

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice apoyo social funcional	Hombres	162	79.33	81.57	15.54	9964.0	.050
	Mujeres	141	82.45	86.84	15.10		
Apoyo social estructural	Hombres	162	17.61	14.00	12.25	9684.5	.022
	Mujeres	141	14.54	13.00	9.90		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 17 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social por sexo, de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que existen diferencias significativas en los índices de apoyo social entre hombres y mujeres. Se destaca que las mujeres muestran puntuaciones mayores de apoyo funcional ($U=9963.0$, $p=.050$) que los hombres, es decir las mujeres perciben mayor ayuda emocional y apoyo para solución de problemas. Por otro lado los escolares hombres perciben mayor apoyo estructural, es decir perciben mayor cantidad de amigos y familiares que pueden apoyarle ($U=9684.4$, $p=.022$).

Tabla 18

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice afrontamiento eficaz	Hombres	162	53.27	54.68	20.24	10912	.503
	Mujeres	141	55.38	53.12	19.36		
Solución activa	Hombres	162	58.56	62.50	24.10	10696	.335
	Mujeres	141	55.76	62.50	23.69		
Comunicación de problema	Hombres	162	42.36	37.50	25.92	10477	.211
	Mujeres	141	47.16	50.00	29.02		
Búsqueda de información	Hombres	162	48.14	50.00	25.96	10810	.417
	Mujeres	141	50.53	50.00	25.48		
Actitud positiva	Hombres	162	64.04	62.50	26.71	10409	.178
	Mujeres	141	68.08	75.00	25.50		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 18 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz por sexo, de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índices de la afrontamiento eficaz entre hombres y mujeres. No obstante las medias y medianas de los índices de afrontamiento eficaz se observan ligeramente mayor en las mujeres.

Resultados para dar respuesta a objetivo 2.

Para responder el objetivo dos, que menciona describir los factores de riesgo afrontamiento ineficaz y percepción de riesgo del consumo de alcohol por sexo, se presentan los resultados de las tabla 19 y 20.

Tabla 19

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice afrontamiento ineficaz	Hombres	162	34.14	34.21	15.49	9420.5	.008
	Mujeres	141	30.16	28.94	16.04		
Indiferencia	Hombres	162	24.53	25.00	23.01	9365.0	.005
	Mujeres	141	18.26	12.50	22.08		
Conducta agresiva	Hombres	162	19.98	12.50	20.59	10112.5	.075
	Mujeres	141	16.66	12.50	20.13		
Reserva de problemas	Hombres	162	41.89	37.50	25.21	8991.0	.001
	Mujeres	141	33.24	25.00	27.21		
Evitación cognitiva	Hombres	162	43.10	50.00	24.61	11335.0	.908
	Mujeres	141	44.08	50.00	23.81		
Evitación conductual	Hombres	162	43.44	37.50	24.13	11047.0	.618
	Mujeres	141	42.02	37.50	22.07		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 19 se indican los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz por sexo, de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados muestran que existen diferencias significativas en el índice de afrontamiento ineficaz en general ($U=9420.5$, $p=.008$), así como de los índices de las subescalas de indiferencia ($U=9365.0$, $p=.005$) y reserva de problemas ($U=8991.0$, $p=.001$)

entre hombres y mujeres. Se destaca que las hombres muestran puntuaciones más altas que las mujeres en las medias y medianas de los índices de afrontamiento ineficaz en general, incluyendo la indiferencia para la solución de problemas y se reservan los problemas. Es decir los escolares hombres responden ante situaciones en la escuela, en la familia y con amigos con más estrategias de afrontamiento ineficaz que las mujeres.

Tabla 20

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice percepción de riesgo	Hombres	162	33.01	33.33	17.64	11156.5	.728
	Mujeres	141	33.08	33.33	15.65		
Conocimiento de riesgo	Hombres	162	3.37	3.00	2.33	11359.5	.933
	Mujeres	141	3.30	3.00	2.29		
Miedo	Hombres	162	3.56	4.00	2.00	11054.0	.624
	Mujeres	141	3.70	4.00	2.17		
Riesgo personal	Hombres	162	2.44	1.00	1.97	10483.5	.168
	Mujeres	141	2.07	1.00	2.07		
Riesgo a terceros	Hombres	162	2.64	1.00	2.08	9475.5	.004
	Mujeres	141	1.89	1.00	1.53		
Beneficios	Hombres	162	2.93	1.00	2.43	11305.5	.869
	Mujeres	141	3.00	1.00	2.44		
Presión	Hombres	162	3.35	2.00	2.49	11272.0	.837
	Mujeres	141	3.41	2.00	2.55		
Admiración	Hombres	162	2.31	1.00	1.99	9866.5	.026
	Mujeres	141	2.89	2.00	2.33		
Evitación	Hombres	162	3.36	3.00	2.27	10160.5	.089
	Mujeres	141	3.80	4.00	2.28		
Facilidad para beber	Hombres	162	2.89	2.00	2.22	11192.0	.749
	Mujeres	141	2.79	2.00	2.17		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Min.* = mínimo, *Máx.* = máximo, *n* = 303

En la tabla 20 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo para el consumo de alcohol por sexo de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados muestran que solo existen diferencias significativas en los indicadores de riesgos a terceros ($U=9475.5$, $p=.004$) y admiración ($U=9866.0$, $p=.026$). Se destaca que las hombres muestran puntuaciones más altas que las

mujeres en las medias y medianas del indicador de riesgo a terceros, es decir que los escolares hombres perciben en menor grado que el consumo de alcohol ocasiona daños a otras compañeros. En relación con el indicador de admiración se muestra que medias y medianas más altas en mujeres que en hombres, es decir las mujeres perciben en mayor medida que las personas que consumen alcohol son admirados.

Resultados para dar respuesta a objetivo 3

En este apartado se muestran los resultados para responder el objetivo tres, que menciona describir la resiliencia y la prevalencias del no consumo de alcohol por sexo, estos resultados se presentan en la tabla 21 y 22.

Tabla 21

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de resiliencia entre sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Resiliencia	Hombres	162	60.36	62.50	17.62	11134.5	.706
	Mujeres	141	61.20	64.28	17.59		
Competencia personal	Hombres	162	61.00	63.63	18.61	11116.5	.689
	Mujeres	141	62.19	63.63	17.50		
Adaptación a uno mismo	Hombres	162	58.02	55.55	22.16	11402.5	.981
	Mujeres	141	57.56	61.11	24.22		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 21 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de resiliencia por sexo de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En la tabla 22 se muestra la prevalencia del no consumo de alcohol, así como prevalencia de consumo de alcohol en el último año y consumo de más de cinco por género, los resultados de la Prueba de Chi Cuadrada muestra que existen diferencias en la prevalencia de no consumo de alcohol ($\chi^2=16.5$, $p<.001$), prevalencia en el último año ($\chi^2=16.0$, $p<.001$). Los datos muestran prevalencias más altas de no consumo en las mujeres

que en los hombres y prevalencia de consumo de alcohol en el último año mayor en los hombres que en las mujeres.

Tabla 22

Prevalencias de no consumo de alcohol y consumo en el último año por género

Prevalencias	Hombres			Mujeres			χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	IC 95%	<i>f</i>	%	IC 95%		
No consumo de alcohol	51	31.5	[24-39]	77	54.6	[46-63]	16.5	.001
Consumo en el último año	90	55.6	[48-63]	46	32.6	[25-40]	16.0	.001
Consumo de más de 5 bebidas	17	10.5	[6-15]	7	5.0	[1-9]	3.16	.075

Nota: *f* = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza, χ^2 = Chi cuadrada, *p* = significancia estadística, *n* = 303

Resultados para dar respuesta a objetivo 4

Para responder el objetivo cuatro, que menciona analizar la relación entre los factores de protección (atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz), factores de riesgo (afrontamiento ineficaz e percepción de riesgo del consumo de alcohol) y resiliencia, se presentan los resultados de las tabla 23 a la 24.

Tabla 23

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores protectores, de riesgo y resiliencia

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Edad	1										
2. Número de bebidas	.125 ⁺	1									
3. Atmosfera familiar	.124 ⁺	-.004	1								
4. Unión y apoyo	.051	-.039	.760 [*]	1							
5. Expresión	-.046	-.017	.739 [*]	.666 [*]	1						
6. Adaptación	.193 [*]	.019	.663 [*]	.153 [*]	.140 [*]	1					
7. Apoyo social funcional	-.088	-.044	.403 [*]	.428 [*]	.484 [*]	.113 ⁺	1				
8. Apoyo social estructural	-.071	.099	.087	.006	.100	.078	.083	1			
9. Afrontamiento eficaz	.102 [*]	.036	.255 [*]	.242 [*]	.252 [*]	.112	.366 [*]	.018	.1		
10. Afrontamiento ineficaz	-.057	.174 [*]	-.304 [*]	-.150 [*]	-.119 ⁺	-.314 [*]	-.153 [*]	-.027	.047	1	
11. Percepción de riesgo	.078	.093	.261 [*]	.144 ⁺	.144 ⁺	.254 [*]	.205 [*]	.017	.227 [*]	-.211 [*]	1
12. Resiliencia	-.001	-.011	.274 [*]	.238 [*]	.330 [*]	.113 ⁺	.219 [*]	-.016	-.250 [*]	-.006	-.099

Nota: *= $p < .001$, += $p < .05$; valores bilaterales

La tabla 23 muestra la relación de las variables como la edad, número de bebidas consumidas, factores protectores, de riesgo y resiliencia a través del Coeficiente de correlación de Spearman, los resultados muestran que la edad se relacionó positivamente con el número de bebidas consumidas ($r=.125$, $p<.05$), con el índice de atmosfera familiar ($r=.124$, $p<.05$), y con el afrontamiento eficaz ($r=.102$, $p<.001$), es decir que a mayor edad mayor son las bebidas consumidas, mayor es la atmosfera familiar y mayor son las estrategias de afrontamiento eficaz. El número de bebidas se relacionó positivamente con el índice de afrontamiento ineficaz ($r=.174$, $p<.001$), es decir que a mayor número de bebidas consumidas mayor son las estrategias de afrontamiento ineficaz.

La atmosfera familiar se relacionó positivamente con el apoyo social funcional ($r=.403$, $p<.001$), afrontamiento eficaz ($r=.255$, $p<.001$), con la percepción de riesgo del

consumo de alcohol ($r=.261, p<.001$) y con el índice de resiliencia ($r=.274, p<.001$), es decir que a mayor atmosfera familiar mayor apoyo social funcional percibido, mayor afrontamiento eficaz, mayor percepción de riesgo y mayor resiliencia. Así mismo la atmosfera familiar se relacionó negativamente con el afrontamiento ineficaz ($r=-.304, p<.001$), lo que indica que a mayor atmosfera familiar menor son las estrategias de afrontamiento ineficaz.

El apoyo social funcional percibido se relacionó de forma positiva con el afrontamiento eficaz ($r=.366, p<.001$), con la percepción de riesgo del consumo de alcohol ($r=.205, p<.001$) y con la resiliencia ($r=.219, p<.001$), de forma negativa se relacionó con el afrontamiento ineficaz ($r=-.153, p<.001$), y, es decir que a mayor apoyo social funcional percibido mayor son las estrategias de afrontamiento eficaz, mayor la percepción de riesgo y mayor la resiliencia, por lo contrario a menor apoyo social mayor son estrategias de afrontamiento negativo.

En relación con el afrontamiento eficaz se mostró una relación positiva con la percepción de riesgo del consumo de alcohol ($r=.227, p<.001$), y con la resiliencia ($r=.250, p<.001$), es decir que a mayor afrontamiento eficaz del escolar mayor es la percepción de riesgo y mayor es la resiliencia. Finalmente el afrontamiento ineficaz se relacionó de forma negativa con la percepción de riesgo de consumo de alcohol, es decir que a mayor estrategias de afrontamiento ineficaz menor es la percepción de riesgo en los escolares ($r=-.211, p<.001$).

Resultados para responder hipótesis de estudio 1

Para responder a la hipótesis uno, que menciona la atmosfera familiar es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, cabe mencionar que también se muestran resultados para el consumo de alcohol en el último año, los resultados se presentan de la tabla 24 a la 26.

Tabla 24

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de atmosfera familiar y resiliencia

Variable	Resiliencia	Competencia personal	Aceptación de uno mismo
Atmosfera familiar	.274*	246*	244*
Unión y apoyo	238*	198*	242*
Expresión	.330*	296*	277*
Adaptación	.113*	115 ⁺	.083

*Nota: *= $p < .01$, += $p < .05$; valores bilaterales*

En la tabla 24 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de atmosfera familiar y resiliencia, los datos muestran que existe una relación positiva y significativa de la atmosfera familiar con la resiliencia ($r=.274$, $p<.001$), así mismo es importante mencionar que las dimensiones de cada variable mostraron relación positiva, es decir que a medida que el escolar perciba mayor atmosfera familiar en términos de unión, comunicación y adaptación familiar mayor es la resiliencia. Con estos resultados se aprueba la hipótesis que la atmosfera familiar es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia

Tabla 25

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo No de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice Atmosfera familiar	Consumo	175	71.30	70.83	16.71	11173.5	.972
	No consumo	128	71.27	70.83	17.17		
Unión y apoyo	Consumo	175	77.75	81.25	20.75	10983.0	.771
	No consumo	128	77.92	87.50	22.14		
Expresión	Consumo	175	78.14	87.50	21.54	11144.5	.941
	No consumo	128	78.07	84.37	21.86		
Adaptación	Consumo	175	58.03	56.25	26.08	11166.0	.964
	No consumo	128	57.81	56.25	27.66		

*Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303*

En la tabla 25 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar por no consumo de alcohol de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índices de la atmosfera familiar por no consumo de alcohol. Es decir las puntuaciones de las medias y medianas de atmosfera familiar son similares entre los escolares que reportaron no consumo de alcohol con aquellos que indicaron consumo alguna vez en la vida. Con estos resultados la hipótesis sobre la atmosfera familiar influye positivamente en el no consumo de alcohol no es aprobada.

Por otro lado también se muestran los contraste de tendencia central de los índices de atmosfera familiar entre el consumo de alcohol en el último año según la prueba de U de Mann-Whitney, resultados complementarios para explicar posibles factores de riesgo en los escolares que reportaron consumo de alcohol en el último año, los resultados se muestran en la tabla 26.

