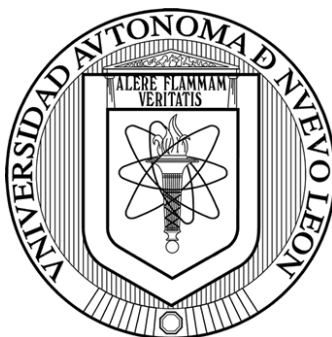


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN  
EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES

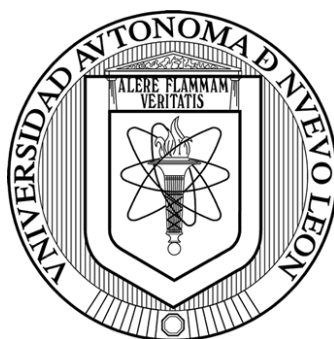
Por

ME. FÁTIMA MONTES SOLÍS

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

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



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN  
EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES

Por

ME. FÁTIMA MONTES SOLÍS

Director de Tesis

DR. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

Co-Director

DRA. LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

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



MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN  
EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES

Por

ME. FÁTIMA MONTES SOLÍS

Asesor Estadístico

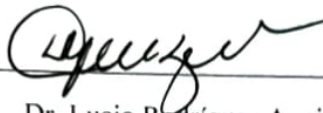
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

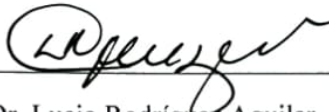
MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN  
EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES

**Aprobación de Tesis**



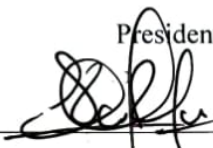
Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Director de Tesis



Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Presidente



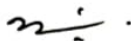
Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Secretario



Dra. Karla Selene López García

1er. Vocal



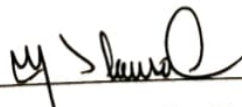
Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

2do. Vocal



Dra. Diana Aracely Almaraz Castruita

3er. Vocal



Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por permitirme cursar el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería y contribuir en mi desarrollo personal y profesional.

A la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, mi casa por todo el apoyo brindado para culminar con mi formación de Doctorado.

A la directora de la Facultad de Enfermería la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis.

A las autoridades del programa de Doctorado de la Facultad de Enfermería.

Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación.

Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Secretaria del Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A cada uno de los docentes que durante los seis semestres contribuyeron en mi formación, a la Dra. Esther C. Gallegos, a la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, a la Dra. Yolanda Flores Peña, a la Dra. Bertha Cecilia Salazar, al Dr. José Luis Jasso Medrano, a la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, al Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, al Dr. Juan Antonio Doncel de la Colina, a la Dra. Jeyle Ortiz Rodríguez y al Dr. Juan Antonio Garza Sánchez.

En especial a mi Director de Tesis, el Dr. Lucio Rodríguez Aguilar, por ser un pilar fundamental en mi formación, por su dedicación, por su disposición, por todo el apoyo brindado, por la paciencia, por el todo conocimiento y experiencias compartidas.

A mi Co-Directora de Tesis, la profesora, Luz Patricia Díaz Heredia, PhD, de la Facultad de Enfermería, Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia, por todo el apoyo brindado en el desarrollo del proyecto de tesis, además de la residencia.

A los integrantes de mi comisión por las aportaciones brindadas para enriquecer

mi trabajo de tesis, al Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, a la Dra. Karla Selene López García, a la Dra. Diana Aracely Almaraz Castruita y al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza.

A las autoridades de las escuelas secundarias que me brindaron la oportunidad de aplicar las encuestas de la investigación.

A los adolescentes que participaron en el estudio y a los padres de familia que brindaron su autorización.

A mis compañeras de doctorado a Italia Rivera Baylón, a Karla Pamela Moriel Galarza, a Teresita Morales, a Claudia Yanet Fierro Herrera, a Mariana Vargas Beltrán, Clarisa Luna Ferrales y Diana Cristina Navarro, que fueron pieza clave para la culminación de éste proyecto, por los momentos compartidos, por ser un apoyo fundamental en todo momento.

## **Dedicatoria**

A mi esposo Manuel Pérez Aguilar, por apoyarme durante todo el proceso de mi formación.

A mis padres Luz María Solís y Guadalupe Montes por todo su apoyo, por impulsarme siempre a ser mejor persona, a través de su ejemplo y amor.

A mis hermanos Guadalupe, Armando y Axel por ser mi apoyo incondicional en todo momento.

A mis sobrinos Josafat, Danna, Sarai y Ailani que son mi motivación para seguir creciendo.

A mis amigos y familia por ser parte de este sueño.

## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	10
Modelo de Promoción de la Salud	10
Proposiciones Teóricas del MPS	15
Estructura Conceptual Teórico Empírica	18
Conducta Previa de no Consumo	18
Factores Personales	19
Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas	21
Influencias Interpersonales	21
Conducta Promotora de Salud	26
Extensión de la Teoría	26
Conducta Prosocial	27
Proposiciones con base a las Propuestas por Pender	28
Estudios Relacionados	32
Conducta Previa Relacionada del no Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas	32
Factores Personales Biológicos, Psicológicos y Socioculturales	33
Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas	37
Influencias Interpersonales: Estilos de Crianza Parental	40
Influencias Interpersonales: Calidad de la Amistad	45
Conducta Prosocial	46
Definición de Términos	52
Objetivo General	56
Objetivos Específicos	56



## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Hipótesis	57
Capítulo II	
Metodología	58
Diseño del Estudio	58
Población, Muestreo y Muestra	58
Criterios de Elegibilidad	59
Criterios de Inclusión	59
Criterios de Eliminación	59
Instrumentos de Medición	59
Estrategia para la Recolección de los Datos	65
Consideraciones Éticas	68
Análisis de los Datos	71
Capítulo III	
Resultados	74
Consistencia Interna de los Instrumentos	74
Estadística Descriptiva	75
Estadística Inferencial	94
Capítulo IV	
Discusión	174
Conclusiones	194
Limitaciones	197
Recomendaciones	198
Referencias	200
Apéndices	217

## **Tabla de Contenido**

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
A. Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDSHCATD)	218
B. Escala de Autoestima de Rosenberg	220
C. Índice de Religiosidad de Duke (IRD o DUREL)	221
D. Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo para Adolescentes	222
E. Escala de Estilos de Crianza Parental	225
F. Escala de la Calidad de la Amistad	229
G. Escala de Conducta Prosocial Adolescente	234
H. Consentimiento Informado del Representante Legal del Adolescente	237
I. Asentimiento Informado del Participante	240

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Consistencia Interna de los Instrumentos	74
2. Características Sociodemográficas de los Participantes	75
3. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoestima	76
4. Frecuencias y Porcentajes del Índice de Religiosidad	77
5. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoeficacia ante el Alcohol, Tabaco y Drogas	78
6. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estilos de Crianza Parental	81
7. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de la Calidad de la Amistad	86
8. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Conducta Prosocial Adolescente	90
9. Prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las Variables Continuas o Numéricas	94
10. Prevalencias de Consumo de Alcohol	97
11. Prevalencias de Consumo de Tabaco	97
12. Prevalencias de Consumo de Marihuana	98
13. Prevalencias de Consumo de Cocaína	99
14. Prevalencias de Consumo de Inhalables	99
15. Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria por Sexo	100
16. Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Secundaria por Sexo	100
17. Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria por Sexo	101
18. Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Cocaína en Estudiantes de Secundaria por Sexo	102

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
19. Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Inhalantes en Estudiantes de Secundaria por Sexo	103
20. Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad	103
21. Chi Cuadrado de Pearson de Prevalencias de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad	104
22. Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad	104
23. Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Cocaína en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad	106
24. Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Inhalables en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad	107
25. Coeficiente de Correlación de Spearman para las Variables Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol Tabaco y Drogas, Estilo de Crianza Parental, Calidad de la Amistad y Conducta Prosocial en Adolescentes que Estudian Secundaria	108
26. Coeficiente de Correlación de Spearman para las Variables Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas, Estilo de Crianza Parental, Calidad de la Amistad, Conducta Prosocial con Cantidad de Bebidas, Tabaco, Marihuana, Cocaína e Inhalables en Adolescentes que Estudian Secundaria	110
27. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses	111

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
28. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días	112
29. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días	113
30. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses	114
31. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días	115
32. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días	116
33. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas (Marihuana, Cocaína e Inhalables) en los Últimos 12 Meses	117
34. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas (Marihuana, Cocaína e Inhalables) en los Últimos 30 Días	118

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
35. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas (Marihuana, Cocaína e Inhalables) en los Últimos 7 Días	119
36. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los Últimos 12 Meses	120
37. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los Últimos 30 Días	121
38. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los Últimos 7 Días	121
39. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los Últimos 12 Meses	122
40. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los Últimos 30 Días	123
41. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los Últimos 7 Días	123
42. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los Últimos 12 Meses	124

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
43. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo Drogas, en los Últimos 30 Días	124
44. Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los Últimos 7 Días	125
45. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses	126
46. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días	127
47. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días	129
48. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses	130
49. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días	131
50. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días	132

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
51. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses	133
52. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 30 Días	135
53. Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 7 Días	136
54. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses	147
55. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días	149
56. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días	151
57. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses	153



## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
58. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días	154
59. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días	156
60. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 12 Meses	158
61. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 30 Días	159
62. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 7 Días	161
63. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los Últimos 12 Meses	163

## Lista de Tablas

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
64. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los Últimos 30 Días	164
65. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los Últimos 7 Días	165
66. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 12 Meses	167
67. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 30 Días	168
68. Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 7 Días	170
69. Total de Sustancias Consumidas por los Adolescentes en el Último Año, Último Mes y Última Semana	172

## Lista de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender, et al. (2015)	17
2. Estructura Conceptual Teórico Empírica	30
3. Esquema de Relaciones del Modelo de Promoción de la Salud de la Conducta Prosocial en el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes	31
4. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Conducta Previa, los Factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses	138
5. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Autoeficacia en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses	139
6. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre Factores Interpersonales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses	140
7. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Conducta Previa, los Factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses	141
8. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Autoeficacia en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses	142
9. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre Factores Interpersonales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses	143

## **Lista de Figuras**

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
10. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Conducta Previa, los Factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 meses	144
11. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Autoeficacia en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses	145
12. Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre Factores Interpersonales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses	146

## Resumen

Fátima Montes Solís  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: 13 marzo 2023

**Título del Estudio:** MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES

**Número de Páginas:** 243

Candidato para Obtener el grado de  
Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Prevención de Adicciones Drogas Lícitas e Ilícitas

**Objetivo y Método de Estudio:** Plantear un modelo que explique la asociación de la conducta previa, factores personales biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima), socioculturales (religiosidad), autoeficacia, influencias interpersonales (estilo de crianza parental y calidad de la amistad) y conducta prosocial con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian secundaria a partir del Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio estratificado, con asignación proporcional al tamaño del estrato, por conglomerados, unietápico. El tamaño de la muestra se ajustó para un modelo de regresión logística, con un nivel de significancia de .05, hipótesis alternativas bilaterales con una correlación de .09, proporción de razón de momios de 1.90, una potencia de 90%, efecto de diseño de 1.10 y con una tasa de no respuesta del 5%. El tamaño de la muestra que resultó fue de 633 estudiantes. Los instrumentos de medición fueron la Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDSHCATD) y 6 instrumentos: 1) Escala de autoestima de Rosenberg (1965) que obtuvo un Coeficiente Alpha de Cronbach de .79, 2) Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL) de Koenig et al. (1997),  $\alpha = .81$ , 3) Escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes de Palacios (2015),  $\alpha = .95$ , 4) Escala de estilos de crianza parental de Steinberg (1991),  $\alpha = .73$ , 5) Escala de la calidad de la amistad de Resett et al. (2013),  $\alpha = .90$  y 6) Escala de conducta prosocial adolescente de Balabanian y Lemos (2018),  $\alpha = .93$ .

### **Contribuciones y conclusiones:**

Se asociaron estadísticamente la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -3.337$ ,  $OR = .036$ ,  $p = .001$ ), la autoeficacia ( $\beta = -.015$ ,  $OR = .985$ ,  $p = .008$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.579$ ,  $OR = .561$ ,  $p = .033$ ) como factores protectores y la edad ( $\beta = .368$ ,  $OR = 1.445$ ,  $p = .008$ ), como factor de riesgo con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses. De igual forma, la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -2.594$ ,  $OR = .075$ ,  $p = .001$ ), la autoeficacia ( $\beta = -.030$ ,  $OR = .971$ ,  $p = .001$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.679$ ,  $OR = .507$ ,  $p = .022$ ) como factores protectores y la edad ( $\beta = .394$ ,  $OR = 1.482$ ,  $p = .016$ ) como factor de riesgo con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 30 días. Así mismo, se asociaron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -1.66$ ,  $OR = .189$ ,  $p = .001$ ), la autoeficacia ( $\beta = -.016$ ,  $OR = .984$ ,  $p = .021$ ) y el estilo de crianza autoritario

( $\beta = -.823$ ,  $OR = .439$ ,  $p = .015$ ) como factores protectores con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días.

Se asociaron la conducta previa de no consumo de tabaco

( $\beta = -6.22$ ,  $OR = .002$ ,  $p = .001$ ) y el estilo de crianza autoritario

( $\beta = -2.009$ ,  $OR = .134$ ,  $p = .003$ ) como factores protectores y la edad

( $\beta = .991$ ,  $OR = 2.695$ ,  $p = .004$ ) como factor de riesgo, con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12 meses. En los últimos 30 días, se asoció la conducta previa de no consumo de tabaco ( $\beta = -5.078$ ,  $OR = .006$ ,  $p = .001$ ) como factor protector con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco.

La conducta previa de no consumo de marihuana ( $\beta = -6.208$ ,  $OR = .002$ ,  $p = .001$ ) y la autoestima ( $\beta = -.073$ ,  $OR = .930$ ,  $p = .007$ ) se asociaron como factores protectores y la

edad ( $\beta = 1.589$ ,  $OR = 4.900$ ,  $p = .005$ ) como factor de riesgo, con la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, en los últimos 12 meses. En los

últimos 30 días, se asociaron la conducta previa de no consumo de marihuana

( $\beta = -11.845$ ,  $OR = .000$ ,  $p = .002$ ) y la autoestima ( $\beta = -.216$ ,  $OR = .806$ ,  $p = .012$ )

como factores protectores y la edad ( $\beta = 2.935$ ,  $OR = 18.825$ ,  $p = .016$ ) como factor de riesgo, con la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana. En la

prevalencia de los últimos 7 días, la conducta previa de no consumo de marihuana

( $\beta = -5.573$ ,  $OR = .004$ ,  $p = .001$ ) se asoció como factor protector, con la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana.

La conducta previa de no consumo de cocaína se asoció

( $\beta = -7.137$ ,  $OR = .001$ ,  $p = .001$ ) como factor protector, con la conducta promotora de salud en el consumo de cocaína, en los últimos 30 días y en los últimos 7 días, la

conducta previa de no consumo de cocaína, se asoció ( $\beta = -7.137$ ,  $OR = .001$ ,  $p = .001$ ) como factor protector, con la conducta promotora de salud en el consumo de cocaína.

En los últimos 12 meses, se asociaron la conducta previa de no consumo de inhalables ( $\beta = -4.548$ ,  $OR = .011$ ,  $p = .001$ ) como factor protector y la edad

( $\beta = .653$ ,  $OR = 1.921$ ,  $p = .009$ ) como factor de riesgo, con la conducta promotora de

salud en el consumo de inhalables y en los últimos 30 días, se asociaron la conducta previa de no consumo de inhalables ( $\beta = -4.923$ ,  $OR = .007$ ,  $p = .001$ ) y la religiosidad

( $\beta = -.024$ ,  $OR = .977$ ,  $p = .034$ ) como factores protectores y la edad

( $\beta = 1.017$ ,  $OR = 2.766$ ,  $p = .001$ ) y la conducta prosocial

( $\beta = .034$ ,  $OR = 1.035$ ,  $p = .009$ ) como factores de riesgo, con la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables y en los últimos 7 días, se asoció la conducta previa

de no consumo de inhalables ( $\beta = -3.910$ ,  $OR = .020$ ,  $p = .001$ ) como factor protector y la edad ( $\beta = .978$ ,  $OR = 2.660$ ,  $p = .001$ ) como factor de riesgo, con la conducta

promotora de salud en el consumo de inhalables.

Objetivo 1. De acuerdo a las prevalencias, el 70.6% de los participantes refirió no consumir alcohol en el último año, el 86.6% en el último mes y 93.2% en la última semana. Se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol por edad, en el último año ( $\chi^2 = 22.12$ ,  $p = .001$ ) y en el último mes

( $\chi^2 = 10.67$ ,  $p = .005$ ). Respecto al tabaco el 91.2% refirió no consumir en el último año, el 96.4% en el último mes y 98.1% en la última semana. En la prevalencia de consumo

por edad, se encontraron diferencias significativas en el último año ( $\chi^2 = 19.28$ ,  $p = .001$ ) y en el último mes ( $\chi^2 = 8.86$ ,  $p = .012$ ). Respecto a marihuana, el 97.3% de los

participantes refirió no consumir en el último año, el 98.4% en el último mes y el 98.7%

la última semana. En las prevalencias de consumo de marihuana por edad, se encontraron diferencias significativas, en el último año ( $\chi^2 = 11.10, p = .004$ ) y en el último mes ( $\chi^2 = 7.55, p = .023$ ). Respecto al consumo de cocaína, 99.5% no consumieron en el último año, en el último mes y en la última semana. No existen diferencias significativas en las prevalencias de consumo de cocaína por edad. En relación a los inhalables, el 93.5% de los participantes refirió no consumir en el último año y en el último mes y el 95.1% en la última semana. En las prevalencias de consumo por edad, se encontraron diferencias significativas en el último año ( $\chi^2 = 14.56, p = .001$ ), en el último mes ( $\chi^2 = 17.6, p = .001$ ) y en la última semana ( $\chi^2 = 14.9, p = .001$ ). El grupo de 11 a 12 años son los que consumen alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en menor proporción que los de 13 y 14 a 15 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ( $p < .05$ ).

Objetivo 2. Se encontró relación de la autoestima ( $r_s = .188, p = .001$ ), la religiosidad ( $r_s = .279, p = .001$ ), la autoeficacia ( $r_s = .158, p = .001$ ) y la crianza parental ( $r_s = .245, p = .001$ ) y calidad de la amistad ( $r_s = .528, p = .001$ ), con la conducta prosocial.

Objetivo 3. Existe relación negativa de la autoestima con la cantidad de cigarrillos ( $r_s = -.085, p = .033$ ) y la cantidad de marihuana ( $r_s = -.098, p = .014$ ) consumida en un día típico. También, se encontró relación negativa de la autoeficacia con la cantidad de alcohol ( $r_s = -.292, p = .001$ ), tabaco ( $r_s = -.249, p = .001$ ), marihuana ( $r_s = -.129, p = .001$ ), cocaína ( $r_s = -.104, p = .009$ ) e inhalables ( $r_s = -.166, p = .001$ ) consumidos en un día típico.

Hipótesis 1. Se encontró asociación de la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -3.429, OR = .032, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .354, OR = 1.425, p = .010$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses.

También, se asociaron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -2.799, OR = .061, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .322, OR = 1.380, p = .036$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 30 días. Además, la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -1.844, OR = .158, p = .001$ ) se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días.

También, se encontró asociación de la conducta previa de no consumo de tabaco ( $\beta = -5.739, OR = .003, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .949, OR = 2.584, p = .004$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12 meses. Se asoció la conducta previa de no consumo de tabaco ( $\beta = -5.078, OR = .006, p = .001$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 30 días. Así mismo, se asoció la conducta previa de no consumo de drogas

( $\beta = -4.615, OR = .010, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .551, OR = 1.734, p = .001$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 12 meses.

También, se asociaron la conducta previa de no consumo de drogas ( $\beta = -4.742, OR = .009, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .747, OR = 2.110, p = .007$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 30 días. Además, se asociaron la conducta previa de no consumo de drogas

( $\beta = -4.742, OR = .009, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .747, OR = 2.110, p = .007$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 7 días.

Hipótesis 2. La autoeficacia se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses

( $\beta = -.026$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .975$ ,  $IC\ 95\% [.967, .983]$ ), en los últimos 30 días ( $\beta = -.033$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .967$ ,  $IC\ 95\% [.958, .977]$ ) y en los últimos 7 días ( $\beta = -.024$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .977$ ,  $IC\ 95\% [.965, .988]$ ), siendo ésta, un factor protector. También, se asoció la autoeficacia, con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12 meses ( $\beta = -.024$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .976$ ,  $IC\ 95\% [.965, .987]$ ), en los últimos 30 días ( $\beta = -.031$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .969$ ,  $IC\ 95\% [.955, .983]$ ) y en los últimos 7 días ( $\beta = -.042$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .959$ ,  $IC\ 95\% [.942, .977]$ ), siendo un factor protector. Además, la autoeficacia se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 12 meses

( $\beta = -.021$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .979$ ,  $IC\ 95\% [.969, .989]$ ), en los últimos 30 días ( $\beta = -.024$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .976$ ,  $IC\ 95\% [.965, .987]$ ) y en los últimos 7 días ( $\beta = -.022$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .978$ ,  $IC\ 95\% [.965, .990]$ ), siendo un factor protector.

Hipótesis 3. Se encontró asociación del estilo de crianza autoritativo

( $\beta = -.639$ ,  $OR = .528$ ,  $p = .006$ ) y el autoritario ( $\beta = -.643$ ,  $OR = .525$ ,  $p = .002$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses. De

igual manera, se encontró asociación del estilo de crianza autoritativo

( $\beta = -.812$ ,  $OR = .444$ ,  $p = .009$ ) y el autoritario ( $\beta = -.964$ ,  $OR = .381$ ,  $p < .001$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 30 días. También,

se asoció el estilo de crianza autoritativo ( $\beta = -.906$ ,  $OR = .404$ ,  $p = .005$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días. Así mismo, el estilo

de crianza autoritario ( $\beta = -.921$ ,  $OR = .398$ ,  $p = .003$ ) con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12 meses. Del mismo modo, el estilo de

crianza autoritario ( $\beta = -1.119$ ,  $OR = .327$ ,  $p < .001$ ) se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 12 meses. También, el

estilo de crianza autoritario ( $\beta = -1.040$ ,  $OR = .353$ ,  $p = .002$ ) influye en la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 30 días.

Hipótesis 4. La conducta prosocial no resultó mediadora entre la conducta previa, los

factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales


(religiosidad) así como la autoeficacia, factores interpersonales (crianza parental y calidad de la amistad) y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol,

tabaco y drogas de los adolescentes, en los últimos 12 meses. Los resultados del

presente estudio apoyan las proposiciones planteadas por Pender et al. (2015), en el

Modelo de Promoción de la Salud, por lo que se concluye que es una base sólida para guiar investigaciones y se recomienda seguir utilizándolo.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS** \_\_\_\_\_





## **Capítulo I**

### **Introducción**

El consumo y el abuso de drogas se ha ubicado en los últimos años como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias y sociales que experimentan quienes las consumen, sus familias y la sociedad en general en la cual interactúan (Martínez, 2019). Entre las consecuencias se encuentra la dependencia, el imposibilitar al individuo de realizar sus actividades cotidianas, así como afectar sus relaciones interpersonales, problemas de salud como cáncer de hígado, cirrosis, hepatitis, infección por VIH, trastornos de salud mental, sobredosis, entre otras afecciones e incluso, la muerte prematura (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2019; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] et al., 2017).

En el año 2017, se estimó que 271 millones de personas, que corresponden al 5.5% de la población mundial entre 15 y 64 años, habían consumido drogas en el año anterior, es decir 1 de cada 18 personas, de las cuales, 35 millones o casi el 13% padecían trastornos por el consumo de estas sustancias. Así mismo, se estima que 585,000 personas murieron como resultado del consumo de drogas (UNODC, 2019).

La problemática afecta a población de todas las edades, sin embargo, la adolescencia es señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) como un periodo idóneo para la adopción de hábitos, actitudes y conductas de alto riesgo en el que muchos adolescentes se ven sometidos a presiones de amigos o influenciados por imitación de algún miembro de la familia, entre otras situaciones que favorecen el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. La OMS, (2020) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, oscila entre los 10 y los 19 años de edad, se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, se caracteriza por un ritmo acelerado del crecimiento y desarrollo, además es considerada como una fase de

preparación para la vida adulta.

El adolescente, debido a la serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que experimenta, empieza a anhelar mayor libertad respecto a la protección del grupo familiar, se cuestiona sobre los valores adquiridos y pretende encontrar un significado propio basado en el conocimiento de sí mismo. Debido a la búsqueda de sus propias características el adolescente presenta mayor probabilidad de involucrarse en factores de riesgo facilitando así, la posibilidad de inicio y desarrollo del consumo de alcohol tabaco y drogas (Laespada et al., 2004). Diversos estudios señalan que la edad de inicio de consumo de drogas es entre los 12 y 17 años (Bautista, 2020; Simón et al., 2019; INPRFM et al., 2017; INPRFM et al., 2015).

Las drogas se han clasificado según la normatividad legal en lícitas e ilícitas, las primeras se pueden consumir libremente de acuerdo con los deseos de las personas y se considera que están legalmente disponibles, entre ellas se encuentra el alcohol y el tabaco. Las drogas ilícitas varían de acuerdo con la legislación de cada país y se caracterizan por la producción, venta y consumo ilegal o prohibido, algunos ejemplos de este tipo de drogas son la marihuana, la cocaína e inhalables, entre otras (Valdés et al., 2018). Cabe resaltar que para los adolescentes que se encuentran en edades inferiores a la mayoría de edad o edad establecida por ley, la venta de alcohol, tabaco y drogas es ilícita. El alcohol y tabaco, aunque se trate de sustancias clasificadas como lícitas, el consumo en adolescentes es considerado ilegal.

Frente a la situación y dada la magnitud del problema del consumo de drogas a nivel mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) estableció en el tercer objetivo y como aspecto prioritario ha planteado para el periodo 2015 al 2030 fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Así como fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la

Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas afecta a nivel mundial, nacional y local; Chihuahua, como uno de los estados fronterizos con Estados Unidos de Norteamérica, se destaca con el incremento de la problemática según lo informan datos de las encuestas nacionales sobre el consumo. En los últimos años, el fenómeno ha cobrado alta importancia con relación al narcotráfico, facilitando el acceso y la venta de drogas a menores de edad, entre ellos, adolescentes que estudian el nivel básico de secundaria (Castañón, 2020).

A nivel nacional la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, en estudiantes de educación secundaria fue de 12.5%, respecto al último año fue de 8.9% y para el consumo en el último mes de 5.4%. En el estado de Chihuahua el consumo de cualquier droga mostró resultados superiores que los de nivel nacional en la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida (13.7%) y para el consumo en el último año (9.2%) y una menor prevalencia para el consumo en el último mes con 5.2% (INPRFM et al., 2015).

Entre las sustancias más consumidas por los estudiantes de educación secundaria en el Estado de Chihuahua, según las encuestas nacionales (ENCODE y ENCODAT), se encuentran el alcohol, el tabaco y drogas como la marihuana, la cocaína y los inhalables, por lo que a continuación se muestran prevalencias de consumo, con datos a nivel mundial, nacional y local, puntualizando por sexo y edad de inicio del consumo respecto a estas sustancias:

En países de América del Sur y el Caribe, más del 75% de los estudiantes de enseñanza secundaria han consumido alcohol alguna vez en la vida (Organización de los Estados Americanos [OEA] & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2019). A nivel nacional, 40.7% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 24.2% en el último año y el 16.8% en el último mes, en

Chihuahua el 39.1% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 21.4% durante el último año y 14.5% en el último mes. El consumo alguna vez en la vida (2014), fue más alto en hombres que en mujeres, en México 41.9% de los consumidores son hombres y 39.4% mujeres, en Chihuahua 39.5% en hombres y 38.8% en mujeres. La edad de inicio de consumo con mayor predominio se reporta entre los 13 y los 14 años de edad con 33.8% a nivel nacional y 36.6% en Chihuahua (INPRFM et al., 2015).

Respecto al consumo de tabaco en las Américas los países con registros más altos han sido: México (13.4%) en América del Norte, Honduras (9%) en América Central, Chile (23.7%) en América del Sur y Dominica (7.4%) en el Caribe (OEA & CICAD, 2019), en estudiantes de educación secundaria. A nivel Nacional, en el 2014, las prevalencias del consumo de tabaco fueron; 20.8% alguna vez en la vida, 9.9% durante el último año y 6.3% en el último mes, en Chihuahua el consumo alguna vez en la vida se reportó en el 19.7% de los estudiantes, 8.6% en el último año y 5.7% en el último mes. En cuanto al sexo el consumo de tabaco alguna vez en la vida a nivel nacional se reportó más alto en hombres (23.8%) que en mujeres (17.7%), en el Estado de Chihuahua fue de 22.3% en hombres y 17% en mujeres. La edad de inicio de consumo fue entre los 11 y los 12 años en el 44.4% de los adolescentes en México y el 47.6% en Chihuahua (INPRFM et al., 2015).

Con respecto a la marihuana como la droga ilícita de mayor consumo en adolescentes, el informe mundial sobre las drogas reporta que 13.8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron esta sustancia en el 2017 en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5.6% (UNODC, 2019). En las Américas los cuatro países con prevalencias del consumo de marihuana más alta durante el último año en estudiantes de enseñanza secundaria fueron: Antigua y Barbuda, Chile, Dominica y los Estados Unidos con registros cercanos al 20% o más. México se encuentra entre el segundo grupo de países que presenta niveles de consumo cercanos o arriba del 10%, pero inferiores al 20% (OEA & CICAD, 2019).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) en México reportó prevalencias de consumo de marihuana, alguna vez en la vida de 6.1%, 4.5% en el último año y 2.5% en el último mes. En Chihuahua se reportaron cifras inferiores con una prevalencia de consumo de alguna vez en la vida de 5.7%, 4.1% en el último año y 1.9% el último mes (INPRFM et al., 2015). En cuanto al consumo de marihuana por sexo, los hombres han mostrado prevalencias mayores (12.9%) que las mujeres (8.4%) tanto a nivel nacional como a nivel local (Chihuahua) de 14.4% hombres y 9.3% mujeres respectivamente. La edad de inicio de consumo de marihuana en México en adolescentes ha sido de 17 años o menos en el 57.7% de los consumidores (INPRFM et al., 2017).

En relación con el consumo de cocaína, en las Américas se han reportado tres países con prevalencias del último año superiores al 2.5%; Chile, Colombia y Canadá (OEA & CICAD, 2019). En México la Encuesta Nacional de Drogas en Estudiantes reporta prevalencias de consumo alguna vez en la vida de 2.3%, 1.2% durante el último año y 0.8% el último mes, y en Chihuahua las prevalencias de consumo alguna vez en la vida fueron de 2.8%, 1.6% en el último año y 1.0% en el último mes (INPRFM et al., 2015). En consideración con el sexo el consumo de cocaína ha mostrado mayores prevalencias en hombres que en mujeres, a nivel nacional 4.2% en hombres y 2.5% en mujeres y en Chihuahua 5.2% en hombres y 3.5% en mujeres. La edad de inicio de consumo de cocaína en adolescentes a nivel nacional fue a los 17 años o menores en el 43.1% de los consumidores.

Respecto al consumo de inhalables en estudiantes de las Américas, los cuatro países con consumo superior al 9% fueron Barbados, Granada, San Vicente, las Granadinas y Santa Lucía (OEA & CICAD, 2019). A nivel nacional en estudiantes de secundaria el consumo de inhalables alguna vez en la vida se reportó con prevalencias de 5.3%, 3.6% en el último año y 2% en el último mes. En Chihuahua la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue de 4.5%, respecto al último año 2.9% y 1.5% durante

el último mes. En relación con el sexo el consumo de inhalables es mayor en hombres que en mujeres, en México se reportó el 5.9% de consumo en hombres y 5.8% en mujeres, en Chihuahua 5.4% en hombres y 4.8% en mujeres. La edad de inicio en el consumo de inhalables en México se reportó el 71.7% entre los 17 años o menos edad en los consumidores (INPRFM et al., 2017; INPRFM et al., 2015).