Tabla 26

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de atmosfera familiar entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo de alcohol último año	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice Atmosfera familiar	No	167	71.07	70.83	16.78	11053.5	.690
	Si	136	71.56	75.00	17.05		
Unión y apoyo	No	167	78.10	87.50	21.60	11025.0	.659
	Si	136	77.48	81.25	21.03		
Expresión	No	167	77.99	81.25	21.19	11161.0	.795
	Si	136	78.26	87.50	22.25		
Adaptación	No	167	57.11	56.25	26.85	10891.5	.538
	Si	136	58.96	56.25	26.62		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Min.* = mínimo, *Máx.* = máximo, *n* = 303

En la tabla 26 los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índices de la atmosfera familiar entre los escolares que reportaron consumo de alcohol en el

último año, es decir las puntuaciones de las medias y medianas de atmosfera familiar son similares entre los escolares que reportaron consumo y no de alcohol en el último año.

Resultados para responder hipótesis de estudio 2.

Para responder a la hipótesis dos, que menciona el apoyo social es un factor protector que influyen positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, cabe mencionar que también se muestran resultados para el consumo de alcohol en el último año los resultados se presentan de la tabla 27 a la 29.

Tabla 27

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de apoyo social y resiliencia

Variable	Resiliencia	Competencia personal	Aceptación de uno mismo
Apoyo social funcional	.219*	.206*	.124 ⁺
Apoyo social estructural	.016	.013	.050
Número de amigos	.017	.018	.020
Número de familiares	-.021	-.019	.020

Nota: *= $p < .01$, += $p < .05$; valores bilaterales

En la tabla 27 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de apoyo social y resiliencia, los datos muestran que existe una relación positiva y significativa del apoyo social funcional con la resiliencia ($r = .219$, $p < .001$) y con la dimensión de competencia personal ($r = .206$, $p < .001$) y aceptación a uno mismo ($r = .124$, $p < .05$), es decir que a medida que el escolar perciba mayor apoyo social mayor es la resiliencia de los escolares. El apoyo estructural es decir el número de amigos o familiares con los que cuenta no mostraron relación con la resiliencia. Con estos resultados se aprueba la hipótesis que el apoyo social es un factor protector que influye positivamente con la resiliencia.

Tabla 28

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	No consumo de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Apoyo social funcional	Consumo	175	80.01	84.21	16.47	10816.5	.610
	No consumo	128	81.84	82.89	13.77		
Apoyo social estructural	Consumo	175	16.38	14.00	11.03	10308.5	.236
	No consumo	128	15.91	13.00	11.71		
Número de amigos	Consumo	175	7.84	6.00	6.75	10561.0	.394
	No consumo	128	8.07	5.00	8.76		
Número de familiares	Consumo	175	8.53	7.00	7.27	10189.0	.178
	No consumo	128	7.84	6.00	6.56		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 28 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social por no consumo de alcohol de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que no existen diferencias significativas. Es decir las puntuaciones de las medias y medianas de apoyo social funcional y estructural son similares entre los escolares que reportaron no consumo de alcohol con aquellos que indicaron consumo alguna vez en la vida. Con estos resultados la hipótesis no se acepta para el no consumo de alcohol.

Tabla 29

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de apoyo social entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo de alcohol último año	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Apoyo social funcional	No	167	80.90	81.57	15.34	11280.5	.921
	Si	136	80.65	84.21	15.49		
Apoyo social estructural	No	167	15.88	13.00	11.56	10154.0	.113
	Si	136	16.55	14.00	11.02		
Número de amigos	No	167	8.02	5.00	8.54	10239.5	.139
	Si	136	7.83	6.00	6.42		
Número de familiares	No	167	7.85	6.00	6.42	10277.5	.154
	Si	136	8.72	7.00	7.60		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 29 los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índices del apoyo social entre los escolares que reportaron consumo de alcohol en el último año, es decir las puntuaciones de las medias y medianas de apoyo social son muy similares entre los escolares que reportaron consumo y no de alcohol en el último año.

Resultados para responder hipótesis de estudio 3.

Para responder a la hipótesis tres, que menciona el afrontamiento eficaz es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, también se muestran resultados para el consumo de alcohol en el último año, los resultados se presentan de la tabla 30 a la 32.

Tabla 30

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de afrontamiento eficaz y resiliencia

Variable	Resiliencia	Competencia personal	Aceptación de uno mismo
Índice afrontamiento eficaz	.250*	.213*	.228*
Solución activa	.206*	.157*	.194*
Comunicación de problema	.195*	.169*	.187*
Búsqueda de información	.171*	.172*	.145*
Actitud positiva	.183*	.170*	.162*

*Nota: *= $p < .01$, += $p < .05$; valores bilaterales*

En la tabla 32 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de afrontamiento eficaz y resiliencia, los datos muestran que existe una relación positiva y significativa ($r = .250$, $p < .001$), así mismo es importante mencionar que las dimensiones de cada variable mostraron relación positiva, es decir que a medida que el escolar muestre mayor estrategias de afrontamiento eficaz mayor es la resiliencia. Con estos

resultados se acepta la hipótesis que el afrontamiento eficaz es un factor protector para la resiliencia.

Tabla 31

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	No consumo de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice afrontamiento eficaz	Consumo	175	54.78	56.25	20.22	10726	.529
	No consumo	128	53.54	53.12	19.35		
Solución activa	Consumo	175	58.07	62.50	26.81	10751	.547
	No consumo	128	56.25	56.25	28.28		
Comunicación de problema	Consumo	175	46.21	50.00	26.81	10181	.172
	No consumo	128	42.38	37.50	28.28		
Búsqueda de información	Consumo	175	50.92	50.00	25.21	10131	.151
	No consumo	128	46.97	50.00	26.33		
Actitud positiva	Consumo	175	63.92	62.50	25.56	9859.5	.072
	No consumo	128	68.65	75.00	26.89		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 31 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz por no consumo de alcohol de acuerdo con la prueba de U de Mann-Whitney, los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índice general y en las dimensiones del afrontamiento eficaz por no consumo de alcohol. Es decir las puntuaciones de las medias y medianas de afrontamiento eficaz son muy similares entre los escolares que reportaron no consumo de alcohol con aquellos que indicaron consumo alguna vez en la vida. Con estos resultados no se aprueba la hipótesis para el no consumo de alcohol.

Tabla 32

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo de alcohol último año	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice afrontamiento eficaz	No	167	55.72	56.25	20.03	10424.0	.219
	Si	136	53.06	53.12	19.65		
Solución activa	No	167	56.96	62.50	24.52	11221.0	.857
	Si	136	57.62	62.50	23.23		
Comunicación de problema	No	167	48.16	50.00	28.03	9669.5	.025
	Si	136	41.69	37.50	26.41		
Búsqueda de información	No	167	52.20	50.00	24.71	9866.0	.047
	Si	136	46.85	50.00	26.34		
Actitud positiva	No	167	66.76	62.50	26.66	10780.5	.443
	Si	136	64.88	62.50	25.66		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *Min.* = mínimo, *Máx.* = máximo, *n* = 303

En la tabla 32 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento eficaz por consumo de alcohol en el último año, los resultados indican que no existen diferencias significativas en los índice general del afrontamiento eficaz. No obstante al observar cada una de las estrategias de afrontamiento se observan diferencias en las estrategias de comunicación de problemas ($U=9669.5$, $p<.05$) y búsqueda de información ($U=9866.0$, $p<.05$). Es decir los escolares que no han consumido alcohol en el último año muestran mayores estrategias de afrontamiento de comunicación de problema y búsqueda de información.

Resultados para responder hipótesis de estudio 4.

En este apartado se muestran los resultados para responder la hipótesis cuatro, que menciona la percepción del riesgo del consumo de alcohol es un factor de riesgo que influyen negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, estos resultados se presentan en la tabla 33 a la 35.

En la tabla 33 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de percepción de riesgo para el consumo de alcohol y resiliencia, los datos

muestran que no existe una relación significativa entre el índice general de percepción de riesgo para el consumo de alcohol con la resiliencia ($r=.009$, $p>.05$). No obstante al observar los indicadores de percepción de riesgo se muestra relaciones positivas significativas de conocimiento de riesgos ($r=.170$, $p<.001$) y miedos ($r=.177$, $p<.001$) con las puntuaciones de la resiliencia, es decir en medida que los escolares perciben menor conocimiento de riesgos y menor miedo a las consecuencias del consumo de alcohol menor es la resiliencia. Con estos resultados no se sustenta totalmente la hipótesis cuatro.

Tabla 33

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de percepción de riesgo para el consumo de alcohol y resiliencia

Variable	Resiliencia	Competencia personal	Aceptación de uno mismo
Índice percepción de riesgo	.009	.097	.049
Conocimiento de riesgo	.170*	.175	.090
Miedo	.177*	.157*	.152*
Riesgo personal	.005	.023	-.057
Riesgo a terceros	.042	.066	-.066
Beneficios	-.043	-.036	-.053
Presión	.063	.080	-.009
Admiración	-.013	-.025	.026
Evitación	.010	.002	.049
Facilidad para beber	.031	.037	-.023

*Nota: *= $p<.01$, valores bilaterales*

En la tabla 34 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación del índice de percepción de riesgo para el consumo de alcohol por no consumo de alcohol, los

resultados indican que no existen diferencias significativas en los índice general de percepción de riesgo. No obstante al observar cada una de los indicadores de riesgo se observan diferencias en la percepción de riesgo personal ($U=8991.5$, $p<.001$), percepción de riesgos a terceros ($U=9880.5$, $p=.050$) y percepción de facilidad de consumir bebidas alcohólicas ($U=9369.0$, $p=.010$) entre los escolares que indicaron no consumen comparado con los que si han consumido alguna vez. Los datos indican que los escolares que no consumen muestran mayor percepción de riesgo personal, mayor percepción de riesgo a terceros por consumo de alcohol y perciben menos facilidad para consumir alcohol. con estos resultados no se aprueba la hipótesis de investigación.

Tabla 34

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo para el consumo de alcohol entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo No de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice percepción de riesgo	Consumo	175	33.91	33.33	16.39	10348.0	.257
	No consumo	128	31.85	31.78	17.15		
Conocimiento de riesgo	Consumo	175	3.18	3.00	2.24	10239.5	.187
	No consumo	128	3.55	4.00	2.36		
Miedo	Consumo	175	3.57	4.00	2.00	10936.5	.722
	No consumo	128	3.69	4.00	2.18		
Riesgo personal	Consumo	175	2.54	1.00	1.97	8991.5	.001
	No consumo	128	1.89	1.00	1.59		
Riesgo a terceros	Consumo	175	2.41	1.00	1.90	9880.5	.050
	No consumo	128	2.10	1.00	1.83		
Beneficios	Consumo	175	2.83	1.00	2.40	10404.5	.252
	No consumo	128	3.13	2.00	2.48		
Presión	Consumo	175	3.33	2.00	2.40	11009.5	.791
	No consumo	128	3.45	2.00	2.66		
Admiración	Consumo	175	2.73	2.00	2.20	10144.5	.127
	No consumo	128	2.38	1.00	2.12		
Evitación	Consumo	175	3.62	4.00	2.20	10592.0	.408
	No consumo	128	3.49	3.00	2.40		
Facilidad para beber	Consumo	175	3.09	2.00	2.19	9369.0	.010
	No consumo	128	2.51	1.00	2.17		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

Tabla 35

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de percepción de riesgo para el consumo de alcohol entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo de alcohol último año	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Índice percepción de riesgo	No	167	32.33	31.48	17.29	10709.5	.393
	Si	136	33.91	33.33	16.00		
Conocimiento de riesgo	No	167	3.44	3.00	2.40	10865.5	.503
	Si	136	3.21	3.00	2.19		
Miedo	No	167	3.73	4.00	2.18	10715.5	.391
	Si	136	3.49	4.00	1.95		
Riesgo personal	No	167	2.10	1.00	1.81	9795.0	.021
	Si	136	2.49	1.50	1.87		
Riesgo a terceros	No	167	2.13	1.00	1.84	9829.0	.025
	Si	136	2.47	2.00	1.90		
Beneficios	No	167	3.03	1.00	2.46	10933.5	.546
	Si	136	2.87	1.00	2.40		
Presión	No	167	3.38	2.00	2.64	10919.0	.545
	Si	136	3.38	2.00	2.36		
Admiración	No	167	2.35	1.00	2.10	9580.0	.011
	Si	136	2.87	2.00	2.23		
Evitación	No	167	3.63	4.00	2.40	11251.5	.888
	Si	136	3.49	4.00	2.14		
Facilidad para beber	No	167	2.66	1.00	2.21	9937.5	.047
	Si	136	3.07	2.50	2.16		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

En la tabla 35 se muestran los contrastes de tendencia central de la puntuación del índice de percepción de riesgo para el consumo de alcohol por consumo de alcohol en el último año, los resultados indican que no existen diferencias significativas en el índice general de percepción de riesgo. No obstante al observar cada una de los indicadores de riesgo se observan diferencias significativas en la percepción de riesgo personal ($U=9795.0$, $p=.021$), percepción de riesgos a terceros ($U=9829.0$, $p=.025$) y admiración a personas consumidoras ($U=9580.0$, $p=.011$) entre los escolares que indicaron consumo de alcohol en el último año con los que no han consumido. Los resultados indican que los

escolares que consumen muestran menos percepción de riesgo personal, menos percepción de riesgo a terceros por consumo de alcohol y perciben mayormente que las personas que consumen alcohol son admiradas.

Resultados para responder hipótesis de estudio 5.

Para responder a la hipótesis cinco, que menciona el afrontamiento ineficaz es un factor de riesgo que influyen negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, cabe mencionar que también se muestran resultados para el consumo de alcohol en el último año, los resultados se presentan de la tabla 36 a la 38.

Tabla 36

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de afrontamiento ineficaz y resiliencia

Variable	Resiliencia	Competencia personal	Aceptación de uno mismo
Índice afrontamiento ineficaz	-.006	.039	-.108
Indiferencia	-.011	.019	-.051
Conducta agresiva	-.127*	-.065	-.233*
Reserva de problemas	.007	.057	-.099
Evitación cognitiva	.074	.077	.025
Evitación conductual	.051	.051	.020

*Nota: *= $p < .01$, += $p < .05$; valores bilaterales*

Los resultados de la tabla 36 muestran los Coeficientes de Correlación de Spearman para las variables de afrontamiento ineficaz y resiliencia, los datos muestran que no existe relaciones entre el índice general de afrontamiento ineficaz con la resiliencia. Sin embargo al observar cada estrategia de afrontamiento ineficaz se destaca una relación negativa significativa de la puntuación de conducta agresiva con el índice de resiliencia

($r=-.127, p<.01$), es decir que a medida que el escolar muestra mayor conducta agresiva menor es la resiliencia de los escolares. No obstante con estos resultado no se sustenta la hipótesis de estudio.

Tabla 37

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	No consumo de alcohol	N	\bar{X}	Mdn	DE	U	Valor de p
Índice afrontamiento ineficaz	Consumo	175	34.37	34.21	15.21	8855.0	.002
	No consumo	128	29.44	28.94	16.32		
Indiferencia	Consumo	175	24.00	25.00	21.87	8950.5	.002
	No consumo	128	18.35	12.50	23.63		
Conducta agresiva	Consumo	175	20.28	12.50	19.85	9312.0	.009
	No consumo	128	15.91	12.50	20.97		
Reserva de problemas	Consumo	175	41.21	37.50	25.15	9107.0	.005
	No consumo	128	33.30	31.50	27.63		
Evitación cognitiva	Consumo	175	43.61	50.00	24.60	11127.5	.922
	No consumo	128	43.48	50.00	23.77		
Evitación conductual	Consumo	175	45.07	50.00	22.95	9745.5	.050
	No consumo	128	39.68	37.50	23.21		

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, $n = 303$

En la tabla 37 se muestran los contrastes de tendencia central de la puntuación del índice de afrontamiento ineficaz por no consumo de alcohol, los resultados indican que existen diferencias significativas en el índice general de afrontamiento ineficaz ($U=8855.0, p<.01$). Los datos indican medias y medianas más bajas de afrontamiento ineficaz en los escolares que no han consumido alcohol comparado con aquellos que si lo han consumido. Cabe mencionar que este comportamiento se presentó en la mayoría de las estrategias de afrontamiento ineficaz. Con estos resultados se sustenta la hipótesis que el afrontamiento ineficaz es un factor de riesgo que influyen negativamente en el no consumo de alcohol.

Tabla 38

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de afrontamiento ineficaz entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo de alcohol último año	N	\bar{X}	Mdn	DE	U	Valor de p
Índice afrontamiento ineficaz	No	167	30.17	28.94	15.81	9188.5	.004
	Si	136	34.88	34.21	15.57		
Indiferencia	No	167	19.31	12.50	23.19	9347.0	.006
	Si	136	24.44	25.00	21.98		
Conducta agresiva	No	167	16.16	12.50	20.54	9295.5	.005
	Si	136	21.23	18.75	19.97		
Reserva de problemas	No	167	35.10	37.50	26.38	9857.5	.046
	Si	136	41.26	37.50	26.47		
Evitación cognitiva	No	167	43.01	50.00	23.87	11310.0	.951
	Si	136	44.24	41.66	24.71		
Evitación conductual	No	167	40.49	37.50	23.53	9992.5	.069
	Si	136	45.58	50.00	22.49		

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, $n = 303$

De la misma manera en la tabla 38 se muestran los contrastes de tendencia central de la puntuación del índice de afrontamiento ineficaz por consumo de alcohol en el último año, los resultados indican que existen diferencias significativas en el índice general de afrontamiento ineficaz ($U=9188.0, p<.01$). Los datos indican medias y medianas más bajas de afrontamiento ineficaz en los escolares que no han consumido alcohol en el último año comparado con aquellos que si lo han consumido. Así mismo este comportamiento se presentó en la mayoría de las estrategias de afrontamiento ineficaz.

Resultados para responder hipótesis de estudio 6.

Para finalizar en presentar los resultados para la prueba de hipótesis, en este apartado se muestran los resultados para responder a la hipótesis seis, que menciona la resiliencia muestra influencia positiva en el no consumo de alcohol de los escolares. Así mismo también se muestran resultados para el consumo de alcohol en el último año, los resultados se presentan de la tabla 39 y 40

Los resultados de las tablas 39 y 40 muestran que no existen diferencias de la resiliencia por no consumo de alcohol y por consumo de alcohol en el último año. Los datos de las medias y medianas muestran puntuaciones muy similares entre los escolares que no han consumido alcohol con aquellos que si lo han realizado.

Tabla 39

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de resiliencia entre el no consumo de alcohol, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	No consumo de alcohol	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Resiliencia	Consumo	175	61.10	64.28	17.40	10812.5	.607
	No consumo	128	50.27	61.90	17.87		
Competencia personal	Consumo	175	62.46	65.15	18.25	10306.0	.235
	No consumo	128	60.32	63.63	17.85		
Adaptación a uno mismo	Consumo	175	56.12	55.55	22.21	9866.5	.076
	No consumo	128	60.11	61.11	24.17		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

Tabla 40

Contraste de tendencia central de la puntuación de los índices de resiliencia entre el consumo de alcohol en último año, según la prueba de U de Mann-Whitney

Variable	Consumo de alcohol último año	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Resiliencia	No	167	59.46	60.71	18.86	10333.0	.177
	Si	136	62.34	64.88	16.07		
Competencia personal	No	167	59.91	62.12	18.87	9938.0	.061
	Si	136	63.70	65.90	16.89		
Adaptación a uno mismo	No	167	58.18	55.55	24.21	11148.5	.784
	Si	136	57.35	55.55	21.75		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min. = mínimo, Máx. = máximo, *n* = 303

Resultados para responder objetivo general.

En este apartado se presentan los resultados para responder al objetivo general que indica, verificar el modelo de resiliencia basado en factores de riesgo y protección para favorecer la resiliencia y el no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales. Para

responder este objetivo se aplicaron modelos de Regresión Lineal Múltiple y modelos de Regresión Logística.

Tabla 41

Modelos de Regresión Lineal Múltiple para la resiliencia*

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Valor de p	IC 95% para B	
	B	Error estándar	β		LI	LS
Constante	36.06	17.62				
Edad	-.586	1.42	-.023	.682	-3.39	2.22
Sexo	.304	2.02	.009	.881	-3.67	4.28
Afrontamiento ineficaz	.112	.06	.101	.099	-.021	.246
Percepción de riesgo	.015	.06	.014	.814	-.108	.137
Atmosfera familiar	.248	.06	.238	.001	.114	.382
Apoyo social	.009	.07	.008	.899	-.138	.157
Afrontamiento eficaz	.148	.05	.168	.008	.038	.259
No consumo de alcohol	-.207	2.05	.006	.920	-4.24	3.82
Modelo 1	$F_{(8, 294)} = 4.22, R^2 = 10.3 \%, p < .001$					
Constante	35.84	17.50				
Edad	-.576	1.42	-.023	.686	-3.37	2.22
Sexo	.260	1.97	.007	.895	-3.61	4.13
Afrontamiento ineficaz	.113	.06	.102	.094	-.019	.246
Percepción de riesgo	.015	.06	.014	.809	-.107	.137
Atmosfera familiar	.249	.06	.239	.001	.116	.382
Apoyo social	.009	.07	.008	.903	-.138	.156
Afrontamiento eficaz	.149	.05	.168	.008	.039	.259
Modelo 2	$F_{(7, 295)} = 4.84, R^2 = 10.3 \%, p < .001$					
Constante	36.63	16.36				
Edad	-.607	1.40	-.024	.665	-3.36	2.14
Sexo	.272	1.96	.008	.890	-3.59	4.13
Afrontamiento ineficaz	.113	.06	.102	.094	-.019	.245
Percepción de riesgo	.015	.06	.014	.811	-.107	.136
Atmosfera familiar	.251	.06	.241	.001	.125	.378
Afrontamiento eficaz	.151	.05	.170	.004	.048	.254
Modelo 3	$F_{(6, 296)} = 5.67, R^2 = 10.3 \%, p < .001$					

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, B = beta, IC=intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, $n = 303$, * Pasos progresivos hacia atrás

Tabla 41 (continuación)

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados β	Valor de p	IC 95% para B	
	B	Error estándar			LI	LS
Constante	37.14	15.56				
Edad	-.619	1.39	-.025	.658	-3.36	2.12
Afrontamiento ineficaz	.111	.06	.101	.094	-.019	.242
Percepción de riesgo	.015	.06	.014	.805	-.106	.136
Atmosfera familiar	.252	.06	.242	.001	.126	.378
Afrontamiento eficaz	.152	.05	.171	.004	.046	.254
Modelo 4	$F_{(5, 297)} = 6.82, R^2 = 10.3\%, p < .001$					
Constante	37.94	15.56				
Edad	-.625	1.39	-.025	.654	-3.36	2.11
Afrontamiento ineficaz	.114	.065	.103	.082	-.015	.243
Atmosfera familiar	.249	.063	.239	.001	.125	.373
Afrontamiento eficaz	.149	.051	.169	.004	.048	.250
Modelo 5	$F_{(4, 298)} = 8.54, R^2 = 10.3\%, p < .001$					
Constante	31.40	5.48				
Afrontamiento ineficaz	.115	.065	.104	.079	-.013	.244
Atmosfera familiar	.247	.063	.237	.001	.124	.371
Afrontamiento eficaz	.148	.051	.167	.004	.047	.248
Modelo 6	$F_{(3, 299)} = 11.35, R^2 = 10.2\%, p < .001$					
Constante	36.81	4.53				
Atmosfera familiar	.208	.059	.200	.001	.092	.324
Afrontamiento eficaz	.166	.050	.188	.001	.067	.265
Modelo 7	$F_{(2, 300)} = 15.36, R^2 = 9.3\%, p < .001$					

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, B = beta, IC=intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, $n = 303$, * Pasos progresivos hacia atrás

En la tabla 41 se muestra un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables edad, sexo, afrontamiento ineficaz, percepción de riesgo, atmosfera familiar, apoyo social, afrontamiento eficaz y no consumo de alcohol sobre la resiliencia. Los resultados indican que el modelo fue significativo con una varianza explicada de 10.3%. Las variables que muestran efecto significativo sobre la resiliencia son la atmosfera familiar y el afrontamiento eficaz. Posteriormente se aplicó el procedimiento Backward (pasos progresivos hacia atrás), para visualizar las variables que tienen mayor contribución al modelo, se verificó que las variables que mantienen efecto significativo son atmosfera familiar ($B=.208, p=.001$) y afrontamiento eficaz ($B=.166, p<.001$). Es decir que a mayor

puntuación de atmosfera familiar y afrontamiento eficaz mayor es la resiliencia en escolares de zona rural.

Tabla 42

Modelo de Regresión Logística Binaria para el no consumo de alcohol*

Variable	B	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Afrontamiento eficaz	-.004	.007	.27	1	.996	.600	.98	1.01
Percepción de riesgo	-.008	.008	1.01	1	.992	.314	.97	1.00
Atmosfera familiar	-.011	.009	1.46	1	.990	.227	.97	1.00
Apoyo social	.008	.009	.65	1	1.08	.420	.98	1.02
Afrontamiento ineficaz	-.019	.009	4.65	1	.981	.031	.96	.99
Resiliencia	-.001	.007	.02	1	.999	.888	.98	1.01
Sexo	-.919	.246	13.97	1	.399	.001	.24	.64
Edad	-.198	.181	1.18	1	.821	.276	.57	1.17
Constante	3.548	2.21	2.57					
Modelo 1		$\chi^2=26.26, gl=8, R^2=8.3, p<.001$						
Afrontamiento eficaz	-.004	.007	.301	1	.996	.583	.98	1.01
Percepción de riesgo	-.008	.008	1.01	1	.992	.314	.97	1.00
Atmosfera familiar	-.011	.009	1.59	1	.989	.207	.97	1.00
Apoyo social	.008	.009	.64	1	1.00	.421	.98	1.02
Afrontamiento ineficaz	-.019	.009	4.72	1	.981	.030	.96	.99
Sexo	-.919	.246	13.96	1	.399	.001	.24	.64
Edad	-.197	.181	1.18	1	.821	.277	.57	1.17
Constante	3.509	2.19	2.56					
Modelo 2		$\chi^2=26.24, gl=7, R^2=8.3\%, p<.001$						
Percepción de riesgo	-.007	.008	.87	1	.993	.351	.97	1.00
Atmosfera familiar	-.011	.008	1.74	1	.989	.187	.97	1.00
Apoyo social	.006	.009	.42	1	1.00	.512	.98	1.02
Afrontamiento ineficaz	-.020	.008	5.54	1	.980	.019	.96	.99
Sexo	-.911	.245	13.80	1	.402	.001	.24	.65
Edad	-.211	.179	1.39	1	.809	.238	.57	1.15
Constante	3.64	2.17	2.78					
Modelo 3		$\chi^2=25.93, gl = 6, R^2=8.2\%, p<.001$						

Nota: B=beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R²= Coeficiente de determinación, n=303.

*Pasos progresivos hacia atrás por Wald

Tabla 42 (continuación)

Variable	B	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Percepción de riesgo	-.008	.008	.97	1	.992	.324	.97	1.00
Atmosfera familiar	-.009	.008	1.34	1	.991	.246	.97	1.00
Afrontamiento ineficaz	-.020	.008	5.45	1	.980	.019	.96	.99
Sexo	-.921	.245	14.17	1	.398	.001	.24	.64
Edad	-.227	.178	1.63	1	.797	.201	.56	1.12
Constante	4.13	2.04	4.09					
Modelo 4		$\chi^2 = 25.50, gl=5, R^2 = 8.1\%, p<.001$						
Atmosfera familiar	-.007	.008	.90	1	.993	.341	.97	1.00
Afrontamiento ineficaz	-.021	.008	6.08	1	.979	.014	.96	.99
Sexo	-.908	.244	13.89	1	.403	.001	.25	.65
Edad	-.221	.177	1.55	1	.801	.212	.56	1.13
Constante	3.71	1.98	3.48					
Modelo 5		$\chi^2 = 24.52, gl=4, R^2=7.8\%, p<.001$						
Afrontamiento ineficaz	-.018	.008	5.28	1	.982	.022	.96	.99
Sexo	-.896	.243	13.61	1	.408	.001	.25	.65
Edad	-.237	.177	1.80	1	.789	.179	.55	1.11
Constante	3.28	1.93	2.88					
Modelo 6		$\chi^2 = 23.61, gl=3, R^2 = 7.5\%, p<.001$						
Afrontamiento ineficaz	-.018	.008	4.95	1	.982	.026	.96	.99
Sexo	-.909	.242	14.10	1	.403	.001	.25	.64
Constante	7.21	.296	5.94					
Modelo 7		$\chi^2 = 21.79, gl=3, R^2=6.9\%, p<.001$						

Nota: B = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R²= Coeficiente de determinación, n=303, *Pasos progresivos hacia atrás por Wald

Tabla 43

Bootstrap para coeficientes

Modelo	B	Sesgo	Bootstrap ^a		IC al 95%	
			EE	Sig.	LI	LS
Constante	36.881	-.013	4.467	.000	28.21	45.64
Atmosfera Familiar	.208	.000	.064	.002	.08	.33
Afrontamiento positivo	.166	-.000	.057	.005	.05	.28

Nota: B = beta, S EE= Error estándar, Sig. Significado bilateral IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, n =303

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 42 se muestra que el modelo fue significativo ($\chi^2=26.26$, $p<.001$) con una varianza explicada del 8.2%, al observar la contribución de cada variable se muestra que las variables que mostraron un efecto sobre el no consumo de alcohol son el afrontamiento ineficaz y sexo. Posteriormente se aplicó el procedimiento Backward (método hacia atrás), para visualizar las variables que tienen mayor contribución al modelo, se verificó que las variables que mantienen efecto significativo son afrontamiento ineficaz ($B=-.018$, $p=.026$) y sexo ($B=-.909$, $p<.001$). Es decir que a menor puntuación de afrontamiento ineficaz mayor es la probabilidad de no consumo de alcohol en los escolares de zona rural, destacando mayor probabilidad de no consumo de alcohol en mujeres que en hombres (ver figura 3). En la tabla 43, se reporta bootstrap, para mostrar con seguridad que los resultados son confiables dada la no normalidad de los datos, y que no existe diferencia considerable con los datos finales del modelo 6.