Con respecto a lo anterior se puede confirmar que el consumo de alcohol, tabaco y drogas es un problema de salud pública que está afectando a los adolescentes que estudian el nivel básico de secundaria. Pons (2008), señala que es un problema multifactorial complejo en el que intervienen factores; personales, biológicos, psicológicos, económicos, familiares, relaciones con amigos, ambientales, sociodemográficos, históricos, políticos, jurídicos, éticos, culturales, entre otros, dichos factores se han clasificado en factores de riesgo y protección.

Para el presente estudio, fueron considerados principalmente factores protectores, los cuales, se han descrito como atributos o características individuales, condiciones situacionales y/o contexto ambientales que inhiben, reducen o atenúan los posibles efectos de los factores de riesgo, así, como la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. Favorecen el desarrollo humano y el mantenimiento o la recuperación de la salud (Becoña, 2001; Páramo, 2011).

Algunos factores de protección que se consideraron en el presente estudio incluyen; factores personales, autoeficacia, las influencias interpersonales y la conducta prosocial, ya que influyen en que el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los adolescentes sea menor o no se presente.

Entre los factores personales se encuentran los biológicos, los psicológicos y los socioculturales, en los factores biológicos, se enfatizan la edad y el sexo. Morello et al. (2016), han encontrado menores prevalencias de consumo de drogas a las reportadas por las encuestas nacionales y atribuyen sus resultados a que la mayoría de los participantes

eran menores a los 12 años de edad, por lo que tener menor edad influye en el no consumo. De igual manera, el sexo se asocia al consumo de drogas, ya que, se ha reportado menor consumo en las mujeres respecto a los hombres (INPRFM et al., 2017; INPRFM et al., 2015).

Otro factor personal que influye en el no consumo de sustancias es la autoestima, que forma parte de los factores psicológicos. Se ha encontrado una relación negativa y significativa de la autoestima y el consumo de alcohol, lo cual indica que a mayor autoestima menor consumo de alcohol en adolescentes de secundaria (Telumbre-Terrero et al., 2018). Pérez- Fuentes et al. (2020), señalan que tener alta autoestima, es un factor que disminuye las creencias de que beber les traerá beneficios, además, de la sensibilidad a las demandas sociales por el consumo de alcohol (Pérez-Fuentes et al., 2020).

Por otra parte, entre los factores socioculturales se ha descrito que la religiosidad que incluye creencias y/o prácticas religiosas, puede modificar o determinar estilos de vida, indicando que estas pueden influir significativamente en las conductas de las personas. Por lo que, se ha reportado que tener prácticas y creencias religiosas fuertes, resulta ser un factor crucial que puede ayudar a los adolescentes a evitar el consumo de drogas (El Kazdough et al., 2018; Martínez-Torres et al., 2016).

También, se ha reportado que las adolescentes que tienen mayor autoeficacia beben menos alcohol, fuman menos cigarrillos y consumen menos otras drogas ilícitas (Schwinn et al., 2016). Además, pueden tener mayor confianza para superar las presiones como cumplir con las normas del grupo de pares y elegir comportamientos que promuevan la salud en lugar de involucrarse en el abuso de sustancias y delincuencia. Por lo tanto, se sugiere que intervenir en la autoeficacia puede desempeñar un papel importante en el no consumo de drogas (Voisin et al., 2019).

Respecto a las influencias interpersonales, el estilo de crianza parental en el que se presenta control parental acompañado de confianza mutua, que se obtiene a través de

discusiones significativas o íntimas, puede hacer que los adolescentes eviten decepcionar a los miembros de su familia y perder su confianza, por lo que, son factores que influyen en el no consumo de drogas (El Kazdough et al., 2018). De igual manera, un estudio reportó, que los hijos que caracterizaron a sus padres como indulgentes y autorizativos mostraron el consumo más bajo de alcohol, tabaco, marihuana y drogas de síntesis (Riquelme et al., 2018).

Aunado a lo anterior, en influencias interpersonales se ha encontrado que tener amigos cercanos que no consumen alcohol, tabaco y drogas resultan ser un factor que influye para que los adolescentes no consuman estas sustancias (El Kazdough et al., 2018). Así mismo, la calidad de la amistad interviene en el consumo de alcohol, se ha reportado que tener seguridad, ayuda y proximidad con los amigos contribuye en que la cantidad de bebidas consumidas en un día típico sean menos y de igual manera, en el no consumo de alcohol (Mejía et al., 2019).

Por otra parte, se ha encontrado la conducta prosocial, que corresponde a un comportamiento voluntario destinado a beneficiar a otros (Eisenberg et al., 2006), entre los factores sociales que la literatura ha descrito que influyen en el no consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas. Por lo que, se reconoce a la conducta prosocial como el factor principal que se pretende integrar en el modelo del presente estudio.

La conducta prosocial, se presenta en mayor medida en mujeres que en hombres (Hernández-Serrano et al., 2016; Torres & Pérez, 2017). Entre los factores que favorecen la conducta prosocial se encuentra la alta inteligencia emocional, ser resilientes, tener niveles altos de autoestima y tener menos edad (Vargas et al., 2018). Además, la conducta prosocial ocurre en mayor medida en la etapa temprana y media de la adolescencia (Van der Graaff et al., 2018).

Se ha documentado que la crianza parental, desempeña un rol fundamental en el desarrollo de conductas prosociales, al brindar apoyo, disciplina, tener compromiso,



buena comunicación con los hijos, además de la satisfacción de la crianza (Ortega & Ramírez, 2019). También, las personas con altos niveles de autocontrol y mayor satisfacción con la vida tienen mayores comportamientos de la conducta prosocial (Dou et al., 2019). Entre las principales conductas prosociales están, el prestar ayuda, compartir y dar apoyo a las personas (Vargas et al., 2018).

En relación con el consumo de drogas, Hernández-Serrano et al. (2016) encontraron que la variable que mejor predice el no consumo de alcohol y marihuana para los indicadores temporales de prevalencia de alguna vez en la vida, alguna vez en el último año y frecuencia de consumo en el último año, fue la conducta prosocial. Así mismo, la probabilidad de consumir alcohol o cannabis es menor entre los adolescentes con conductas prosociales.

Con base en lo anterior y puntualizando en la problemática mundial, nacional y local que representa el consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria y los múltiples factores involucrados, se propone un modelo que explique la conducta prosocial y dichos factores y su influencia en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, a través del Modelo de Promoción de la Salud (MPS). La selección del MPS surgió a partir del análisis y evaluación del mismo, al encontrar consistencia con los conceptos del fenómeno de estudio, por lo que se consideró como una base sólida para guiar el proyecto. De igual manera, se planteó una extensión del MPS, a través de la inclusión de la conducta prosocial, debido a que el modelo contempla factores y cogniciones, conducta previa y conducta resultado, sin embargo, no considera otras conductas que puedan mediar la conducta promotora de salud.

Aunque se conoce la relación de la conducta prosocial y de algunos factores (biológicos, psicológicos, socioculturales, autoeficacia e influencias interpersonales) con el consumo de drogas, existe un vacío de conocimiento sobre un modelo que explique cómo la conducta prosocial y dichos factores pueden influir en la conducta promotora de

salud para que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas no se presente en los adolescentes. Por tal motivo, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿El modelo de la conducta prosocial explica la conducta de promoción de la salud para evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian nivel de secundaria?

Dicha propuesta permitió profundizar en el conocimiento de factores de protección y sentar las bases de un modelo explicativo de la conducta prosocial, a partir del MPS de Nola J. Pender, para en un futuro, proponer intervenciones de enfermería para la promoción de la salud que contribuyan a la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian nivel básico de secundaria.

### **Marco Teórico**

A continuación, se presenta el marco teórico con base al Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender que guio el presente estudio. Se muestran los conceptos principales del MPS y posteriormente se describe la subestructuración conceptual teórico empírica de los conceptos que se incluyeron en el presente estudio.

#### ***Modelo de Promoción de la Salud***

Para el desarrollo del modelo explicativo de promoción de la salud de la conducta prosocial para el no consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes, se consideraron como base algunos conceptos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, el cual propone un marco teórico para explorar los procesos biopsicosociales que motivan a las personas a participar en comportamientos dirigidos a mejorar la salud. El MPS integra constructos de la teoría del valor de la expectativa descrita por Feather (1992, como se cita en Pender et al., 2015) y la teoría cognitiva social de Bandura (1974, como se cita en Pender et al., 2015), dentro de una perspectiva de enfermería del funcionamiento humano holístico.

El MPS está conformado por once conceptos, estructurados bajo tres constructos principales (figura 1), el primero de ellos, se refiere a las características y experiencias

individuales. La autora refiere que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones posteriores. La importancia de su efecto depende del comportamiento objetivo. Las características y experiencias individuales incluyen; la conducta previa relacionada y factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales (Pender et al., 2015).

El segundo constructo corresponde a las cogniciones y afectos relacionados a la conducta específica, en él, se considera a las variables que constituyen un núcleo crítico ya que son específicas del comportamiento, tienen un significado motivacional importante y pueden modificarse mediante intervenciones. Incluye seis conceptos, el primero es; beneficios percibidos para la acción, el segundo; barreras percibidas para la acción, el tercero; percepción de autoeficacia, el cuarto; afectos relacionados con la actividad, el quinto concepto aborda las influencias interpersonales y el último las influencias situacionales.

Además, el MPS contiene dos conceptos que no se incluyen en ninguno de los tres constructos: demandas y preferencias en competencia en el momento (inmediato) y el compromiso para un plan de acción. El tercer constructo corresponde al resultado conductual e incorpora el último de los conceptos; la conducta promotora de salud (Pender et al., 2015).

La conducta previa relacionada, es la mejor predictora del comportamiento de acuerdo con Pender et al. (2015). Es referida como la frecuencia del mismo comportamiento o uno similar en el pasado. Propone que el comportamiento previo tiene efectos tanto directos como indirectos sobre la probabilidad de participar en comportamientos que promueven la salud. El efecto directo del comportamiento pasado sobre el comportamiento actual de promoción de la salud puede deberse a la formación de hábitos, lo que predispone a la persona a participar en el comportamiento automáticamente con poca atención a los detalles específicos de su ejecución. La fuerza del hábito se acumula cada vez que ocurre el comportamiento y se ve aumentada por la

práctica común y repetitiva del comportamiento. De acuerdo con la teoría cognitiva social Pender, propone que el comportamiento previo influye indirectamente en la conducta de promoción de la salud a través de las percepciones de autoeficacia, barreras, beneficios y afecto relacionado con la actividad (Pender et al., 2015).

Los factores personales se refieren a factores que predicen un comportamiento, están determinados por la naturaleza del comportamiento objetivo que se está considerando. Pender, los clasifica en factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales y señala que deben limitarse a aquellos factores que son teóricamente relevantes para explicar o predecir un comportamiento objetivo dado. Pender no define los factores personales, sin embargo, presenta ejemplos de cada tipo. En los factores biológicos incluye la edad, índice de masa corporal, estado puberal, estado menopáusico, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad o equilibrio; en los factores psicológicos incluye la autoestima, la automotivación y el estado de salud percibido y; en los factores socioculturales menciona raza, etnia, aculturación, educación y nivel socioeconómico (Pender et al., 2015).

Las cogniciones y afectos relacionados a la conducta específica corresponden, a seis conceptos centrales del MPS agrupados en dos bloques, el primero de cuatro conceptos; beneficios percibidos para la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida y afectos relacionados con la actividad y el segundo compuesto por dos conceptos; influencias interpersonales e influencias situacionales.

Los beneficios percibidos para la acción son señalados por Pender como representaciones mentales de las consecuencias positivas o de refuerzo de un comportamiento. Las expectativas de un individuo para participar en un comportamiento particular dependen de los beneficios anticipados, éstos, pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Los beneficios intrínsecos incluyen un mayor estado de alerta y energía y un mayor interés percibido, los beneficios extrínsecos incluyen recompensas monetarias o interacciones sociales posibles como resultado de participar en el comportamiento.

Los beneficios extrínsecos de los comportamientos de salud pueden ser muy significativos, mientras que los beneficios intrínsecos pueden ser más fuertes para motivar la sostenibilidad de los comportamientos de salud (Pender et al., 2015).

Las barreras son percepciones sobre la falta de disponibilidad, inconvenientes, gastos, dificultades o la naturaleza de una acción en particular que consume mucho tiempo. Las barreras a menudo se ven como bloqueos mentales, obstáculos y costos personales de llevar a cabo un comportamiento determinado. Las barreras generalmente promueven motivos de evitación en relación con un comportamiento dado. Se ha encontrado que las barreras anticipadas afectan repetidamente las intenciones de participar en un comportamiento particular (Pender et al., 2015).

La autora en el MPS define que la autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad personal para organizar y llevar a cabo una acción particular, implica auto juzgar lo que puede hacer con cualquier habilidad que posea. Los juicios de eficacia personal se distinguen de las expectativas que se tienen sobre resultados. Por lo tanto, la autoeficacia percibida es un juicio de las capacidades de la persona para lograr un cierto nivel de rendimiento, mientras que una expectativa de resultado es un juicio de las probables consecuencias (beneficios, costos) que producirá un comportamiento. Las percepciones de habilidad y competencia en un dominio particular motivan a las personas a participar en comportamientos en los que se destacan. Sentirse eficaz y calificado para aumentar la probabilidad de participar en el comportamiento (Pender et al., 2015).

Los afectos relacionados con la actividad, se presentan como una reacción emocional positiva o negativa con relación directa a la conducta promotora de salud, es más probable que las personas repitan las conductas asociadas con el afecto positivo (Pender et al., 2015).

En el MPS se puntualiza que las influencias interpersonales son cogniciones que involucran comportamientos, creencias o actitudes de otros. Estas cogniciones pueden o

no corresponder con la realidad. Las principales fuentes de influencia interpersonal en los comportamientos de promoción de la salud son la familia, los compañeros y los profesionales de la salud. Las influencias interpersonales incluyen normas sociales (expectativas de otras personas importantes), apoyo social (estímulo instrumental y emocional) y modelado (aprendizaje indirecto a través de la observación de otros). Estas tres influencias interpersonales determinan la predisposición de los individuos a participar en conductas que promueven la salud. La susceptibilidad a la influencia de otros puede variar en el desarrollo y ser particularmente evidente en la adolescencia (Pender et al., 2015).

Las influencias situacionales corresponden al último de los conceptos centrales del MPS. Incluyen la percepción de las opciones disponibles, las características de la demanda y las características del entorno en el que se propone que ocurra un comportamiento determinado, ya que las personas se sienten atraídas y se desempeñan de manera más competente en situaciones o contextos ambientales en los que se conciben compatibles, relacionados, seguros y tranquilos. Las influencias situacionales se reconceptualizaron en el MPS para influir de manera directa e indirecta en la conducta promotora de salud (Pender et al., 2015).

De los dos conceptos que en el MPS se plasman sin pertenecer a un constructo el compromiso para un plan de acción es el primero e involucra llevar a cabo una tarea en un momento, en un lugar determinado con personas específicas e identifica estrategias para realizar la conducta promotora de salud. Puede ser considerado una variable mediadora ya que antecede la variable resultado (Pender et al., 2015).

El segundo concepto son las demandas (bajo control) y preferencias (alto control) en el momento, se refieren a comportamientos alternativos que impactan en la conciencia antes de que ocurra la conducta promotora de salud. Pender resalta que tanto las preferencias como las demandas pueden desviar un plan de acción. Finalmente se

plasma la relación directa del concepto con la conducta promotora de salud (Pender et al., 2015).

El tercer constructo del modelo es el resultado conductual e incluye el concepto de conducta promotora de salud que como su nombre lo dice, corresponde al resultado conductual, dirigido hacia el logro de consecuencias de salud positivas para brindar a la persona mayor capacidad funcional, mejor salud y optimizar su calidad de vida (Pender et al., 2015).

### ***Proposiciones Teóricas del MPS***

Pender planteó 14 proposiciones teóricas en el modelo de promoción de la salud en 1987, fueron revisadas en el 2002 y siguen siendo vigentes en la actualidad (Pender et al., 2002). Las cuales se presentan a continuación:

1. El comportamiento anterior y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y promulgación de comportamientos que promueven la salud.

2. Las personas se comprometen a adoptar conductas de las que anticipan obtener beneficios valorados personalmente.

3. Las barreras percibidas pueden limitar el compromiso con la acción, un mediador del comportamiento, así como el comportamiento real.

4. La percepción de competencia o autoeficacia para ejecutar un comportamiento determinado aumenta la probabilidad de compromiso con la acción y el desempeño real del comportamiento.

5. Una mayor autoeficacia percibida da como resultado menos barreras percibidas para un comportamiento de salud específico.

6. El afecto positivo hacia un comportamiento da como resultado una mayor autoeficacia percibida, lo que a su vez, puede resultar en un mayor afecto positivo.

7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.

8. Las personas tienen más probabilidades de comprometerse y participar en comportamientos que promueven la salud cuando sus seres queridos modelan el comportamiento, esperan que ocurra y brindan asistencia y apoyo para permitir el comportamiento.

9. Las familias, los compañeros y los proveedores de atención médica son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir el compromiso y la participación en el comportamiento que promueve la salud.

10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en conductas que promueven la salud.

11. Cuanto mayor sea el compromiso con un plan de acción específico, es más probable que se mantengan los comportamientos que promueven la salud a lo largo del tiempo.

12. Es menos probable que el compromiso con un plan de acción dé como resultado el comportamiento deseado cuando las demandas en competencia sobre las cuales las personas tienen poco control requieren atención inmediata.

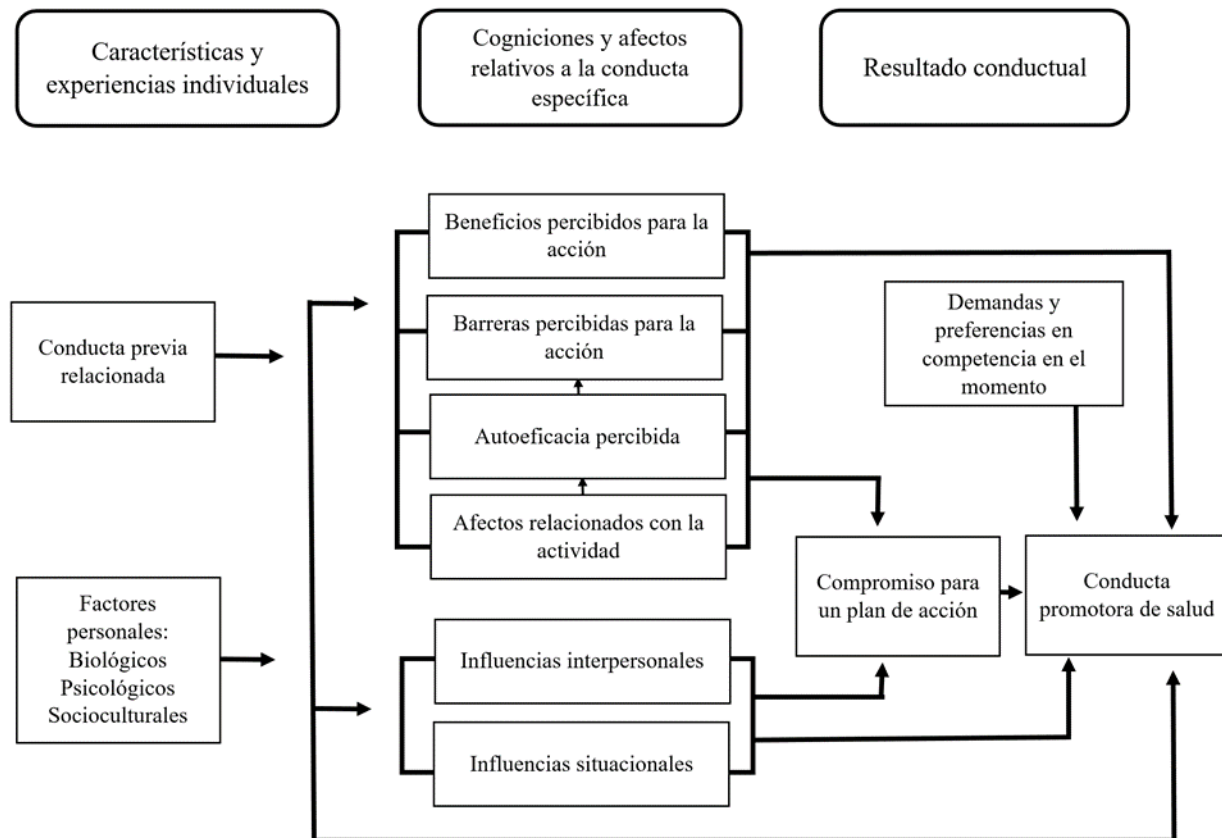
13. Es menos probable que el compromiso con un plan de acción dé como resultado el comportamiento deseado cuando otras acciones son más atractivas y, por lo tanto, preferidas al comportamiento objetivo.

14. Las personas pueden modificar las cogniciones, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.



**Figura 1**

*Modelo de Promoción de la Salud, Nola J. Pender (2015).*



## **Estructura Conceptual Teórico Empírica**

### ***Modelo de promoción de la salud de la conducta prosocial en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes***

Realizada la revisión del MPS, se encontró consistencia de sus conceptos con los del presente estudio, por lo que se consideró de utilidad para explicar el modelo de promoción de la salud de la conducta prosocial en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. Por lo tanto, se realizó una subestructuración teórica a partir de algunos conceptos del MPS, además de revisión de la literatura de la conducta prosocial que se incluirá en el modelo. Dulock y Holzemer (1991) definen la subestructuración teórica como el proceso mediante el cual el investigador identifica las principales variables en un estudio, analiza los niveles de abstracción entre las variables, identifica hipótesis y relaciones entre variables y conecta la base teórica del estudio con la metodología. Facilita una explicación más completa de los vínculos entre el sistema teórico y el operativo.

Este proceso, se llevó a cabo mediante los pasos descritos por Hinshaw (1979); de inicio se identificaron los conceptos y constructos principales en estudio, en segundo lugar, se especificaron las relaciones entre los conceptos, posteriormente se ordenaron jerárquicamente los conceptos y las relaciones según su nivel de abstracción y finalmente, se representaron los conceptos y relaciones gráficamente, como se muestra en la Figura 2.

Los conceptos que se utilizaron del MPS fueron: Conducta previa relacionada, factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia percibida, influencias interpersonales y conducta promotora de salud, aunado a lo anterior se incluyó la conducta prosocial. Se describen a continuación.

#### ***Conducta Previa de no Consumo***

En el presente estudio se considerará la experiencia previa de consumo de alcohol, tabaco y/o drogas que el estudiante de secundaria haya tenido durante su vida y

hasta antes del último año. El concepto de conducta previa de no consumo se subestructuró a partir del concepto de conducta previa relacionada del MPS, como uno de los mejores predictores de la conducta promotora de salud.

Dicha experiencia busca estar inclinada a ser una conducta promotora de salud en la que el adolescente de secundaria no ha consumido alcohol, tabaco y/o drogas en ningún momento de su vida. Además, se analizó la relación de la conducta previa de no consumo de alcohol, tabaco y drogas con la conducta prosocial y ésta, a su vez, como mediadora de la conducta promotora de salud final. Se ha documentado que los adolescentes que consumían alcohol, tabaco y marihuana un año antes, lo continúan haciendo el siguiente año y los adolescentes que no consumían, continúan sin consumir al año siguiente (Martínez-Fernández et al., 2018).

### ***Factores Personales***

Los factores personales en el MPS son clasificados en factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, en el presente estudio se subestructuraron a partir de ellos. Dentro de los factores biológicos, se abordó la edad, que es definida por el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2019) como el tiempo que ha vivido una persona. Así mismo, el sexo desde el punto de vista de la biología, se refiere al conjunto de características de un organismo, que permiten diferenciarlo en términos de masculino y femenino (De Juan & Pérez-Cañaveras, 2007). La evidencia señala que la edad de inicio de consumo de drogas es entre los 12 y los 17 años y las mujeres son quienes menos presentan consumo de drogas (Bautista, 2020; Simón et al., 2019; INPRFM et al., 2017; INPRFM et al., 2015).

Dentro de los factores psicológicos, se subestructuró la autoestima, conceptualizada como el conjunto de pensamientos y sentimientos que un individuo tiene acerca de su propio valor, implica autoaceptación, el aprecio de su vida, de su manera de ser, de las manifestaciones corporales, mentales y espirituales que lo conforman. Estos pensamientos y sentimientos pueden ser negativos o positivos. Un

óptimo nivel de estima hace posible que la persona se valore, se quiera, se acepte, se respete y tenga un nivel de autoestima alta, pero si el individuo se visualiza de manera negativa, su autoestima será baja (Cacho et al., 2019; Rosenberg, 1965).

La evidencia muestra que existe relación negativa y significativa de la autoestima y el consumo de alcohol, lo cual indica que, a mayor autoestima, menor consumo de alcohol en adolescentes de secundaria (Telumbre-Terrero et al., 2018). En un modelo de mediación se encontró que la autoestima atenúa o reduce la sensibilidad a las demandas sociales por el consumo de alcohol y creencias de que beber les traerá beneficios (Pérez-Fuentes et al., 2020).

En los factores personales socioculturales, se tomará en cuenta la religiosidad subestructurada de factores personales socioculturales, que es conceptualizada como un sentimiento, una tendencia emocional que puede variar entre periodos de tiempo y cultura. Es también una propensión sujeta a influencias sociales, educativas y contextuales (Piedmont et al., 2012). Así mismo, puede comprenderse como un conjunto de sistemas de creencias, prácticas y valores explícitamente plasmados en determinadas tradiciones sociales o marcos institucionales (Simkin & Azzollono, 2015).

Las creencias religiosas forman parte de un conjunto de ideas o afirmaciones en relación con la dimensión cultural. Contribuyen a la edificación de la sociedad, ayudan a construir la identidad de los individuos en la infancia y asegurar la cohesión social a través de la configuración del ethos colectivo que formará parte del accionar social y moral (Camarena & Tunal, 2009).

La evidencia empírica muestra que las creencias (prácticas) religiosas pueden modificar o determinar estilos de vida, indicando que logra influir significativamente en las conductas de las personas, por lo que tener creencias religiosas fuertes, resulta ser un factor crucial que consigue ayudar a los adolescentes a evitar el consumo de alcohol, tabaco y/o drogas (El Kazdouh et al., 2018; Guzmán et al., 2019; LeTendre & Reed, 2017; Martínez-Torres et al., 2016; Ramírez-Garduño et al., 2020).

### ***Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas***

De igual manera, se utilizará el concepto de autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas, subestructurado de autoeficacia percibida del MPS. Distinguirse con autoeficacia, además, determina cuánto esfuerzo dedicarán las personas y cuánto tiempo persistirán frente a obstáculos o situaciones adversas. Las personas que tienen dudas sobre sus capacidades, cuando se ven acosados por dificultades, disminuyen sus esfuerzos o se rinden por completo, en cambio aquellos que tienen un fuerte sentido de eficacia se esfuerzan más por dominar los desafíos (Bandura, 1982), por lo que en el presente estudio se considera que la autoeficacia percibida puede influir en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La evidencia muestra que tener mayor autoeficacia tiene relación negativa significativa con el consumo de alcohol (González-Yubero et al., 2020). En ese sentido, los adolescentes que tienen mayor autoeficacia beben menos alcohol, fuman menos cigarrillos y consumen menos otras drogas ilícitas (Schwinn et al., 2016). Además, pueden tener mayor confianza para superar las presiones para cumplir con las normas del grupo de pares y elegir comportamientos que promuevan la salud en lugar de involucrarse en el abuso de sustancias y delincuencia, se sugiere que intervenir en la autoeficacia puede desempeñar un papel importante en el no consumo de drogas (Voisin et al., 2019).

### ***Influencias Interpersonales***

En el presente trabajo se consideran dos tipos de influencias interpersonales, subestructuradas a partir del concepto de influencias interpersonales del MPS. La primera corresponde a los estilos de crianza parental y la segunda a la calidad de la amistad. Las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucra destrezas sociales y emocionales que promueven las habilidades para comunicarse efectivamente, escuchar, solucionar conflictos y la expresión auténtica de la persona. En la interacción con otros se profundiza en el

conocimiento de los procesos cognitivos que comprenden la percepción, la memoria, el lenguaje, entre otros (Cornejo & Tapia, 2011).

Los estilos de crianza parental representan una influencia interpersonal para que la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, tabaco y drogas se presente, sin embargo, cada uno tiene características específicas por lo que unos estilos influirán más en la conducta promotora de salud que otros. Pender et al. (2015), señala que las influencias interpersonales son cogniciones que involucran comportamientos, creencias o actitudes de otros e incluyen las normas sociales, o bien, las expectativas que otras personas importantes tengan del adolescente, así, si los padres esperan que sus hijos no consuman contribuirá en ello, así mismo las normas planteadas por los padres influirán en el adolescente. El estilo autoritativo es el que más se inclina en esa dirección. De igual manera, Pender puntualiza el apoyo social como parte de la influencia interpersonal que se da como estímulo emocional e instrumental.

Darling y Steinberg (1993) en su modelo, definen estilos de crianza parental como una constelación de actitudes hacia los hijos en donde se comunican y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres. Los estilos de crianza parental propuestos por Maccoby y Martin (1983) se han utilizado durante la adolescencia. Se clasifican en cuatro tipos autoritativos, autoritarios, permisivos y negligentes e incluyen el control conductual, la responsividad parental y la autonomía.

Los padres autoritativos se caracterizan por ser orientados racionalmente, exigentes con las normas, cálidos, escuchan a los hijos, se desenvuelven en una relación dar-recibir, mantienen altas expectativas, son afectuosos, monitorean activamente la conducta de sus hijos, y les proveen estándares de conducta en un contexto de relaciones asertivas, más que restrictiva o intrusivamente (Merino & Arndt, 2004).

Los padres autoritarios son aquellos que imponen normas rígidas, afirman su poder sin cuestionamiento, usan la fuerza física como coerción o como castigo y a

menudo, no ofrecen el cariño típico de los padres autoritativos. Son altamente exigentes, demandantes y directivos, y muestran bajos niveles de expresiones afectivas. Están orientados hacia la afirmación del poder y la búsqueda de la obediencia; llegan a ser altamente intrusivos (Merino & Arndt, 2004).

Los padres permisivos son aquellos que permiten que los hijos regulen sus propias actividades con relativamente poca interferencia. Generalmente no imponen reglas; los hijos hacen sus propias decisiones sin consultar usualmente a los padres. Típicamente son cariñosos y bondadosos, explican las cosas usando la razón y la persuasión más que la afirmación de poder. Estos padres son llamados también, padres indulgentes o no directivos. Puntúan más alto en afectividad/responsividad y bajo en exigencia/disciplina. Permiten la auto regulación del propio niño, lo que los lleva a estimular la independencia y el control bajo las propias creencias y necesidades. En los encuentros disciplinarios, tienden a evitar la confrontación y generalmente ceden a las demandas de los hijos (Merino & Arndt, 2004).

Los padres negligentes son aquellos que muestran poco o ningún compromiso con su rol de padres. No ponen límites a sus hijos porque no hay un verdadero interés por hacerlo. Les faltan respuestas afectivas o de control conductual en situaciones diarias y/o en aquellas en que críticamente se requieren. Son padres que puntúan bajo en las dos dimensiones de exigencia y afectividad. En casos extremos, son explícitamente rechazantes (Merino & Arndt, 2004).

Respecto al estilo de crianza parental los datos encontrados no son concluyentes, sin embargo, lo más común reportado es que los adolescentes que perciben a sus padres como autoritarios son los que presentaron mayores proporciones consumo de alcohol, tabaco y drogas. Además, aumenta la probabilidad de beber en exceso. En los adolescentes que percibieron a su padres como negligentes, también aumentó la probabilidad de consumo excesivo de alcohol, de haber estado ebrios, también se asoció con mayor probabilidad de fumar regularmente, uso de tabaco durante

el último mes y consumo de drogas ilícitas (Berge et al., 2016; Tondowski et al., 2015; Zuquette et al., 2019).

La percepción de los adolescente sobre los padres permisivos (indulgentes) se asoció a mayor probabilidad de consumir drogas ilícitas y una mayor probabilidad de haber estado ebrios. Así mismo, presentaron mayor probabilidad de consumo de tabaco durante el último mes o el uso frecuente de tabaco, también aumentaron la probabilidad de beber en exceso. Los que percibieron a su madre como indulgentes reportaron que influía más en no cambiar su comportamiento hacia el consumo de alcohol. Sin embargo, un estudio reportó que los adolescentes que caracterizaron a sus padres como indulgentes y autorizativos son los que mostraron el consumo más bajo, cuando en la mayoría de los estudios el estilo indulgente se había relacionado con mayor consumo de alcohol (Benchaya et al., 2019; Zuquette et al., 2019).

El segundo concepto subestructurado del concepto de influencia interpersonal para este estudio fue la calidad de la amistad, que se da en la relación entre dos o más sujetos. Pender puntualiza el apoyo social como parte de la influencia interpersonal que se da como estímulo emocional e instrumental que predispone al individuo a participar en conductas que promueven la salud, la calidad de la amistad incluye dicho apoyo que es recíproco.

Los amigos corresponden al grupo social donde los adolescentes pasan gran parte de su tiempo. En la adolescencia este grupo de amigos adquiere mayor trascendencia ya que se establecen relaciones más estables que en la niñez, aumenta el tiempo de convivencia, se realizan más actividades comunes, se comparten sentimientos, problemas, dudas e inquietudes, debaten temas de interés, desarrollan actitudes y normas de convivencia, las actividades están menos supervisadas por los adultos y se caracterizan por una mayor intimidad y empatía, proporcionan al adolescente el sentimiento de estar integrado y pertenecer a un grupo (Martínez, 2013).



El grupo de iguales supone un importante apoyo en ese proceso de búsqueda de identidad por parte de los adolescentes. Algunos hechos bien conocidos que se producen en esta etapa, es el fenómeno del “conformismo grupal” y la búsqueda de originalidad a través de este conformismo constituyen un elemento defensivo de apoyo, que les brinda el sentimiento de pertenencia, la seguridad y la estima personal que precisan en esta etapa de tránsito hacia la propia originalidad y autonomía personal (Herrero, 2003).

El grupo de iguales proporciona al adolescente una serie de ventajas que van a facilitar la transición hacia el mundo adulto; da apoyo y seguridad, facilita la separación de los padres y modelos anteriores, proporciona ideales, intereses y valores, y presta una “identidad transitoria” que apoya a un yo todavía frágil. La interacción con los iguales proporciona una posibilidad única para superar el egocentrismo infantil y para conocerse a sí mismo y a los demás logrando una nueva perspectiva social de mayor madurez. Al compartir sentimientos y comparar puntos de vista con los compañeros se abre un campo ilimitado a la maduración personal y a la adaptación social (Herrero, 2003).

Por lo tanto, las relaciones de amistad influyen en el desarrollo cognitivo y emocional del adolescente, en su adaptación al entorno social en el que convive, en el aprendizaje de actitudes y valores, en la formación de la identidad, en la adquisición de habilidades sociales como el manejo eficaz del conflicto y el control de la ira y de la agresión. Esta influencia ocurre porque los amigos, además de formar parte de la pandilla (grupo de amigos), transmiten las actitudes o los comportamientos normativos de una generación particular (Martínez, 2013), por lo que se considera que la calidad de la amistad puede influir en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La evidencia reportó que tener una mayor calidad de la amistad, así como seguridad, ayuda, proximidad y compañerismo han presentado relación negativa y

significativa con el consumo de alcohol en los adolescentes y con respecto a la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico (Mejía et al., 2019).

### ***Conducta Promotora de Salud***

Pender determinó la conducta promotora de salud como el concepto que indica el punto final o el resultado de la acción, a partir de él, se subestructuró el concepto de conducta promotora de salud. En el presente estudio, está enfocada a explicar la promoción de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

### ***Extensión de la Teoría***

Además de los conceptos propuestos por Pender en el MPS y seleccionados para el presente estudio, con base en la evidencia empírica, se propone extender la teoría a partir de la inclusión de un concepto; la conducta prosocial. La literatura muestra que la conducta prosocial, que no está contenida en el modelo de Pender, puede influir en la conducta promotora de salud en el no consumo de alcohol, tabaco y drogas, como un factor protector, sin embargo, no corresponde a ninguno de los conceptos existentes en el modelo, pero se considera que puede tener un papel mediador y así, extender la explicación del fenómeno. Además, se propone probar si la conducta previa relacionada, los factores personales, biológicos, psicológicos, socioculturales, la autoeficacia y las influencias interpersonales se relacionan con la conducta prosocial.

La extensión de la teoría en el presente trabajo, se fundamenta en la estrategia para el desarrollo de la teoría descrita por Meleis (2012), en la que la teoría impulsa las preguntas de investigación y los resultados que responden a estas preguntas, informan y modifican la teoría. Esta estrategia tiene como objetivos probar, perfeccionar y desarrollar la teoría, así como dar apertura a opciones para futuros desarrollos.

En dicha estrategia se comienza la investigación definiendo una teoría y determinando proposiciones para probarlas y luego ir más allá para modificar y desarrollar la teoría original brindando una explicación teórica coherente, refinada o más amplia de la teoría. Para ello se utilizan estrategias de procesos mentales; como

pensamientos creativos, abstractos, procesos reflexivos; como la interpretación y estrategias de síntesis; así como tal vez saltos intuitivos. El impacto de esta estrategia de construcción de teoría en la disciplina es diferente y se necesita para diferentes propósitos: la traducción, el refinamiento o el desarrollo de las propuestas teóricas emergentes. Los hallazgos pueden dirigir el impacto del teórico a través de declaraciones teóricas integradas que explican y predecir en una gama más amplia de fenómenos (Meleis, 2012).

De igual manera, la inclusión del concepto se apoya de la estrategia analítica de abducción y en el proceso de síntesis descritos por Morse (2017), en el proceso de construcción de la teoría. La abducción consiste en un proceso de inducción-deducción, construcción y prueba, para luego volver a construir.

La mayor parte de la evidencia empírica en torno a la problemática del consumo de alcohol, tabaco y drogas se centra en estudiar los posibles factores de riesgo que favorecen el consumo y en menor medida se estudian factores protectores que contribuyan a explicar la promoción de la salud en el no consumo, por lo que en el presente estudio se considera relevante incluir la conducta prosocial ya que, aunque existe poca evidencia al respecto, se ha encontrado que los adolescentes que manifiestan tener conductas prosociales son también los que presentan menos probabilidades de consumir alcohol, tabaco y/o drogas.

### ***Conducta Prosocial***

En el presente estudio, se abordará la conducta prosocial como una de las conductas sociales que la evidencia demuestra influye en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, tabaco y drogas (Baheiraei et al., 2016; Hernández-Serrano et al., 2016). Corresponde a un comportamiento voluntario destinado a beneficiar a otros (Eisenberg et al., 2006). Incluye comportamientos altruistas brindados a los demás, dirigidos a confortar, proporcionar asistencia, cuidar, ayudar, proteger, apoyar (físicamente, emocionalmente), cooperar, compartir, donar a los más

necesitados, trabajar en equipo, tomar en cuenta la perspectiva de los demás, intercambiar lenguajes afectivos entre otros. La conducta prosocial es valorada por la sociedad como una conducta positiva, favorece la solidaridad y la reciprocidad (Gómez-Tabares, 2019; Palomar & Victorio, 2018).

El desarrollo de la conducta prosocial ha tenido influencia de la teoría del aprendizaje social cognitivo de Bandura. Plantea que las reglas morales o estándares de comportamiento se forman a partir de una variedad de fuentes como la intuición, las reacciones evaluativas de otros y los modelos. Con base en la experiencia, las personas aprenden que factores son moralmente relevantes y cuanto valor atribuir a cada uno. El pensamiento, el comportamiento y los eventos ambientales interactúan e influyen entre sí, y los procesos de atención y regulación del individuo juegan un papel en el aprendizaje del comportamiento moral. Se cree que el funcionamiento moral y prosocial se rige por respuestas autorreactivas y otros procesos de autorregulación (Eisenberg et al., 2006).

### ***Proposiciones con base a las Propuestas por Pender***

En el presente trabajo, se planteó una investigación que contribuye a la explicación de la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, por ello, se plantearon las siguientes proposiciones que surgieron a partir de las propuestas por Pender en el MPS. Las relaciones se muestran en la figura 3.

1. Con base a la primera proposición planteada por Pender se desarrolló la siguiente: La conducta previa de no consumo y las características biológicas, psicológicas y socioculturales influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

2. La siguiente surgió de la cuarta proposición planteada por Pender: La percepción de autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas aumenta la probabilidad de desempeñar la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

A partir de la novena proposición se planteó la siguiente:

5. Los estilos de crianza parental y la calidad de la amistad son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir la participación en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

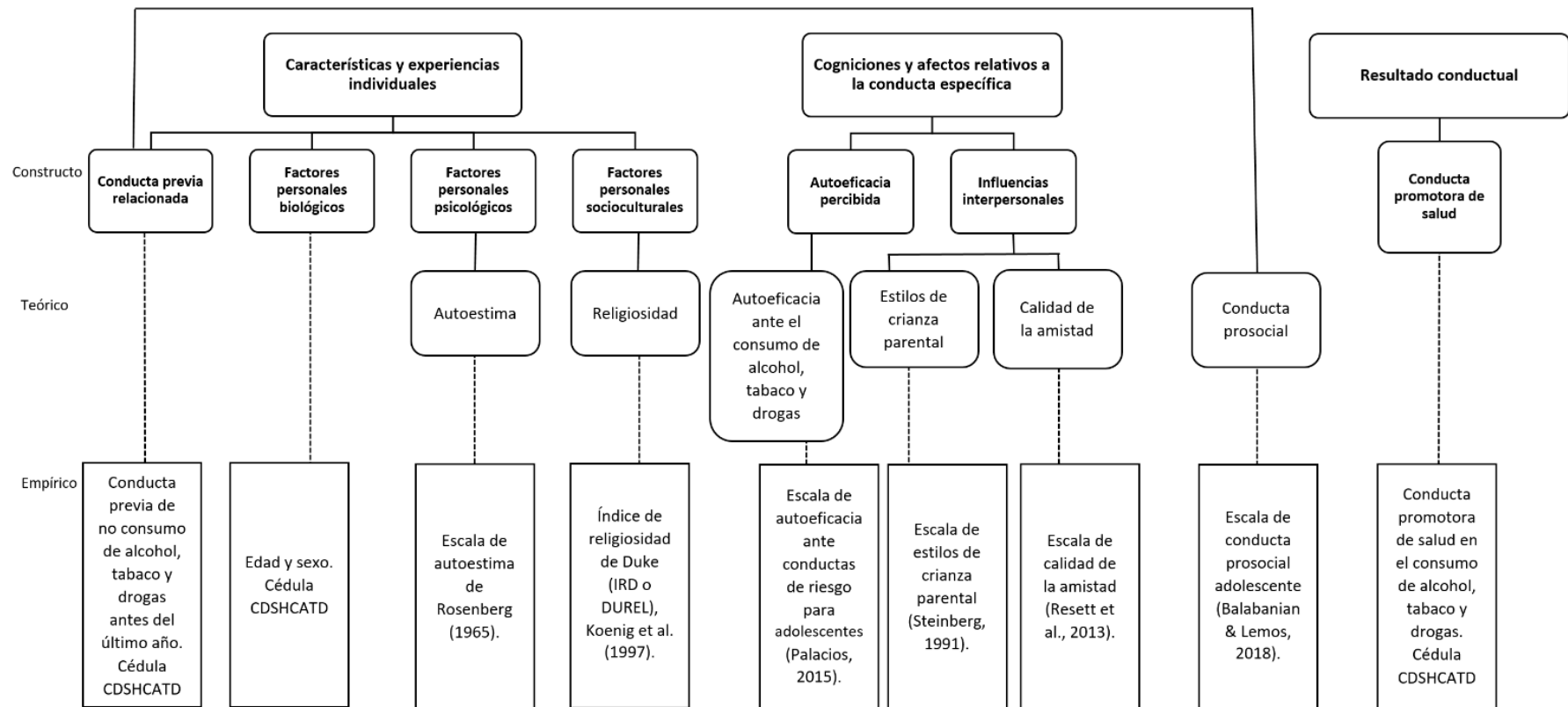
A continuación, se muestra la siguiente proposición basada en el concepto de conducta prosocial que se incorpora en la extensión del modelo:

7. Cuando mayor sea la participación en conductas prosociales, es más probable que se mantenga la conducta que promueva la salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La Figura 2 muestra el esquema de la estructura conceptual teórico empírica.

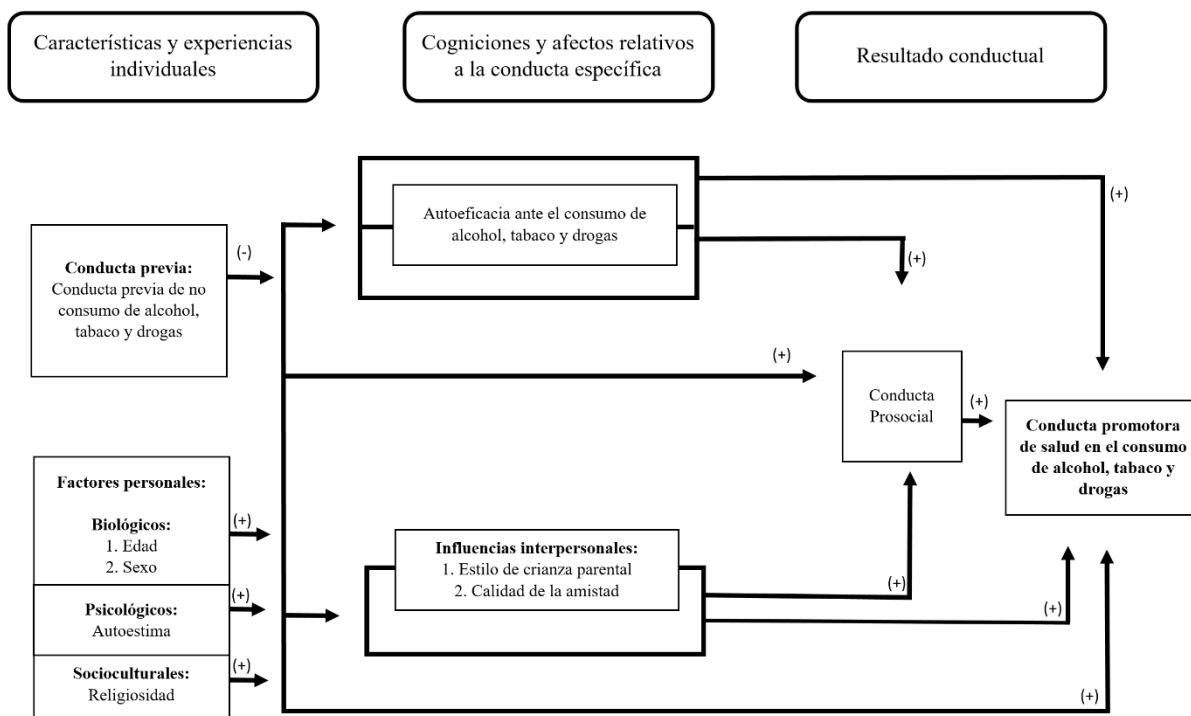
**Figura 2**

*Estructura Conceptual Teórico Empírica*



**Figura 3**

*Esquema de Relaciones del Modelo de Promoción de la Salud de la Conducta Prosocial en el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes*



El presente esquema muestra la relación de las variables del estudio, por lo que, la conducta previa de no consumo, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) influyen directamente en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Así mismo, influyen indirectamente a través de la autoeficacia y las influencias interpersonales (estilo de crianza parental y calidad de la amistad). Además, la conducta previa de no consumo, los factores biológicos, psicológicos, socioculturales, la autoeficacia y las influencias interpersonales, influyen en la conducta prosocial y ésta, a su vez, actúa como mediadora de la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

## **Estudios Relacionados**

A continuación se presentan los estudios relacionados en donde se muestra evidencia en torno a las variables de interés y la relación de las mismas en el modelo propuesto.

### **Conducta Previa de no Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas**

Martínez-Fernández et al. (2018), realizaron el estudio sobre impulsividad y búsqueda de sensaciones como predictores del consumo de drogas en adolescentes, el estudio fue longitudinal. Llevaron a cabo la primera medición en el 2014 y la segunda en el 2015. Planteron dentro de sus objetivos, describir la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y/o cannabis y la continuidad del mismo en una muestra de 126 estudiantes de enseñanza secundaria, pertenecientes a centros educativos del municipio de la provincia de Alicante, de 12 a 13 años de edad, con media de edad de 12.1 ( $DE = 0.5$ ) en la primera medición y una media de 13.1 ( $DE = 0.5$ ) en la segunda medición.

En los resultados reportan prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en los últimos 30 días. El consumo de las tres sustancias se vio significativamente aumentado de un año, al siguiente demostrado por la prueba McNemar. En lo relativo a la continuidad del consumo de alcohol el 9.7% de los jóvenes que consumieron en 2014 continuaron haciéndolo en 2015 aumentado a 18.5%. Con respecto al no consumo de esa sustancia fue de 90.3% y 81.0% un año después ( $p = .020$ ). En lo relativo a la continuidad del consumo de tabaco, el 3.2% de los jóvenes que consumieron en 2014 continuaron haciéndolo en 2015 aumentado a 11.1%, y en los no consumidores de esta sustancia fue de 96.8% y un año después de 88.9% ( $p = .020$ ). En la continuidad del consumo de cannabis fue de 1.6% aumentando a 9.5% y en los no consumidores se reportó del 98.4% a 90.5% que continúan sin consumir ( $p = .010$ ). No se reporta el resultado McNemar a través de la  $\chi^2$ , solo el valor de  $p$ .



Morales et al. (2015) realizaron un estudio para identificar el consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de ciudad Nezahualcóyotl en México, en una muestra de 496 alumnos 45.7% mujeres y 54.2% hombres. De igual manera, identificaron a los adolescentes que no habían consumido alcohol ninguna vez en su vida, siendo el 50.8%, de los cuales el 24.8% correspondió al sexo femenino y el 26.0% al sexo masculino.

Sánchez-Zamora et al. (2007) realizaron un estudio para evaluar el uso de drogas ilegales y su interacción con el consumo de tabaco en jóvenes estudiantes de escuelas públicas del estado de Morelos, México, 2005-2007. La muestra estuvo compuesta por 4625 estudiantes, el promedio de edad fue de 13.8 ( $DE = 2.0$ ), el 51.9% eran mujeres y el 48.1% hombres.

Se encontró que el 5.3% de los jóvenes que tenían antecedentes de consumo de tabaco fueron los que reportaron consumo drogas ilegales, de los que tenían antecedente de consumo de alcohol el 3.0% reportó consumir drogas ilegales ( $p = .001$ ), y de los que señalaron haber consumido alcohol y tabaco previamente ( $p = .001$ ), el 15.9% señaló consumo de drogas ilegales ( $p = .001$ ). Por el contrario, la prevalencia disminuía en los jóvenes que nunca habían consumido tabaco, alcohol o ninguna sustancia 1.8% ( $p = .001$ ). El valor de  $p$  fue obtenido por la diferencia de proporciones de acuerdo a lo descrito por los autores del estudio, sin embargo, no reportan pruebas estadísticas de diferencias.

### **Factores Personales Biológicos, Psicológicos y Socioculturales**

Telumbre-Terrero et al. (2018), en su estudio descriptivo correlacional sobre autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche, plantearon como objetivo establecer la relación de la autoestima y el consumo de alcohol en adolescentes de una escuela de educación secundaria de Ciudad del Carmen Campeche, México, en una muestra de 191 alumnos, con el 50.8% de hombres y 49.2% mujeres, con una media de edad de 13.4 ( $DE = 2.1$ ).

En los resultados identificaron que el 65.4% de los adolescentes habían ingerido alguna bebida alcohólica en algún momento de su vida, en el último año el 42.9%, en el último mes el 24.7% y en la última semana el 8.4%. Respecto de las características de la autoestima el 56.6% de los adolescentes están totalmente de acuerdo que son un fracaso y el 54.6% que no sirven para nada, además que algunas veces se sienten inútiles (42.9%) y que no tienen algo por que sentir orgullo (32.5%). Por otro lado, el 51.3% están totalmente de acuerdo que son personas de valor, tienen actitudes positivas y están satisfecho con su persona.

Se identificó que en el 80.8% de los adolescentes predomina el nivel de autoestima baja, siendo mayor en mujeres (81.4%) que en varones (79.8%). Respecto a los tipos de consumo fue más alto el dependiente (35.4%) seguido del sensato o de riesgo (34.1%) y el dañino (30.5%), por sexo en los varones predomina el consumo dependiente (39.4%) y en las mujeres el consumo sensato o de riesgo (38.8%).

La prevalencia global de consumo de alcohol por nivel de autoestima, se identificó que la autoestima baja (33.8%) y autoestima media (7.9%) predomina en aquellos adolescentes que han ingerido alcohol en algún momento de su vida. Así mismo se reportó relación negativa y significativa entre autoestima y el consumo de alcohol de acuerdo a la puntuación AUDIT ( $r = -.42, p = .042$ ) y con el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico ( $r = -.36, p = .039$ ).

Riquelme et al. (2018), realizaron un estudio sobre desajuste psicosocial en la adolescencia: socialización parental, autoestima y uso de sustancias, con el objetivo de analizar la vulnerabilidad de los adolescentes a partir de la autoestima y el consumo de sustancias, y la protección o riesgo del estilo de socialización, en una muestra de 1445 adolescentes españoles 600 tempranos de 12 a 15 años de edad (41.5%) y 845 tardíos de 16 a 17 años (58.5%).

Los adolescentes fueron clasificados de acuerdo con sus padres en indulgentes, autorizativos, autoritarios y negligentes de acuerdo a la percepción que ellos tienen

sobre el estilo de socialización parental. Indulgentes, 383 adolescentes (26.5%), con puntuaciones altas en aceptación/implicación ( $M = 73.4$ ,  $DE = 4.0$ ), y bajas en severidad/imposición ( $M = 27.9$ ,  $DE = 4.9$ ), autorizativos, 340 (23.5%), con puntuaciones altas en aceptación / implicación ( $M = 72.8$ ,  $DE = 3.5$ ), y más baja en severidad/imposición ( $M = 38.4$ ,  $DE = 4.6$ ); autoritarios, 385 (26.6%), con puntuaciones altas en aceptación-implicación ( $M = 56.4$ ,  $DE = 8.8$ ), y altas en severidad-imposición ( $M = 39.4$ ,  $DE = 5.0$ ); y negligentes, 337 (23.3%), con puntuaciones altas en aceptación-implicación ( $M = 57.8$ ,  $DE = 9.1$ ) y bajas en severidad-imposición ( $M = 28.1$ ,  $DE = 5.3$ ).

El análisis multivariado indicó diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha = .05$ ) en los efectos de interacción de sexo por edad ( $\Lambda = .97$ ,  $F_{(7.0, 1423.0)} = 4.74$ ,  $p < .001$ ), y en los efectos principales de estilo parental,  $\Lambda = .74$ ,  $F_{(21.0, 4086.6)} = 20.56$ ,  $p < .001$ , sexo,  $\Lambda = .90$ ,  $F_{(7.0, 1423.0)} = 22.25$ ,  $p < .001$ , y edad,  $\Lambda = .80$ ,  $F_{(7.0, 1423.0)} = 48.94$ ,  $p < .001$ .

En el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y drogas de síntesis, los adolescentes de 16 a 17 años de edad, obtuvieron puntuaciones más altas que los adolescentes de 12 a 15 años. En la adolescencia tardía de 16 a 17 años, los varones consumieron más cannabis y más drogas de síntesis ( $F_{(1, 1429)} = 6.70$ ,  $p = .010$ ), ( $F_{(1, 1429)} = 9.64$ ,  $p = .002$ ) respectivamente que las mujeres.

En autoestima emocional, familiar y física, las puntuaciones de los adolescentes de 16 a 17 años de edad, fueron más bajas que las de los adolescentes de 12 a 15 años. En la autoestima física los adolescentes varones, presentaron mayores puntuaciones que las adolescentes mujeres. Se encontró un efecto significativo de interacción del sexo por edad en autoestima emocional ( $F_{(1, 1429)} = 6.23$ ,  $p = .013$ ) y en autoestima familiar ( $F_{(1, 1429)} = 8.85$ ,  $p = .003$ ). En autoestima emocional los adolescentes varones de 16 a 17 años de edad, obtuvieron menores puntuaciones que los adolescentes de 12 a 15 años, mientras que en autoestima familiar las adolescentes mujeres de 16 a 17 años también obtuvieron menores puntuaciones que los adolescentes de 12 a 15 años de edad.

Los resultados mostraron que el estilo parental de máxima protección fue el estilo indulgente que se asoció a una protección igual o incluso mayor que el estilo autorizativo, frente a los riesgos de la adolescencia, mientras que los estilos parentales autoritario y negligente estuvieron asociados a la mayor vulnerabilidad. En los criterios de autoestima, los hijos de hogares indulgentes obtuvieron puntuaciones iguales (en autoestima familiar y física) o incluso mejores que aquellos de familias autorizativas (en autoestima emocional); las puntuaciones más bajas se correspondieron con los hijos de familias autoritarias y negligentes. En los criterios de consumo de drogas, también los hijos que caracterizaron a sus padres como indulgentes y autorizativos mostraron el consumo más bajo de alcohol, tabaco, cannabis y drogas de síntesis, mientras que las puntuaciones más altas se observaron en los hijos de hogares autoritarios y negligentes.

Guzmán et al. (2019), realizaron un estudio descriptivo y correlacional sobre influencia de la religiosidad en las actitudes y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, plantearon como propósito analizar la influencia de la religiosidad y las actitudes en el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes de bachillerato, en una muestra de 243 participantes entre 14 y 20 años de edad, con una media de 16.1 ( $DE= 1.0$ ). La prevalencias de consumo de alcohol en el último año fue de 51.4%. Por tipo de consumo, sensato fue de 20.2%, dependiente 26.7% y el perjudicial de 23.4%. En relación con la religiosidad el 66.7% de los jóvenes refirió practicar alguna religión, siendo la católica con mayor porcentaje (81.0%), en relación con la última ocasión que asistieron a un evento religioso se muestra que el 30.5% acudió entre la última semana a un mes y que la misa dominical fue el evento al que más asistieron (44.0%).

Reportaron relación positiva significativa entre el índice de religiosidad y el índice de actitudes para no consumir alcohol ( $r = .15, p < .05$ ). Así mismo, efecto negativo significativo de la religiosidad con el consumo de alcohol en el último año ( $\beta = -.02, p = .001$ ) y actitudes negativas ( $\beta = -.06, p = .001$ ) sobre el consumo de alcohol con una varianza explicada de 28.0%.

Ramírez-Garduño et al. (2020) realizaron un estudio titulado: *Mindfulness* disposicional, espiritualidad y religión y su papel como factores protectores del consumo de sustancias en adolescentes mexicanos, con el objetivo de evaluar las relaciones entre *mindfulness* disposicional, espiritualidad y religión, y su papel como factores protectores del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, además de analizar las diferencias en las puntuaciones de *mindfulness* y espiritualidad entre consumidores y no consumidores de sustancias, y entre los diferentes grupos religiosos/espirituales, en una muestra de 433 adolescentes, de ambos sexos, 62.2% mujeres y 37.8% hombres, de 14 a 18 años de edad, con una media de edad de 16.2 años ( $DE = 0.9$ ).

En los resultados muestran que el 45.3% consumen actualmente alcohol, el 19.4% tabaco y 16.2% consumieron drogas ilegales alguna vez; las drogas ilegales se ilustraron como: marihuana/cannabis, cocaína, LSD, hongos alucinógenos, inhalantes, éxtasis/MDMA, y cristal/metanfetaminas. Con respecto a la religión de los participantes el 70.0% era católico, el 4.4% cristiano y el 15.5% sin religión y el 10.2% se consideró espiritual no religioso.

De acuerdo con el modelo de Regresión Logística Binaria, la religión presentó efecto negativo significativo con el consumo alcohol ( $\beta = -.57$   $p = .011$ ) así mismo, menor probabilidad de consumo de esta sustancia ( $OR = .56$ ,  $IC$  95% [.36, .87]) y el consumo drogas ilegales ( $\beta = -1.12$ ,  $p = .001$ ) con menor probabilidad de consumo ( $OR = .32$ ,  $IC$  95% [.18, .55]).

### **Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas**

González-Yubero et al. (2020) realizaron una investigación de tipo descriptiva correlacional, titulada: ¿Qué aporta la inteligencia emocional al estudio de los factores personales protectores del consumo de alcohol en la adolescencia? con el objetivo de analizar la contribución de la IE rasgo y habilidad a la comprensión del consumo de alcohol respecto a otros factores protectores personales previamente estudiados como la autoestima, la autoeficacia y asertividad.

Se realizó en 799 estudiantes de la Comunidad de Cantabria España, entre los 12 y los 16 años de edad, 38.2% de 12-13 años y 61.8% de 14-16 años ( $M = 14.4$ ,  $DE = 1.1$ ), el 51.4% pertenecía a centros educativos privados y el 48.6% públicos ubicados en el medio rural (36%) y urbano (64%). La prevalencia del consumo de alcohol alguna vez fue de 40.8%. El 67.4% habían tenido un consumo intensivo durante seis días o más en el último mes. El 58.5% de los consumidores habían participado en botellones una o más veces al mes. En relación con el sexo el 45.1% de las mujeres afirmaban haber consumido alcohol alguna vez, mientras que la prevalencia en los hombres fue de 53.1%. Con respecto a los grupos de edad, el 32.8% de los escolares de entre 12-13 años afirmaban haber consumido alcohol, siendo casi el doble el consumo en el grupo de 14-16 años (59.2%).

Así mismo, encontraron correlación negativa significativa de la autoeficacia ( $r = -.23$ ,  $p < .01$ ) y la autoestima ( $r = -.30$ ,  $p < .01$ ), con el consumo de alcohol alguna vez en la vida, de la misma manera se relacionó la autoestima con el consumo intensivo de alcohol ( $r = -.18$ ,  $p < .01$ ). Igualmente, se encontraron relaciones negativas significativas de la autoestima ( $r = -.17$ ,  $p < .01$ ) y la autoeficacia ( $r = -.16$ ,  $p < .01$ ) con la participación en botellones y finalmente respecto del consumo por ofrecimiento de amigos, también presentó el mismo comportamiento; autoeficacia ( $r = -.23$ ,  $p < .01$ ) autoestima ( $r = -.26$ ,  $p < .01$ ).

Noh-Moo et al. (2021) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de conocer la influencia de la autoestima y la autoeficacia sobre el consumo de alcohol, además de comparar la autoestima y autoeficacia por consumidores y no consumidores. La muestra estuvo conformada por 426 adolescentes de preparatoria perteneciente a Ciudad del Carmen, Campeche y ciudad de México, donde el 52.6% eran del sexo femenino y el 47.4% del sexo masculino, la media de edad fue de 16.6 años ( $DE = 0.8$ ).

La prevalencia del consumo de alcohol alguna vez fue de 67.8%, en el último año fue de 46.7%, en el último mes (23%) y 12.4% en los últimos 7 días. Por tipo de consumo encontraron que el 23.8% de los adolescentes tenían consumo sensato, 12.2% dependiente y 10.8% consumo dañino, el 53.3% de los adolescentes no consumían alcohol. Respecto a la autoestima se encontró una media de 31.4 ( $DE = 5.2$ ), el 66.4% de los adolescentes reportó autoestima alta, el 18.5% autoestima normal y el 15% autoestima baja. En autoeficacia reportó una media de 31.8 ( $DE = 5.7$ ).

En el estudio se realizó una comparación de los adolescentes que habían consumido alcohol en el último año con los no consumidores, encontraron diferencias significativas por sexo, para autoestima ( $U = 16998.0, p = .001$ ) y autoeficacia ( $U = 12000.5, p = .001$ ), donde los adolescentes que no han consumido alcohol presentan mayor autoestima en hombres ( $M = 32.0, Mdn = 33.0$ ) y en mujeres ( $M = 30.8, Mdn = 31.0$ ) y autoeficacia en hombres ( $M = 32.0, Mdn = 32.0$ ) y en mujeres ( $M = 31.6, Mdn = 31.5$ ), que los adolescentes que han consumido alcohol en el último año.