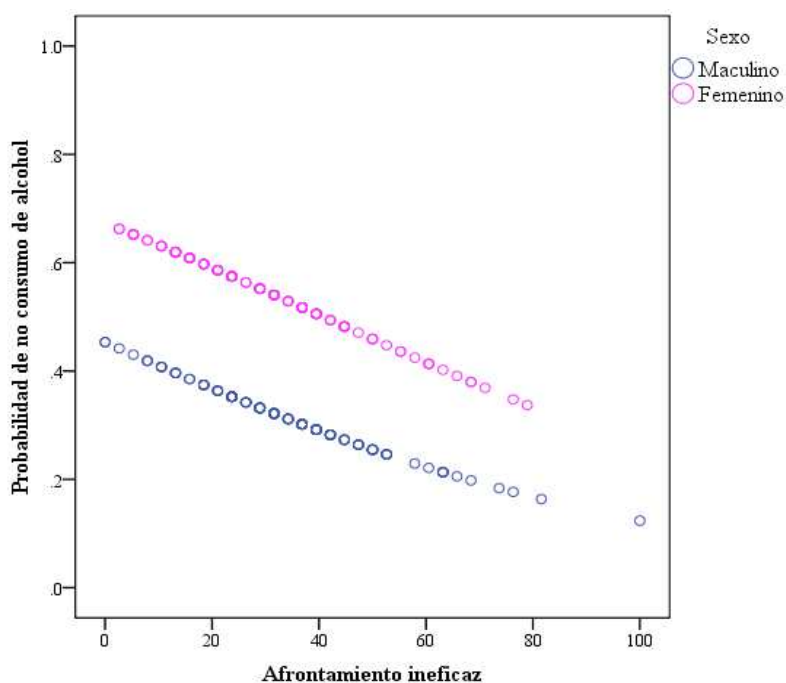


Figura 4. Efecto del afrontamiento ineficaz sobre el no consumo de alcohol por sexo

Capítulo IV

Discusión

El propósito de este estudio fue verificar un modelo de resiliencia basado en factores de protección y riesgo para la conducta de no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, guiada a través de proposiciones del MRA. De tal manera que se analizaron la influencia de los factores de protección (afrentamiento eficaz, atmosfera familiar y apoyo social) y factores de riesgo (afrentamiento ineficaz y la baja percepción de riesgo del consumo de alcohol) con la resiliencia y el no consumo de alcohol. Los datos de estudio fueron recolectados de una muestra de 303 niños de quinto y sexto grado de 10 instituciones de educación primaria de una zona rural del Estado de San Luis Potosí, México.

De acuerdo con la descripción del no consumo de alcohol se encontró que más del 40% no ha consumido bebidas alcohólicas, no obstante es importante mencionar que más de la mitad de estos niños escolares han consumido por lo menos alguna vez en su vida alcohol y tiene intención de consumir alcohol en el futuro, así mismo 8% reportó consumo de más de 5 bebidas. Estos resultados muestran una situación alarmante en el acceso a las bebidas alcohólicas en los escolares de zonas rurales, dado que la prevalencia alguna vez en la vida y en el último año es cinco veces superiores a lo reportado en la última encuesta realizada nacionalmente en escolares y el consumo excesivo mostró ser tres veces mayor en este estudio (INPRF, CONADIC, & SS, 2015), cabe mencionar que estudios realizados en adolescentes de zonas rurales donde se compara el consumo con adolescentes de zonas urbanas ha sido mayor en zonas rurales (Azar, et al., 2015; Chan et al., 2016).

Los resultados anteriores muestran posiblemente que las condiciones sociales de escolares de zonas rurales son diferentes y pueden influir al inicio de alcohol, se ha explicado que el consumo de alcohol en zonas rurales se debe a una vulnerabilidad

cultural (Da Silva et al., 2015; Natera, 1987; Onya, 2012; Perez-Milena, 2008), es decir, la vida social de estas comunidades está determinada principalmente por festividades en honor de los santos locales y de los poblados vecinos, además de las festividades de carácter nacional. Carecen de otro tipo de diversiones, se practica muy poco el deporte y no cuentan con instalaciones adecuadas.

Es común que se comente que la gente bebe porque es muy aburrida la vida del pueblo y la actividad más atractiva es beber. No obstante existen otros aspectos socioculturales que se deben de reflexionar para explicar el elevado consumo de alcohol en estos escolares, hoy en día al estudiar zonas rurales se puede observar que se han modificado sus raíces y sus tradiciones porque los escolares rurales están inmersos en un procesos de aculturación urbana cada vez más fuerte debido al acceso a la información digital, lo que posiblemente lo urbano se ha convertido en modelo a seguir y tiende a influir cada vez más en sus costumbres, lo que permite afirmar que el consumo y abuso de alcohol en escolares de zonas rural debe confirmarse como un problema de salud, que puede surgir como resultados de costumbres culturales mezcladas con patrones urbanos, problema que se ha incrementado en los últimos cuatro años, de acuerdo con los resultados del estudio (INPRF, CONADIC, & SS, 2015).

De conformidad con el objetivo uno que mencionó describir los factores de protección atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz por sexo, los resultados indicaron que no existen diferencias en los índices de la atmosfera familiar y afrontamiento eficaz entre los escolares hombres y mujeres de zona rural, no obstante de acuerdo con el índice de apoyo social existen diferencias entre hombres y mujeres. Estos resultados sugieren que la percepción de atmosfera familiar y las estrategias de afrontamiento eficaz son similares entre niños y niñas.

Aunque no existe evidencia en escolares de zonas rurales sobre estos resultados, estudios en adolescentes (Stapiniski, et al., 2016) y jóvenes (Gonzalez & Artuch, 2014;

Corbin, et al., 2013) de zonas urbanas han mostrado diferencias de estrategias de afrontamiento por género destacando que las mujeres tienen a mostrar mejores estrategias de afrontamiento que los hombres. Estos resultados parecen ser reflejo de las diferencias de género, donde las mujeres utilizan estrategias a través del grupo en busca de apoyo, busca consejos entre sus iguales, así como la parte emocional se ve involucrada al tratar de buscar el lado positivo de las cosas, a diferencia de los hombres que ellos afrontan a través de ignorar el problema y reservarlo para el mismo (Martin et al., 2011).

Respecto a la percepción de atmosfera familiar hay evidencia de diferencias entre adolescentes mujeres y hombres (Kopak et al, 2011), se destaca que las mujeres adolescentes perciben mejor atmosfera familiar porque son las que pasan mayor tiempo en casa que los hombres y esto favorece a que ellas perciban mejor cohesión y comunicación familiar. No obstante de acuerdo a los resultados en niños de zonas rurales no se muestran estas diferencias, es posible que tanto niños y niñas perciban y evalúen de forma similar las relaciones intrafamiliares, ya que se encuentran en la edad donde se inicia el contacto con otros niños, sin embargo el contacto y cuidado con los padres e integrantes de la familia es mayor.

De acuerdo con la percepción del apoyo social se destacó que las escolares mujeres muestran mayor percepción de apoyo social. Los datos encontrados parecen confirmar diferencias de género, estas diferencias en apoyo social pueden provenir que frecuentemente las mujeres perciben más ayuda, perciben más muestras de amor y cariño, que los niños. Lo anterior parece desprenderse de las diferencias en función de los roles culturales en general que implican para la mujer papeles y tareas que pueden hacer que aumente su percepción de la disponibilidad de apoyo (Matud, et al., 2002).

De acuerdo con el objetivo dos que indicó describir factores de riesgo afrontamiento ineficaz y percepción de riesgo del consumo de alcohol por sexo, los resultados mostraron que existen diferencias significativas en el índice de afrontamiento ineficaz

entre hombres y mujeres, los hombres muestran puntuaciones más altas que las mujeres. Es decir los niños escolares de zona rural mostraron mayores estrategias de afrontamiento ineficaz, las cuales no favorecen el manejo de problemas de forma efectiva, estas estrategias fueron; aumento de la conciencia del propio problema, reducción de esfuerzos para tratar el problema, negación e inclusive el uso de sustancias. Es posible que estos resultados se deban también a la situación en relación a las diferencias culturales por género (Martin, Lucas, & Pulido, 2011; Morales-Rodríguez, Trianes-Torres, & Miranda-Páez, 2012).

De acuerdo con Morales- Rodríguez et al. (2012) explica que es posible que las niñas tienen mayor predisposición a informar de sus desajustes emocionales a diferencia de los niños, que se pueden sentir, por la deseabilidad social, más inhibidos a mostrar y expresar sus emociones reales. Los diferentes procesos de socialización existentes en ambos sexos, pueden llevar a una mayor permisividad en la expresión de emociones en las niñas por dicha razón los niños afrontan de forma ineficaz sus problemas. De acuerdo con la percepción de riesgo existen diferencias en los indicadores de riesgos a terceros y admiración, se destaca que las mujeres muestran mayor percepción de riesgo respecto a; si alguno de tu edad consumiera alcohol ¿hasta qué punto crees que él o ella estaría en riesgo de hacerse daño o enfermarse? En relación con el indicador de admiración (¿Hasta dónde las personas que consumen alcohol son admiradas por sus amigos?), los niños perciben que son admirados. En este sentido las niñas perciben mayor riesgo de daños por consecuencia de consumo de alcohol que los niños, estos resultados son consistentes con Uribe. et al. (2011).

Es posible que las niñas tengan fuentes de información adecuadas respecto a las consecuencias del consumo de alcohol en comparación con los niños, lo que puede tener su origen en aquellos que proporcionan la información, ya sean sus pares, familiares o sus profesores; de tal forma que los niños pueden estar expuestos a fuentes de información

inadecuadas, sin embargo es importante este aspecto dado que la información que se selecciona es la que muestra mayor concordancia con los comportamientos de los escolares.

Con respecto al objetivo tres que indica describir la resiliencia y la prevalencias del no consumo de alcohol por sexo, los datos muestran que el 12.9% de los escolares resultaron con resiliencia baja, con un promedio de 60.75, cabe mencionar que las puntuaciones de resiliencia resultaron menores en comparación con las medias de resiliencia de estudios realizados en adolescentes mexicanos de zonas urbanas que oscilan entre 66 a 79 (Sanchez, et al., 2013; Saenz, 2013; Martinez, 2007). Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la resiliencia, datos que concuerdan con Lira et al. (2016), no obstante existe literatura que muestra diferencias de género, al referir que la función del rol de género en el sentido de que las premisas socioculturales asignan un papel de protección a las mujeres, favoreciendo el desarrollo de su resiliencia (Alvarez-Aguirre, Alonso Castillo, & Guidorizzi, 2014; Álvarez-Aguirre et al., 2011). Es posible que estos resultados sean diferentes dado por las condiciones que imperan en una zona rural, aunque existen puntuaciones ligeramente superiores en mujeres.

En relación con el no consumo de alcohol, 42.2% de los escolares nunca han consumido una bebida alcohólica, 44.9% mencionó haber consumido por lo menos una bebida alcohólica en el último año, así mismo se mostró que existen diferencias en la prevalencia de no consumo de alcohol, prevalencia en el último año, así como en las intenciones por sexo. Al igual que en zonas urbana (Alonso et al., 2012; Alvarez-Aguirre, et al., 2014; Lira –Perez, et al, 2016), en esta zona rural los hombres consumen más alcohol y muestra mayor intención de consumo que las mujeres, se registró en este estudio que los niños escolares muestran consumo de alcohol e intenciones dos veces más que las niñas.

Estos resultados se han explicado bajo el modelo tradicional de masculinidad, que implica asumir riesgos para la salud y una resistencia a admitir debilidades por parte de los hombres (Sánchez-Pardo, 2012), sin embargo este modelo es aprendido en mayor parte por los padres, los niños a menudo son introducidos a experimentar bebidas alcohólicas por su familia y sus conocimientos y actitudes sobre el consumo de alcohol son influenciados principalmente por prácticas parentales (Chan et al., 2015). Estos hallazgos indican la importancia de considerar aspectos de género en el diseño de intervenciones para estos escolares y considerar la participación de los padres.

De conformidad con el objetivo cuatro que menciona analizar la relación entre los factores de protección (atmosfera familiar, apoyo social y afrontamiento eficaz), factores de riesgo (afrontamiento ineficaz e percepción de riesgo del consumo de alcohol) resiliencia y no consumo de alcohol en escolares de zonas rurales, los resultados indicaron que el número de bebidas se relacionó positivamente con el índice de afrontamiento ineficaz, es decir que a mayor estrategias de afrontamiento ineficaz mayor es el número de bebidas alcohólicas. Estos hallazgos apoyan la teoría que un posible factor de riesgo para favorecer el consumo excesivo de alcohol son las estrategias de afrontamiento ineficaz en estos escolares (Haeens, 2004) y contribuyen a la literatura sobre la influencia de las estrategias de afrontamiento con el consumo de alcohol (Blevins, et al., 2016; Corbin, et al. 2013; Gallupe, 2014). Estos hallazgos, pude sugerir futuras investigaciones y considerar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento en intervenciones para la prevención del consumo de alcohol.

La atmosfera familiar se relacionó positivamente con el apoyo social, es decir que a mayor percepción de una mejor atmosfera familiar mayor es la percepción de apoyo social, así mismo la atmosfera familiar se relacionó positivamente con el afrontamiento eficaz y con el índice de resiliencia, es decir que a medida que el niño escolar percibe una mejor atmosfera familiar mayor son las estrategias de afrontamiento eficaz que utiliza y

mayor es la resiliencia. Por otro lado la atmosfera familiar se relacionó negativamente con el afrontamiento ineficaz y con la percepción de riesgo del consumo de alcohol.