De igual manera, la autoeficacia se relacionó negativamente con el puntaje total del AUDIT ( $r_s = -.38, p < .010$ ), así como la autoestima ( $r_s = -.21, p < .010$ ). Además, realizaron un modelo de regresión lineal múltiple para conocer la influencia de la autoestima y la autoeficacia sobre el consumo de alcohol, donde se encontró un ajuste significativo ( $F_{(2,199)} = 15.89, p < .001$ ), con una varianza explicada del 7%, además, se reportaron efecto predictivo de la autoestima ( $\beta = -.15, p = .001$ ) y autoeficacia ( $\beta = -.08, p = .001$ ) sobre el consumo de alcohol en el último año.

Cisneros y Terrero (2018) realizaron un estudio descriptivo correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación de la autoeficacia y el consumo de alcohol en mujeres adolescentes. La muestra estuvo conformada por 276 estudiantes de preparatoria con una media de edad de 15.9 años ( $DE = 1.2$ ).

Encontraron prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida del 57.6%, en el último año de 43.8%, en el último mes de 20.7% y 8.3% en los últimos siete días. De igual manera, para profundizar en la relación de las variables de autoeficacia por cada tipo de consumo de alcohol se realizó la prueba U de Mann-Whitney, donde se encontró que las adolescentes que habían consumido alcohol alguna vez en la vida obtuvieron una media de 23.9 ( $Mdn = 24.0$ ) de autoeficacia, en comparación con las adolescentes que nunca habían consumido alcohol en su vida, que reportaron una media de 30.2 ( $Mdn = 30.0$ ), ( $U = 5677.0$ ,  $p = .001$ ). Respecto a la autoeficacia de adolescentes que habían consumido alcohol en el último año, se reportó una media de 22.0 ( $Mdn = 20.0$ ), en comparación con las adolescentes que no habían consumido alcohol en el último año, con una media de 30.1 ( $Mdn = 30.0$ ), ( $U = 4653.0$ ,  $p = .020$ ).

La autoeficacia de las adolescentes que habían consumido alcohol en el último mes se reportó con una media de 17.2 ( $Mdn = 17.0$ ), en comparación con las adolescentes que no habían consumido alcohol en el último mes con una media de 29.0 ( $Mdn = 30.0$ ), ( $U = 1658.0$ ,  $p = .000$ ). Respecto a la autoeficacia de adolescentes que consumieron alcohol en los últimos siete días se reportó una media de 15.5 ( $Mdn = 14.0$ ), en comparación con los que no habían consumido en los últimos siete días con una media de 27.6 ( $Mdn = 29.0$ ), ( $U = 746.5$ ,  $p = .030$ ).

### **Influencias Interpersonales: Estilos de Crianza Parental**

Zuquette et al. (2019) en su estudio realizado en Brasil: sobre contribuciones de los estilos de crianza y la embriaguez de los padres en el consumo de alcohol en los adolescentes, plantearon como objetivo estimar la asociación de la embriaguez de los padres y el estilo de crianza con el consumo de alcohol de sus hijos adolescentes y las contribuciones de la embriaguez de los padres y el estilo de crianza en el consumo de alcohol excesivo de los adolescentes. Fue un estudio descriptivo transversal, con una



muestra de 17028 estudiantes de secundaria de entre 13 y 18 años de edad. El 55% fueron mujeres, el 45% hombres, la media de edad fue de 15.9 años ( $DE = 0.04$ ).

El 65.8% vivían con ambos padres, el 22% vivían solo con sus madres, el 3.5% vivía solo con sus padres, y el 8.7% no vivía con ninguno de los padres. El 31.8% de los estudiantes informó haber bebido sin embriagarse en los últimos 12 meses, mientras que el 31.7% reportaron consumo excesivo de alcohol en el mismo período. Las mujeres reportaron beber más sin exceso (35.4%), mientras que el 36.4% de los hombres informaron consumo excesivo de alcohol.

El 33.4%, percibieron a sus padres como autoritativos, el 11.9% como autoritario, el 15.7% como indulgentes y el 39.1% como negligentes. Las niñas eran más propensas a reportar paternidad autoritativa (38.8%) en comparación con los niños (26.6%). El 20.2% de los adolescentes informó que al menos uno de sus padres se emborrachaba y 14.8% reportaron el mismo comportamiento entre sus amigos. Percibir a los padres como negligente aumentó la probabilidad de consumo excesivo de alcohol ( $OR = 2.82$ ,  $IC\ 95\% [2.33, 3.41]$ ). Además, los estilos de crianza que aumentaron la probabilidad de beber en exceso fue el autoritario ( $OR = 1.50$ ,  $IC\ 95\% [1.21, 1.87]$ ) y el indulgente ( $OR = 2.51$ ,  $IC\ 95\%, [2.08, 3.03]$ ).

Benchaya et al. (2019), llevaron a cabo el estudio prospectivo aleatorizados controlado. Este estudio tuvo como objetivo identificar la asociación entre los estilos de crianza y cambios de comportamiento entre los adolescentes con respecto al consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína/crack, en una muestra de 99 adolescentes de 14 a 19 años, con seguimiento durante 30 días. Los resultados indicaron que el 77.8% de los adolescentes había consumido alcohol el año anterior y el 72.7% había consumido tabaco, el 59.6% cannabis y el 67.7% cocaína/crack. La mayoría de los adolescentes habían estado consumiendo sustancias durante más de un año (alcohol 76.6%, tabaco 70.8%, cannabis 64.4%, cocaína/crack 64.2%). El tabaco y la marihuana se consumían a diario con mayor frecuencia 89.7% y 52.8% respectivamente, mientras que el alcohol y

la cocaína/crack se consumían semanalmente o con menor frecuencia 81.7% y 56.4% respectivamente.

Los estilos parentales más prevalentes reportados por los adolescentes fueron estilo maternal autoritario (28.9%) y estilo paterno negligente (42.9%). El análisis indicó que los adolescentes que percibieron un estilo indulgente en sus madres tenían más probabilidades de no cambiar su comportamiento hacia el consumo de alcohol dentro de los 30 días de seguimiento ( $RR = 5.1$ ,  $IC\ 95\% [1.7, 14.8]$ ). Los adolescentes cuyos padres (o figuras paternas) no estaban presentes en la rutina familiar tenían mayor probabilidad de no cambiar su comportamiento relacionado con el consumo de cocaína/crack. Dentro de los 30 días del seguimiento ( $RR = 3.4$ ,  $IC\ 95\% [1.2, 9.8]$ ).

Berge et al. (2016) en su estudio: Papel de los estilos de crianza en el consumo de sustancias en adolescentes: resultados de un estudio de cohorte longitudinal sueco. Plantearon como objetivo, investigar el impacto del estilo de crianza en el uso de sustancias en adolescentes. Se llevó a cabo con una muestra de 1268 adolescentes suecos de séptimo grado, el 48.0% fueron mujeres, con edad entre 12 y 13 años y se le dio seguimiento cuando se encontraban en noveno grado. En el seguimiento en noveno grado obtuvieron respuesta de 1080 de los participantes, el 56.0% de las mujeres y el 46.5% de los hombres había bebido alcohol al menos una vez. En el Análisis Bivariado, los estilos de crianza permisivos ( $OR = 1.68$ ,  $IC\ 95\% [1.13, 2.50]$ ,  $p = .010$ ) y negligentes ( $OR = 1.97$ ,  $IC\ 95\% [1.40, 2.77]$ ,  $p = .001$ ) se asociaron con mayor probabilidad de consumir alcohol y haber estado borrachos.

En relación con el sexo, en las mujeres, el consumo habitual de alcohol por parte de los padres ( $OR = 1.41$ ,  $IC\ 95\% [1.07, 1.87]$ ,  $p = .01$ ), la provisión de alcohol por parte de los padres ( $OR = 2.24$ ,  $IC\ 95\% [1.69, 2.97]$ ,  $p = .001$ ), los compañeros desviados ( $OR = 1.09$ ,  $IC\ 95\% [1.04, 1.13]$ ,  $p = .001$ ), la delincuencia ( $OR = 2.26$ ,  $IC\ 95\% [1.67, 3.07]$ ,  $p = .001$ ) y el consumo de cigarrillos de referencia ( $OR = 4.81$ ,  $IC\ 95\% [3.18, 7.40]$ ,  $p = .001$ ) o el tabaquismo habitual

( $OR = 8.27$ ,  $IC\ 95\% [1.06, 373.6]$ ,  $p = .030$ ), también se asociaron con la probabilidad de la embriaguez.

En el análisis multivariado, el sexo femenino ( $OR = 1.41$ ,  $IC\ 95\% [1.07, 1.86]$ ,  $p = .020$ ), provisión de alcohol por parte de los padres ( $OR = 1.79$ ,  $IC\ 95\% [1.34, 2.39]$ ,  $p = .001$ ), delincuencia ( $OR = 1.58$ ;  $IC\ 95\% [1.14, 2.18]$ ,  $p = .01$ ) y cigarrillos de referencia ( $OR = 3.69$ ,  $IC\ 95\% [2.45, 5.66]$ ,  $p = .001$ ) se mantuvieron significativamente asociados con la embriaguez.

Un total del 23.6% de las mujeres y el 13.5% de los hombres informaron sobre tabaquismo habitual durante el seguimiento. El estilo de crianza negligente se asoció con mayores probabilidades de fumar regularmente en el seguimiento en el análisis bivariado ( $OR = 2.31$ ,  $IC\ 95\% [1.50, 3.60]$ ,  $p = .001$ ). Con las excepciones del grupo experimental y el consumo de alcohol de los padres, todas las demás variables predictoras se asociaron con el tabaquismo habitual durante el seguimiento. El sexo femenino ( $OR = 1.77$ ,  $IC\ 95\% [1.23, 2.53]$ ,  $p = .010$ ), el consumo de alcohol por parte de los padres ( $OR = 1.24$ ,  $IC\ 95\% [0.87, 1.77]$ ,  $p = .220$ ), compañeros desviados ( $OR = 1.19$ ,  $IC\ 95\% [1.14, 1.25]$ ,  $p = .001$ ), la delincuencia ( $OR = 3.28$ ,  $IC\ 95\% [2.29, 4.71]$ ,  $p = .001$ ) y la embriaguez ( $OR = 7.89$ ,  $IC\ 95\% [4.68, 13.4]$ ,  $p = .001$ ) y el inicio de consumo de cigarrillos ( $OR = 6.32$ ,  $IC\ 95\% [4.30, 9.32]$ ,  $p = .001$ ) se mantuvieron estadísticamente significativos en dicha asociación, con mayor probabilidad del consumo de tabaco habitual durante el seguimiento.

En el noveno grado, el 5.2% de las mujeres y el 4.8% de los hombres informaron haber consumido drogas ilícitas. En el análisis bivariado se reportó que el estilo de crianza permisiva ( $OR = 2.46$ ,  $IC\ 95\% [0.99, 6.28]$ ,  $p = .040$ ) y negligente ( $OR = 2.25$ ,  $IC\ 95\% [1.02, 5.26]$ ,  $p = .040$ ) estuvieron asociados con mayores probabilidades de haber consumido drogas ilícitas en el seguimiento. Los adolescentes a

los que no les gustaba la escuela ( $OR = 2.11$ ,  $IC\ 95\%$  [0.97, 4.29],  $p = .030$ ), tenían compañeros desviados ( $OR = 1.17$ ,  $IC\ 95\%$  [1.1, 1.25],  $p = .001$ ), exhibieron comportamiento delictivo ( $OR = 3.67$ ,  $IC\ 95\%$  [1.96, 7.02]), o había bebido ( $OR = 5.43$ ,  $IC\ 95\%$  [2.62, 10.8],  $p = .001$ ) o consumido cigarrillos al inicio del estudio ( $OR = 3.50$ ,  $IC\ 95\%$  [1.86, 6.53],  $p = .001$ ), también, tenían una mayor probabilidad de haber consumido drogas ilícitas en el seguimiento.

Tondowski et al. (2015), realizaron un estudio de tipo transversal sobre estilos parentales como factor protector para el consumo de tabaco entre los adolescentes brasileños, con el objetivo de evaluar la relación entre el consumo de tabaco (mes anterior y frecuente uso), estilos de crianza y comportamiento de tabaquismo de los padres en una muestra de 17, 246 estudiantes de secundaria con edades entre los 13 y 18 años, con media de 15.9 años ( $DE = 0.03$ ) el 55.6% de los participantes eran mujeres y el 44.4% hombres.

La prevalencia general del consumo de tabaco alguna vez en la vida fue del 25.2%, ( $IC\ 95\%$  [23.9, 26.6]); 15.3%, ( $IC\ 95\%$  [14.1, 16.5]) en el año anterior; 8.6% ( $IC\ 95\%$  [7.6, 9.6]) en el mes anterior; y 3.2% ( $IC\ 95\%$  [2.7, 3.7]) para uso frecuente. En cuanto a estilos de crianza parental, 39.2% fueron clasificados como negligentes, 33.3% autoritativos, 15.6% indulgentes y 11.9% autoritarios. Los estudiantes que consideraron a sus padres como negligentes o indulgentes fueron más propensos a reportar el uso de tabaco durante el último mes (negligentes 58.5%, indulgentes 18.8%) o el uso frecuente (negligentes 57.7%, indulgentes 21.9%) de tabaco. Entre los estudiantes que fumaban con frecuencia el 13.9% creían que sus padres eran autoritativos; y el 6.5% afirmó ser hijos de padres autoritarios.

Los hijos de padres indulgentes tuvieron mayor probabilidad de haber fumado en el mes anterior ( $OR = 2.8$ ,  $IC\ 95\%$  [2.1, 3.7]) que los participantes o hijos de padres autoritativos ( $OR = 1.4$ ,  $IC\ 95\%$  [0.9, 2.2]). Se observó probabilidad similar entre los

adolescentes que informaron tener padres negligentes ( $OR = 3.3$ ,  $IC\ 95\% [2.5, 4.2]$ ). Así mismo, los adolescentes que afirmaron tener padres indulgentes ( $OR = 3.3$ ,  $IC\ 95\% [2.0, 5.3]$ ) o padres negligentes ( $OR = 3.1$ ,  $IC\ 95\% [1.9, 5.1]$ ) tenían mayor probabilidad sobre tabaquismo frecuente en comparación con los hijos de padres autoritarios ( $OR = 1.3$ ,  $IC\ 95\% [0.6, 2.7]$ ). Los Modelos de Regresión Logísticos también mostraron que los hijos de los padres fumadores tienen más probabilidades de fumar tabaco en el mes anterior ( $OR = 1.7$ ,  $IC\ 95\% [1.4, 2.2]$ ) y uso frecuente ( $OR = 2.2$ ,  $IC\ 95\% [1.6, 3.0]$ ).

### **Influencias Interpersonales: Calidad de la Amistad**

Mejía et al. (2019), llevaron a cabo el estudio sobre calidad de amistad y consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato, con el objetivo de identificar la relación entre la calidad de amistad y consumo de alcohol de los adolescentes de preparatoria de una institución pública del estado de Nuevo León. El diseño fue descriptivo correlacional, la muestra fue de 308 estudiantes de 15 a 18 años de edad. El 39.3% de los participantes tenían 15 años y el 71.4% fueron del sexo masculino.

Respecto a las prevalencias de consumo de alcohol, el 67.9% reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 55.2% en los últimos 12 meses, 44.5% en el último mes y un 23.7% en los últimos 7 días. En la relación del consumo de alcohol y la calidad de amistad encontraron diferencias significativas. Se reportaron medias y medianas más bajas de calidad de amistad en aquellos adolescentes que presentaron un consumo dependiente, con diferencias significativas ( $Mdn = 85.0$ ,  $DE = 21.0$  [ $H = 7.0$ ,  $p = .029$ ]) y dañino ( $Mdn = 80.0$ ,  $DE = 22.3$ ) en comparación con aquellos adolescentes que presentaron consumo sensato ( $Mdn = 90.0$ ,  $DE = 13.6$ ).

La escala de calidad de amistad presentó relación negativa significativa con el consumo de alcohol medido por el AUDIT ( $r_s = -.20$ ,  $p < .01$ ), así como las subescalas seguridad ( $r_s = -.27$ ,  $p < .01$ ), ayuda ( $r_s = -.23$ ,  $p < .01$ ), proximidad ( $r_s = -.22$ ,  $p < .01$ ) y

compañerismo ( $r_s = -.15, p < .05$ ). De igual manera, reportaron una relación negativa significativa entre la escala de calidad de amistad ( $r_s = -.18, p < .05$ ) y las subescalas seguridad ( $r_s = -.22, p < .01$ ), ayuda ( $r_s = -.19, p < .05$ ) y proximidad ( $r_s = -.21, p < .01$ ) con respecto a la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico.

### **Conducta Prosocial**

Hernández-Serrano et al. (2016), en su estudio sobre relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes, con los objetivos: 1) estudiar el consumo de drogas, la conducta prosocial y la resolución de problemas en función del sexo y la edad, y 2) analizar la asociación de la conducta prosocial y las habilidades de resolución de problemas con el consumo de drogas. Fue un estudio descriptivo transversal, en una muestra de 567 estudiantes de secundaria con edades entre 14 y 17 años ( $M = 14.9, DE = .9$ ), el 48.1% fueron varones y 51.8% mujeres, pertenecientes a centros públicos de educación secundaria de áreas rurales y urbanas de la provincia de Alicante.

Respecto al consumo de alcohol alguna vez en la vida el 81.3% de las chicas y 63.3% de los chicos fueron consumidores. El 69.0% de las chicas y el 54.0% de los chicos reportó consumo de alcohol durante el último año y el 39.0% de las mujeres y 37.0% de los hombres reportó consumir alcohol una vez al mes y una vez en la semana el 20.1% de las en las mujeres y el 14.0% de los hombres. El consumo de cannabis alguna vez en la vida fue reportado por el 58.0% de las chicas y el 52.0% de los chicos, durante el último año por el 40.0% de las mujeres y el 37.0% de los hombres, una vez al mes por el 9.0% de las mujeres y el 5.0% de los hombres y una vez por semana en las mujeres 1.4 % y en hombres del 4.0%.

En el consumo de alcohol respecto al sexo alguna vez en la vida fue significativo ( $VC = .16 p < .05$ ) siendo mayor en las chicas (81.3%) que en los chicos (67.3%). En el consumo en último año también reportaron diferencias significativas respecto al sexo ( $VC = .15 p < .05$ ) siendo mayor en las mujeres (68.0%) que en los

hombres (54.0%). En función de la edad, también hubo diferencias significativas en el consumo de alcohol alguna vez en la vida ( $VC = .20 p < .05$ ) reportando mayor consumo en los adolescentes de 17 años (91.4%) y de igual manera en el último año ( $VC = .19 p < .05$ ) los adolescentes de 17 años reportaron el mayor consumo de alcohol (80.0%).

Respecto al no consumo de alcohol por sexo alguna vez en la vida fue significativo ( $VC = .16 p < .05$ ) siendo mayor en los chicos (32.7%) que en las chicas (18.7%). En el no consumo el último año también reportaron diferencias significativas respecto al sexo ( $VC = .15 p < .05$ ) siendo mayor en los hombres (46.0%) que en las mujeres (31.0%). En función de la edad, también hubo diferencias significativas en el no consumo de alcohol alguna vez en la vida ( $VC = .20 p < .05$ ) el 35.2% de los adolescentes de 14 años reportó no consumir y de igual manera en el último año ( $VC = .19 p < .05$ ) el 48.3% de los adolescentes de 14 años reportaron no consumir alcohol.

En cuanto al consumo de cannabis en función de la edad, también hubo diferencias significativas en el consumo de alguna vez en la vida ( $VC = .24 p < .05$ ) reportando mayor consumo en los adolescentes de 17 años (51.4%) y de igual manera en el último año ( $VC = .24 p < .05$ ) los adolescentes de 17 años reportaron el mayor consumo de cannabis (45.7%). Respecto al no consumo de cannabis en función de la edad, también hubo diferencias significativas alguna vez en la vida ( $VC = .24 p < .05$ ) siendo mayor en los adolescentes de 14 y 15 años, donde el 87.4% reportó no haber consumido cannabis. En el último año ( $VC = .24 p < .05$ ) el 89.2% de los adolescentes de 15 años y el 88.8% de los de 14 años, reportaron no haber consumido cannabis.

En el análisis de regresión logística para predecir el consumo de alcohol alguna vez en la vida, el modelo fue significativo ( $\chi^2 = 44.17, gl 3, p < .001$ ), conforme a la edad ( $\beta = .61, OR = 1.85, IC 95\% [1.45, 2.36], p < .001$ ), también fue significativo ( $\chi^2 = 75.26, gl 5, p < .001$ ), con la conducta prosocial

( $\beta = .05$ ,  $OR = 1.05$ ,  $IC\ 95\% [1.03, 1.07]$ ,  $p < .001$ ), de igual manera, para predecir el consumo de alcohol en el último año, el modelo fue significativo

( $\chi^2 = 37.57$ ,  $gl\ 3$ ,  $p < .001$ ) conforme la edad

( $\beta = .48$ ,  $OR = 1.61$ ,  $IC\ 95\% [1.31, 1.98]$ ,  $p < .001$ ) y ( $\chi^2 = 65.88$ ,  $gl\ 5$ ,  $p < .001$ ), conforme la conducta prosocial ( $\beta = .04$ ,  $OR = 1.04$ ,  $IC\ 95\% [1.02, 1.06]$ ,  $p < .001$ ).

También, en el análisis de regresión logística para predecir el consumo de cannabis alguna vez en la vida el modelo fue significativo ( $\chi^2 = 25.33$ ,  $gl\ 3$ ,  $p < .001$ )

conforme a la edad ( $\beta = .56$ ,  $OR = 1.75$ ,  $IC\ 95\% [1.40, 2.18]$ ), del igual forma,

( $\chi^2 = 54.37$ ,  $gl\ 5$ ,  $p < .001$ ) con la conducta prosocial

( $\beta = .05$ ,  $OR = 1.05$ ,  $IC\ 95\% [1.03, 1.07]$ ,  $p < .001$ ), fue significativo al predecir el

consumo de cannabis en el último año ( $\chi^2 = 11.55$ ,  $gl\ 3$ ,  $p < .001$ ) conforme a la edad de

los participantes ( $\beta = .42$ ,  $OR = 1.53$ ,  $IC\ 95\% [1.19, 1.96]$ ,  $p < .001$ ), y

( $\chi^2 = 40.41$ ,  $gl\ 5$ ,  $p < .001$ ) significativo conforme a la conducta prosocial

( $\beta = .06$ ,  $OR = 1.06$ ,  $IC\ 95\% [1.03, 1.08]$ ,  $p < .001$ ).

En el caso de la conducta prosocial respecto al sexo, reportaron diferencias estadísticamente significativas ( $t_{[478]} = -5.60$ ,  $p < .001$ ) las chicas muestran mayor

conducta prosocial ( $M = 83.9$ ,  $DE = 14.4$ ) frente a los chicos

( $M = 76.7$ ,  $DE = 15.9$ ), en cuanto a la edad no se hallaron diferencias significativas en la

conducta prosocial ( $F_{(4, 479)} = -.14$ ,  $p = .96$ ).

La conducta prosocial presentó un efecto significativo respecto a la frecuencia del consumo de alcohol y cannabis con explicación del 5.7% y el 5.2% de la varianza.

La variable que mejor predice el consumo de alcohol y cannabis para todos los

indicadores temporales (alguna vez en la vida, alguna vez en el último año y frecuencia de consumo en el último año) es la conducta prosocial. Así, la probabilidad de consumir

alcohol o cannabis es menor entre los adolescentes con conductas prosociales.

Baheiraei et al. (2016), realizaron el estudio perfil de riesgo y protección del consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes iraníes: un estudio poblacional, fue



un estudio transversal de métodos mixtos. El objetivo fue investigar los factores de riesgo y de protección de los pares/individuos, la familia, la escuela y la comunidad como predictores del consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes iraníes, la muestra fue de 870 adolescentes entre 15 y 18 años de edad, el 50.3% eran mujeres y el 49.7% eran hombres.

El 20.3% de los adolescentes informó haber fumado cigarrillos y el 15.7% haber consumido alcohol durante toda su vida. A través del análisis de regresión logística ajustada hacia factores de riesgo y protección para el consumo de alcohol y tabaco en la vida reportaron que la religiosidad resultó ser un factor protector respecto al consumo de alcohol ( $OR = 0.1$ ,  $IC\ 95\% [0.1, 0.2]$ ,  $p < .010$ ) con consumo de tabaco ( $OR = 0.3$ ,  $IC\ 95\% [0.2, 0.6]$ ,  $p < .010$ ). Así mismo, la autoestima resultó ser un factor protector frente al consumo de alcohol ( $OR = 0.3$ ,  $IC\ 95\% [0.2, 0.5]$ ,  $p < .010$ ) y tabaco ( $OR = 0.4$ ,  $IC\ 95\% [0.3, 0.6]$ ,  $p < .010$ ).

Las oportunidades para la participación prosocial en el dominio familiar también resultaron ser un factor protector al consumo de alcohol ( $OR = 0.3$ ,  $IC\ 95\% [0.2, 0.4]$ ,  $p = .010$ ) y al consumo de tabaco ( $OR = 0.3$ ,  $IC\ 95\% [0.2, 0.5]$ ,  $p = .010$ ). También, en el dominio familiar, las recompensas por la participación prosocial fueron un factor protector frente al consumo de alcohol ( $OR = 0.3$ ,  $IC\ 95\% [0.2, 0.4]$ ,  $p = .001$ ) y para el consumo de tabaco ( $OR = 0.2$ ,  $IC\ 95\% [0.1, 0.4]$ ,  $p = .001$ ). Así mismo, en el dominio escolar las recompensas por la participación prosocial resultaron ser un factor protector al consumo de alcohol ( $OR = 0.4$ ,  $IC\ 95\% [0.2, 0.6]$ ,  $p = .001$ ) y para el consumo de tabaco ( $OR = 1.0$ ,  $IC\ 95\% [0.5, 2.1]$ ,  $p = .001$ ).

En síntesis de la literatura revisada hasta el momento se ha encontrado que los adolescentes que consumían alcohol, tabaco y cannabis un año anterior al estudio, lo continuaron haciendo en el siguiente año, lo que indica que tener una conducta previa de consumo favorece la continuidad de la misma. Por otra parte, un alto porcentaje de los

adolescentes que no consumían ninguna droga el año anterior, continuaban sin consumir el año siguiente, lo que indica que tener una conducta previa de no consumo contribuye a que los adolescentes se mantengan sin consumir estas sustancias.

Se ha encontrado un alto porcentaje de adolescentes que han consumido alcohol en todos los indicadores de prevalencias temporales; alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana. De igual manera, participan frecuentemente en borracheras (botellones). Así mismo, se encontró que el consumo de tabaco y alcohol lleva a los adolescentes al consumo de otras sustancias.

De acuerdo con la revisión de la literatura se concluyó que tener menos edad y pertenecer al sexo femenino se relaciona significativamente con la conducta promotora de salud, ya que los adolescentes de mayor edad (16-17 años) consumen más alcohol, tabaco y drogas que los adolescentes de menor edad (12-15 años). Respecto al sexo, reportan mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas por parte de los hombres que de las mujeres. De igual manera, los hombres reportaron mayor consumo excesivo de alcohol que las mujeres. Por tipo de consumo de alcohol se encontró mayor consumo de tipo dependiente seguido del perjudicial y sensato o de riesgo respectivamente.

También, la evidencia ha demostrado que tener mayor autoestima se relaciona de forma negativa significativa con el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Los adolescentes que han ingerido alcohol alguna vez en su vida, se han identificado con autoestima baja y media. Así mismo, la autoestima presenta relación negativa y significativa con el consumo de alcohol y el número de bebidas alcohólicas consumidas en una día típico. La autoestima ha resultado ser un factor protector frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas. Los adolescentes que presentan puntuaciones de autoestima más baja son los de mayor edad (16-17 años) en comparación con los de menor edad (12-15 años). Respecto a los estilos de crianza parental con la autoestima los adolescentes que perciben a sus padres como autoritarios y negligentes presentan puntuaciones mas bajas de autoestima.

En la evidencia consultada se encontró que tener creencias y prácticas religiosas, confiar en un poder superior y asistir a cultos o misa, rezar o meditar se relaciona con menor consumo de alcohol, tabaco y drogas. La mayoría de los jóvenes pertenecía a la religión católica y el evento de práctica religiosa al que más asistieron fue la misa dominical. Se ha mostrado efecto negativo y significativo de la práctica religiosa con el consumo de alcohol. Por otra parte, reportaron relación positiva significativa entre el índice de religiosidad y el índice de actitudes para no consumir alcohol. Así mismo, se reconoció la religiosidad como un factor protector con respecto del consumo de alcohol y tabaco.

Del mismo modo, la evidencia ha demostrado que la autoeficacia contribuye a un menor consumo de sustancias. Se ha reportado relación negativa y significativa de la autoeficacia con el consumo de alcohol alguna vez en la vida, con la participación en botellones y con el consumo por ofrecimiento de amigos.

Otra relación encontrada, es la correspondiente a los estilos de crianza parental. Los adolescentes que perciben a sus padres como autoritarios son los que presentaron mayores proporciones consumo de alcohol, tabaco y drogas. Además, el estilo autoritario de los padres aumenta la probabilidad de beber en exceso. En los adolescentes que percibieron a sus padres como negligentes, aumentó la probabilidad de consumo excesivo de alcohol y de haber estado ebrio, también, se asoció con mayor probabilidad de fumar regularmente, uso de tabaco durante el último mes y consumo de drogas ilícitas.

La percepción de los adolescentes sobre los padres permisivos (indulgentes) se asoció a mayor probabilidad de consumir drogas ilícitas y una mayor probabilidad de haber estado ebrios. Así mismo, presentaron mayor probabilidad de consumo de tabaco durante el último mes o el uso frecuente de tabaco, también, aumentaron la posibilidad de beber en exceso. Los que percibieron a su madre como indulgente, reportaron que influía más en no cambiar su comportamiento hacia el consumo de alcohol. Sin

embargo, un estudio reportó que los adolescentes que caracterizaron a sus padres como indulgentes y autorizativos, son los que mostraron el consumo más bajo, cuando en la mayoría de los estudios el estilo indulgente se había relacionado con mayor consumo de alcohol.

A su vez, la evidencia reportó que tener una mayor calidad de la amistad, así como seguridad, ayuda, proximidad y compañerismo, han presentado relación negativa y significativa con el consumo de alcohol en los adolescentes.

Con respecto a la conducta prosocial, la evidencia ha mostrado que es la variable que mejor predice el no consumo de alcohol tabaco y drogas para todos los indicadores temporales de prevalencia (alguna vez en la vida, alguna vez en el último año y frecuencia de consumo en el último año). Así mismo, la probabilidad de consumir alcohol o cannabis es menor entre los adolescentes con conductas prosociales. Las chicas muestran mayor conducta prosocial en comparación con los chicos. En el dominio familiar las oportunidades para la participación prosocial y las recompensas por la participación prosocial, son un factor protector frente al consumo de alcohol y tabaco. Así mismo, en el dominio escolar, las recompensas por la participación prosocial resultaron ser un factor protector, frente al consumo de alcohol y tabaco.

Con respecto a lo anterior se reafirma la importancia de proponer un modelo de enfermería que explique la conducta promotora de salud de un problema multifactorial como es el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian secundaria a través del MPS, para avanzar en el conocimiento científico que aporte a la disciplina la evidencia y que dé soporte al diseño de programas e intervenciones para contribuir en la solución del problema en la sociedad.

### **Definición de Términos**

A continuación, se presentan las definiciones operacionales de las variables que se utilizaron en el estudio.

Conducta previa de no consumo de alcohol, tabaco y drogas: Es el antecedente de no consumo de alcohol, tabaco y drogas que el adolescente que estudia secundaria refirió alguna vez en su vida y hasta el año anterior a la recolección de los datos (2021, ya que, los datos se recolectaron en el 2022), esta variable se midió a través de la Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDSHCATD).

Edad: Son los años de vida cumplidos que el adolescente que estudia secundaria manifestó tener al momento de la aplicación de los instrumentos. Esta variable se midió a través de la CDSHCATD.

Sexo: Es el conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos, en los adolescentes que estudia secundaria, se consideró como hombre y mujer. Esta variable se midió con la CDSHCATD.

Autoestima: Es el conjunto de pensamientos y sentimientos que el adolescente que estudia secundaria tiene acerca de su propio valor. Estos pensamientos y sentimientos pueden ser negativos o positivos determinando así, una baja o alta autoestima. En el presente estudio se midió la autoestima utilizando la escala de Rosenberg (1965).

Religiosidad: Es el sistema de prácticas y creencias religiosas que tiene el adolescente acerca de la existencia de un ser superior y los hábitos y/o la frecuencia de asistir a encuentros religiosos y/o realizar actividades religiosas como rezar, orar, meditar, y/o leer la biblia. En el presente estudio se midió con el índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL) de Koenig et al. (1997).

Autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas: Corresponde a las creencias sobre la capacidad que tiene el estudiante de secundaria para evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas, rechazando participar en actividades, lugares, contextos o situaciones en los cuales, se consuman dichas sustancias, así como, estar con amigos consumidores sin llegar a consumir, utilizando acciones dirigidas para negarse a

consumir. En el presente estudio, se midió a través de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes [EACRA] (Palacios, 2015).

Estilos de crianza parental: Son los patrones de crianza de los padres que repercuten en la relación padre-hijo y que los adolescentes que estudian secundaria perciben de sus padres y que pueden tener influencia o no, en el consumo de alcohol tabaco y drogas. Estos se clasifican en cuatro estilos de socialización parental: autoritativo, indulgente (o permisivo), autoritario y negligente, estos se midieron a través de la Escala de Estilos de Crianza Parental de Steinberg [1991] (Merino & Arndt, 2004).

Estilo autoritativo: Se refiere al estilo de socialización que los padres tienen con los hijos (as) que actualmente cursan la secundaria. Este se caracteriza por fomentar en mayor medida el diálogo, que la imposición de reglas y lograr acuerdos con los hijos adolescentes. Son afectuosos, monitorean activamente las conductas de sus hijos. Cuando se detecta un mal comportamiento de ellos, se apoyan con la privación de algo de importancia con el objetivo de corregir la conducta de su hijo (a) y les proveen de estándares de conducta en un contexto de relaciones asertivas, más que restrictivas o intrusivas.

Estilo indulgente (también llamado permisivo o no directivo): Es el estilo de los padres que tienen con los hijos (as) que actualmente cursan la secundaria, se caracteriza por no imponer reglas, típicamente son cariñosos y bondadosos, explican las cosas usando la razón y la persuasión más que la afirmación de poder, fomentan el diálogo, no utilizan la coerción por el mal comportamiento de los hijos, inhiben el comportamiento inadecuado, considerándolos personas maduras que pueden regular su comportamiento.

Estilo autoritario: En este estilo los padres de los adolescentes que estudian secundaria, consideran las normas como la base de la educación, se identifican por aplicar la coerción física y verbal en la disciplina. La relación de padres e hijos es demandante, indiferente y poco empática, por lo cual, el afecto es mostrado en pocas

ocasiones, utilizan medidas punitivas y de fuerza cuando el hijo cree tener la razón. Son altamente exigentes, demandantes, directivos y muestran bajos niveles de expresiones afectivas.

**Estilo negligente:** Este estilo de padres de los adolescentes que estudian secundaria, se caracteriza por un bajo afecto hacia los hijos. Muestran poco o ningún compromiso con su rol de padres. No establecen límites ni responsabilidades, por lo que, su crianza es indiferente la mayor parte del tiempo, los hacen responsables de sus necesidades físicas y psicológicas, así como en los aspectos materiales y afectivos.

**Calidad de la amistad:** Es la descripción de las cualidades de la amistad que los adolescentes que estudian secundaria refieren respecto al compañerismo, balance, conflicto, ayuda, seguridad y proximidad. En el presente estudio se midió con la escala de la calidad de la amistad de Resett et al. (2013).

**Conducta prosocial:** Son acciones intencionales realizadas por los adolescentes que estudian secundaria, con el objetivo de beneficiar a otros. Entre ellas, se encuentran los comportamientos voluntarios y altruistas dirigidos a confortar, brindar asistencia, cuidar, ayudar, proteger, apoyar (físicamente, emocionalmente), cooperar, compartir, donar a los más necesitados, trabajar en equipo, tomar en cuenta la perspectiva de los demás, entre otros. En el presente estudio se midió la conducta a través de la escala de conducta prosocial adolescente (Balabanian & Lemos, 2018).

**Conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas:** Es el resultado conductual de los adolescentes que estudian secundaria respecto al consumo de alcohol, tabaco y drogas, durante el último año, el último mes y los últimos siete días. En el presente estudio se midió a través de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, y drogas es considerada una medida epidemiológica expresada en tasas, que indica la proporción de adolescentes que estudian secundaria que consumen estas sustancias, en diferentes momentos en el

tiempo. Se evaluará a través de tres prevalencias; lápsica, actual e instantánea. Esta variable se midió con la CDSHCATD.

**Prevalencia lápsica:** Es la proporción de consumo de alcohol, tabaco y drogas que han tenido los adolescentes que estudian secundaria en los últimos 12 meses previos de la aplicación de la cédula.

**Prevalencia actual:** Es la proporción de consumo de alcohol, tabaco y drogas que han tenido los estudiantes de secundaria en el último mes previo a la aplicación de la cédula.

**Prevalencia instantánea:** Es la proporción de consumo de alcohol, tabaco y drogas que han tenido los estudiantes de secundaria en los últimos siete días previos a la aplicación de la cédula.

**Consumo de alcohol, tabaco y drogas en un día típico:** Se refiere al número de bebidas alcohólicas, número de cigarrillos y drogas (marihuana, cocaína e inhalables) que el adolescente que estudia secundaria, consume en un día normal o especial. Se midió a través de la CDSHCATD.

### **Objetivo General**

El objetivo del estudio fue plantear un modelo que explique la asociación de la conducta previa, factores personales biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima), socioculturales (religiosidad), autoeficacia, influencias interpersonales (estilo de crianza parental y calidad de la amistad) y conducta prosocial con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian secundaria a partir del Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

### **Objetivos Específicos**

1. Describir las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables por sexo y edad de los adolescentes que estudian secundaria.



2. Analizar la relación de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, el estilo de crianza parental y la calidad de la amistad con la conducta prosocial en adolescentes que estudian secundaria.

3. Determinar la relación de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, el estilo de crianza parental, la calidad de la amistad y la conducta prosocial con la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables en un día típico, es estudiantes de secundaria.

### **Hipótesis**

Las hipótesis planteadas para el presente estudio serán los siguientes:

**Hipótesis 1.** La conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes.

**Hipótesis 2.** Existe asociación positiva entre la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes.

**Hipótesis 3.** Los estilos de crianza parental y la calidad de la amistad se asocian con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes.

**Hipótesis 4.** La conducta prosocial media el efecto de la conducta previa, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) así como la autoeficacia y las influencias interpersonales (crianza parental y calidad de la amistad) en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se muestra la metodología, que incluye el diseño del estudio, la población, el muestreo, la muestra, los criterios de elegibilidad, descripción de los instrumentos de medición, el procedimiento para la recolección de los datos, las consideraciones éticas y el análisis de los datos para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

#### **Diseño del Estudio**

El presente estudio se realizó con un enfoque cuantitativo (Polit & Beck, 2017), de comprobación de modelo (Grove et al., 2013) y transversal (Hernández et al., 2010). El enfoque cuantitativo del diseño se utilizó para describir la evidencia de las hipótesis formuladas. Se comprobó un modelo, en el que se midieron todas las variables relevantes para el mismo, se identificaron las relaciones o asociaciones entre los conceptos. El análisis determinó si dichas relaciones son consistentes o no, con las planteadas en el modelo. Y por su parte, el diseño fue transversal, ya que, los datos se recopilaron en un momento único que tuvo como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2010).

#### **Población, Muestreo y Muestra**

La población para el presente estudio estuvo conformada por 3971 adolescentes que estudian secundaria en escuelas de la ciudad de Chihuahua. Se llevó a cabo en 4 secundarias, que fueron ubicadas a través de la base de datos del Departamento de Estadística y Administración de los Sistemas de Gestión Escolar en el periodo académico 2020-2022 que proporcionó un listado con información de cada escuela y a partir de él, fueron seleccionadas. La elección se realizó aleatoriamente teniendo la posibilidad de ser elegidas todas las instituciones educativas que ofrecen estos estudios en la ciudad.

Se consideraron escuelas secundarias ubicadas en el centro de la ciudad, a mediados de la ciudad y en la periferia, con la finalidad de que la muestra fuera representativa. Además, que tuvieran una matrícula similar en cuanto al número de estudiantes inscritos, con un mínimo de 500 alumnos por escuela.

Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado, con asignación proporcional al tamaño del estrato, para conformarlo se realizaron combinaciones de los factores escuela por región y año escolar, resultando nueve estratos (de tres regiones y tres grados escolares). Los grupos se seleccionaron al azar con base en la clasificación de los estratos elegidos (Grove et al., 2013). A su vez, se utilizó el muestreo por conglomerados unietápico y cada grupo formó un conglomerado respectivamente.

El cálculo de la muestra se realizó con los siguientes parámetros: se ajustó un modelo de regresión logística, con un nivel de significancia de .05, hipótesis alternativas bilaterales con una correlación de .09, proporción de razón de momios de 1.90, una potencia de 90%, efecto de diseño de 1.10 y con una tasa de no respuesta del 5%. El tamaño de la muestra que resultó fue de 633 estudiantes.

### **Criterios de Elegibilidad**

#### ***Criterios de Inclusión***

El presente estudio se llevó a cabo con adolescentes de ambos sexos, que estudiaban el nivel básico de secundaria, que tuvieran entre 11 y 17 años de edad.

#### ***Criterios de Eliminación***

Participantes que no completaron totalmente los instrumentos de medición.

### **Instrumentos de Medición**

Los instrumentos que se utilizaron para el presente estudio fueron: la Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDSHCATD) elaborada por la autora del estudio y los siguientes 6 instrumentos: 1. Escala de autoestima de Rosenberg (1965); 2. Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL) de Koenig et al. (1997); 3. Escala de autoeficacia ante conductas de riesgo

para adolescentes de Palacios (2015); 4. Escala de estilos de crianza parental de Steinberg (1991); 5. Escala de la calidad de la amistad de Resett et al. (2013) y 6. Escala de conducta prosocial adolescente de Balabanian y Lemos (2018).

La Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDSHCATD), (Apéndice A) está conformado por 21 preguntas distribuidas en 3 apartados. El primero contiene los datos sociodemográficos a través de cuatro preguntas, las dos primeras, corresponden a edad en años cumplidos y sexo, la tercera va dirigida a conocer con quién vive el adolescente y la cuarta el grado escolar. En el segundo apartado se incluyen 10 preguntas dirigida a conocer la experiencia previa de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes que tuvo el adolescente a lo largo de la vida, así como la edad de inicio y la cantidad de consumo en un día típico, en caso de existir.

El tercer apartado sobre el historial de consumo de alcohol, tabaco y drogas está conformado por seis preguntas que indagan las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes: en los últimos doce meses (prevalencia lápsica), en el último mes (prevalencia actual) y en los últimos siete días (prevalencia instantánea), con respuesta dicotómica (Sí y No).

La autoestima como factor personal psicológico se midió a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR, 1965), (Apéndice B), ha sido ampliamente utilizada para la medición global de la autoestima. Está conformada por 10 ítems que se centran en los sentimientos de valía personal y el auto respeto que tiene los adolescentes, cinco de las frases enunciadas en la escala están redactadas de forma positiva y cinco de forma negativa, el patrón de respuesta es de tipo Likert con 4 opciones: 1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo 3= De acuerdo y 4= Muy de acuerdo.

Las preguntas con sentido positivo son la 1, 3, 4, 6 y 7 y las negativas o que se invirtieron fueron la 2, 5, 8, 9 y 10. El valor mínimo de la escala es de 10 puntos y el máximo de 40. Para la interpretación del instrumento, se utilizaron los siguientes puntos

de corte: 30 a 40 puntos señalan autoestima elevada, considerada como normal, de 26 a 29 puntos se refiere a la autoestima media, en la que el adolescente no presenta problemas graves de autoestima, sin embargo, es conveniente mejorar y menos de 25 puntos corresponde a la autoestima baja, donde existen problemas significativos de autoestima. Así mismo, para el procesamiento estadístico, el puntaje se transformó en índices. Este instrumento ha reportado coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.87 en población adulta (Vázquez-Morejón et al., 2004) y de 0.86 en adolescentes (Sánchez-Villena et al., 2021).

Para medir la religiosidad se utilizó el Índice de Religiosidad de Duke (IRD) o Duke University Religion Index (DUREL) de Koenig et al. (1997), (Apéndice C). Consta de cinco ítems que evalúan tres dimensiones de la religiosidad, la primera es la Actividad Religiosa Organizacional (ORA), la segunda la Actividad Religiosa No Organizacional (NORA) y la tercera la Religiosidad Intrínseca (RI), también conocida como subjetiva.

El instrumento mide cada dimensión a través de tres subescalas, la primera está conformada por la pregunta uno e implica actividades religiosas públicas como asistir a servicios religiosos o participar en actividades relacionadas con grupos de oración, de estudio de la biblia, entre otras, con seis opciones de respuesta. La segunda subescala está conformada por la pregunta dos, da a conocer actividades religiosas realizadas en privado, como la oración, el estudio de las escrituras, ver la televisión religiosa o escuchar la radio religiosa con seis opciones de respuestas. Y la tercera subescala consta de los tres últimos ítems que evalúan el grado de compromiso o motivación religiosa personal cada una con cinco opciones de respuesta. Para su análisis se deben examinar cada una de las subescalas por separado (Koenig & Büssing, 2010).

La escala general ha reportado alta confiabilidad a través de test-retest (correlación intraclase = 0.91) y adecuada consistencia interna con Alpha de Cronbach =

0.78 - 0.91 (Koenig & Büssing, 2010). Esta escala se ha aplicado en poblaciones de jóvenes y adultos de 18 a 90 años.

La autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas se midió a través de la Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo para Adolescentes de Palacios (2015), (Apéndice D). Está conformada por seis dimensiones. La primera aborda la autoeficacia ante el tabaco con nueve ítems, la segunda incluye la autoeficacia ante el alcohol con once ítems, la tercera contiene la autoeficacia ante las drogas con cinco ítems, la cuarta aborda la autoeficacia ante daños a la salud con seis ítems, la quinta la autoeficacia en la conducta sexual con seis ítems y finalmente la sexta aborda la autoeficacia ante la conducta antisocial con siete ítems. En el presente estudio se utilizaron únicamente las primeras tres subescalas del instrumento, autoeficacia ante el tabaco, ante el alcohol y ante las drogas respectivamente.

De manera general, la escala aborda la capacidad del adolescente para evitar consumir tabaco, alcohol, drogas, rechazar participar en actividades, lugares, contextos o situaciones en los cuales se consuman estas drogas, así, como evitar actividades o situaciones que puedan dañar la salud, de igual manera, la capacidad con la que cuenta el adolescente para negarse a tener relaciones sexuales sin protección y la capacidad de negarse a participar en actividades que impliquen robos, peleas o involucrarse en algún riesgo relacionado a la conducta antisocial. La escala general ha reportado confiabilidad a través de Alpha de Cronbach de .95 (Palacios, 2015).

El patrón de respuestas de la escala es de tipo Likert con cuatro opciones: 1= Casi nunca, 2= Algunas veces, 3= Muchas veces y 4= Casi siempre, la escala puede reportar una calificación mínima de 44 puntos y un máxima de 176 puntos. Se interpreta que a mayor puntaje, más alto es el nivel de autoeficacia, así como en cada subescala. Para el procesamiento estadístico se transformaron en índices de 0 a 100 que indicaron que a más alto índice mayor autoeficacia es su escala total y por subescalas.

Los estilos de crianza parental se midieron a través de la Escala de Estilos de Crianza de Steinberg (1991), (Apéndice E). Consta de 26 ítems agrupados en tres subescalas que definen los aspectos principales de la crianza en adolescentes: compromiso, autonomía psicológica y control conductual.

La subescala compromiso evalúa el grado en que el adolescente percibe conductas de acercamiento emocional, sensibilidad e interés por parte de sus padres, con una puntuación mínima de 9 y la máxima de 36 puntos, está integrada por las preguntas: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, y 17. La subescala de autonomía psicológica se mide con las preguntas: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 y 18, evalúa el grado en que los padres emplean estrategias democráticas, no-coercitivas y animan a la individualidad y autonomía, la puntuación mínima es de 9 y la máxima de 36 puntos. La subescala de control conductual evalúa el grado en que el padre es percibido como controlador o supervisor del comportamiento del adolescente, la puntuación mínima es de 8 y la máxima de 32 puntos y está conformada por las preguntas: 19, 20, 21a, 21b, 21c, 22a, 22b y 22c (Merino & Arndt, 2004).

Las primeras dos escalas constan de nueve ítems cada una, con 4 opciones de respuesta: 1= Muy en desacuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= Algo en desacuerdo y 4= Muy de acuerdo. La tercera subescala con ocho ítems, los primeros dos ítems de siete opciones de respuesta y seis ítems de tres opciones de respuesta. La escala ha reportado coeficiente de Alpha de Cronbach para la subescala control conductual .69, para autonomía psicológica .73 y para compromiso de .82 (Merino & Arndt, 2004).

Para la interpretación de los estilos de crianza parental se realizaron combinaciones entre las tres subescalas (compromiso, control conductual y autonomía psicológica). Los estilos pueden ser puntuados como una escala categórica o una escala ordinal, para el análisis desde la escala categórica se utiliza la media y para la escala ordinal, la mediana. En el presente estudio se utilizó la escala ordinal.

Se tomaron en cuenta los siguientes algoritmos: 1. Padres autoritativos; presentan puntuaciones por encima de la media/mediana en las tres subescalas (compromiso, control conductual y autonomía psicológica); 2. Padres Negligentes; presentan puntuaciones por debajo de la media/mediana en las subescalas compromiso y control conductual; 3. Padres autoritarios; presentan puntuaciones por debajo de la media/mediana en la subescala compromiso y puntuaciones por encima de la media/median en la subescala control conductual; 4. Padres permisivos o indulgentes; presentan puntuaciones por encima de la media/median en la subescala compromiso y por debajo del promedio en la subescala control conductual y 5. Padres Mixtos; presentan puntuaciones por encima de la media/median en la subescala compromiso y control conductual y por debajo de la media/median en la subescala autonomía psicológica.

La calidad de la amistad se midió a través de la escala de la calidad de la amistad de Resett et al. (2013), (Apéndice F). Fue adaptada en Argentina y aplicada en niños entre 9 y 12 años de edad, está conformada por 33 ítems integrados en 6 subescalas:

La primera es el *compañerismo* con cinco preguntas y se refiere a la cantidad de tiempo voluntario que los amigos comparten o pasan juntos. La segunda denominada *balance* con tres preguntas, mide el balance en la reciprocidad, es decir, si en el vínculo de amistad uno de los sujetos se brinda más que el otro. La tercera es la de *conflicto*, con seis preguntas, mide peleas, discusiones o desacuerdos dentro de la relación de amistad. La cuarta es de *ayuda* con siete preguntas y aborda la ayuda mutua y la asistencia, así como la ayuda frente a situaciones conflictivas que pueden vivirse con otros compañeros. La quinta es la subescala *seguridad*, con cinco preguntas, aborda las creencias de que en el momento en que lo necesite el amigo es fiable y puede tener confianza en él, también se refiere a la fortaleza de la amistad, independientemente de las diferencias o desacuerdos que puedan tenerse dentro del vínculo y la sexta, es la subescala de *proximidad* con siete preguntas que aborda los sentimientos de afecto o



sentirse especial dentro del vínculo de amistad, el uno con el otro, así como la unión del vínculo.

Las preguntas de las subescalas conflicto y balance están planteadas con respuesta en sentido negativo, por lo que, se invirtieron para dar el mismo sentido que el resto de las subescalas. El cuestionario consta de cuatro opciones de respuesta: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo y 4= Totalmente de acuerdo. La escala ha mostrado los siguientes coeficientes de confiabilidad Alpha de Cronbach por cada subescala: Compañerismo (.66), Ayuda (.82), Seguridad (.63), Proximidad (.83), Conflicto (.73) y Balance (.63) [Rodríguez et al., 2015] y Compañerismo (.61), Ayuda (.80), Seguridad (.70), Proximidad (.81), Conflicto (.80) y Balance (.65) por el autor Resett et al. (2013). Se ha aplicado en adolescentes de bachillerato en México, reportaron Coeficiente Alpha de Cronbach aceptables (Mejía et al., 2018). La puntuación mínima de la escala total es de 33 y máxima de 132, en donde indicará que a mayor puntaje, mejor es la calidad de la amistad. Para el procesamiento estadístico se transformaron en índices tanto la escala total como las subescalas.

La conducta prosocial se midió a través de la escala de conducta prosocial en adolescentes de Balabanian y Lemos (2017), (Apéndice G). Consta de 30 ítems y tiene un patrón de cinco opciones de respuesta 1= Nunca, 2= Alguna vez, 3= Muchas veces, 4= Casi siempre y 5= Siempre. El instrumento ha mostrado adecuada consistencia interna, a través del Coeficiente Alpha de Cronbach de .90, ha sido aplicado en adolescentes escolarizados. Tiene un valor mínimo de 30 y máximo de 150, su interpretación indica que a mayor puntaje más alta es la conducta prosocial. Se transformó en índice para el procesamiento estadístico.

### **Estrategia para la Recolección de los Datos**

La recolección de los datos fue presencial, en primera instancia, se presentó el trabajo ante el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para obtener la

aprobación del estudio. Posteriormente, se acudió y se pidió autorización a los directivos de las escuelas secundarias seleccionadas para el estudio. Se solicitaron dos reuniones, la primera con las autoridades de la escuela secundaria con la finalidad de dar a conocer el propósito del estudio, los instrumentos, el tiempo de recolección de datos, las consideraciones éticas, así como la solicitud de espacios y el acuerdo de horarios para la aplicación de los instrumentos. Finalmente, se aclararon dudas que surgieron durante la reunión y se solicitaron listas de los grupos que previamente se seleccionaron de manera aleatoria. También, se pidió de la manera más atenta, se convocara a reunión a los padres de familia o tutores.

La segunda reunión con los padres de familia o tutores, se tuvo con la finalidad de presentar el propósito del estudio, los instrumentos, el tiempo de recolección de los datos y las consideraciones éticas, también, se aclararon dudas que surgieron durante la reunión. Además, se solicitó la autorización para la participación del adolescente a través de un consentimiento informado (Apéndice I), que se recogió debidamente firmado al final de la reunión. Se destacó que la participación en el estudio sería voluntaria y confidencial, por lo que no se identificaría con su nombre, ni otros datos personales y tendrían la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento que ellos así lo dispusieran. Así mismo, aunque se tuviera la autorización de los padres o tutores a través del consentimiento informado, si el adolescente no deseaba participar, tuvo todo el derecho de negar su colaboración. Se capacitó a tres encuestadores como auxiliares de investigación profesionales de la licenciatura en enfermería a quienes se les dieron a conocer las consideraciones éticas y los instrumentos de medición, se les explicó el procedimiento de aplicación de los mismos y se les asignaron algunos de los grupos para la recolección de los datos, cabe destacar que la presentación inicial ante cada grupo, siempre se llevó a cabo por la autora del estudio.

Una vez otorgado el consentimiento por escrito de los padres de familia o tutores se abordó a los estudiantes en la fecha y lugar asignado por las autoridades, para dar a

conocer el propósito del estudio y la importancia de su participación. Se realizó hincapié en la confidencialidad de los datos, no se les solicitó poner su nombre, ni información que los identificara. Tuvieron total libertad de participar, aunque el padre o tutor haya dado su autorización, el estudiante decidió por sí mismo, por lo que, se le pidió su aprobación para participar a través de un asentimiento informado por escrito. Que fue entregado a la investigadora y/o a encuestadores, antes de la aplicación de los instrumentos.

Se emplearon las medidas sanitarias preventivas por la pandemia generada por la COVID-19, se contó con gel antibacterial en cada salón donde se aplicaron los instrumentos para su uso al inicio y al final, de igual manera, se les solicitó a los estudiantes que todos portaran su cubrebocas de manera adecuada, así mismo, se llevaron algunos cubrebocas por si algún estudiante requería. Se les pidió que guardaran una distancia prudente, por lo que se vigiló que las butacas estuvieran acomodadas a más de 2 metros de separación una de la otra. Además, se permitió un aforo únicamente de 15 estudiantes por salón, sin embargo, se revaloró esta cantidad dependiendo del espacio con el que se contaba en los salones de clases facilitados por las instituciones.

Antes de contestar los instrumentos, se explicaron las instrucciones de llenado de cada uno de ellos y tuvieron el siguiente orden: 1. Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDSHCATD), 2. Escala de autoestima de Rosenberg (1965), 3. Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL) de Koenig et al. (1997), 4. Escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes de Palacios (2015), 5. Escala de estilos de crianza parental de Steinberg (1991), 6. Escala de la calidad de la amistad de Resett et al. (2013) y 7. Escala de conducta prosocial adolescente de Balabanian y Lemos (2018).

El autor (a) principal del estudio y los encuestadores estuvieron a una distancia prudente, al pendiente de las dudas que se pudieran presentar y se aclararon en el momento. Se cuidó que no estuvieran presentes profesores, ni personal directivo para

brindar comodidad, libertad y privacidad a los estudiantes a la hora de contestar. Los instrumentos se respondieron en un tiempo aproximado de 50 a 60 minutos. Se les informó a los estudiantes que tenían el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo decidieran, sin ninguna represalia.

En el caso que el estudiante presentara alguna incomodidad o alguna situación emotiva, por tratarse de un estudio con preguntas sensibles, se les informó que tenían la libertad de decidir continuar o abandonar el estudio, sin que ello les causara ningún problema. En el caso que algún participante solicitara atención emocional, la autora principal del estudio, los canalizaría con la autorización de sus padres a un profesional de Psicología, localizado previamente, para que reciba la atención. En el caso de que los participantes solicitaran atención y con el acuerdo de sus padres o tutores, se les informaría sobre las instituciones de salud gubernamentales disponibles, donde podrían solicitar la atención, sin embargo, no fue necesario, ya que ninguna de las situaciones se presentó.

Se les mencionó además, que la información que se obtuvo estaría resguardada por la investigadora por 24 meses y posterior a ese tiempo se destruirían los instrumentos de papel y se eliminarían del equipo de cómputo. Los resultados se podrán presentar de forma general en eventos científicos, sin que se identifiquen de forma individual a los participantes. Por último, al finalizar de responder los instrumentos se les pidió que los colocaran en una caja que estaba ubicada a la salida del aula y se les agradeció su participación, así como al personal directivo y docentes que autorizaron la participación en el presente estudio.

### **Consideraciones Éticas**

El estudio se realizó de acorde a lo establecido en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987; Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014), el cual establece los lineamientos y principios generales a los

que debe apegarse la investigación en seres humanos. Se tomaron en cuenta los siguientes artículos y sus fracciones correspondientes:

Con base en lo estipulado en el Artículo 13 se respetó la dignidad del adolescente en todo momento, además, se protegieron sus derechos y bienestar. Por lo que se cuidó que recibieran un trato respetuoso y profesional, así mismo, se les dio la libertad de participar o no, en el estudio.

De acuerdo con el Artículo 14 Fracción I, la presente investigación se justifica a partir de principios científicos y éticos, ya que, se buscó profundizar en el conocimiento para con ello, contribuir en posibles soluciones que hagan frente a la problemática del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. Además, acorde a la Fracción V se realizó el estudio únicamente en adolescentes que contaran con un consentimiento informado firmado y/o autorizado por sus padres o representantes legales.

Por otra parte, de acuerdo con la Fracción VI del Artículo 14 el estudio se realizó por un profesional de la salud con experiencia, para cuidar la integridad del adolescente, garantizando el bienestar en todo momento y conforme al Artículo 114. Además, conforme a la Fracción VII, la investigación se sometió a revisión por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que evaluaron el apego a los principios científicos y éticos, para lo que se contó con un dictamen favorable a través del acta con No. de registro: FAEN-D-1762. Así mismo, sujeto a la Fracción VIII se llevó a cabo el estudio únicamente cuando se tuvo la autorización del titular de la institución educativa. En apego a la Fracción IX, la investigación se suspendería por el investigador principal de inmediato, si el participante lo solicitaba.

A través del apego al Artículo 16 se protegió la privacidad de los adolescentes en la investigación, por lo que no se les solicitó su nombre en ningún momento del estudio, cuidando siempre el anonimato y la confidencialidad. Además, se les entregaron los

instrumentos de aplicación en un sobre cerrado, en ningún momento hubo necesidad de identificar con sus datos personales.

Así mismo, en apego al Artículo 17, el presente estudio se consideró una investigación de riesgo mínimo, sustentado en la Fracción II, que aunque no se realizó manipulación de alguna variable y los instrumentos fueron de lápiz y papel, se abordaron aspectos relacionados con la conducta del adolescente en los cuestionarios, que pudieron causar reacciones de incomodidad o emotivas, por lo que, en el caso de presentarse alguna de estas situaciones se planeó brindar un espacio y posterior tendrían la libertad de decir continuar o abandonar el estudio. Se les informaría sobre las instituciones de salud gubernamentales donde podrán recibir la atención, si así lo requirieran.

Conforme a los Artículos 20, 21 y 22, se otorgó a los padres o tutores del adolescente un consentimiento informado por escrito, previamente elaborado por la autora y aprobado por el comité de ética en investigación, con la finalidad de dar a conocer de manera clara y completa la información y las implicaciones del estudio para que con ello, concedieran la autorización de que su hijo participara en el estudio, a través de una firma, otorgándole una copia. El consentimiento informado describió la justificación y los objetivos (Fracción I) y los procedimientos que se utilizaron (Fracción II). Así mismo, según la Fracción VI se le aclararon dudas a cualquier pregunta que tuvieron en cualquier momento, a cerca de los riesgos y beneficios. Se les dijo que tenían la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, como se estipula en la Fracción VII. Y se reiteró, según la Fracción VIII, la seguridad de que no se identificaría al adolescente y se mantendría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Y de acuerdo a la Fracción XI, los gastos adicionales corrieron a cargo del investigador principal.

Así mismo, con base en el Artículo 29 del Capítulo II de las Investigación en Comunidades, se solicitó la aprobación de las autoridades de las escuelas secundarias donde se realizó el estudio.

Debido a que el presente estudio se planteó en adolescentes menores de edad, a partir del Capítulo III de la Investigación en Menores de Edad o Incapaces, se tomó en cuenta el Artículo 36 reiterando la necesidad de obtener por escrito el consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o representación legal de los menores.

También, respecto a lo estipulado en el Capítulo V de la Investigación en Grupos Subordinados con base en los Artículos 57 y 58 por tratarse de estudiantes se vigiló que la participación fuera voluntaria y sin la presencia de ningún directivo, ni profesores de las instituciones educativas donde se llevó a cabo el estudio y si deseaban rechazar la participación o retirarse durante la investigación, no les afectaría en su situación escolar, de igual manera, los resultados que se obtuvieron no perjudicaron a los participantes.

### **Análisis de los Datos**

En el presente apartado se describen las estrategias que se utilizaron para la captura y el análisis de los datos para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas. Se empleó el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para Windows.

Para describir las características de los participantes e instrumentos se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones de variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión en variables numéricas. Se utilizó de igual manera, la estadística inferencial, previamente se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors cuyos resultados no demostraron normalidad de las variables continuas o numéricas, por lo que, se decidió el uso de la estadística no paramétrica, para dar respuesta a los resultados a los objetivos e hipótesis del estudio.

Objetivo general

Para dar respuesta al objetivo general del estudio que fue plantear un modelo que explique la asociación de la conducta previa, factores personales biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad), autoeficacia, influencias interpersonales (estilo de crianza parental y calidad de la amistad) y conducta prosocial con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian secundaria a partir del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria.

#### Objetivos específicos

Para dar respuesta al objetivo específico 1 que planteó describir las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables por sexo y edad de los adolescentes que estudian secundaria. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de Pearson.