Estos resultados apoyan lo que menciona Haase (2013) respecto a la atmósfera familiar donde indica que la existencia de adaptación, cohesión y comunicación familiar son factores protectores para los adolescentes para favorecer la resiliencia y una mejora calidad de vida, así mismo estudios indican que quien percibe una buena atmósfera familiar donde exista habilidad de adaptación a los posibles cambios, grado de unida ayudan entre los miembros, así como grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y expresar directamente sus sentimientos desarrollan la capacidad de resiliencia favoreciendo conductas saludables (Caetano, et al., 2017; Kopak, et al., 2012; Moreno,et al., 2009).

El apoyo social percibido se relacionó de forma positiva con el afrontamiento eficaz y con la resiliencia, de forma negativa se relacionó con el afrontamiento ineficaz y con la baja percepción de riesgo del consumo de alcohol. En este sentido Rodriguez (2011) indica que un apoyo social en niños, es decir los sentimientos de seguridad con su capacidad evaluativa de la ayuda con la que percibe, produce efectos conductuales y emocionales beneficiosos, tales como habilidades de estrategias de afrontamiento eficaz y resiliencia. Así mismo los escolares con un apoyo social experimentan sentimientos de seguridad que se reflejan en su estado anímico positivo y bienestar, sin olvidar que el apoyo social puede ayudar a regular el impacto negativo de los estresores cotidianos (Rodriguez, 2011). Estos hallazgos apoyan la teoría de acuerdo a los postulados de Haase (2004) donde indica que el apoyo social es un factor protector que favorece la resiliencia, y dan la visión de considerar al apoyo social como una variable para futuras investigaciones en busca de ser considerada en intervenciones de promoción de la salud para favorecer la resiliencia en estos escolares.

En relación con el afrontamiento eficaz se mostró una relación positiva con la resiliencia, es decir que a medida que los escolares muestran mayores estrategias de afrontamiento eficaz mayor es la resiliencia. Haase (2004) refiere que estas estrategias están ligadas a resultados positivos tales como una mayor resiliencia y mejor calidad de vida. Así mismo los resultados de la relación de apoyo social y atmosfera familiar con afrontamiento eficaz son apoyados con la esquematización de los conceptos de Haase (2004) donde describe que los factores protectores familiares y sociales favorecen el factor protector de afrontamiento eficaz, resultados que deben ser considerados para futuras investigaciones y la posibilidad para el desarrollo de intervenciones de enfermería para favorecer el aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaz tales como solución activa a problemas, facilitar la comunicación de problemas con otros, búsqueda de información para solucionar problemas y actitud positiva ante problemas.

De conformidad con la hipótesis uno que indica la atmosfera familiar es un factor protector que influyen positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, los resultados aprueban parcialmente la hipótesis, ya que se mostró que existe una relación positiva y significativa de la atmosfera familiar con la resiliencia, sin embargo no se mostró una influencia de la atmosfera familiar con el no consumo de alcohol.

Los resultados de la influencia de atmosfera familiar con la resiliencia confirman lo que menciona Haase (2013) respecto que la atmósfera familiar es un factor protector para los adolescentes para favorecer la resiliencia. Así mismo estos resultados permiten resaltar la importancia que tienen las prácticas de socialización de los padres en el desarrollo de conductas resilientes de los hijos, evidenciándose que dichas conductas sobresalen en los adolescentes cuyos padres expresan cariño, y utilizan una comunicación bidireccional frente a los hijos. De acuerdo con Blunes et al. (2008) este tipo de contexto familiar es positivo para el desarrollo afectivo del adolescente, ya que favorecer su autoestima, favorece a la realización y autonomía personal y a la formación de conductas de disciplina

y orden. En cambio, las prácticas familiares que no favorecen una atmosfera familiar adecuada limitan el desarrollo y fortalecimiento de conductas resilientes, e incluso posibilita el desarrollo de perturbaciones psicológicas en los escolares como inseguridad o baja autoestima. En definitiva, este contexto familiar es negativo para la realización personal, la autonomía, la disciplina y el orden como factores de la resiliencia (Haase, 2013).

Los resultados de la atmosfera familiar como un factor protector que influyen positivamente en el no consumo de alcohol, no fueron sustentados empíricamente en el estudio, investigaciones indican que la falta o ausencia de atmosferas familiares positivas influyen en las conductas no saludables como el consumo de alcohol en adolescentes (Caetano, Vaeth, & Canino, 2017; Kopak, et al., 2012; Reeb, et al, 2015). Es posible que en estos escolares no se muestre esta influencia ya que se encuentran en la edad donde el contacto y cuidado con los padres e integrantes de la familia es mayor.

Con respecto a la hipótesis dos que menciona que el apoyo social es un factor protector que influyen positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol. los resultados confirman parcialmente la hipótesis, dado que se demostró que existe una relación positiva del apoyo social con la resiliencia, sin embargo el apoyo social no mostró influencia sobre el no consumo de alcohol de los escolares.

Respecto a la influencia del apoyo social con la resiliencia de los escolares de zona rural, los resultados confirman una de las proposiciones de Haase (2004) que indica que el alcance en el cual los adolescentes perciben sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación es determinado por amigos y proveedores del cuidado, lo cual se refleja en la resiliencia del adolescente. Estos resultados también son consistentes con investigaciones previas que han vinculado el apoyo social con la resiliencia (Leiva et al., 2013; Rodriguez-Fernandez et al., 2015). Se explica que escolares con apoyo social experimentan sentimientos de seguridad que se reflejan en su estado anímico positivo y

bienestar, sin olvidar que el apoyo social puede ayudar a regular el impacto negativo de los estresores cotidianos favoreciendo las características resilientes (Rodríguez, 2011).

Según Haase (2004), indica en su modelo de resiliencia en adolescentes que un elemento importante en la protección de los adolescentes es el apoyo social que percibe y que esté puede favorecer la resiliencia del adolescente. En este sentido se explica que el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social permite al adolescente desarrollar resiliencia como un resultado positivo.

Los resultados del apoyo social como un factor protector que influyen positivamente en el no consumo de alcohol, no fueron sustentados empíricamente en el estudio, estudios han mostrado que los escolares que cuentan con un apoyo social percibido adecuado experimentan sentimientos de mayor seguridad, observados en su estado anímico, positivo y bienestar (Leiva, Pineda & Encina 2013; Rodríguez 2010; Uribe, Orcasitas & Gómez 2012), así mismo se ha hecho evidente que a mayor percepción de apoyo social, menor es el riesgo para el inicio de consumo de alcohol en niños (Perula, et. al., 1998) y adolescentes (Villareal, et al., 2010). Es posible que en estos escolares no perciban redes de apoyo social como los que vienen zonas urbanas, ya que en zonas rural la redes de apoyo son menores que en la zona urbana.

De acuerdo con la hipótesis tres que declara el afrontamiento eficaz es un factor protector que influye positivamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol, los resultados permitieron también aceptar parcialmente la hipótesis ya que se evidenció la existencia de una relación positiva de las variables de afrontamiento eficaz y resiliencia, es decir a mayor estrategias de afrontamiento eficaz mayor es la resiliencia en escolares de zona rural. Sin embargo no se evidenció influencia del afrontamiento eficaz con el no consumo de alcohol.

Respecto los resultados de la influencia del afrontamiento eficaz y resiliencia permiten confirmar la proposición de Haase (2004) que indica el factor de protección

individual afrontamiento positivo está ligado a la resiliencia en el adolescente. Esto también se confirma con los resultados de Gonzalez y Artuch (2014), en este sentido el afrontamiento eficaz puede ser visto como un predictor de la resiliencia, esto significa que los escolares que suelen responder a sus problemas serenamente, buscando alternativas para llevar planes de acción para realizar la mejor opción, tienen a su vez un comportamiento más resiliente ante cualquier adversidad. Cabe mencionar que de acuerdo Haase (2013) explica que el afrontamiento eficaz también se conecta con una percepción de bienestar propio, lo cual puede aludir a aspectos como satisfacción de la vida, sentirse competente a nivel social y percibirse saludable física y mentalmente. En este sentido es importante considerar continuar fomentando la investigación de estas variables para diseñar y probar intervenciones que promuevan el comportamiento resiliente y los estilos de afrontamiento eficaz, acciones que se deben integrar en estrategias de promoción de la salud en ambientes escolares y en centros de salud de atención primaria.

De acuerdo con la hipótesis cuatro que menciona la baja percepción del riesgo del consumo de alcohol es un factor de riesgo que influyen negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol. Los resultados permitieron confirmar parcialmente la hipótesis, los datos mostraron que no existe una relación entre el índice general de percepción de riesgo para el consumo de alcohol con la resiliencia, sin embargo los indicadores de percepción de riesgo que mostraron relaciones negativas con la resiliencia fueron conocimiento de riesgos de consumo de alcohol y mostrar miedo por los efectos provocados por consumir alcohol, es decir mientras más es la percepción de riesgo mayor es la resiliencia. Como se ha mencionado anteriormente los adolescentes con un comportamiento resiliente tienden a producir conductas saludables para ellos mismos y para que los rodean (Haaes, 2004). Es posible que en medida que una percepción de bienestar y de resiliencia favorezca la percepción de daños que provoca el alcohol en la salud, ya que la resiliencia permite al adolescente producir entornos saludables (Haaes, 2013).

No existen diferencias significativas en los índice general de percepción de riesgo con el no consumo de alcohol. No obstante se observan diferencias en la percepción de riesgo personal, percepción de riesgos a terceros y percepción de facilidad de consumir bebidas alcohólicas. Destacando mayor percepción de riesgos en escolares que no consumen alcohol. Estos datos son apoyados por diferentes autores (Grigoravicius & Ducos 2009; López, et. al., 2013; Mendez-Ruiz, et al., 2015; Moral, et al., 2006; Pilatti, et al., 2011), e indican que la percepción de riesgo muestran que cuando un individuo percibe que una conducta es aceptada, este la ejercerá sin contemplar los riesgos, ante la conducta de consumo de alcohol, aquellos que perciben ingerir bebidas como algo agradable, no perciben los riesgos.

En este sentido la baja percepción de riesgo es considerada como el desconocimiento de daños, consecuencias y la severidad atribuida al consumo de alcohol (Moral, eta al., 2006). Tener una baja percepción de riesgo puede conducir a los escolares de zonas rurales a tomar la decisión de actuar de una manera favorable al consumo de bebidas alcohólicas. Por tal razón es la información de consecuencias del consumo de alcohol debe ser considerada para el diseño de programas de educación en prevención del consumo de alcohol en estos escolares.

De conformidad con la hipótesis cinco que menciona el afrontamiento ineficaz es un factor de riesgo que influye negativamente en la resiliencia y en el no consumo de alcohol. Los resultados también permitieron aprobar parcialmente la hipótesis al evidenciar que no existe relaciones entre el índice de afrontamiento ineficaz con la resiliencia. Sin embargo al observar cada estrategia de afrontamiento ineficaz se destaca una relación negativa de la puntuación de conducta agresiva con el índice de resiliencia. Es decir a mayor conducta agresiva para resolver un problema menor es la resiliencia. Haaes (2004) refiere que las estrategias de afrontamiento ineficaz o negativas no favorecen la resiliencia en los adolescentes, esto significa que los escolares que responden de forma ineficaz para resolver

algún problema, por ejemplo con conducta agresiva generalmente no tienen comportamientos resilientes, suelen ceder ante la adversidad e incorporan conductas de riesgo que producen daños (Beasley, et al., 2003).

Por otro lado los resultados mostraron que existen diferencias en el índice general de afrontamiento ineficaz por no consumo de alcohol. Los datos indicaron puntuaciones más bajas de afrontamiento ineficaz en los escolares que no han consumido alcohol comparado con aquellos que si lo han consumido. Estos datos se confirman con estudios que muestran que las estrategias de afrontamiento ineficaz influyen en el consumo de alcohol (Blevins, et al., 2016; Corbin, et al. 2013; Gallupe, 2014).

Respecto a la hipótesis seis que refiere la resiliencia muestra influencia positiva en el no consumo de alcohol de los escolares. Los resultados no permitieron confirmar esta hipótesis con los escolares de zona rural, ya que no se mostraron diferencias de la resiliencia entre los adolescentes que refirieron no consumo de alcohol con aquellos que si han consumido alcohol. Aunque la literatura revisada muestra evidencia que las características de resiliencia de un adolescente, tiende a reducir el riesgo de consumo de drogas incluyendo el alcohol (Alonso et al., 2012; Álvarez-Aguirre, et al., 2014; Becoña et al., 2007; Heinrich, et al., 2016; Lira –Perez, et al., 2016; Long, et al., 2017; López, et al., 2015).

No obstante como indica Haase (2004) no se pudo indicar a la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien se entiende la resiliencia como una capacidad humana y universal que está presente tanto en comunidades urbanas o rurales, se cree que tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los contextos de las áreas rurales de México. En este sentido, resulta de gran utilidad estos hallazgos para la orientación de futuros trabajos de investigación y de prevención, siempre y cuando se identifiquen aquellos factores propios a un contexto específico que puedan reorientar la influencia de la resiliencia en el consumo de alcohol.

Finalmente de conformidad con el objetivo general las variables que mostraron efecto sobre la resiliencia fueron la atmosfera familiar y afrontamiento eficaz, es decir que a mayor atmosfera familiar y mayor estrategias de afrontamiento eficaz, mayor es la probabilidad de desarrollar resiliencia en escolares de zona rural.

Por otro lado las variables que mantuvieron el efecto sobre el no consumo de alcohol fueron el afrontamiento ineficaz y sexo. Es decir que a menor puntuación de afrontamiento ineficaz mayor fue la probabilidad de no consumo de alcohol en los escolares de zona rural, destacando mayor probabilidad de no consumo de alcohol en mujeres que en hombres.

Estos resultados demuestran que junto con los factores de riesgo que están presentes en la situación de pobreza en áreas rurales de México, existen mecanismos que pueden lograr proteger a los escolares del consumo de alcohol. De este modo, una intervención sobre el cuidado preventivo sobre la resiliencia y consumo de alcohol debería considerar la manera de actuar a través de los factores externos en una forma integral y considerando el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento para aumentar la resiliencia y de la participación de la familia y el fomento de los integrantes en favorecer ambientes familiares saludables.