Para dar respuesta al objetivo de estudio 2 que planteó analizar la relación de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, el estilo de crianza parental y la calidad de la amistad con la conducta prosocial en adolescentes que estudian secundaria, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta al objetivo de estudio 3 que fue determinar la relación de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, el estilo de crianza parental, la calidad de la amistad y la conducta prosocial con la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables en un día típico, en estudiantes de secundaria, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

#### Hipótesis

Para dar respuesta a la hipótesis uno que plantea que la conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se utilizó un Modelo de Regresión Logística Binaria.

Para responder a la hipótesis dos, que aborda que existe asociación positiva entre la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de



salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se utilizó un Modelo de Regresión Logística Binaria.

Para dar respuesta a la hipótesis tres, que señala que los estilos de crianza parental y la calidad de la amistad se asocian con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se utilizó un Modelo de Regresión Logística Binaria.

Finalmente, para dar respuesta a la cuarta hipótesis que señala que la conducta prosocial media el efecto de la conducta previa, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) así como la autoeficacia, y las influencias interpersonales (crianza parental y calidad de la amistad) en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes. Se realizaron Modelos de Mediación.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio considerando los siguientes apartados; la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, seguido de la estadística descriptiva e inferencial que dan respuesta al objetivo general, a los objetivos específicos y a las hipótesis de estudio.

#### Consistencia Interna de los Instrumentos

**Tabla 1**

*Consistencia Interna de los Instrumentos*

Instrumentos <i>n</i> = 633	Total de ítems	Ítems	$\alpha$
Escala de Autoestima	10	1 al 10	.79
Índice de religiosidad de Duke (IRD o DUREL)	5	1 al 5	.81
Escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes	25	1 al 25,	.95
Autoeficacia ante el alcohol	11	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11	.88
Autoeficacia ante el tabaco	9	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20	.93
Autoeficacia ante las drogas	5	21, 22, 23, 24 y 25	.93
Escala de estilos de crianza parental	26	1 al 26	.73
Escala de la calidad de la amistad	33	1 al 33	.90
Escala de conducta prosocial adolescente	30	1 al 30	.93

*Nota.* *n*= total de observaciones,  $\alpha$ = Alpha de Cronbach.

En la Tabal 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos: Escala de Autoestima, Índice de Religiosidad de Duke (IRD o DUREL), Autoeficacia ante el Alcohol, Tabaco y Drogas, además, la Escala de Estilos de Crianza Parental, la Escala de la Calidad de la Amistad y la Escala de Conducta Prosocial Adolescente. Se valoró a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, se observa que en sus escalas totales

reportaron puntuaciones entre .79 y .95, por lo que se consideran aceptables (Grove et al., 2016).

## Estadística Descriptiva

**Tabla 2**

*Características Sociodemográficas de los Participantes*

Variable	<i>n</i> = 633	<i>f</i>	%
Edad			
11-12 años		107	16.9
13 años		281	44.4
14-15 años		245	38.7
Sexo			
Hombre		314	49.6
Mujer		319	50.4
Grado escolar			
Primero		133	21.0
Segundo		310	49.0
Tercero		190	30.0
Con quién vive			
Papá y mamá		366	57.8
Mamá		200	31.6
Papá		19	3.0
Otro		48	7.6

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes del estudio, se observa que la edad de 13 años fue la de mayor porcentaje (44.4%) seguido de los de 14 a 15 años (38.7%), se obtuvo un promedio de edad de 13.3 años, (*DE*= .86). La población de estudio estuvo conformada por 50.4% mujeres y 49.6% hombres. Respecto al grado escolar en mayor proporción fueron de segundo grado de secundaria (49.0%), seguido de los de tercero (30.0%) y finalmente de primero (21.0%). Por último, el 57.8% de los adolescentes reportaron vivir con ambos padres, el 31.6% vive sólo con su mamá, el 3.0% con su papá y el 7.6% con otro familiar (abuelos, tíos, entre otros).

A continuación, se presentan las frecuencias y porcentajes obtenidos de los instrumentos utilizados en el estudio.

**Tabla 3***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoestima*

<i>n</i> = 633	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.	45	7.1	124	19.6	255	40.3	209	33.0
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.	207	32.7	223	35.2	143	22.6	60	9.5
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	23	3.6	72	11.4	326	51.5	212	33.5
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	35	5.5	124	19.6	262	41.4	212	33.5
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso(a).	155	24.5	191	30.2	205	32.4	82	13.0
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	72	11.4	140	22.1	238	37.6	183	28.9
7. En general me siento satisfecho(a) conmigo mismo(a).	68	10.7	158	25.0	229	36.2	178	28.1
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo(a).	46	7.3	76	12.0	318	50.2	193	30.5
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	148	23.4	154	24.3	211	33.3	120	19.0
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	203	32.1	157	24.8	161	25.4	112	17.7

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 3 se muestran las frecuencias y porcentajes de la escala de autoestima, se observa que el 40.3% de los participantes refirieron estar de acuerdo con sentirse una persona tan valiosa como las otras, el 35.2% está en desacuerdo en pensar que es un fracaso, el 51.5% señala estar de acuerdo en que tienen algunas cualidades buenas, el 41.4% está de acuerdo en que es capaz de hacer las cosas tan bien como los demás, el 32.4% está de acuerdo en creer que no tienen mucho de que estar orgullosos, el 37.6% está de acuerdo en que tienen una actitud positiva hacia sí mismos, el 36.2% señaló estar de acuerdo en sentirse satisfecho con sí mismo, el 50.2% de los estudiantes refirió estar de acuerdo en que le gustaría tener más respeto por él mismo, el 33.3%

mencionó estar de acuerdo con sentirse inútil en algunas ocasiones y el 32.1% señaló estar muy en desacuerdo en pensar que no sirve para nada.

**Tabla 4**

*Frecuencias y Porcentajes del Índice de Religiosidad*

<i>Preguntas</i> <i>n = 633</i>	<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. ¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia u otras reuniones religiosas? ORA.	1. Nunca	124	19.6
	2. Una vez al año o menos	98	15.5
	3. Algunas veces al año	137	21.6
	4. Algunas veces al mes	89	14.1
	5. Una vez a la semana	144	22.7
	6. Más de una vez a la semana	41	6.5
2. ¿Con qué frecuencia pasa tiempo en actividades religiosas privadas, como la oración, la meditación o el estudio de la biblia? NORA.	1. Rara vez o nunca	330	52.2
	2. Algunas veces al mes	125	19.7
	3. Una vez a la semana	69	10.9
	4. Dos o más veces a la semana	52	8.2
	5. Diariamente	45	7.1
	6. Más de una vez al día	12	1.9
3. En mi vida, experimento la presencia de lo Divino (es decir, Dios).	1. Definitivamente no es cierto	59	9.3
	2. Tiende a no decir verdad	24	3.8
	3. No estoy seguro	193	30.5
	4. Tiende a ser verdad	141	22.3
	5. Definitivamente cierto para mi	216	34.1
4. Mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de todo mi enfoque de la vida.	1. Definitivamente no es cierto	154	24.3
	2. Tiende a no decir verdad	40	6.3
	3. No estoy seguro	233	36.8
	4. Tiende a ser verdad	122	19.3
	5. Definitivamente cierto para mi	84	13.3
5. Me esfuerzo por llevar mi religión a todos los demás asuntos de la vida.	1. Definitivamente no es cierto	196	31.0
	2. Tiende a no decir verdad	52	8.2
	3. No estoy seguro	195	30.8
	4. Tiende a ser verdad	122	19.3
	5. Definitivamente cierto para mi	68	10.7

*Nota.* *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 4 se muestran las frecuencias y porcentajes del Índice de Religiosidad, se observa que el 22.7% de los participantes refirió asistir a la iglesia u otras reuniones religiosas una vez a la semana, seguido del 21.6% que señaló asistir algunas veces al año, el 52.2% mencionó que rara vez o nunca dedica tiempo en actividades religiosas privadas, como la oración, la meditación o el estudio de la biblia,

el 34.1% señaló que definitivamente es cierto para él que en su vida experimenta la presencia de lo divino, seguido del 30.5% que mencionó no estar seguro, el 36.8% refirió no estar seguro de que sus creencias religiosas son lo que está detrás de todo su enfoque de la vida, seguido del 24.3% que consideró que definitivamente no es cierto para ellos, el 31.0% señaló que definitivamente no es cierto que se esfuerzan por llevar su religión a todos los asuntos de la vida, seguido del 30.8% que no está seguro de ello.

**Tabla 5**

*Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoeficacia ante el Alcohol, Tabaco y*

*Drogas*

<i>n</i> = 633	Casi nunca		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Cuando estoy con amigos (as) que consumen alcohol es probable que yo esté con ellos (as) sin tomar alcohol.	133	21.0	108	17.1	98	15.5	294	46.4
2. Soy capaz de rechazar consumir alcohol.	37	5.8	76	12.0	141	22.3	379	59.9
3. Si en una tocada o antro me ofrecieran alcohol, podría decir que no quiero.	45	7.1	70	11.1	166	26.2	352	55.6
4. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a tomar alcohol.	50	7.9	67	10.6	175	27.6	341	53.9
5. Puedo estar en lugares donde se consuma alcohol, sin hacerlo.	44	7.0	56	8.8	147	23.2	386	61.0
6. Es probable que en una fiesta me niegue a tomar cerveza o alcohol.	49	7.7	66	10.4	159	25.2	359	56.7
7. Si estoy en la calle con mis amigos (as) y me ofrecieran tomar alcohol me es fácil decir que no.	34	5.4	57	9.0	149	23.5	393	62.1
8. Si sacara malas calificaciones y me proponen consumir alcohol para sentirme mejor, sería capaz de negarme a hacerlo.	86	13.6	31	4.9	139	22.0	377	59.5
9. Prefiero fiestas donde el alcohol o el tabaco no sea lo más importante.	50	7.9	65	10.3	131	20.7	387	61.1

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 5***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoeficacia ante el Alcohol, Tabaco y**Drogas (Continuación...)*

	<i>n = 633</i>		Casi nunca		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
10. Es probable que en la escuela o entre clases me niegue a consumir alcohol.	40	6.3	22	3.5	120	19.0	451	71.2		
11. Considero que utilizó algunos métodos que he aprendido para negarme a consumir alcohol, tabaco o drogas.	44	7.0	47	7.4	168	26.5	374	59.1		
12. Si en un antro, disco o bar me dieran a probar tabaco, sería capaz de negarme a aceptarlo.	55	8.7	41	6.5	136	21.5	401	63.3		
13. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran tabaco, podría rechazarlo.	32	5.1	14	2.2	121	19.1	466	73.6		
14. Es probable que en una fiesta me niegue a fumar tabaco (cigarros).	36	5.7	30	4.7	137	21.7	430	67.9		
15. Si estoy en la calle con mis amigos (as) y me ofrecieran fumar cigarros me es fácil decir que no.	36	5.7	37	5.8	132	20.9	428	67.6		
16. Soy capaz de rechazar consumir tabaco.	33	5.2	24	3.8	123	19.4	453	71.6		
17. Puedo estar en lugares donde se fume o consuma tabaco, sin hacerlo.	41	6.5	24	3.8	140	22.1	428	67.6		
18. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a fumar cigarros.	37	5.8	27	4.3	140	22.1	429	67.8		
19. Si sacaras malas calificaciones y te proponen consumir tabaco para sentirte mejor, serías capaz de negarte a hacerlo.	52	8.2	25	3.9	124	19.7	432	68.2		
20. Cuando estoy con amigos (as) que fuman o consumen tabaco es probable que yo esté con ellos (ellas) sin fumar.	43	6.8	22	3.4	141	22.3	427	67.5		
21. Si en una fiesta me dieran a probar drogas sería capaz de rechazarlas.	31	4.9	19	3.0	130	20.5	453	71.6		
22. Soy capaz de rechazar consumir drogas.	33	5.2	10	1.6	112	17.7	478	75.5		
23. Si en la escuela o entre clases	31	4.9	11	1.7	113	17.9	478	75.5		

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 5**

*Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoeficacia ante el Alcohol, Tabaco y*

*Drogas (Continuación...)*

<i>n</i> = 633	Casi nunca		Algunas veces		Muchas veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
me ofrecieran drogas, podría decir que no quiero.								
24. Es probable que en una fiesta me niegue a consumir drogas (marihuana, cocaína u otras).	27	4.3	18	2.8	123	19.4	465	73.5
25. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a consumir drogas.	36	5.7	19	3.0	123	19.4	455	71.9

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 5 se muestran las frecuencias y porcentajes de la Escala de Autoeficacia ante el Alcohol, Tabaco y Drogas, respecto a la autoeficacia ante el alcohol, el 46.4% de los participantes señaló que casi siempre que están con amigos que consumen alcohol es probable que estén con ellos sin consumir, el 59.9% mencionó que casi siempre son capaces de rechazar consumir alcohol, el 55.6% refirió que casi siempre que les ofrecieran alcohol en una tocada o antro podrían decir que no quieren, el 53.9% señaló que casi siempre podrían resistir la presión de sus amigos si los invitaran a tomar alcohol, el 61.0% señaló que casi siempre pueden estar en lugares donde se consume alcohol sin hacerlo, el 56.7% refirió que casi siempre es probable que en una fiesta se nieguen a tomar cerveza o alcohol, el 62.1% considera que casi siempre que estuvieran en la calle con sus amigos y les ofrecieran tomar alcohol les sería fácil decir que no.

Además, el 59.5% mencionó que, si sacaran malas calificaciones y le proponen consumir alcohol para sentirse mejor, sería capaz de negarse casi siempre, el 61.1% refirió que casi siempre prefieren fiestas donde el alcohol o el tabaco no sea lo más importante, el 71.2% mencionó que es probable que en la escuela o entre clases, casi



siempre, se nieguen a consumir alcohol y el 59.1% señaló que casi siempre utilizan algunos métodos que han aprendido para negarse a consumir alcohol, tabaco o drogas.

Respecto a la autoeficacia ante el tabaco el 63.3% de los participantes señaló que si en un antro, disco o bar le dieran a probar tabaco, sería capaz de negarse a aceptarlo, casi siempre, el 73.6% mencionó que si en la escuela o entre clases le ofrecieran tabaco, podrían rechazarlo casi siempre, el 67.9% refirió que casi siempre es probable que en una fiesta se nieguen a fumar tabaco (cigarros), el 67.6% señaló que casi siempre que están en la calle con sus amigos y les ofrecieran fumar cigarros le sería fácil decir que no, el 71.6% refirió que casi siempre es capaz de rechazar consumir tabaco, el 67.6% mencionó que casi siempre pueden estar en lugares donde se fume o se consuma tabaco, sin hacerlo, el 67.8% señaló que casi siempre podrían resistir la presión de sus amigos si los invitaran a fumar cigarros, el 68.2% refirió que si sacaran malas calificaciones y le proponen consumir tabaco para sentirte mejor, serían capaces de negarse a hacerlo casi siempre, el 67.5% mencionó que casi siempre, cuando están con amigos que fuman o consumen tabaco es probable que esté con ellos sin fumar.

Respecto de la autoeficacia ante las drogas, el 71.6% señaló que si en una fiesta les dieran a probar drogas serían capaces de rechazarlas casi siempre, el 75.5% de los participantes, señalaron ser capaces de rechazar consumir drogas casi siempre, también el 75.5% dijeron que si en la escuela o entre clases les ofrecieran drogas, podrían decir que no quieren, el 73.5% mencionó que casi siempre es probable que en una fiesta se nieguen a consumir drogas (marihuana, cocaína u otras) y el 71.9% refirió que casi siempre podrían resistir la presión de sus amigos si los invitaran a consumir drogas.

### **Tabla 6**

#### *Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estilos de Crianza Parental*

<i>n = 633</i>	<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo algún tipo de problema.	Muy de Acuerdo	392	61.9
	Algo de Acuerdo	150	23.7
	Algo en Desacuerdo	47	7.4

*Nota.* *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 6***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estilos de Crianza Parental**(Continuación...)*

<i>n</i> = 633	<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Muy en Desacuerdo	44	7.0
2. Mis padres dicen o piensan que uno no debería discutir con los adultos.	Muy de Acuerdo	307	48.5
	Algo de Acuerdo	199	31.5
	Algo en Desacuerdo	85	13.4
	Muy en Desacuerdo	42	6.6
3. Mis padres me animan para que haga lo mejor que pueda en las cosas que yo haga.	Muy de Acuerdo	441	69.7
	Algo de Acuerdo	127	20.1
	Algo en Desacuerdo	31	4.8
	Muy en Desacuerdo	34	5.4
4. Mis padres dicen que uno debería no seguir discutiendo y ceder, en vez de hacer que la gente se moleste con uno.	Muy de Acuerdo	242	38.2
	Algo de Acuerdo	224	35.4
	Algo en Desacuerdo	97	15.3
	Muy en Desacuerdo	70	11.1
5. Mis padres me animan para que piense por mí mismo.	Muy de Acuerdo	386	61.0
	Algo de Acuerdo	140	22.1
	Algo en Desacuerdo	65	10.3
	Muy en Desacuerdo	42	6.6
6. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen la vida “difícil”.	Muy de Acuerdo	98	15.5
	Algo de Acuerdo	135	21.3
	Algo en Desacuerdo	189	29.9
	Muy en Desacuerdo	211	33.3
7. Mis padres me ayudan con mis tareas escolares si hay algo que no entiendo.	Muy de Acuerdo	284	44.9
	Algo de Acuerdo	137	21.6
	Algo en Desacuerdo	93	14.7
	Muy en Desacuerdo	119	18.8
8. Mis padres me dicen que sus ideas son correctas y yo no debería contradecirlas.	Muy de Acuerdo	166	26.3
	Algo de Acuerdo	169	26.7
	Algo en Desacuerdo	161	25.4
	Muy en Desacuerdo	137	21.6
9. Cuando mis padres quieren que haga algo, me explican por qué.	Muy de Acuerdo	278	43.9
	Algo de Acuerdo	181	28.6
	Algo en Desacuerdo	108	17.1
	Muy en Desacuerdo	66	10.4
10. Siempre que discuto con mis padres, me dicen cosas como, “Lo comprenderás mejor cuando seas mayor”.	Muy de Acuerdo	237	37.5
	Algo de Acuerdo	180	28.4
	Algo en Desacuerdo	124	19.6
11. Cuando saco una baja nota en el colegio mis padres me animan a tratar de esforzarme.	Muy en Desacuerdo	92	14.5
	Muy de Acuerdo	345	54.5
	Algo de Acuerdo	139	22.0

*Nota.* *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 6***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estilos de Crianza Parental**(Continuación...)*

<i>n</i> = 633	<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	Algo en Desacuerdo	81	12.8
	Muy en Desacuerdo	68	10.7
12. Mis padres me dejan hacer mis propios planes y decisiones para las cosas que quiero hacer.	Muy de Acuerdo	201	31.8
	Algo de Acuerdo	210	33.2
	Algo en Desacuerdo	136	21.5
	Muy en Desacuerdo	86	13.5
13. Mis padres conocen quiénes son mis amigos.	Muy de Acuerdo	315	49.8
	Algo de Acuerdo	157	24.8
	Algo en Desacuerdo	99	15.6
	Muy en Desacuerdo	62	9.8
14. Mis padres actúan de una manera fría y poco amigable si yo hago algo que no les gusta.	Muy de Acuerdo	171	27.0
	Algo de Acuerdo	179	28.3
	Algo en Desacuerdo	164	25.9
	Muy en Desacuerdo	119	18.8
15. Mis padres dan de su tiempo para hablar conmigo.	Muy de Acuerdo	288	45.5
	Algo de Acuerdo	161	25.4
	Algo en Desacuerdo	100	15.8
	Muy en Desacuerdo	84	13.3
16. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen sentir culpable.	Muy de Acuerdo	101	16.0
	Algo de Acuerdo	109	17.2
	Algo en Desacuerdo	177	28.0
	Muy en Desacuerdo	246	38.8
17. En mi familia hacemos cosas para divertirnos o pasarla bien juntos.	Muy de Acuerdo	329	52.0
	Algo de Acuerdo	163	25.7
	Algo en Desacuerdo	70	11.1
	Muy en Desacuerdo	71	11.2
18. Mis padres no me dejan hacer algo o estar con ellos cuando hago algo que a ellos no les gusta.	Muy de Acuerdo	110	17.4
	Algo de Acuerdo	182	28.8
	Algo en Desacuerdo	171	27.0
	Muy en Desacuerdo	170	26.8
19. En una semana normal, ¿Cuál es la última hora hasta donde puedes quedarte fuera de la casa de lunes a jueves?	No estoy permitido	120	19.0
	Antes de las 8:00	155	24.5
	8:00 a 8:59	126	19.9
	9:00 a 9:59	131	20.7
	10:00 a 10:59	59	9.3
	11:00 a más	27	4.3
	Tan tarde como yo decida	15	2.3
20. En una semana normal, ¿Cuál es la última hora hasta donde puedes quedarte	No estoy permitido	111	17.5
	Antes de las 8:00	93	14.7

*Nota.* *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 6***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Estilos de Crianza Parental**(Continuación...)*

<i>n</i> = 633	<i>Respuesta</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
fuera de la casa en un viernes, o sábado por la noche?	8:00 a 8:59	84	13.3
	9:00 a 9:59	100	15.8
	10:00 a 10:59	96	15.2
	11:00 a más	112	17.7
	Tan tarde como yo decida	37	5.8
21. ¿Qué tanto tus padres tratan de saber a dónde vas en la noche?	No tratan	59	9.3
	Tratan un poco	136	21.5
	Tratan mucho	438	69.2
22. ¿Qué tanto tus padres tratan de saber lo que haces con tu tiempo libre?	No tratan	101	16.0
	Tratan un poco	273	43.1
	Tratan mucho	259	40.9
23. ¿Qué tanto tus padres tratan de saber dónde estás mayormente en las tardes después del colegio?	No tratan	85	13.4
	Tratan un poco	179	28.3
	Tratan mucho	369	58.3
24. ¿Qué tanto tus padres realmente saben de a dónde vas en la noche?	No saben	38	6.0
	Saben un poco	107	16.9
	Saben mucho	488	77.1
25. ¿Qué tanto tus padres realmente saben lo que haces con tu tiempo libre?	No saben	78	12.4
	Saben un poco	261	41.2
	Saben mucho	294	46.4
26. ¿Qué tanto tus padres realmente saben dónde estás mayormente en las tardes después del colegio?	No saben	43	6.8
	Saben un poco	155	24.5
	Saben mucho	435	68.7

*Nota.* *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 6 se presentan las frecuencias y porcentajes de la Escala de Estilos de Crianza Parental, en la que el 61.9% de los participantes señaló que están muy de acuerdo en que pueden contar con la ayuda de sus padres si tienen algún problema, el 48.5% refirió que están muy de acuerdo en que sus padres expresan que no deberían discutir con adultos, el 69.7% está muy de acuerdo en que sus padres los animan para que hagan lo mejor que puedan en las cosas que realicen, el 38.2% señaló estar muy de acuerdo en que sus padres dicen que no deberían seguir discutiendo y ceder, en vez de hacer que la gente se moleste con ellos, seguido del 35.4% que mencionó estar algo de

acuerdo, el 61.0% refirió que está muy de acuerdo en que sus padres los animan para que piensen por ellos mismos.

El 33.3% mencionó estar muy en desacuerdo en que cuando sacan una baja nota en la escuela sus padres les hacen la vida difícil, el 44.9% refirió estar muy de acuerdo en que sus padres los ayudan con sus tareas escolares si hay algo que no entienden, el 26.7% señaló estar algo de acuerdo con que sus padres les dicen que sus ideas son correctas y que no deberían contradecirlas, el 43.9% está muy de acuerdo en que cuando sus padres quieren que hagan algo, le explican por qué, el 37.5% refirió estar muy de acuerdo en que siempre que discuten con sus padres, les dicen que lo comprenderán mejor cuando sean mayores, el 54.5% señaló estar muy de acuerdo en que cuando sacan una baja nota en el colegio sus padres los animan a tratar de esforzarse, el 33.2% mencionó estar algo de acuerdo con que sus padres los dejan hacer sus propios planes y decisiones para las cosas que quieren hacer.

El 49.8% señaló estar muy de acuerdo en que sus padres conocen a sus amigos, el 45.5% mencionó estar muy de acuerdo en que sus padres dan de su tiempo para hablar con ellos, el 38.8% estuvo muy en desacuerdo en que cuando sacan una baja nota en el colegio, sus padres los hacen sentirse culpables, el 52.0% mencionó estar muy de acuerdo en que en sus familia hacen cosas para divertirse o pasarla bien juntos, el 28.8% señaló estar algo de acuerdo en que sus padres no los dejan hacer algo o estar con ellos cuando hacen algo que a ellos no les gusta, el 24.5% dijo que en una semana normal, la última hora hasta donde pueden quedarse fuera de la casa de lunes a jueves es antes de las 8 pm.

El 17.7% señaló que la última hora hasta donde pueden quedarse fuera de la casa en un viernes o sábado por la noche son las 11:00 pm o más, seguido del 17.5% que refirió no estar permitido, el 69.2% dijo que sus padres tratan mucho de saber a dónde van en la noche, 43.1% mencionó que sus padres tratan un poco de saber lo que hacen con su tiempo libre, el 58.3% refirió que sus padres tratan mucho de saber dónde están

mayormente en las tardes después del colegio, el 77.1% señaló que sus padres saben mucho a dónde van en la noche, el 46.4 dijo que sus padres saben mucho lo que hacen con su tiempo libre, y el 68.7% mencionó que sus padres saben mucho dónde están mayormente en las tardes después del colegio.

**Tabla 7**

*Frecuencias y Porcentajes de la Escala de la Calidad de la Amistad*

<i>n</i> =633	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Mi amigo(a) y yo pasamos mucho tiempo libre juntos.	65	10.3	119	18.8	264	41.7	185	29.2
2. Mi amigo(a) y yo hacemos cosas juntos.	41	6.4	77	12.2	286	45.2	229	36.2
3. Mi amigo(a) me da consejos cuando los necesito.	39	6.2	57	9.0	236	37.3	301	47.5
4. Mi amigo(a) y yo nos ayudamos el uno al otro.	22	3.5	43	6.8	220	34.7	348	55.0
5. No hay nada que pueda romper nuestra amistad.	45	7.1	137	21.6	243	38.4	208	32.9
6. Si mi amigo(a) y yo hacemos algo que le molesta al otro nos podemos reconciliar fácilmente.	24	3.8	64	10.1	258	40.8	287	45.3
7. Si mi amigo(a) tuviese que irse o mudarse lo/la extrañaría.	25	3.9	41	6.5	135	21.3	432	68.3
8. Cuando mi amigo(a) y yo nos separamos por un tiempo, lo/la extraño.	40	6.3	68	10.7	184	29.1	341	53.9
9. Cuando mi amigo(a) y yo discutimos, él/ella puede hacerme sentir mal.	152	24.0	183	28.9	190	30.0	108	17.1
10. Mi amigo(a) me molesta o me hace enojar aunque le pida que no lo haga.	267	42.2	285	29.2	124	19.6	57	9.0
11. A veces parece que a	239	37.8	195	30.8	125	19.7	74	11.7

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 7***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de la Calidad de la Amistad (Continuación...)*

<i>n=633</i>	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
mí me importa más nuestra amistad, que a mi amigo(a).								
12. Mi amigo(a) y yo jugamos juntos, en los recreos o cuando tenemos tiempo.	73	11.5	76	12.0	235	37.1	249	39.4
13. Cuando tenemos tiempo libre, ya sea en la escuela o en otro lugar, mi amigo(a) y yo jugamos o hacemos algo juntos.	38	6.0	55	8.7	248	39.2	292	46.1
14. Sí otros chicos me molestan mi amigo(a) me ayudará.	19	3.0	47	7.4	220	34.8	347	54.8
15. Mi amigo/a me ayuda cuando tengo algún problema.	21	3.3	36	5.7	225	35.5	351	55.5
16. Si algo me molesta se lo cuento a mi amigo(a).	41	6.5	89	14.1	199	31.4	304	48.0
17. Somos amigos aunque yo no le importe a otras personas.	60	9.5	96	15.2	233	36.8	244	38.5
18. Me siento contento(a) cuando estoy con mi amigo(a).	24	3.8	30	4.7	199	31.5	380	60.0
19. Pienso en mi amigo(a) cuando estoy con él/ella como también cuando no está conmigo.	46	7.3	111	17.5	240	37.9	236	37.3
20. Mi amigo(a) y yo podemos discutir mucho.	222	35.1	202	31.9	112	17.7	97	15.3
21. A veces con mi amigo nos peleamos mal.	252	39.9	206	32.5	109	17.2	66	10.4
22. Pienso en cosas para hacer juntos más veces que él/ella.	83	13.1	181	28.6	211	33.3	158	25.0
23. Mi amigo/a y yo nos visitamos después de la escuela y los fines de	147	23.2	155	24.5	163	25.8	168	26.5

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 7***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de la Calidad de la Amistad (Continuación...)*

<i>n=633</i>	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
semana.								
24. Si alguien me trata mal o me amenaza mi amigo(a) me ayudaría.	28	4.4	61	9.6	227	35.9	317	50.1
25. Mi amigo(a) se pondría de mi lado si otro chico buscara problemas conmigo.	30	4.7	43	6.8	215	34.0	345	54.5
26. Después de una pelea nos amigamos fácilmente.	36	5.7	59	9.3	224	35.4	314	49.6
27. Cuando hago algo bien mi amigo(a) se pone contento(a).	30	4.8	42	6.6	218	34.4	343	54.2
28. A veces mi amigo(a) hace cosas por mí que me hacen sentir importante.	41	6.5	54	8.5	208	32.9	330	52.1
29. Puedo insultar a mi amigo(a) y decirle cosas que le duelan, cuando estoy enojado con él/ella.	269	42.5	184	29.1	107	16.9	73	11.5
30. Cuando peleamos con mi amigo(a) podemos llegar a pegarnos.	359	56.7	136	21.5	82	13.0	56	8.8
31. Ser amigos es más importante para mí que para mi amigo(a).	213	33.6	196	31.0	129	20.4	95	15.0
32. Cuando me olvido de traer el almuerzo o necesito plata (dinero), mi amigo/a me ayuda.	47	7.4	57	9.0	228	36.0	301	47.6
33. Sé que soy muy importante para mi amigo(a).	30	4.7	58	9.2	243	38.4	302	47.7

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 7 se muestran Frecuencias y Porcentajes de la Escala de la Calidad de la Amistad, el 41.7% de los participantes señaló estar de acuerdo en que su amigo y él pasan mucho tiempo libre juntos, el 45.2% mencionó estar de acuerdo en que su



amigo y él hacen cosas juntos, el 47.5% refirió estar totalmente de acuerdo en que su amigo le da consejos cuando los necesita, el 55.0% dijo estar totalmente de acuerdo en que su amigo y él se ayudan mutuamente, el 38.4% señaló estar de acuerdo en que no hay nada que pueda romper su amistad, el 45.3% está totalmente de acuerdo en que si su amigo o él hacen algo que le moleste al otro, se pueden reconciliar fácilmente, el 68.3% mencionó estar totalmente de acuerdo que si su amigo tuviese que irse o mudarse lo extrañaría.

El 53.9% señaló estar totalmente de acuerdo en que cuando él y su amigo se separan por un tiempo, lo extraña, el 30.0% refirió estar de acuerdo en que cuando su amigo y él discuten, su amigo puede hacerlo sentir mal, el 42.2% mencionó estar totalmente en desacuerdo en que su amigo lo molesta o lo hace enojar aunque le pida que no lo haga, el 37.8% dijo estar totalmente en desacuerdo en que a veces parece que a él le importa más su amistad que a su amigo, el 39.4% señaló estar totalmente de acuerdo en que su amigo y él juegan juntos, en los recreos o cuando tienen tiempo libre, el 46.1% mencionó estar totalmente de acuerdo en que cuando tienen tiempo libre, ya sea en la escuela o en otro lugar, él y su amigo juegan o hacen algo juntos.

El 54.8% refirió estar totalmente de acuerdo en que si otros chicos lo molestan, su amigo lo ayudará, el 55.5% dijo estar totalmente de acuerdo en que su amigo lo ayuda cuando tiene algún problema, el 48.0% mencionó estar totalmente de acuerdo en que si algo le molesta se lo cuenta a su amigo, el 38.5% señaló estar totalmente de acuerdo en que son amigos aunque él no le importe a otras personas, el 60.0% refirió estar totalmente de acuerdo en que se siente contento cuando está con su amigo, el 37.9% dijo estar de acuerdo en que piensa en su amigo cuando está con él, como también cuando no está con él, el 35.1% mencionó estar totalmente en desacuerdo en que su amigo y él pueden discutir mucho, el 39.9% señaló estar totalmente en desacuerdo en que a veces él y su amigo se pelean.

El 33.3% refirió estar de acuerdo en que piensa en cosas para hacer juntos más veces que su amigo, el 26.5% mencionó estar totalmente de acuerdo en que su amigo y él se visitan después de la escuela y los fines de semana, el 50.1% dijo estar totalmente de acuerdo en que si alguien lo trata mal o lo amenaza, su amigo lo ayudaría, el 54.5% refirió estar totalmente de acuerdo en que su amigo se pondría de su lado si otro chico buscara problemas con él, el 49.6% mencionó estar totalmente de acuerdo en que después de las peleas se amigan fácilmente, el 54.2% señaló estar totalmente de acuerdo en que cuando hace algo bien su amigo se pone contento, el 42.5% refirió estar totalmente en desacuerdo en que puede insultar a su amigo y decirle cosas que le duelan, cuando está enojado con él.

El 56.7% dijo estar totalmente en desacuerdo en que cuando pelea con su amigo, pueden llegar a pegarse, el 33.6% mencionó estar totalmente en desacuerdo en que ser amigos es más importante para él que para su amigo, el 47.6% refirió estar totalmente de acuerdo en que cuando se olvida de traer el almuerzo o necesita dinero su amigo le ayuda, el 47.7% mencionó estar totalmente de acuerdo en que sabe que es muy importante para su amigo.

### Tabla 8

*Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Conducta Prosocial Adolescente*

<i>n</i> = 633	Nunca		Alguna vez		Muchas Veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Presto algo por un tiempo si alguien necesita algo que yo tengo.	27	4.3	98	15.5	117	18.5	201	31.7	190	30.0
2. Pongo la mesa a la hora del almuerzo/cena.	69	10.8	198	31.3	115	18.2	129	20.4	122	19.3
3. Ayudo a un compañero a estudiar cuando le cuesta un tema.	39	6.2	149	23.4	115	18.2	165	26.1	165	26.1

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 8***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Conducta Prosocial Adolescente**(Continuación...)*

Ítems	<i>n</i> = 633		Nunca		Alguna vez		Muchas Veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. Mis compañeros me consideran una persona amigable.	26	4.2	112	17.7	118	18.6	187	29.5	190	30.0		
5. Doy ánimo cuando un compañero está triste o cansado.	27	4.4	87	13.7	95	15.0	137	21.6	287	45.3		
6. Si encuentro una persona mayor con bolsas del supermercado, la ayudo.	42	6.6	117	18.5	122	19.3	135	21.3	217	34.3		
7. Hago regalos, aunque sean detalles.	43	6.8	141	22.3	119	18.8	124	19.6	206	32.5		
8. En un trabajo práctico, incluyo a quienes no están en ningún grupo.	42	6.6	131	20.7	133	21.0	138	21.8	189	29.9		
9. Explico un concepto a quién no haya entendido.	29	4.6	119	18.8	135	21.3	152	24.0	198	31.3		
10. Ordeno el aula antes de retirarme.	81	12.8	166	26.2	124	19.6	117	18.5	145	22.9		
11. Felicito a otro cuando tiene una buena idea o hace algo bien.	30	4.6	89	14.1	127	20.1	146	23.1	241	38.1		
12. Me acerco a hablar con un compañero que es nuevo en la escuela.	58	9.2	156	24.6	103	16.3	131	20.7	185	29.2		
13. Ayudo a el (la) profesor(a) cuando está muy cargado(a) y no puede llevar sus cosas.	74	11.6	182	28.8	113	17.9	103	16.3	161	25.4		
14. Ayudo a un compañero si se quedó en el dictado o tomando apuntes.	27	4.2	110	17.4	113	17.9	154	24.3	229	36.2		
15. Participo en actividades solidarias.	51	8.1	156	24.6	113	17.9	128	20.2	185	29.2		

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 8***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Conducta Prosocial Adolescente**(Continuación...)*

Ítems	<i>n</i> = 633		Nunca		Alguna vez		Muchas Veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
16. Defiendo a un compañero cuando está siendo agredido.	22	3.4	88	13.9	103	16.3	151	23.9	269	42.5		
17. Invito a mis compañeros a las actividades sociales, no sólo a mi grupo de amigos.	56	8.9	133	21.0	119	18.8	133	21.0	192	30.3		
18. Ayudo a una persona si se tropieza o se cae.	21	3.3	98	15.5	129	20.4	149	23.5	236	37.3		
19. Consuelo a un compañero que está llorando.	33	5.2	85	13.4	120	19.0	138	21.8	257	40.6		
20. Saco la basura cuando es necesario, sin que me lo pidan.	52	8.2	133	21.0	126	19.9	133	21.0	189	29.9		
21. Presto mis fotocopias si un compañero necesita.	29	4.6	85	13.4	128	20.2	152	24.0	239	37.8		
22. Escucho atentamente los problemas de mis amigos cuando quieren desahogarse.	22	3.5	60	9.5	97	15.3	111	17.5	343	54.2		
23. Escucho a personas que necesitan ser oídas.	30	4.8	54	8.5	106	16.7	126	19.9	317	50.1		
24. Acompaño a un compañero si veo que está solo.	32	5.1	97	15.3	112	17.7	128	20.2	264	41.7		
25. Felicito a un compañero cuando se saca una buena nota.	35	5.5	88	13.9	96	15.2	137	21.6	277	43.8		
26. Aporto información cuando me realizan una consulta.	28	4.4	89	14.1	121	19.1	158	25.0	137	37.4		
27. Intento hacer reír a alguien que está triste.	33	5.2	58	9.2	103	16.3	125	19.7	314	49.6		

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

**Tabla 8***Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Conducta Prosocial Adolescente**(Continuación...)*

<i>n</i> = 633	Nunca		Alguna vez		Muchas Veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
28. Apoyo la propuesta de un compañero y lo incentivo.	27	4.3	83	13.1	130	20.5	161	25.4	232	36.7
29. Interactúo con los compañeros nuevos.	60	9.5	138	21.8	102	16.1	140	22.1	193	30.5
30. Pido a mis compañeros que dejen de conversar cuando habla el profesor.	122	19.3	148	23.4	113	17.9	94	14.8	156	24.6

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 8 se muestran Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Conducta Prosocial Adolescente, en la cual, el 31.7% de los participantes refirió que casi siempre prestan algo que ellos tienen por un tiempo si alguien lo necesita, el 31.3% señaló que alguna vez ponen la mesa a la hora del almuerzo, el 26.1% mencionó que siempre ayudan a un compañero a estudiar cuando se les dificulta, seguido del mismo porcentaje (26.1%) que señaló que lo hacen casi siempre, el 30.0% dijo que sus compañeros siempre lo consideran una persona amigable, el 45.3% refirió que dan ánimo cuando un compañero está triste o cansado, el 34.3% señaló que si encuentran una persona mayor con bolsas del supermercado, siempre lo ayudan, el 32.5% mencionó que siempre hacen regalos, aunque sean detalles, el 29.9% dijo que en un trabajo práctico, siempre incluyen a quienes no están en ningún grupo.

El 31.3% señaló que siempre explican un concepto a quien no haya entendido, el 26.2% mencionó que alguna vez ordenaron el aula antes de retirarse, el 38.1% refirió que siempre felicitan a otro cuando tiene una buena idea o hace algo bien, el 29.2% dijo que siempre se acercan a hablar con un compañero que es nuevo en la escuela, el 28.8%

señaló que alguna vez ayudaron al profesor cuando estaba muy cargado y no podía llevar sus cosas, el 36.2% mencionó que siempre ayudan a un compañero si se queda con el dictado o tomando apuntes, el 29.2% refirió que siempre participan en actividades solidarias, el 42.5% dijo que siempre defienden a un compañero cuando está siendo agredido.

El 30.3% refirió que siempre invitan a sus compañeros a las actividades sociales, no solo a su grupo de amigos, el 37.3% mencionó que siempre ayudan a una persona si se tropieza o se cae, el 40.6% dijo que siempre consuelan a un compañero que está llorando, el 29.9% señaló que siempre sacan la basura cuando es necesario, sin que se lo pidan, el 37.8% indicó que siempre prestan sus fotocopias a un compañero si las necesita, el 54.2% refirió que siempre escuchan atentamente los problemas de sus amigos cuando quieren desahogarse, el 50.1% mencionó que siempre escuchan a personas que necesitan ser oídas, el 41.7% dijo que siempre acompañan a un compañero si ven que está solo, el 43.8% señaló que siempre felicitan a un compañero cuando saca una buena nota, el 37.4% refirió que siempre aportan información cuando le realizan una consulta, el 49.6% indicó que siempre intentan hacer reír a alguien que está triste, el 36.7% mencionó que siempre apoyan la propuesta de un compañero y lo incentivan, el 30.5% dijo que siempre interactúan con los compañeros nuevos, el 24.6% señaló que siempre piden a sus compañeros que dejen de conversar cuando habla el profesor.

## Estadística inferencial

### Tabla 9

*Prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las*

*Variables Continuas o Numéricas*

VARIABLES	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Min</i>	Valor <i>Max</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Edad en años cumplidos.	633	13.30	13.00	.86	11.00	15.00	.24	.001

*Nota.* *n*= total de observaciones,  $\bar{X}$  = media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estandar, *Min*= mínimo, *Max*= máximo, *D<sup>a</sup>*= Estadístico de K-S, *p*= nivel de significancia alcanzado.

**Tabla 9**

*Prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las*

*Variables Continuas o Numéricas (Continuación...)*

VARIABLES	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Min</i>	Valor <i>Max</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>P</i>
Edad de consumo de alcohol por primera vez.	185	12.35	12.00	1.23	9.00	15.00	.18	.001
Cantidad de bebidas en un día típico.	633	.40	.00	.85	0.00	10.00	.38	.001
Edad de consumo de tabaco por primera vez.	56	12.39	13.00	1.34	9.00	14.00	.22	.001
Cantidad de cigarros en un día típico.	633	.15	.00	.93	0.00	20.00	.47	.001
Edad de consumo de marihuana por primera vez.	19	12.84	13.00	.58	12.00	14.00	.23	.008
Cantidad de fumadas de marihuana en un día típico.	633	.04	.00	.26	0.00	3.00	.53	.001
Edad de consumo de cocaína por primera vez.	3	13.67	13.00	1.15	13.00	15.00	.38	0
Cantidad de inhaladas de cocaína en un día típico.	633	.01	.00	.13	0.00	3.00	.51	.001
Edad de consumo de inhalables por primera vez.	53	12.74	13.07	1.21	10.00	15.00	.18	.001
Cantidad de inhaladas en un día típico.	633	.34	.00	2.68	0.00	50.00	.46	.001
Autoestima.	633	56.86	56.66	12.97	6.67	93.33	.12	.001
Religiosidad.	633	43.54	45.45	23.84	.00	100.00	.04	.001
Autoeficacia.	633	81.53	89.33	20.62	.00	100.00	.18	.001
Calidad de la Amistad.	633	64.20	65.65	15.37	.00	100.00	.06	.001

*Nota.* *n*= total de observaciones,  $\bar{X}$  = media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estandar, *Min*= mínimo, *Max*= máximo, *D<sup>a</sup>*= Estadístico de K-S, *p*= nivel de significancia alcanzado

**Tabla 9**

*Prueba de Normalidad Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para las*

*Variables Continuas o Numéricas (Continuación...)*

Variabes	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor <i>Min</i>	Valor <i>Max</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>P</i>
Crianza Parental.	633	62.01	62.82	12.30	16.67	89.74	.06	.001
Conducta Prosocial.	633	65.07	67.50	22.18	.00	100.00	.06	.001

*Nota.* *n*= total de observaciones,  $\bar{X}$  = media, *Mdn*= mediana, *DE*= desviación estandar, *Min*= mínimo, *Max*= máximo, *D<sup>a</sup>*= Estadístico de K-S, *p*= nivel de significancia alcanzado.

En la Tabla 9, se muestra la prueba de normalidad realizada a las variables continuas del estudio, que se determinó a través de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Se observa que la mayoría de las variables no presentaron normalidad ( $p < .05$ ), por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Respecto a la edad en años cumplidos se observa una media de 13.30 años (*DE*= .86), la media de edad de consumo de alcohol por primera vez fue de 12.35 años (*DE*= 1.23), en cuanto a la cantidad de consumo de bebidas en un día típico, la media fue de 0.40 bebidas (*DE*= .85). La media de edad de consumo de tabaco por primera vez fue de 12.39 (*DE*= 1.34), respecto a la cantidad de cigarros consumidos en un día típico se obtuvo una media de .15 (*DE*= .93). La media de edad de consumo de marihuana por primera vez fue de 12.84 (*DE*= .58), en relación a la cantidad de fumadas de marihuana en un día típico la media fue de .04 (*DE*= .26). La media de edad de consumo de cocaína por primera vez fue de 13.67 (*DE*= 1.15), en cantidad de inhaladas de cocaína en un día típico la media fue de .01 (*DE*= .13). La media de edad de consumo de inhalables por primera vez fue de 12.74 (*DE*= 1.21), respecto a la cantidad de inhaladas en un día típico se obtuvo una media de .34 (*DE*= 2.68).

Respecto a la autoestima se obtuvo una media de 56.86 (*DE*= 12.97), en religiosidad fue de 43.54 (*DE*= 23.84), en autoeficacia de 81.53 (*DE*= 20.62), en calidad



de la amistad de 64.20 ( $DE= 15.37$ ), en estilo de crianza parental de 62.01 ( $DE= 12.30$ ) y finalmente en conducta prosocial fue de 65.07 ( $DE= 22.18$ ).

Para dar respuesta al objetivo específico 1 que fue describir las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables por sexo y edad de los adolescentes que estudian secundaria, los resultados se muestran en las tablas 10 a la 24.

**Tabla 10**

*Prevalencias de Consumo de Alcohol*

Prevalencia $n = 633$	Si		No		IC 95%	
	$f$	%	$f$	%	LI	LS
Consumo de alcohol antes del último año.	185	29.2	448	70.8	26.0	33.0
Consumo de alcohol en el último año.	186	29.4	447	70.6	26.0	33.0
Consumo de alcohol en el último mes.	85	13.4	548	86.6	11.0	16.0
Consumo de alcohol en la última semana.	43	6.8	590	93.2	5.0	9.0

*Nota.*  $f$ = frecuencia, %= porcentaje,  $n$ = total de observaciones, IC 95%= Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

En la Tabla 10 se muestra las prevalencias de consumo de alcohol de los estudiantes. Respecto del consumo antes del último año, más de la mitad de los participantes (70.8%) refirió no consumir, al igual que en el consumo de alcohol en el último año, en el que el 70.6% señaló no consumir, respecto al consumo de alcohol en el último mes el 86.6% mencionó no consumir y en relación al consumo en la última semana, el 93.2% de los participantes no consumió.

**Tabla 11**

*Prevalencias de Consumo de Tabaco*

Prevalencia $n = 633$	Si		No		IC 95%	
	$f$	%	$f$	%	LI	LS
Consumo de tabaco antes del último año.	56	8.8	577	91.2	7.0	11.0
Consumo de tabaco en el último año.	45	7.1	588	92.9	5.0	9.0

*Nota.*  $f$ = frecuencia, %= porcentaje,  $n$ = total de observaciones, IC 95%= Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

**Tabla 11***Prevalencias de Consumo de Tabaco (Continuación...)*

Prevalencia <i>n</i> =633	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Consumo de tabaco en el último mes.	23	3.6	610	96.4	2.0	5.0
Consumo de tabaco en la última semana.	12	1.9	621	98.1	1.0	3.0

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones, IC 95%= Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

En la Tabla 11 se muestra las prevalencias de consumo de tabaco de los estudiantes que estudian secundaria. Respecto del consumo antes del último año, el 91.2% refirió no consumir, cifra muy similar a la prevalencia del último año, en el que el 92.9% señaló no consumir, respecto al último mes, el 96.4% mencionó no consumir y en relación al consumo en la última semana, el 98.1% de los participantes indicó no consumir.

**Tabla 12***Prevalencias de Consumo de Marihuana*

Prevalencia <i>n</i> =633	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Consumo de marihuana antes del último año.	19	3.0	614	97.0	2.0	4.0
Consumo de marihuana en el último año.	17	2.7	616	97.3	1.0	4.0
Consumo de marihuana en el último mes.	10	1.6	623	98.4	1.0	3.0
Consumo de marihuana en la última semana.	8	1.3	625	98.7	0.0	2.0

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones, IC 95%= Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior.

En la Tabla 12 se muestra las prevalencias de consumo de marihuana de los estudiantes. Respecto del consumo antes del último año, el 97.0% de los participantes refirió no consumir, en relación al último año el 97.3% señaló no consumir, en el último

mes el 98.4% mencionó no consumir y en la última semana, el 98.7% de los participantes no consumió.

**Tabla 13**

*Prevalencias de Consumo de Cocaína*

Prevalencia <i>n</i> =633	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo de cocaína antes del último año.	3	.5	630	99.5	0.0	1.0
Consumo de cocaína en el último año.	3	.5	630	99.5	0.0	1.0
Consumo de cocaína en el último mes.	3	.5	630	99.5	0.0	1.0
Consumo de cocaína en la última semana.	3	.5	630	99.5	0.0	1.0

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones, IC 95%= Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, *LI*= Límite Inferior, *LS*= Límite Superior.

En la Tabla 13 se muestra las prevalencias de consumo de cocaína de los estudiantes. Respecto a las prevalencias de consumo de cocaína antes del último año, en el último año, en el último mes y en la última semana, el 99.5% de los participantes refirió no consumir respectivamente.

**Tabla 14**

*Prevalencias de Consumo de Inhalables*

Prevalencia <i>n</i> =633	Si		No		IC 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo de inhalables antes del último año.	53	8.4	580	91.6	6.0	11.0
Consumo de inhalables en el último año.	52	8.2	581	91.8	6.0	10.0
Consumo de inhalables en el último mes.	41	6.5	592	93.5	5.0	8.0
Consumo de inhalables en la última semana.	31	4.9	602	95.1	3.0	7.0

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje, *n*= total de observaciones, IC 95%= Intervalo de Confianza del 95% para el % de respuestas afirmativas, *LI*= Límite Inferior, *LS*= Límite Superior.

En la Tabla 14 se muestra las prevalencias de consumo de inhalables de los estudiantes. Respecto del consumo antes del último año, el 91.6% de los participantes

refirió no consumir, en el último año el 91.8% señaló no consumir, en el último mes el 93.5% mencionó no consumir y en la última semana, el 95.1% indicó no consumir.

**Tabla 15**

*Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria por Sexo*

Prevalencia <i>n</i> = 633	Femenino				Masculino				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	97	52.4	222	49.6	88	47.6	226	50.4	.434	.510
En el último año.	95	51.1	224	50.1	91	48.9	223	49.9	.049	.825
En el último mes.	48	56.5	271	49.5	37	43.5	277	50.5	1.450	.229
En la última semana.	24	55.8	295	50.0	19	44.2	295	50.0	.542	.542

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 15 se analizaron las diferencias de las prevalencias de consumo de alcohol en adolescentes de secundaria por sexo, realizadas a través de la prueba de Chi Cuadrada de Pearson. Se observa que no existen diferencias significativas en ninguna de las prevalencias (antes del último año, en el último año, en el último mes y en la última semana) por sexo. Sin embargo, se obtuvieron menores proporciones en el sexo masculino en las cuatro prevalencias.

**Tabla 16**

*Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Secundaria por Sexo*

Prevalencia <i>n</i> = 633	Femenino				Masculino				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	31	55.4	288	49.9	25	44.6	289	50.1	.605	.437

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

**Tabla 16**

*Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Secundaria por Sexo (Continuación...)*

Prevalencia <i>n</i> = 633	Femenino				Masculino				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
En el último año.	23	51.1	296	50.3	22	48.9	292	49.7	.010	.921
En el último mes.	12	52.2	11	47.8	307	50.3	303	49.7	.030	.862
En la última semana.	7	58.3	312	50.2	5	41.7	309	49.8	.308	.579

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 16 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson sobre diferencias de las prevalencias de consumo de tabaco, en adolescentes de secundaria por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa en ninguna de las prevalencias (antes del último año, en el último año, en el último mes y en la última semana) por sexo. Sin embargo, las cuatro prevalencias son un poco más bajas en el sexo masculino.

**Tabla 17**

*Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria por Sexo*

Prevalencia <i>n</i> = 633	Femenino				Masculino				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	11	57.9	308	50.2	8	42.1	306	49.8	.441	.507
En el último año.	10	58.8	309	50.2	7	41.2	307	49.8	.496	.481
En el último mes.	6	60.0	313	50.2	4	40.0	310	49.8	.375	.540
En la última semana.	4	50.0	315	50.4	4	50.0	310	49.6	.001	.982

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 17 se muestra la prueba de Chi Cuadrada de Pearson, sobre las diferencias de las prevalencias de consumo de marihuana en adolescentes de secundaria, por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa en ninguna de las prevalencias (antes del último año, en el último año, en el último mes y en la última semana) por sexo. Sin embargo, se observa que los hombres son los que consumen en menor proporción.

### Tabla 18

*Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Cocaína en Estudiantes de Secundaria por Sexo*

Prevalencia <i>n</i> = 633	Femenino				Masculino				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	3	100	316	50.2	0	0.0	314	49.8	2.967	.085
En el último año.	2	66.7	317	50.3	1	33.3	313	49.7	.319	.572
En el último mes.	2	66.7	317	50.3	1	33.3	313	49.7	.319	.572
En la última semana	2	66.7	317	50.3	1	33.3	313	49.7	.319	.572

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 18 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson sobre las diferencias de las prevalencias de consumo de cocaína, en adolescentes de secundaria por sexo. Se observa que no existen diferencias significativas en ninguna de las prevalencias (antes del último año, en el último año, en el último mes y en la última semana) por sexo. Aunque se observa que los hombres son los que consumen en menor proporción que las mujeres.

**Tabla 19**

*Chi Cuadrada de Pearson para Prevalencias de Consumo de Inhalantes en Estudiantes de Secundaria por Sexo*

Prevalencia <i>n</i> = 633	Femenino				Masculino				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	29	54.7	290	50.0	24	45.3	290	50.0	.432	.511
En el último año.	29	55.8	290	49.9	23	44.2	291	50.1	.655	.418
En el último mes.	21	51.2	298	50.3	20	48.8	294	49.7	.012	.913
En la última semana.	15	48.4	304	50.5	16	51.6	298	49.5	.053	.819

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 19, se muestra la prueba de Chi Cuadrada de Pearson sobre las diferencias de las prevalencias de consumo de inhalantes, en adolescentes de secundaria por sexo. Se observa que no existe diferencia significativa en ninguna de las clasificaciones temporales por sexo. Sin embargo, se observa que los hombres consumen en menor proporción antes del último año, en el último año y en el último mes, solo en la última semana, las mujeres consumieron en menor proporción que los hombres.

**Tabla 20**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años				13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>
	Si		No		Si		No		Si		No			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	23	12.4	84	18.8	67	36.2	214	47.8	95	51.4	150	33.5	17.8	.001
En el	16	8.6	91	20.4	75	40.3	206	46.1	95	51.1	150	33.6	22.1	.001

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

**Tabla 20**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad (Continuación...)*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>		
	Si		No		Si		No		Si				No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%			<i>f</i>	%
último año.	8	9.4	99	18.1	31	36.5	250	45.6	46	54.1	199	36.3	10.6	.005
último mes.	3	7.0	104	17.6	18	41.9	263	44.6	22	51.2	223	37.8	4.6	.100
última semana.														

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 20 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson de las diferencias de las prevalencias de consumo de alcohol, en adolescentes de secundaria por grupo de edad. Se observa que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol antes del último año ( $\chi^2 = 17.82$ , *p*= .001), en el último año ( $\chi^2 = 22.12$ , *p*= .001) y en el último mes ( $\chi^2 = 10.67$ , *p*= .005). El grupo de 11 a 12 años, son los que consumen alcohol en menor proporción que los de 13 y 14 a 15 años. Sin embargo, aunque no se encontró diferencia estadística significativa en la prevalencia de consumo en la última semana, también se observa que el grupo de 11 a 12 años son los que consumen en menor proporción.

**Tabla 21**

*Chi Cuadrado de Pearson de Prevalencias de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>		
	Si		No		Si		No		Si				No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%			<i>f</i>	%
Antes del último año.	4	7.1	103	17.9	20	35.7	261	45.2	32	57.1	213	36.9	9.90	.007
En el último	2	4.4	105	17.9	12	26.7	269	45.7	31	68.9	214	36.4	19.28	.001

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.



**Tabla 21**

*Chi Cuadrado de Pearson de Prevalencias de Consumo de Tabaco en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad (Continuación...)*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
año.														
En el último mes.	0	0.0	107	17.5	8	34.8	273	44.8	15	65.2	230	37.7	8.86	.012
En la última semana.	0	0.0	107	17.2	5	41.7	276	44.4	7	58.3	238	38.3	3.30	.192

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 21 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson de las diferencias de las prevalencias de consumo de tabaco en adolescentes de secundaria por grupo de edad. Se observa que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de tabaco antes del último año ( $\chi^2= 9.90$ , *p*= .007), en el último año ( $\chi^2= 19.28$ , *p*= .001) y en el último mes ( $\chi^2 = 8.86$ , *p*= .012). Observando en estas prevalencias que el grupo de 11 a 12 años son los que consumen tabaco en menor proporción que los de 13 y 14 a 15 años. Sin embargo, aunque no se encontró diferencia estadística significativa en la prevalencia de consumo en la última semana, también se observa que el grupo de 11 a 12 años son los que consumen en menor proporción.

**Tabla 22**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	0	0.0	107	17.4	8	42.1	273	44.5	11	57.9	234	38.1	5.19	.074
En el último año.	0	0.0	107	17.4	4	23.5	277	45.0	13	76.5	232	37.7	11.10	.004
En el último mes.	0	0.0	107	17.2	2	20.0	279	44.8	8	80.0	237	38.0	7.55	.023

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

**Tabla 22**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Marihuana en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad (Continuación...)*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años		14 -15 años		$\chi^2$	<i>p</i>						
	Si	No	Si	No	Si	No								
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%								
En la última semana.	0	0.0	107	17.1	2	25.0	279	44.6	6	75.0	239	38.2	4.81	.090

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 22 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson de las diferencias de las prevalencias de consumo de marihuana en adolescentes de secundaria por grupo de edad. Se observa que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de marihuana en el último año ( $\chi^2 = 11.10$ , *p*= .004) y en el último mes ( $\chi^2 = 7.55$ , *p*= .023). Observando en estas prevalencias que el grupo de 11 a 12 años son los que consumen marihuana en menor proporción que los de 13 y 14 a 15 años. Sin embargo aunque no se encontró diferencia estadística significativa en la prevalencia de consumo antes del último año y en la última semana, también se observa que el grupo de 11 a 12 años son los que consumen en menor proporción.

**Tabla 23**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Cocaína en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años		14 -15 años		$\chi^2$	<i>p</i>						
	Si	No	Si	No	Si	No								
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%								
Antes del último año.	0	0.0	107	17.0	2	66.7	279	44.3	1	33.3	244	38.7	.869	.648
En el último año.	0	0.0	107	17.0	2	66.7	279	44.3	1	33.3	244	38.7	.869	.648
En el último mes.	0	0.0	107	17.0	2	66.7	279	44.3	1	33.3	244	38.7	.869	.648

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

**Tabla 23**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Cocaína en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad (Continuación...)*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
En la última semana.	0	0.0	107	17.0	2	66.7	279	44.3	1	33.3	244	38.7	.869	.648

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 23 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson de las diferencias de las prevalencias de consumo de cocaína en adolescentes de secundaria por grupo de edad. Se observa que no existen diferencias significativas en ninguna de las prevalencias. Sin embargo, el grupo de 11 a 12 años son los que no reportaron consumo de esta sustancia en ninguna de las características temporales.

**Tabla 24**

*Chi Cuadrada de Pearson de Prevalencias de Consumo de Inhalables en Estudiantes de Secundaria por Grupo de Edad*

Prevalencia <i>n</i> = 633	11 - 12 años		13 años				14 -15 años				$\chi^2$	<i>p</i>		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No						
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Antes del último año.	3	5.7	104	17.9	18	34.0	263	45.3	32	60.4	213	36.7	12.76	.002
En el último año.	2	3.8	105	18.1	18	34.6	263	45.3	32	61.5	213	36.7	14.56	.001
En el último mes.	1	2.4	106	17.9	12	29.3	269	45.4	28	68.3	217	36.7	17.6	.001
En la última semana.	1	3.2	106	17.6	8	25.8	273	45.3	22	71.0	223	37.0	14.9	.001

*Nota.* *f*= frecuencia, %= porcentaje,  $\chi^2$ = Chi Cuadrada de Pearson, *p*= nivel de significancia alcanzado, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 24 se muestra la prueba Chi Cuadrada de Pearson de las diferencias de las prevalencias de consumo de inhalables en adolescentes de secundaria por grupo de edad. Se observa que existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo de inhalables antes del último año ( $\chi^2 = 12.76$ , *p*= .002), en el último año

( $\chi^2 = 14.56, p = .001$ ), en el último mes ( $\chi^2 = 17.6, p = .001$ ) y en la última semana ( $\chi^2 = 14.9, p = .001$ ). Observando que en estas prevalencias el grupo de 11 a 12 años son los que consumen inhalables en menor proporción que los de 13 y 14 a 15 años.

Para dar respuesta al objetivo específico 2 que fue analizar la relación de la autoestima, religiosidad, autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas, estilo de crianza parental, la calidad de la amistad y la conducta prosocial en adolescentes que estudian secundaria. Para ello, se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman, los resultados se presentan en la Tabla 25.

**Tabla 25**

*Coeficiente de Correlación de Spearman para las Variables Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol Tabaco y Drogas, Estilo de Crianza Parental, Calidad de la Amistad y Conducta Prosocial en Adolescentes que Estudian Secundaria*

Variable <i>n</i> = 633		Autoestima	Religiosidad	Autoeficacia	Crianza parental	Calidad de la amistad	Conducta prosocial
Autoestima	$r_s$	1.00					
	$p$						
Religiosidad	$r_s$	.012	1.00				
	$p$	(.755)					
Autoeficacia	$r_s$	.112**	-.072	1.00			
	$p$	(.005)	(.069)				
Crianza parental	$r_s$	.122**	.223**	.014	1.00		
	$p$	(.002)	(.001)	(.720)			
Calidad de la amistad	$r_s$	.208**	.223**	.064	.243**	1.00	
	$p$	(.001)	(.001)	(.108)	(.001)		
Conducta prosocial	$r_s$	.188**	.279**	.158**	.245**	.528**	1.00
	$p$	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	(.001)	

*Nota.* \*\*= Correlación significativa a 0.01, \*= Correlación significativa a 0.05,  $r_s$ = Coeficiente de Correlación de Spearman,  $n$ = Total de observaciones,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

En la Tabla 25 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman de los índices de las variables del estudio. Se observa relación positiva significativa de la autoestima con la autoeficacia ( $r_s = .112, p = .005$ ), con el estilo de crianza parental ( $r_s = .122, p = .002$ ), con la calidad de la amistad ( $r_s = .208, p = .001$ ) y con la conducta prosocial ( $r_s = .188, p = .001$ ). Lo que indica que a mayor autoestima mayor es la

autoeficacia, mejor estilo de crianza parental, mayor calidad de la amistad y la conducta prosocial.

Así mismo, se encontró relación positiva significativa la religiosidad con el estilo de crianza parental ( $r_s = .223, p = .001$ ), con la calidad de la amistad ( $r_s = .223, p = .001$ ) y con la conducta prosocial ( $r_s = .279, p = .001$ ). Lo que indica que a más alta religiosidad mejor estilo de crianza parental, mayor calidad de la amistad y la conducta prosocial. También se muestra relación de la autoeficacia con la conducta prosocial ( $r_s = .158, p = .001$ ). Lo que indica que a mayor autoeficacia mayor conducta prosocial.