Conclusiones

De acuerdo con el objetivo uno no existen diferencias en los índices de la atmosfera familiar y afrontamiento eficaz entre hombres y mujeres, de acuerdo con el índice de apoyo social existen diferencias entre hombres y mujeres. Se destacó que las mujeres muestran puntuaciones mayores de apoyo social.

De conformidad con el objetivo dos existen diferencias significativas en el índice de afrontamiento ineficaz entre hombres y mujeres, los hombres muestran puntuaciones más altas que las mujeres. De acuerdo con la apercpección de riesgo existen diferencias en los indicadores de riesgos a terceros y admiración, se destaca que las mujeres muestran mayor

percepción de riesgo a terceros, en relación con el indicador de admiración se muestran que los hombres perciben mayor admiración a las personas que consumen alcohol.

Con respecto al objetivo tres el 12.9% de los escolares resultaron con resiliencia baja, 42.2% de los escolares nunca han consumido una bebida alcohólica, 44.9% mencionó haber consumido por lo menos una bebida alcohólica en el último año. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la resiliencia. Existen diferencias en la prevalencia de no consumo de alcohol y prevalencia en el último año por sexo. Los datos mostraron prevalencias más altas de no consumo en las mujeres. Prevalencias de consumo de alcohol en el último año mayores en los hombres.

De acuerdo con el objetivo cuatro el número de bebidas se relacionó positivamente con el índice de afrontamiento ineficaz. La atmosfera familiar se relacionó positivamente con el apoyo social, el afrontamiento eficaz y con el índice de resiliencia. La atmosfera familiar se relacionó negativamente con el afrontamiento ineficaz y con la percepción de riesgo del consumo de alcohol. El apoyo social percibido se relacionó de forma positiva con el afrontamiento eficaz y con la resiliencia, de forma negativa se relacionó con el afrontamiento ineficaz y con la percepción de riesgo del consumo de alcohol. En relación con el afrontamiento eficaz se mostró una relación positiva con la percepción de riesgo del consumo de alcohol y relación positiva con la resiliencia. El afrontamiento ineficaz se relacionó de forma negativa con la percepción de riesgo de consumo de alcohol.

De conformidad con la hipótesis uno existe una relación positiva y significativa de la atmosfera familiar con la resiliencia, no obstante no existen diferencias significativas en los índices de la atmosfera familiar por no consumo de alcohol.

Con respecto a la hipótesis dos existe una relación positiva del apoyo social con la resiliencia, por otro lado el apoyo social no es diferente entre los adolescentes que no consumen con los que han consumido alcohol.

De acuerdo con la hipótesis tres existe una relación positiva de las variables de afrontamiento eficaz y resiliencia. No existen diferencias del afrontamiento eficaz por no consumo de alcohol.

De acuerdo con la hipótesis cuatro no existe una relación entre el índice general de percepción de riesgo para el consumo de alcohol con la resiliencia, sin embargo los indicadores de percepción de riesgo que mostraron relaciones positivas con la resiliencia fueron conocimiento de riesgos y miedos.

No existen diferencias significativas en los índice general de percepción de riesgo con el no consumo de alcohol. No obstante a se observan diferencias en la percepción de riesgo personal, percepción de riesgos a terceros y percepción de facilidad de consumir bebidas alcohólicas. Destacando mayor percepción de riesgos en escolares que no consumen alcohol.

De conformidad con la hipótesis cinco no existe relaciones entre el índice de afrontamiento ineficaz con la resiliencia. Sin embargo al observar cada estrategia de afrontamiento ineficaz se destaca una relación negativa de la puntuación de conducta agresiva con el índice de resiliencia. Por otro lado existen diferencias en el índice general de afrontamiento ineficaz por no consumo de alcohol. Los datos indicaron puntuaciones más bajas de afrontamiento ineficaz en los escolares que no han consumido alcohol comparado con aquellos que si lo han consumido.

Respecto a la hipótesis seis no existen diferencias de la resiliencia por no consumo de alcohol.

Finalmente de conformidad con el objetivo general las variables que mostraron efecto sobre la resiliencia fueron la atmosfera familiar y afrontamiento eficaz. Las variables que mantuvieron el efecto sobre el no consumo de alcohol fueron el afrontamiento ineficaz y sexo. Es decir que a menor puntuación de afrontamiento ineficaz mayor fue la

probabilidad de no consumo de alcohol en los escolares de zona rural, destacando mayor probabilidad de no consumo de alcohol en mujeres que en hombres.

El presente estudio permite entender la asociación entre algunos factores protectores para la resiliencia y el no consumo de alcohol, permitiendo reflexionar el impacto de estos resultados en futuros programas preventivos de enfermería dirigidas a la promoción de la salud en adolescentes para fortalecer características de resiliencia en escolares de zonas rurales y favorecer las conductas saludables incluyendo el no consumo de alcohol.

Cabe destacar que los modelos de regresión lineal múltiple y logística binaria respaldan los supuestos del Modelo de Resiliencia del Adolescente de Haase (2004) para la variable de resiliencia y parcialmente para el no consumo de alcohol.

Recomendaciones

En base a resultados se recomienda utilizar otros diseños de estudio (comparativos y abordaje cualitativo) para profundizar en los hallazgos y las posibles influencias de otras variables específicas de las zonas rurales de México. Así mismo continuar utilizando el MOREAL como guía para futuros estudios de enfermería sobre la resiliencia, el consumo de alcohol y otras drogas con el fin de seguir probando sus proposiciones.

Se recomienda considerar resultados para el diseño de estudios de intervención de cuidado preventivo donde se aborde la resiliencia y el no consumo de alcohol considerando particularmente el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento para la promoción de la resiliencia y la participación de integrantes de la familia para favorecer ambientes familiares saludables.

Referencias

- Acosta, L., D., Fernandez, A., R., & Pillon. S., C. (2011). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(Spe): 771-81.
- Ahumada, J.G. (2011). Control conductual percibido, intención y consumo de drogas ilícitas en adolescentes de preparatoria (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality and behavior*. New York, NY: Open University Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M.(1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J: Printice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. Chicago.
- Alfaro et, al. (2014). Consumo y actitud ante el alcohol de los adolescentes de 13-18 años de edad en la provincia de Valladolid. *Acta PediatrEsp*, 72(6), 111-118.
- Allen, J., Mohatt, G. V., Fok, C. C. T., Henry, D., Burkett, R., & People Awakening Team. (2014). A protective factors model for alcohol abuse and suicide prevention among Alaska Native Youth. *American Journal of Community Psychology*, 54(0), 125–139.
- Almanza, A. M. (2007). Escala de atmósfera emocional, en aproximaciones al maltrato infantil desde la terapia familiar sistémica y posmoderna. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestro en Psicología, Universidad Autónoma de México.
- Alonso, M., M., López, K., S., Armendáriz, N., A., & Guzmán, F., R. (2012). *Factores de riesgo y consumo de drogas en adolescentes de secundaria. Un estudio*

multiregional. El caso de México. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey N.L. México.

- Alonso, A., Montes, A., Menendez, V., y Graça, M. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.
- Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M., M., & Guidorizzi, A., C. (2014) Factores predictores del uso de alcohol y tabaco en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(6):1056-62.
- Alvarez-Aguirre, A., Zamora-Mendoza, A., Hernandez Castañon, M., A., Sanchez-Perales, M., Barron-Ugalde, M., & Mendoza-Ayala, A. (2011). Resiliencia y consumo de alcohol y alcohol y tabaco en estudiantes adolescentes de comunidades rurales. *Anuario de investigación en adicciones*, 12(1): 1-7.
- Antonucci, T.C. e Israel, B.A. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network member's responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.
- Arias, N., & Carvalho, M., (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18, 504-512.
- Ashing, K., & Rosales, M. (2012). A cross-cultural validation of patient-reported outcomes measures: a study of breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 22(2), 295-308. doi: 10.1007/s11136012-0140-8
- Azar, D., White, V., Coomber, K., Faulkner, A., Livingston, M., Chikritzhs, T., T̂Room, R., & Wakefield, M. (2015). The association between alcohol outlet density and alcohol use among urban and regional Australian adolescents. *Addiction* 111, 65-72.

- Baheirae, A., Soltani, F., Ebadi, A., Foroushani, A. R., & Cheraghi, M., A. (2016). Risk and protective profile of tobacco and alcohol use among Iranian adolescents: a population based study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, (0), pp. -. Retrieved 25 Jan. 2017, from doi:10.1515/ijamh-2015-0089
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en el adolescente. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*. 19(1), 89-101. alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.
- Becoña, E., Míguez, M., López, A., Vázquez, M. & Lorenzo, M. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas*. 6(1), 89-111.
- Benthin, A., Slovic, P., & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal Adolescent*. 16(2), 153-168.
- Blevins, C. E., Abrantes, A. M., & Stephens, R. S. (2016). Motivational pathways from antecedents of alcohol use to consequences: a structural model of using alcohol to cope with negative affect. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 42(4), 395-403.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *The practice of nursing research*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier
- Bullinger M. (1991). Quality of life, definition, conceptualization and implications: a methodologists view. *Theoretical Surgery*. 6, 143-9.
- Bulnes, M., et al. (2008). Resiliencia y estilos de socialización parental en escolares 4to y 5to año de secundaria de lima metropolitana. *IIPSI*. 11(2) 67-91.
- Caetano, R, Vaeth, P. A., & Canino, G. (2017). Family cohesion and pride, drinking and alcohol use disorder in Puerto Rico. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 43(1), 87-94.

- Carrasco, M., Natera, G., Arenas, L., Reyes, H., & Pacheco, L. (2015) Las necesidades de salud y la respuesta social en una localidad rural: Metáforas y dilemas frente al consume de alcohol. *Salud Mental*. 38(2), 129-138.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Castillo, L., & Benavides, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan*, 12(2), 169-182.
- Chan, G., C., Leung J., Quinn C., Kelly A., B., Connor, J., P., Weier, M. & Hall, W. D. (2016). Rural and Urban Differences in Adolescent Alcohol Use, Alcohol Supply, and Parental Drinking. *J Rural Health*. 32(3):280-6.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2004) Guía Alcohol México 2004 Recuperado de: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/guiaalc.pdf Córdova, A. Andrade, P. & Rodríguez, S. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.
- Coomber, B. A., Toumbourou, J. W., Miller, P., Staiger, P. K., Hemphill, S. A., & Catalano R. F.(2011). Rural Adolescent Alcohol, Tobacco and Illicit Drug Use: A Comparison of Students in Victoria, Australia and Washington State, United States. (2011). *The Journal of Rural Health* , 27(4), 409–415.
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919.
- Córdova, A., Andrade, P., RodríguezK., Solveig, E., (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas.*Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2),101-122.

- Costa, S. M. y Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica* (Barcelona), 128, 687-691.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., & Jones, D. E. (2012). Predicting alcohol use across adolescence: Relative strength of individual, family, peer, and contextual risk and protective factors. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 26(4), 703–713.
- Creswell, K. G., et al. (2015) Personality, negative effect coping, and drinking alone a structural equation modeling approach to examine correlates of adolescent, solitary drinking, *Addiction Research Report*. 110, 775-783.
- Cullum, J., O'Grady, M., Sandoval, P., Armeli, S., & Tennen, H. (2013). Ignoring norms with a little help from my friends: social support reduces normative influence on drinking behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(1), 17–33.
<http://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.1.17>
- Da Silva, A., L., Meneses, & Gomes, M., V. (2015) Prevalencia e factores asociados a simultaneidade de comportamentos de risco a saude em adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. 33(4):423-430.
- De la Villa Moral, M., & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- DeHaan, L., & Boljevac, T. (2010). Alcohol prevalence and attitudes among adults and adolescents: Their relation to early adolescent alcohol use in rural communities. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 19(3), 223–243.
- Fawcett, J. (1999). The relationship of theory and research.(3a ed.).Filadelfia: F. A. Davis Company.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). Informe anual 2014 UNICEF México. Recuperado de:

[http://www.unicef.org/mexico/spanish/InformeAnualUnicef\(1\).pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/InformeAnualUnicef(1).pdf)

- Gallupe, O. (2014). Social status versus coping as motivation for alcohol use. *Journal of Youth Studies, 17*(1), 79-91.
- Gamboa, A. (2008). Evaluación de las relaciones intrafamiliares en mujeres con cáncer de mama: resultados de un estudio comparativo. Tesis de licenciatura en psicología, facultad de psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.
- García, M., & Carvalho. (2008). Uso de drogas en niños de 6 a 7 años de una escuela primaria de Celaya, Guanajuato, México. *Rev Latino-am Enfermagem. maiojunho; 16*(especial)
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Rev Méd Chile. 136*, 169-178
- González, M. & Artruch, M. (2014). Perfiles de resiliencia y estrategias de afrontamiento en la universidad: variables contextuales y demográficas. *Electronic journal research in educational psychology. 12*(3) 221-248.
- Gottlieb, B. (1983). Social support strategies: Guidelines for mental health practice. Beverly Hills, Sage Publications.
- Grigoravicius, M., Bradichansky, L., & Nigro, V. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas escolarizados 8 y 12 años resultados provisionales de una población no clínica. *Psicología desde el Caribe, 29*(3), 592-615.
- Gu, L., Deng, J., He, Y., Deng, X., Huang, J., Huang, G., Gao, X., Zhang, W., & Lu, C. (2016). Alcohol use and alcohol-related problems among adolescents in China. *Medicine 95*(38): 1-7.

- Guzmán, F., García, B., Rodríguez, L., & Alonso, M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera Norte*. 26(51), 53-74.
- Haase, J. (2004). The adolescent resilience model as a guide to interventions. Special selection: proceedings from the 5th annual state of the science workshop on resilience and quality of life in adolescents. *Journal of pediatric oncology nursing*. 21(5), 289 – 299.
- Haase, J., & Peterson, J. (2013). Middle range theories, Chapter, 16, 256-280.
- Haase, J., Heiney, S., Ruccione, K., & Stutzer, C. (1999). Research triangulation to derive meaning – based quality- of- life theory: Adolescent resilience model and instrument development, *Int. J. Cancer*. 12, 125-131.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1999). Análisis multivariante. España: Prentice Hall.
- Hampson, S., E., Severson, H., H., William J. Burns, W., J., Slovic, P. & Fisher, K., J. (2001). Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30 (2001) 167-181.
- Handren, L.M., Donaldson, C.D., & Crano, W.D. (2016). Adolescent alcohol use: protective and predictive parent, peer, and self-related factors. *Prevention Science* 17(7),: 862-871
- Heinrich, A., Schumann, G., Flor, H., Nees, F.; & IMAGEN consortium. (2016). Identification of key items regarding personality, environment, and life events to assess risk and resilience factors for harmful alcohol drinking in adolescents. *Alcohol Alcohol*, 51 (6), 710-715.
- Heilemann, M., V., Lee, K., & Kury F., S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1): 61-72.

- Hodder, R. K., Freund, M., Bowman, J., Wolfenden, L., Gillham, K., Dray, J., & Wiggers, J. (2016). Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. *BMJ Open*, 6(11).
- Innamoraty, M. & Maniglio, R. (2015) Psychosocial correlates of alcohol use and heavy episodic drinking among Italian adolescents: Data from the second International Self-Reported Delinquency study. *The American Journal on Addictions*, 24. 507-14.
- Hunter, D. R., Mc Crady, B. S., Hildebrandt, T., & Epstein, E. E. (2010) Indirect effect of social support for drinking on drinking outcomes: the role of motivation. *Journal of Studies on Alcohol and drugs*. 930-937.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Estadísticas a propósito de... día nacional de la familia mexicana (2 de marzo) Datos nacionales. Aguascalientes Ags. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/familia0.pdf>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. México, D.F. Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de drogas 2014: Reporte de Drogas en estudiantes. México, D.F. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigación/ECODE_DROGAS_2014.pdf.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2015). Encuesta Nacional de Consumo de

- Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME.. México DF, México: INPRFM; 2015.
- Johnson, N., Dismore, J., & Hof, D. (2011). The relationship between college students' resilience level and type use. *International journal of psychology*. 8, 67-82.
- Kim, W., Kim, I., & Nochajski, T. H. (2010). Risk and protective factors of alcohol use disorders among Filipino Americans: location of residence matters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 214-219.
- Kuttler, H., Schwendemann, H., & Bitzer, E. M. (2015). Familial risk and protective factors in alcohol intoxicated adolescents: psychometric evaluation of the family domain of the Communities That Care Youth Survey (CTC) and a new short version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *BMC Pediatrics*, 15, 191.
- Kopak, A. M., Chen, A. C.-C., Haas, S. A., & Gillmore, M. R. (2012). The Importance of Family Factors to Protect Against Substance Use Related Problems among Mexican Heritage and White Youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1-2), 34-41.
- Las Hayas. C., Calvete, E., Gomez del Barrio, A., Beato, L., Muñoz, P., & Padierna, J., A. (2014). Resilience Scale-25 Spanish version: validation and assessment in eating disorders. *Eating Behaviors*; 15 (3): 460-3.
- Lasebikan, V. O. & Ola, B., A. (2016). Prevalence and Correlates of Alcohol Use among a Sample of Nigerian Semirural Community Dwellers in Nigeria. *Journal of Addiction*. 2016, 1-6
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

- Leiva, L., Pineda, M., & Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*, 22(2), 111-123.
- Lema, L., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Sarria, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*. 5(12), 71-88.
- Lila, M., & Buelga, S., (2003). Familia y adolescencia: el diseño de un programa para la prevención de conductas de riesgo. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 72-78.
- Lira-Pérez, R., E., Álvarez-Aguirre, A., Casique, L., Muñoz-Alonso, L., R., & Mendoza Ayala, M., A. (2014). Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Iberoamericana para la investigación y desarrollo educativo*. 6(12): 1-16.
- Londoño, N., et al. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*. 5(1), 142-150.
- Londoño, P.C., & Valencia, L.S. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo de alcohol en universitarios. *Anales de Psicología*. 26(1), 27-33.
- Long, E. C., Lönn, S. L., Ji, J., Lichtenstein, P., Sundquist, J., Sundquist, K. & Kendler, K. S. (2017), Resilience and risk for alcohol use disorders: A Swedish twin study. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 41(1), 149-155.
- López, K. S., Alonso, M. M., Armendáriz, N. A., Guzmán, F. R., Alonso, B., Rodríguez L. (2015). *Experiencias de Investigación de la red Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería: Predicción del Consumo de Alcohol y tabaco en Jóvenes de Preparatoria*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- López, et al. (2013). Actitud ante el consumo y no consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria México. *RevEscEnferm USP*, 47(4) ,815-21.

- Marsiglia, F. F., Kulis, S., & Parsai, M. (2009). Cohesion and conflict: Family influences on adolescent alcohol use in immigrant Latino families. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 8, 400-412. DOI: 10.1080/15332640903327526.
- Martinez, C., Y., G. (2007). Resiliencia y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de bachillerato técnico. (Tesis de Maestría Inédita). Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37
- Mestre, V., Samper, P. & Tur- Porcar, A. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *UniversitasPsychologica*. 11 (4) 1263- 1276.
- Mendez-Ruiz, M., D., Alonso-Castillo, M., T., J., Alonso-Castillo M., M., Uribe-Alvarado, J. I., & Armendáriz-García, N., A. (2015). Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* 11(3), 161-167.
- Monahan, K. C., Oesterle, S., Rhew, I., & Hawkins, J. D. (2014). The Relation Between Risk and Protective Factors for Problem Behaviors and Depressive Symptoms, Antisocial Behavior, and Alcohol Use in Adolescence. *Journal of Community Psychology*, 42(5), 621–638.
- Moral, M. V., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F. J., & Pastor, M. J. (2009). Efectos
- Moral, M. y Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *UniversitasPsychologica*, 10(1), 71-87
- Moral, M., Rodríguez, F., & Silvert. (2006). Actitudes y percepción de riesgo ante el consumo de alcohol en adolescentes: efectos diferenciales respecto a jóvenes consumidores de alcohol y cocaína. *Revista española de drogodependencia*. 31(3 y 4), 411-434.

- Morales, F. & Trianes, V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *Education and Psychology*. 3(2) 275-286.
- Moran, C., Landero, R., & González, M. (2009). COPE- 28 Un análisis psicométrico de la versión en español de Brief COPE. *Univ. Psychology*. 9(2), 543-552.
- Morales Rodríguez, F., Trianes Torres, M., & Miranda Páez, J. (2012). Diferencias por sexo y edad en afrontamiento infantil del estrés cotidiano. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 95-110.
- Moreno, D., Esteves, E., Murgui, S. & Musitu, G., (2009) Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 9(1), 123-136.
- Morojele, N., K, Brook, J., S. & Brook, D., W. (2016). Tobacco and alcohol use among adolescents in South Africa: shared and unshared risks. *Journal of Child Adolescent Mental Health*. 28(2):139-52.
- Muñoz-Alonso, L., R., Alvarez-Aguirre, A., Mendoza-Ayala, M., A., Sánchez-Perales, M., Hernandez-Rodriguez, V., M., Hernandez-Castañón, M., A. (2014). Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *Ciencia@UAQ*. 7(1): 1-8.
- Musitu, G., & García, F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Revista Psicothema*. N.º 16, pp. 288-293.
- Musitu, G., Jiménez, T. 1. y Povedano, A. (2008). Familia y escuela: escenarios de riesgo y protección en la violencia escolar. En A. Carpi, C. Gómez, C. Guerrero y F. Palmero (Coords), *Violencia y Sociedad* (pp. 59-99).
- Myers & Andersen. (1991) Adolescent addiction: assessment and identification. *J PediatrHealthCare*. 5, 86-93.
- Onya, H., Tessera, A., Myers, B. & Flisher, A. (2012). Adolescent alcohol use in rural South African high schools. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 15(5):352-7.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). Global Status Report on Alcohol and Health. Ginebra, Suiza.
- Papiez, J. (2006). Alcohol consumption among rural area junior secondary school students. *Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny*, 57, 121-124.
- Parada M., Corral M., Caamaño-Isorna F., Mota N., Crego A., RodríguezOlguín S., & Cadaveira F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (bingedrinking). *Adicciones*, 23(1), 53-63.
- Panicker, A., S. & Chelliah, A. (2016). Resilience and stress in children and adolescents with Specific Learning Disability. *Journal of Canadian Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (1): Winter 2016.
- Perez (2008)
- Perula, L., Ruiz, R., Fernández, J., Herrera, E., Dolores de Miguel, M., & Bueno, J. (1998). Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *RevEsp Salud Pública*, 72(4) 332-341.
- Pilatti, A., Godoy, J., & Brussino, S. (2011). Expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol, en niños y adolescentes de Argentina. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 11(1), 13-32.
- Pimental, J., Telumbre, J., Ruiz, M., Higuera, J., & Bautista, T. (2015). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México. *Revista de Psicología y ciencias del comportamiento de la U.A.C.J.S.* 6(2), 36 – 49.
- Pintor, B. (2009). Relaciones intrafamiliares y recursos personales en mujeres con conductas alimentarias de riesgo. Tesis inédita de maestría en Terapia Familiar no publicada, Universidad Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán, México.

- Pisarska, A., Eisman, A., Ostaszewski, K., & Zimmerman, M. A. (2016). Alcohol and cigarette use among warsaw adolescents: factors associated with risk and resilience. *Substance Use & Misuse, 51*(10), 1283-1296.
- Povedano, A., Hendry, L., Ramos, M. & Varela, R. (2011). Victimization escolar: clima familiar, autoestima y satisfacción con la vida desde una perspectiva de genero. *Psichosocial. 20*(1) ,5-12.
- Pritzker, S. & Minter, A. (2014). Measuring adolescent resilience: an examination of the cross-ethnic validity of the RS-14. *Children and Youth Services Review, 44* (September 2014): 328-33.
- Quiñonez, F., Ordoñez, F. & Salas, I. (2012). La calidad de vida de los adolescentes en municipios marginados: el caso de huejuquilla el alto Jalisco. *Revista electrónica de Psicología Iztacala. 15*(3) 929-949.
- Ramírez, R., Hinman, A., Sterniling, S., Weinsner, C. & Campbell, C. (2012). Peer influences on adolescent alcohol and other drug use outcomes. *NursingSholarship, 44*(1), 36-44.
- Reeb, B.T., Chan, S. Y., Conger, K. J., Martin, M. J., Hollis, N. D., Serido, J., & Russell S. T. (2015). Prospective effects of family cohesion on alcohol-related problems in adolescence: Similarities and differences by race/ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(10), 1941-1953.
- Restrepo, C., Vinancia, S. & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica, 18* (2) 41-48.
- Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailon, M., & Medina, I. (2005). Validación Del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de familia. 6* (1), 10-18.

- Rivera, M. (2000). Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida. *La Psicología Social en México*, 8, 555-559.
- Rivera, M. & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.
- Rivera, M. & Andrade, P. (2010). Escala de Evaluación de relaciones Familiares (E.R.I.) *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rivera, M. & Padilla, M. (1992). Repetición Intergeneracional de Roles: Factores que la predicen. Tesis de Licenciatura, Guadalajara, México: ITESO, Escuela de Psicología.
- Rivera, Heredia M. E. (1999). Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala. Tesis de Maestría en psicología clínica. México: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivero, N., Martínez, A., & Iraurgi, I., (2011). El papel funcionamiento y la comunicación familiar en los síntomas psicosomáticos. *Clínica y Salud*. 22(2), 175 – 186.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., & Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes. *Acción Psicológica*, 12(2), 1-14.
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275.
- Rodríguez, S. (2011). Adaptación a niños del cuestionario MOS de apoyo social percibido, *LIBERABIT*. 17(2). 117-128.
- Rodríguez, S., Díaz, D., García, S., Guerrero, J., & Gómez, E. (2007) Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81.

- Rodríguez, S. y Enrique, H. C. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate* 7, 155-168.
- Ruiz, G., & Medina, M., (2014). Percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*. 37(1). 1 -8.
- Ruiz-Parraga G., T., Lopez-Martinez, A., E. & Gomez-Perez, L. (2012). Factor structure and psychometric properties of the Resilience Scale in a Spanish chronic musculoskeletal pain sample. *The Journal of Pain*, 13(11): 1090-98.
- Salazar-Pousada, D., Arroyo, L., Hidalgo, F., Pérez-López, P. & Chedraui, P. (2010). Depressive symptoms and resilience among pregnant adolescents: A case-control study. *Obstetrics & Gynecology International* (2010), pp. 1-7.
- Sanchez, M., Romano, E., Dawson, C., Huang, H., Sneij, A., Cyrus, E., ... De La Rosa, M. (2016). Drinking and Driving among Recent Latino Immigrants: The Impact of Neighborhoods and Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(11), 1055. <http://doi.org/10.3390/ijerph13111055>
- Sanchez-Perales, M., Alvarez-Aguirre, A., Mendoza-Ayala, M., A., Hernandez-Castañón, M., A., Bañuelos-Barrera, Y., & Rocha-Rodríguez, M., R. (2013). Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia. *Ciencia@UAQ*. 6(2): 1-8.
- Sanchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M., A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicometricas de la version en Espanol. *Revista Iberoamericana de Diagnostico & Evaluacion e Avalicao Psicologica*. 2(4): 1-3-113.
- Sanz, M., M. (2013). Resiliencia, relaciones familiares y consumo de drogas en adolescentes de bachillerato técnico. (Tesis de Maestría Inédita). Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Stapinski, L. A., Edwards, A. C., Hickman, M., Araya, R., Teesson, M., Newton, N. C., Kendler, K.S. & Heron, J. (2016). Drinking to cope: a latent class analysis of coping motives for alcohol use in a large cohort of adolescents. *Prevention science*, 17(5), 584-594.
- Stappenbeck, C. A., Hassija, C. M., Zimmerman, L., & Kaysen, D. (2015). Sexual Assault Related Distress and Drinking: The Influence of Daily Reports of Social Support and Coping Control. *Addictive Behaviors*, 42, 108–113.
<http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.013>
- Segrin, C., McNelis, M., & Swiatkowski, P.(2016). Social support indirectly predicts problem drinking through reduced psychological distress. *Substance Use & Misuse*, 51(5), 608-615. doi: 10.3109/10826084.2015.1126746.
- Sánchez, J., Villarreal, M., Avila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*. 23,69-78.
- Santander, S., Zubarew, R., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J., & Borquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev, Med*. 136, 317-324.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, México, D. F., recuperado 05 de Julio 2016. En http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/investiga/reg_investigacion.pdf
- Secretaria de Salud (1999). Norma Oficial Mexicana NOM028 SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, recuperado 06 de julio 2016. En <http://www.unet.com.mx/ceca/norma.htm>
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L.(1991). The MOS Social Support survey. *Soc Sci Med* 32: 705-14.

- Siegrist J., & Junge A. (1989). Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *SocSci Med.* 29, 463-8.
- Soloski, K. L., Kale Monk, J., & Durtschi, J. (2016). Trajectories of early binge drinking: A function of family cohesion and peer use. *Journal of Marital and Family Therapy.* 42,(1), 76-90.
- Steves, V., & Van, P. (2002). Relationship of the family environment to children's involvement, in bully / victim problems at school. *Journal of youth and adolescence,* 31, 419 -428
- Terlecki, M. A., & Duckner, J. D. (2015) Social anxiety and heavy situational drinking: coping and conformity motives as multiple mediators. *Addictive Behaviors.* 40, 77-83.
- Tingey, L., Cwik, M. F., Rosenstock, S., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Lee, A., Suttle R., Alchesay, M., Massey K, & Barlow, A. (2016). Risk and protective factors for heavy binge alcohol use among American Indian adolescents utilizing emergency health services. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 42(6), 715-725
- Uribe, A., Orcasitas, L. & Gómez, E. (2012). Bulling, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psychologia Avances de la disciplina.* 6(2), 83-99.
- Uribe, A.J., Verdugo, L.J. & Zacarias, S.X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud.* 2(1), 44-55.
- Valero, C., Villagran, M., Quiroz, C. & Trujano, R. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. *Alternativa Psicológica.* 28,92-105.
- Van Aken, M., & Van Lieshout, C., Scholte, R., & Branje, S., (1999). Relational support and person characteristics in adolescence. *Journal of Adolescence,* 22,819-833.

- Vargas, R. (2009). Percepción de clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio en la adolescencia tardía. *Interdisciplinaria*. 26(2) 289-316.
- Villarreal, M. E., Sánchez, J. C. & Musitu, G. (2013). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.apca
- Villarreal, M., Sánchez, J., Musitu, G. & Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo socio comunitario. *Intervención Psicosocial*. 19(3), 253-264.
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-13.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1,165-178.
- Walker, L., & Avant, K. (2011). Strategies for theory construction in nursing 5th ed. New York: Prentice Hall
- Zimmer, M., & Locke, E. (2007). The socialization of adolescent coping: Relationship at home and school. *Jornual of adolescence*, 30, 1-16.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de datos personales y consumo de alcohol

La información que tu proporcionas es anónima y solo será utilizada por el investigador, por lo cual se solicita contestes todas las preguntas detalladamente y apegadas a tu realidad. Todos los resultados estarán concentrados en forma general y sin identificación de ningún estudiante.

Instrucciones: Lee detenidamente y coloca una **X** en el cuadro correspondiente a tu respuesta o escribe sobre la línea tu contestación.

I.- Ficha de Identificación

1. Edad: _____ (día/mes/año)
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Grado escolar _____
4. Yo actualmente vivo con:
 Ambos padres Solo con mi madre Solo con mi padre
 Con mi madre y su pareja Con mi padre y su pareja Con otra persona

II.- Consumo de Alcohol

Instrucciones: Lee detenidamente y coloca una **X** en el cuadro correspondiente a tu respuesta o escribe sobre la línea tu contestación.

Pregunta	SI	NO
5. ¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida?		

Si tu respuesta es **afirmativa** por favor contesta las siguientes preguntas.

6. ¿A qué edad probaste por primera vez una bebida alcohólica? _____ años
7. ¿Cuándo has llegado a beber bebidas alcohólicas ¿Cuál es la bebida que más consumes?
(la bebida alcohólica de tu preferencia, selecciona solo una opción)

Cerveza

Tequila

Vodka

WhiskyBrandy

Bebidas preparadas

Apéndice B

Escalas para la evaluación de las relaciones intrafamiliares

Instrucciones

Ayúdanos a conocer cómo funciona tu familia, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES	TA	A	N	D	TD
1.- Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntas.	5	4	3	2	1
2.- Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
3.-En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
4.- Mi familia es cálida y nos brinda apoyo	5	4	3	2	1
5.- En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
6.- La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable	5	4	3	2	1
7.- Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
8.- Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
9.- Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
10.- Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
11.- En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
12.- Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1

Apéndice C

Cuestionario de apoyo social MOS-A

1. Contesta las siguientes preguntas			
¿Quiénes son tus mejores amigos? _____			
¿ Quiénes son tus familiares más cercanos? _____			
2.- Marca con una X en el cuadro que sea tu respuesta	Nunca	Aveces	Siempre
1. Tengo a alguien que me ayuda cuando estoy enfermo/a.			
2. Tengo a alguien para conversar cuando necesito hablar.			
3. Tengo a alguien que me aconseja cuando tengo problemas.			
4. Tengo a alguien que me lleva al médico si estoy enfermo.			
5. Tengo a alguien que me demuestra amor y cariño.			
6. Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato.			
7. Tengo a alguien que me ayuda a entender cosas que pasan.			
8. Tengo a alguien en quien confío y le cuento mis preocupaciones.			
9. Tengo a alguien que me abraza.			
10. Tengo a alguien con quien puedo estar tranquilo.			
11. Tengo a alguien que me ayuda a vestirme si no puedo hacerlo solo/a.			
12. Tengo a alguien que me da buenos consejos.			
13. Tengo a alguien con quien puedo hacer cosas para olvidarme de los problemas.			
14. Tengo a alguien que me ayuda en las tareas.			
15. Tengo a alguien con quien puedo compartir mis miedos y secretos.			
16. Tengo a alguien que me ayuda a solucionar mis problemas.			
17. Tengo a alguien que me hace divertir.			
18. Tengo a alguien que entiende mis problemas.			
19. Tengo a alguien que quiero y siento que me quiere.			

Apéndice D

Escala de afrontamiento para niños

A continuación encontrarás una serie de frases que se refiere a distintas reacciones sobre determinados problemas. Señala en cada frase, con un X en la casilla correspondiente, si esta reacción no te sucede nunca, algunas veces o muchas veces.

	Nunca	Algunas veces	Siempre
Cuando hay algún problema en casa			
1. Me da igual			
2. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema			
3. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles			
4. Hablo y le cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
5. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
6. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema			
7. Me peleo y discuto con mis familiares			
8. Pienso que todo se va a arreglar			
9. Guardo mis sentimientos para mí solo/a			
Cuando me pongo enfermo/a y tengo que ir al médico			
10. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles			
11. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema			
12. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
13. Me da igual			
14. Pienso que todo se va a arreglar			
15. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
16. Me peleo y discuto con mis familiares			
17. Guardo mis sentimientos para mí solo/a			
Cuando tengo problemas con las notas (calificaciones)			
18. Me da igual			
19. Intento solucionar el problema utilizando todos los			

medios posibles			
20. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
21. Pienso en otra cosa para no acordarme del problema			
23. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema			
24. Me peleo y discuto con mis familiares, profesores/as, etc.			
25. Pienso que todo se va a arreglar			
26. Guardo mis sentimientos para mí solo/a			
Cuando tengo problemas con algún compañero/a de clase			
27. Pido consejo a otras personas sobre qué hacer (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
28. Intento solucionar el problema utilizando todos los medios posibles			
29. Busco otra cosa que hacer para no pensar en el problema			
30. Guardo mis sentimientos para mí solo/a			
31. Hablo y cuento el problema a otras personas (por ejemplo, familiares, profesores/as, amigos/as, etc.)			
32. Me peleo y discuto con él o ella			
33. Me da igual			

Apéndice E

Escala de percepción de riesgo

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con el consumo de alcohol (cerveza, vino, tequila o bebidas preparadas). Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a lo que pienses basándote en las siguientes situaciones y cada escala que va del 1 al 7.

1. ¿Hasta dónde los riesgos asociados al consumo de alcohol son conocidos por las personas de tu edad?	1. No se conoce mucho el riesgo	2	3	4	5	6	7. Se conoce mucho el riesgo
2. ¿Hasta qué punto los riesgos o daños asociados con el consumo de alcohol producen miedo a personas de tu edad?	1. No produce ningún miedo	2	3	4	5	6	7. Muy miedosos
3. Si consumieras alcohol ¿hasta qué punto crees que estarías personalmente en riesgo de ser herido o enfermarte?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
4. Si alguno de tu edad consumiera alcohol, ¿hasta qué punto crees que él o ella estaría en riesgo de hacerse daño o enfermarse?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
5. Si consumieras alcohol, ¿hasta qué punto te dará placer u otros beneficios?	1. Muy pocos	2	3	4	5	6	7. Muchos
6. ¿Hasta qué punto sientes presión de tus amigos para que consumas alcohol?	1. Ninguna presión	2	3	4	5	6	7. Mucha presión
7. ¿Hasta dónde las personas que consumen alcohol son admiradas por sus amigos?	1. Para nada admiradas	2	3	4	5	6	7. Muy admiradas
8. ¿Hasta dónde una persona de tu edad evita consumir alcohol?	1. Lo evita por completo	2	3	4	5	6	7. No lo evita en absoluto
9. Si quisieras consumir alcohol, ¿con qué facilidad podrías hacerlo?	1. Para nada fácil	2	3	4	5	6	7. Extremadamente fácil

Apéndice F

Escala de resiliencia

Instrucciones: Por favor coloque una X el número que tan en desacuerdo o en acuerdo estas a las siguientes oraciones. Entre menor sea el número se está en mayor desacuerdo y entre mayor sea el número se está en más de acuerdo con la oración.

¿Qué tan acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Estoy en desacuerdo			Estoy en acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente me las arreglo de una manera u otra							
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado							
3. En general me tomo las cosas con calma							
4. Soy una persona con una adecuada autoestima							
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez							
6. Soy resuelto y decidido							
7. No me gusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado							
8. Soy una persona disciplinada (o)							
9. Pongo interés en las cosas							
10. Puedo encontrar generalmente algo sobre que reírme							
11. La seguridad en mi mismo me ayuda en los momentos difíciles							
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar							
13. Mi vida tiene sentido							
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida							

Apéndice H

Consentimiento informado para padres

Título del Proyecto: Modelo de resiliencia para el no consumo de alcohol en escolares de zona rural

Autor del estudio: MAEE: Josefina Sarai Candia Arredondo

Director de tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Prologo: Estamos interesados en conocer algunos aspectos sobre cómo piensa su hijo de las relaciones familiares, el apoyo que recibe de amigos y familiares, que cosas realiza para enfrentar sus problemas, si percibe riesgo para el consumo de alcohol y algunas características personales que lo pueden proteger para no consumir alcohol. Por lo que solicitamos su autorización para que su hijo (a) participe en este estudio que se desarrollará como parte de la formación académica del autor, para alcanzar el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Antes de que decida si su hijo participa, usted necesita saber cuál es el propósito del estudio y los riesgos. Este documento se llama consentimiento informado, aquí se le explica el proceso del estudio.

Propósito del Estudio: investigar qué factores de riesgo y protección favorecer la el no consumo de alcohol en niños escolares de zonas rurales Descripción del estudio/procedimiento:

Si usted acepta que su hijo (a) participe en este estudio, por favor firme este consentimiento informado.

- Se le aplicaran a su hijo (a) 6 cuestionarios en las mismas instalaciones donde toma sus clases, para lo cual se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades académicas, se cuidara en todo momento su privacidad y anonimato.

- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que su hijo deje de participar, no tendrá ningún perjuicio en sus actividades escolares.

Riesgos e inquietudes: No existe ningún riesgo relacionado con la participación en el estudio. Sin embargo si su hijo (a) se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados: No hay ningún beneficio personal para su hijo (a) en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para el beneficio de los escolares.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Usted y su hijo son las únicas personas que sabrán que estará participando en el estudio. Ninguna información proporcionada por su hijo (a) durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados se darán a conocer de manera general, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que el escolar proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable del Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto que mi hijo (a) participe en este estudio y que se colecte información sobre su persona.

Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando la participación de mi hijo(a) en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

_____	_____
Nombre y Firma del padre o tutor	Fecha
_____	_____
Firma del testigo (1)	Fecha
_____	_____
Firma de testigo (2)	Fecha
_____	_____
Firma del Investigador Principal	Fecha

Apéndice I

Asentimiento informado para el escolar

Título del Proyecto: Modelo de resiliencia para el consumo de alcohol en escolares de zona rural

Autor del estudio: MAEE: Josefina Sarai Candia Arredondo

Director de tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Prologo: Estamos interesados en conocer algunos aspectos sobre cómo piensas de tus relaciones familiares, el apoyo que recibes de amigos y familiares, que cosas realiza para enfrentar, si tienes algún problema, si percibes riesgo para el consumo de alcohol y algunas características personales que te pueden proteger para no consumir alcohol. Por lo que solicitamos tu autorización para que participes en esté estudio contestando seis cuestionarios.

Si aceptas aceptar a participar realizaras lo siguiente:

- Se te entregaran 6 cuestionarios, con preguntas que se leerán de manera grupal, una por una, otorgando un tiempo de respuesta y un tiempo para resolver cualquier duda respecto a cada pregunta, si es necesario.
- Se te aplicarán los cuestionarios en tu escuela, nadie se enterara de lo que llegues a contestar, esto significa que es anónimo.
- Tendrás la libertad de retirar tu consentimiento en cualquier momento y dejar de contestar los cuestionarios, en caso de que dejes de participar, no tendrá ningún problema en tu escuela.

Riesgos e inquietudes: No existe ningún riesgo, sin embargo si te sientes indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarte en el momento que lo decidas.

Asentimiento:

Yo voluntariamente acepto participar en la aplicación de los cuestionarios de esta investigación para recolectar información sobre mi persona. He leído la información en este documento y todas mis preguntas y dudas han sido respondidas.

Firma del escolar

Fecha

Firma del testigo (1)

Fecha

Firma de testigo (2)

Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

MAAE. Josefina Saraí Candia Arredondo

Candidato para obtener el grado de doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE RESILIENCIA PARA EL NO CONSUMO DE ALCOHOL EN ESCOLARES DE ZONA RURAL

Línea de Generación y Aplicación de Conocimiento: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Nacida en Charcas San Luis Potosí, el 26 de agosto de 1985, hija de Gerardo Candia Castro y Juana Ma. Arredondo Aldape

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México generación 2002-2006. Egresado de la Maestría en Administración de la Atención en Enfermería generación 2009-2011 de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

Experiencia Profesional: Coordinador de enseñanza en Hospital Lomas de San Luis Potosí (2010-2011), Sub jefe del departamento de quirófano del Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez de la Secretaria de Salud (2012), Enfermera General en el Hospital General #1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (2012-2014), Docente de tiempo parcial en la especialidad de Enfermería Quirúrgica, de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (2013), Actualmente Coordinador Académico del Programa de Licenciatura de la Escuela de Enfermería Christus Muguerza – UDEM (Julio 2017 a la Fecha). Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capitulo Alpha, y de la Academia Nacional de Enfermería de México (ANEM) 2018.

Correo Electrónico: joy.sc_@hotmail.com