Igualmente, el estilo de crianza parental se relacionó de forma positiva significativa con la calidad de la amistad ( $r_s = .243, p = .001$ ) y la conducta prosocial ( $r_s = .245, p = .001$ ). Lo que significa que a mayor crianza parental mayor calidad de la amistad y conducta prosocial. Finalmente se observa relación entre la calidad de la amistad y la conducta prosocial ( $r_s = .528, p = .001$ ), lo que significa que a mayor calidad de la amistad mayor es la conducta prosocial.

Para dar respuesta al objetivo específico 3 que plantea determinar la relación de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, el estilo de crianza parental, la calidad de la amistad y la conducta prosocial con la cantidad de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes en un día típico, en estudiantes de secundaria, se realizó la prueba a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, los resultados se muestran en la tabla 26.

**Tabla 26**

*Coefficiente de Correlación de Spearman para las Variables Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas, Estilo de Crianza Parental, Calidad de la Amistad, Conducta Prosocial con Cantidad de Bebidas, Tabaco, Marihuana, Cocaína e Inhalables en Adolescentes que Estudian Secundaria*

Variable <i>n</i> = 633		Cantidad de bebidas	Cantidad de tabaco	Cantidad de marihuana	Cantidad de cocaína	Cantidad de inhalables
Autoestima	$r_s$	-.060	-.085*	-.098*	-.061	-.030
	$p$	(.132)	(.033)	(.014)	(.126)	(.447)
Religiosidad	$r_s$	-.030	-.005	-.031	-.032	.039
	$p$	(.449)	(.907)	(.439)	(.424)	(.329)
Autoeficacia	$r_s$	-.292**	-.249**	-.129**	-.104**	-.166**
	$p$	(.001)	(.001)	(.001)	(.009)	(.001)
Crianza parental	$r_s$	.006	.016	.006	-.032	.053
	$p$	(.889)	(.695)	(.890)	(.415)	(.181)
Calidad de la amistad	$r_s$	0.17	.034	.000	.051	.048
	$p$	(.678)	(.391)	(.991)	(.197)	(.226)
Conducta prosocial	$r_s$	-.076	-.004	.035	.043	.008
	$p$	(.056)	(.912)	(.382)	(.280)	(.844)

*Nota.* \*\*= Correlación significativa a 0.01, \*= Correlación significativa a 0.05,  $r_s$ = Coeficiente de Correlación de Spearman,  $n$ = Total de observaciones,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

En la Tabla 26 se muestra Coeficiente de Correlación de Spearman de los índices de las variables del estudio con la cantidad de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes. Solo se observa relación negativa y significativa entre la autoestima y la cantidad de cigarrillos en un día típico ( $r_s = -.085$ ,  $p = .033$ ) y con la cantidad de marihuana consumida en un día típico ( $r_s = -.098$ ,  $p = .014$ ). Lo que indica que a mayor autoestima menor consumo de cigarrillos y marihuana en un día típico.

Así mismo, la autoeficacia mostró relación negativa y significativa con la cantidad de consumo de todas las sustancias abordadas en el estudio, alcohol ( $r_s = -.292$ ,  $p = .001$ ), tabaco ( $r_s = -.249$ ,  $p = .001$ ), marihuana ( $r_s = -.129$ ,  $p = .001$ ), cocaína ( $r_s = -.104$ ,  $p = .009$ ) e inhalables ( $r_s = -.166$ ,  $p = .001$ ). Lo que indica que, a

mayor autoeficacia, menor es la cantidad de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables en un día típico.

Para dar respuesta a la Hipótesis 1 que plantea que la conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria. Como variable dependiente se establecieron las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos siete días. Posteriormente se realizó el método hacia atrás (backward) y por último se ajustó el modelo para corroborar las variables que mantuvieron el efecto significativo, los resultados se muestran en las tablas 27 a la 35.

**Tabla 27**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Constante	-3.20	1.99	2.57	1	.109	.04		
Conducta previa	-3.43	.24	203.79	1	.001	.03	.02	.05
Edad	.34	.13	5.96	1	.015	1.40	1.06	1.84
Sexo	-.05	.24	.04	1	.835	.95	.59	1.52
Autoestima	.00	.00	.00	1	.937	1.00	.98	1.01
Religiosidad	-.00	.00	.43	1	.511	.99	.98	1.00
Modelo 1	$\chi^2 = 292.3, gl= 5, R^2 = 52\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Constante	-3.53	1.84	3.65	1	.056	.02		
Conducta previa	-3.42	.23	204.97	1	.001	.03	.02	.05
Edad	.35	.13	6.61	1	.010	1.42	1.08	1.86
Modelo 4	$\chi^2 = 291.8, gl= 2, R^2 = 52\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 27 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad, sobre el consumo de alcohol en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 292.3, p < .001, R^2 = 52\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo, ( $\chi^2 = 291.8, p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -3.429, OR = .032, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .354, OR = 1.425, p = .010$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 52%, como se muestra en la Tabla 27. Es decir, la conducta previa de no consumo de alcohol y la edad, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 28**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-4.844	2.255	4.615	1	.032	.008		
Conducta Previa	-2.792	.306	83.443	1	.001	.061	.034	.112
Edad	.323	.155	4.346	1	.037	1.382	1.020	1.873
Sexo	.278	.269	1.072	1	.300	1.321	.780	2.237
Autoestima	-.002	.010	.059	1	.808	.998	.978	1.017
Religiosidad	-.001	.006	.028	1	.867	.999	.988	1.010
Modelo 1	$\chi^2 = 128.3, gl = 5, R^2 = 33\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-4.851	2.088	5.399	1	.020	.008		
Conducta Previa	-2.799	.305	84.247	1	.001	.061	.033	.111
Edad	.322	.154	4.394	1	.036	1.380	1.021	1.864
Modelo 4	$\chi^2 = 127.0, gl = 2, R^2 = 33\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.



En la Tabla 28 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad, sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 128.3, p < .001, R^2 = 33\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo, ( $\chi^2 = 127.0, p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -2.799, OR = .061, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .322, OR = 1.380, p = .036$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 33% como se muestra en la Tabla 28. Es decir, la conducta previa de no consumo de alcohol y la edad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 29**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-4.415	2.767	2.546	1	.111	.012		
Conducta Previa	-1.751	.351	24.893	1	.001	.174	.087	.345
Edad	.292	.193	2.290	1	.130	1.339	.917	1.955
Sexo	.127	.334	.143	1	.705	1.135	.589	2.186
Autoestima	-.021	.012	3.267	1	.071	.979	.956	1.002
Religiosidad	-.002	.007	.113	1	.737	.998	.984	1.012
Modelo 1	$\chi^2 = 38.7, gl = 5, R^2 = 15\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-.464	.640	.527	1	.468	.628		
Conducta Previa	-1.844	.346	28.382	1	.001	.158	.080	.312
Autoestima	-.022	.011	3.581	1	.058	.979	.957	1.001
Modelo 4	$\chi^2 = 36.0, gl = 2, R^2 = 14\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 29 se muestra el Modelo de Regresión Logística Binaria para conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad, sobre el consumo de alcohol en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 38.7, p < .001, R^2 = 15\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo ( $\chi^2 = 36.0, p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -1.844, OR = .158, p = .001$ ) y la autoestima ( $\beta = -.022, OR = .979, p = .058$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 7 días, con una varianza explicada del 14%, como se muestra en la Tabla 29. Es decir, la conducta previa de no consumo de alcohol y la autoestima influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol.

**Tabla 30**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-12.120	4.763	6.476	1	.011	.000		
Conducta Previa	-5.826	.595	95.841	1	.001	.003	.001	.009
Edad	.942	.337	7.831	1	.005	2.565	1.326	4.960
Sexo	-.097	.542	.032	1	.858	.908	.313	2.628
Autoestima	.011	.018	.336	1	.562	1.011	.975	1.047
Religiosidad	-.004	.011	.160	1	.689	.996	.974	1.017
Modelo 1	$\chi^2 = 210.0, gl = 5, R^2 = 70\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-11.91	4.466	7.124	1	.008	.000		
Conducta Previa	-5.739	.576	99.228	1	.001	.003	.001	.010
Edad	.949	.332	8.173	1	.004	2.584	1.348	4.954
Modelo 4	$\chi^2 = 209.3, gl = 2, R^2 = 70\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 30 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2= 210.0$ ,  $p < .001$ ,  $R^2= 70\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo, ( $\chi^2= 209.3$ ,  $p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de tabaco ( $\beta= -5.739$ ,  $OR= .003$ ,  $p= .001$ ) y la edad ( $\beta= .949$ ,  $OR= 2.584$ ,  $p= .004$ ) sobre el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 70% como se muestra en la Tabla 30. Es decir, la conducta previa del no consumo de tabaco y la edad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 31**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-4.317	4.802	.808	1	.369	.013		
Conducta Previa	-4.991	.776	41.404	1	.001	.007	.001	.031
Edad	.401	.343	1.366	1	.243	1.494	.762	2.927
Sexo	-.361	.569	.403	1	.525	.697	.229	2.125
Autoestima	-.038	.019	4.051	1	.044	.963	.928	.999
Religiosidad	.011	.012	.841	1	.359	1.011	.988	1.035
Modelo 1	$\chi^2 = 103.9$ , $gl= 5$ , $R^2 = 56\%$ , $p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	1.301	.971	1.798	1	.180	3.675		
Conducta Previa	-5.078	.764	44.156	1	.001	.006	.001	.028
Autoestima	-.035	.018	3.756	1	.053	.966	.932	1.000
Modelo 4	$\chi^2 = 100.8$ , $gl= 2$ , $R^2 = 54\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 31 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 103.9, p < .001, R^2 = 56\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo, ( $\chi^2 = 100.8, p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de consumo de tabaco ( $\beta = -5.078, OR = .006, p = .001$ ) y la autoestima ( $\beta = -.035, OR = .966, p = .053$ ) sobre el consumo de tabaco en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 54% como se muestra en la Tabla 31. Es decir, la conducta previa de no consumo de tabaco y la autoestima influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco.

**Tabla 32**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.424	6.116	.005	1	.945	.654		
Conducta Previa	-19.74	1654.438	.000	1	.990	.000	.000	.
Edad	.051	.437	.014	1	.906	1.053	.447	2.480
Sexo	-.121	.728	.028	1	.867	.886	.213	3.688
Autoestima	-.034	.022	2.317	1	.128	.967	.926	1.010
Religiosidad	.004	.015	.090	1	.764	1.004	.976	1.034
Modelo 1	$\chi^2 = 63.4, gl = 5, R^2 = 55\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	.388	1.080	.129	1	.719	1.474		
Conducta Previa	-19.76	1655.364	.000	1	.990	.000	.000	.
Autoestima	-.033	.021	2.511	1	.113	.967	.928	1.008
Modelo 5	$\chi^2 = 63.3, gl = 2, R^2 = 55\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 32 se muestra el Modelo de Regresión Logística Binaria para la Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 63.4, p < .001, R^2 = 55\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo, ( $\chi^2 = 63.3, p < .001$ ), sin embargo, no se observan las variables que contribuyeron en el efecto del modelo.

**Tabla 33**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas (Marihuana, Cocaína e Inhalables) en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-5.229	3.534	2.189	1	.139	.005		
Conducta Previa	-4.657	.405	131.945	1	.001	.009	.004	.021
Edad	.535	.242	4.906	1	.027	1.708	1.064	2.744
Sexo	.388	.401	.937	1	.333	1.474	.672	3.233
Autoestima	-.013	.015	.783	1	.376	.987	.958	1.016
Religiosidad	-.010	.008	1.331	1	.249	.990	.975	1.007
Modelo 1	$\chi^2 = 212.1, gl= 5, R^2 = 59\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-6.393	3.258	3.851	1	.050	.002		
Conducta Previa	-4.615	.394	137.525	1	.001	.010	.005	.021
Edad	.551	.239	5.299	1	.021	1.734	1.085	2.772
Modelo 4	$\chi^2 = 208.7, gl= 2, R^2 = 58\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 33 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 212.1, p < .001, R^2 = 59\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo ( $\chi^2 = 208.7, p < .001$ ), las variables que contribuyeron

manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de drogas ( $\beta = -4.615$ ,  $OR = .010$ ,  $p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .551$ ,  $OR = 1.734$ ,  $p = .001$ ) sobre el consumo de drogas en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 58% como se muestra en la Tabla 33. Es decir, la conducta previa de no consumo de drogas y la edad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 34**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas*

*(Marihuana, Cocaína e Inhalables) en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-7.433	4.021	3.417	1	.065	.001		
Conducta Previa	-4.759	.460	107.248	1	.001	.009	.003	.021
Edad	.726	.279	6.789	1	.009	2.067	1.197	3.570
Sexo	-.016	.445	.001	1	.971	.984	.411	2.355
Autoestima	-.031	.017	3.265	1	.071	.970	.938	1.003
Religiosidad	-.004	.009	.221	1	.638	.996	.978	1.013
Modelo 1	$\chi^2 = 192.4$ , $gl = 5$ , $R^2 = 61\%$ , $p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-9.597	3.759	6.517	1	.011	.000		
Conducta Previa	-4.742	.450	111.159	1	.001	.009	.004	.021
Edad	.747	.276	7.339	1	.007	2.110	1.229	3.621
Modelo 4	$\chi^2 = 189.0$ , $gl = 2$ , $R^2 = 60\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 34 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 192.4$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 61\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo, ( $\chi^2 = 189.0$ ,  $p < .001$ ), las variables que contribuyeron

manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de drogas ( $\beta = -4.742$ ,  $OR = .009$ ,  $p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .747$ ,  $OR = 2.110$ ,  $p = .007$ ) sobre el consumo de drogas en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 60% como se muestra en la Tabla 34. Es decir, la conducta previa de no consumo de drogas y la edad, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 35**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas*

*(Marihuana, Cocaína e Inhalables) en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-11.14	4.122	7.306	1	.007	.000		
Conducta Previa	-3.681	.451	66.618	1	.001	.025	.010	.061
Edad	.880	.285	9.501	1	.002	2.410	1.378	4.217
Sexo	-.247	.442	.313	1	.576	.781	.329	1.856
Autoestima	-.029	.017	2.971	1	.085	.971	.939	1.004
Religiosidad	.009	.009	1.006	1	.316	1.009	.991	1.027
Modelo 1	$\chi^2 = 113.4$ , $gl = 5$ , $R^2 = 47\%$ , $p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-12.19	3.846	10.052	1	.002	.000		
Conducta Previa	-3.727	.445	70.161	1	.001	.024	.010	.058
Edad	.861	.278	9.594	1	.002	2.365	1.372	4.078
Modelo 4	$\chi^2 = 108.8$ , $gl = 2$ , $R^2 = 45\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 35 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima y Religiosidad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 113.4$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 47\%$ ), posterior al método Backward, el modelo

4 continuó significativo ( $\chi^2 = 108.8, p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de consumo de drogas ( $\beta = -4.742, OR = .009, p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .747, OR = 2.110, p = .007$ ) sobre el consumo de drogas en los últimos 7 días, con una varianza explicada del 45% como se muestra en la Tabla 35. Es decir, la conducta previa de no consumo de drogas y la edad, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

Para dar respuesta a la Hipótesis 2 que plantea que existe asociación positiva entre la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se ajustaron Modelos de Regresión Logística Binaria. Como variable dependiente se establecieron las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos siete días, los resultados se muestran en las tablas 36 a la 44.

### Tabla 36

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	1.171	.351	11.165	1	.001	3.226		
Autoeficacia	-.026	.004	35.702	1	.001	.975	.967	.983
Modelo 1	$\chi^2 = 38.2, gl = 1, R^2 = 8\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 36 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 38.2, p < .001$ ), con una varianza explicada del 8%. Es decir, la



autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, siendo un factor protector ( $\beta = -.026$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .975$ ,  $IC\ 95\% [.967, .983]$ ).

**Tabla 37**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	.666	.378	3.105	1	.078	1.947		
Autoeficacia	-.033	.005	44.468	1	.000	.967	.958	.977
Modelo 1	$\chi^2 = 45.2$ , $gl = 1$ , $R^2 = 12\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 37 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 45.2$ ,  $p < .001$ ), con una varianza explicada del 12%. Es decir, la autoeficacia se asocia negativamente con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, siendo un factor protector ( $\beta = -.033$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .967$ ,  $IC\ 95\% [.958, .977]$ ).

**Tabla 38**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.814	.455	3.193	1	.074	.443		
Autoeficacia	-.024	.006	15.471	1	.000	.977	.965	.988
Modelo 1	$\chi^2 = 13.7$ , $gl = 1$ , $R^2 = 5\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 38 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 13.7, p < .001$ ), con una varianza explicada del 5%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, siendo un factor protector ( $\beta = -.024, p = .001, OR = .977, IC\ 95\% [.965, .988]$ ).

### Tabla 39

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.708	.446	2.527	1	.112	.492		
Autoeficacia	-.024	.006	17.168	1	.000	.976	.965	.987
Modelo 1	$\chi^2 = 15.3, gl = 1, R^2 = 6\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 39 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 15.3, p < .001$ ), con una varianza explicada del 6%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, siendo un factor protector ( $\beta = -.024, p = .001, OR = .976, IC\ 95\% [.965, .987]$ ).

**Tabla 40**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.979	.521	3.527	1	.060	.376		
Autoeficacia	-.031	.007	18.029	1	.001	.969	.955	.983
Modelo 1	$\chi^2 = 15.5, gl= 1, R^2 = 9\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 40 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 15.5, p < .001$ ), con una varianza explicada del 9%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, siendo un factor protector ( $\beta = -.031, p = .001, OR = .969, IC 95\% [.955, .983]$ ).

**Tabla 41**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-1.057	.590	3.212	1	.073	.347		
Autoeficacia	-.042	.009	19.671	1	.001	.959	.942	.977
Modelo 1	$\chi^2 = 17.2, gl= 1, R^2 = 15\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 41 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo

( $\chi^2 = 17.2$ ,  $p < .001$ ), con una varianza explicada del 15%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, siendo un factor protector ( $\beta = -.042$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .959$ ,  $IC\ 95\% [.942, .977]$ ).

**Tabla 42**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	Gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.464	.408	1.293	1	.255	.629		
Autoeficacia	-.021	.005	15.926	1	.001	.979	.969	.989
Modelo 1	$\chi^2 = 16.3$ , $gl = 1$ , $R^2 = 5\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 42 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de drogas en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 16.3$ ,  $p < .001$ ), con una varianza explicada del 5%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, siendo un factor protector ( $\beta = -.021$ ,  $p = .001$ ,  $OR = .979$ ,  $IC\ 95\% [.969, .989]$ ).

**Tabla 43**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo Drogas, en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.594	.432	1.896	1	.169	.552		
Autoeficacia	-.024	.006	18.378	1	.001	.976	.965	.987
Modelo 1	$\chi^2 = 16.5$ , $gl = 1$ , $R^2 = 2\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 43 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 16.5, p < .001$ ), con una varianza explicada del 2%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, siendo un factor protector ( $\beta = -.024, p = .001, OR = .976, IC\ 95\% [.965, .987]$ ).

**Tabla 44**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Autoeficacia ante el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-1.117	.495	5.089	1	.024	.327		
Autoeficacia	-.022	.007	11.891	1	.001	.978	.965	.990
Modelo 1	$\chi^2 = 10.3, gl = 1, R^2 = 1\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 44 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 10.3, p < .001$ ), con una varianza explicada del 1%. Es decir, la autoeficacia se asocia a la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, siendo un factor protector ( $\beta = -.022, p = .001, OR = .978, IC\ 95\% [.965, .990]$ ).

Para dar respuesta a la Hipótesis 3 que plantea que los estilos de crianza parental y la calidad de la amistad se asocian con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se ajustaron Modelos de Regresión Logística Binaria. Como variable dependiente se establecieron las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos siete días. Posteriormente se realizó el método hacia atrás (backward) y por último un

ajuste para corroborar la significancia del modelo, los resultados se muestran en las tablas 45 a la 53.

**Tabla 45**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los*

*Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	1.179	.967	1.487	1	.223	3.250		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.872	.337	6.690	1	.010	.418	.216	.810
Estilo de Crianza Negligente	-.316	.329	.922	1	.337	.729	.382	1.390
Estilo de Crianza Autoritario	-.838	.317	6.999	1	.008	.433	.232	.805
Estilo de Crianza Permisivo	-.091	.349	.068	1	.795	.913	.461	1.810
Calidad de la Amistad	-.007	.006	1.281	1	.258	.993	.982	1.005
Modelo 1	$\chi^2 = 16.05, gl= 5, R^2 = 3.6\%, p < .007$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	.109	.284	.146	1	.702	1.115		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.639	.233	7.555	1	.006	.528	.335	.832
Estilo de Crianza Autoritario	-.643	.205	9.889	1	.002	.525	.352	.785
Modelo 4	$\chi^2 = 13.33, gl= 2, R^2 = 3.0\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 45 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo

( $\chi^2 = 16.05$ ,  $p = .007$ ,  $R^2 = 3.6\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo ( $\chi^2 = 13.33$ ,  $p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron el estilo de crianza autoritativo ( $\beta = -.639$ ,  $OR = .528$ ,  $p = .006$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.643$ ,  $OR = .525$ ,  $p = .002$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 3% como se muestra en la Tabla 45. Es decir, el estilo de crianza autoritativo y el estilo de crianza autoritario, mostraron ser factores protectores e influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol.

**Tabla 46**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los*

*Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.623	1.398	.199	1	.656	.536		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.861	.468	3.393	1	.065	.423	.169	1.057
Estilo de Crianza Negligente	-.267	.477	.313	1	.576	.766	.301	1.951
Estilo de Crianza Autoritario	-1.03	.440	5.539	1	.019	.355	.150	.841
Estilo de Crianza Permisivo	.120	.526	.052	1	.819	1.128	.403	3.160
Calidad de la Amistad	.004	.008	.251	1	.616	1.004	.988	1.020
Modelo 1	$\chi^2 = 15.96$ , $gl = 5$ , $R^2 = 4.6\%$ , $p < .007$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-.551	.365	2.278	1	.131	.576		
Estilo de	-.812	.309	6.922	1	.009	.444	.242	.813

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 46**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Crianza Autoritativo								
Estilo de Crianza Autoritario	-0.964	.269	12.843	1	.001	.381	.225	.646
Modelo 4	$\chi^2 = 14.90, gl = 2, R^2 = 4.3\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 46 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 15.96, p < .007, R^2 = 4.6\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo ( $\chi^2 = 14.90, p < .001$ ), las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron el estilo de crianza autoritativo ( $\beta = -.812, OR = .444, p = .009$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.964, OR = .381, p = .001$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 4.3% como se muestra en la Tabla 46. Es decir, el estilo de crianza autoritativo y el estilo de crianza autoritario influyen en la conducta promotora de salud como factores protectores ante el consumo de alcohol en los adolescentes.



**Tabla 47**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	- 2.74	1.725	2.523	1	.112	.065		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.330	.580	.323	1	.570	.719	.230	2.243
Estilo de Crianza Negligente	.632	.651	.942	1	.332	1.881	.525	6.738
Estilo de Crianza Autoritario	-.742	.522	2.021	1	.155	.476	.171	1.324
Estilo de Crianza Permisivo	.391	.650	.363	1	.547	1.479	.414	5.287
Calidad de la Amistad	.000	.011	.001	1	.969	1.000	.979	1.023
Modelo 1	$\chi^2 = 10.94, gl= 5, R^2 = 4.4\% , p < .053$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	- 2.01	.244	68.327	1	.001	.133		
Estilo de Crianza Autoritario	-.906	.322	7.930	1	.005	.404	.215	.759
Modelo 5	$\chi^2 = 7.52, gl= 1, R^2 = 3.0\% , p < .006$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 47 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los últimos 7 días. El modelo total fue con tendencia a la significancia ( $\chi^2 = 10.94, p < .053, R^2 = 4.4\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 5 fue significativo ( $\chi^2 = 7.52, p < .006$ ), la variable que mantuvo el efecto en el

modelo fue el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.906$ ,  $OR=.404$ ,  $p = .005$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 7 días, con una varianza explicada del 3.0% como se muestra en la Tabla 47. Es decir, el estilo de crianza autoritario influye en la conducta promotora de salud como factor protector ante el consumo de alcohol.

**Tabla 48**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	- 2.83	1.719	2.725	1	.099	.059		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.023	.607	.001	1	.970	.977	.297	3.213
Estilo de Crianza Negligente	.245	.605	.164	1	.685	1.278	.391	4.179
Estilo de Crianza Autoritario	-.803	.519	2.387	1	.122	.448	.162	1.241
Estilo de Crianza Permisivo	.182	.624	.085	1	.770	1.200	.354	4.073
Calidad de la Amistad	.007	.011	.427	1	.513	1.007	.986	1.029
Modelo 1	$\chi^2 = 9.05$ , $gl= 5$ , $R^2 = 3.5\%$ , $p < .107$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	- 1.96	.239	67.353	1	.001	.141		
Estilo de Crianza Autoritario	-.921	.315	8.550	1	.003	.398	.215	.738
Modelo 5	$\chi^2 = 8.12$ , $gl= 1$ , $R^2 = 3.5\%$ , $p < .004$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 48 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los últimos 12 meses. El modelo total no fue significativo ( $\chi^2 = 9.05$ ,  $p < .107$ ,  $R^2 = 3.5\%$ ), sin embargo, posterior al método Backward, el modelo 5 si resultó significativo ( $\chi^2 = 8.12$ ,  $p < .004$ ), la variable que mantuvo el efecto en el modelo fue el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.921$ ,  $OR = .398$ ,  $p = .003$ ) sobre el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 4.3% como se muestra en la Tabla 48. Es decir, solo el estilo de crianza autoritario influyó en la conducta promotora de salud como factor protector ante el consumo de tabaco.

**Tabla 49**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	- .518	3.330	.024	1	.876	.596		
Estilo de Crianza Autoritativo	- 1.32	1.108	1.422	1	.233	.267	.030	2.341
Estilo de Crianza Negligente	- 1.06	1.106	.932	1	.334	.344	.039	3.006
Estilo de Crianza Autoritario	- 1.70	1.058	2.583	1	.108	.183	.023	1.452
Estilo de Crianza Permisivo	- .346	1.234	.079	1	.779	.708	.063	7.939
Calidad de la Amistad	.008	.015	.291	1	.590	1.008	.979	1.038
Modelo 1	$\chi^2 = 6.72$ , $gl = 5$ , $R^2 = 3.9\%$ , $p < .242$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 49**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	- 2.72	.326	69.483	1	.001	.066		
Estilo de Crianza Autoritario	-.84	.431	3.806	1	.051	.431	.185	1.004
Modelo 5	$\chi^2 = 3.59, gl= 1, R^2 = 3.9\% , p < .058$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 49 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los últimos 30 días. El modelo total no fue significativo ( $\chi^2 = 6.72, p < .242, R^2 = 3.9\%$ ) y posterior al método Backward, el modelo 5 tampoco resultó significativo ( $\chi^2 = 3.59, p < .058$ ).

**Tabla 50**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	47.79	13155.58	.00	1	.997	5713 E+20		
Estilo de Crianza Autoritativo	-16.51	4385.19	.00	1	.997	.00	.00	.
Estilo de Crianza Negligente	-16.85	4385.19	.00	1	.997	.00	.00	.
Estilo de Crianza Autoritario	-17.94	4385.19	.00	1	.997	.00	.00	.

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 50**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los*

*Últimos 7 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Estilo de Crianza Permisivo	-17.51	4385.10	.00	1	.997	.00	.00	.
Calidad de la Amistad	-.00	.01	.01	1	.892	.99	.96	1.03
Modelo 1	$\chi^2 = 6.72, gl= 5, R^2 = 6.2\% , p < .242$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-3.25	.41	61.33	1	.001	.03		
Estilo de Crianza Autoritario	-1.09	.58	3.48	1	.062	.33	.10	.
Modelo 5	$\chi^2 = 3.33, gl= 1, R^2 = 3.1\% , p < .068$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 50 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los últimos siete días. El modelo total no fue significativo ( $\chi^2 = 6.72, p < .242, R^2 = 6.2\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 5 tampoco resultó significativo ( $\chi^2 = 3.33, p < .068$ ).

**Tabla 51**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los*

*Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	.592	1.960	.091	1	.763	1.808		
Estilo de Crianza	-1.23	.660	3.484	1	.062	.292	.080	1.064

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 51**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Autoritativo								
Estilo de Crianza	- .958	.657	2.125	1	.145	.384	.106	1.391
Negligente								
Estilo de Crianza	- 1.73	.624	7.727	1	.005	.177	.052	.600
Autoritario								
Estilo de Crianza	- .519	.706	.542	1	.462	.595	.149	2.372
Permisivo								
Calidad de la Amistad	.008	.009	.805	1	.370	1.008	.990	1.027
Modelo 1	$\chi^2 = 17.4, gl= 5, R^2 = 5.7\% , p < .004$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	- .901	.420	4.594	1	.032	.406		
Estilo de Crianza Autoritativo	- .665	.365	3.306	1	.069	.514	.251	1.053
Estilo de Crianza Autoritario	- 1.11	.299	13.970	1	.001	.327	.182	.587
Modelo 4	$\chi^2 = 14.26, gl= 2, R^2 = 4.6\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 51 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 17.4, p < .004, R^2 = 5.7\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo ( $\chi^2 = 14.26, p < .001$ ), la variable que mantuvo el efecto en el modelo fue el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -1.119, OR = .327, p < .001$ ) sobre el consumo de drogas

en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 4.6% como se muestra en la Tabla 51. Es decir, el estilo de crianza autoritario influye en la conducta promotora de salud como factor protector ante el consumo de drogas.

**Tabla 52**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-2.086	1.843	1.282	1	.258	.124		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.703	.606	1.343	1	.247	.495	.151	1.626
Estilo de Crianza Negligente	-.295	.619	.227	1	.634	.744	.221	2.505
Estilo de Crianza Autoritario	-1.095	.564	3.773	1	.052	.334	.111	1.010
Estilo de Crianza Permisivo	.122	.687	.031	1	.859	1.130	.294	4.343
Calidad de la Amistad	.016	.011	2.135	1	.144	1.016	.995	1.038
Modelo 1	$\chi^2 = 12.8, gl= 5, R^2 = 4.7\% , p < .025$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-1.167	.463	6.362	1	.012	.311		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.737	.399	3.409	1	.065	.478	.219	1.046
Estilo de Crianza Autoritario	-1.040	.336	9.559	1	.002	.353	.183	.683
Modelo 4	$\chi^2 = 10.16, gl= 2, R^2 = 3.8\% , p < .006$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 52 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 12.8, p < .025, R^2 = 4.7\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 continuó significativo ( $\chi^2 = 10.16, p < .006$ ), la variable que mantuvo el efecto en el modelo fue el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -1.040, OR = .353, p = .002$ ) sobre el consumo de drogas en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 3.8% como se muestra en la Tabla 52. Es decir, el estilo de crianza autoritario influye en la conducta promotora de salud como factor protector ante el consumo de drogas en adolescentes.

**Tabla 53**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los*

*Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-3.163	2.148	2.169	1	.141	.042		
Estilo de Crianza Autoritativo	-.296	.728	.165	1	.684	.744	.179	3.097
Estilo de Crianza Negligente	-.360	.706	.260	1	.610	.698	.175	2.785
Estilo de Crianza Autoritario	-.936	.652	2.058	1	.151	.392	.109	1.409
Estilo de Crianza Permisivo	-.187	.746	.063	1	.802	.830	.192	3.579
Calidad de la Amistad	.025	.013	3.491	1	.062	1.025	.999	1.052
Modelo 1	$\chi^2 = 7.8, gl = 5, R^2 = 3.5\%, p < .165$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-4.002	.934	18.351	1	.001	.018		

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.



**Tabla 53**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los*

*Últimos 7 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Estilo de Crianza Autoritario	-.694	.359	3.737	1	.053	.499	.247	1.010
Calidad de la Amistad	.025	.013	3.595	1	.058	1.025	.999	1.051
Modelo 4	$\chi^2 = 7.5, gl = 2, R^2 = 3.4\%, p < .023$							

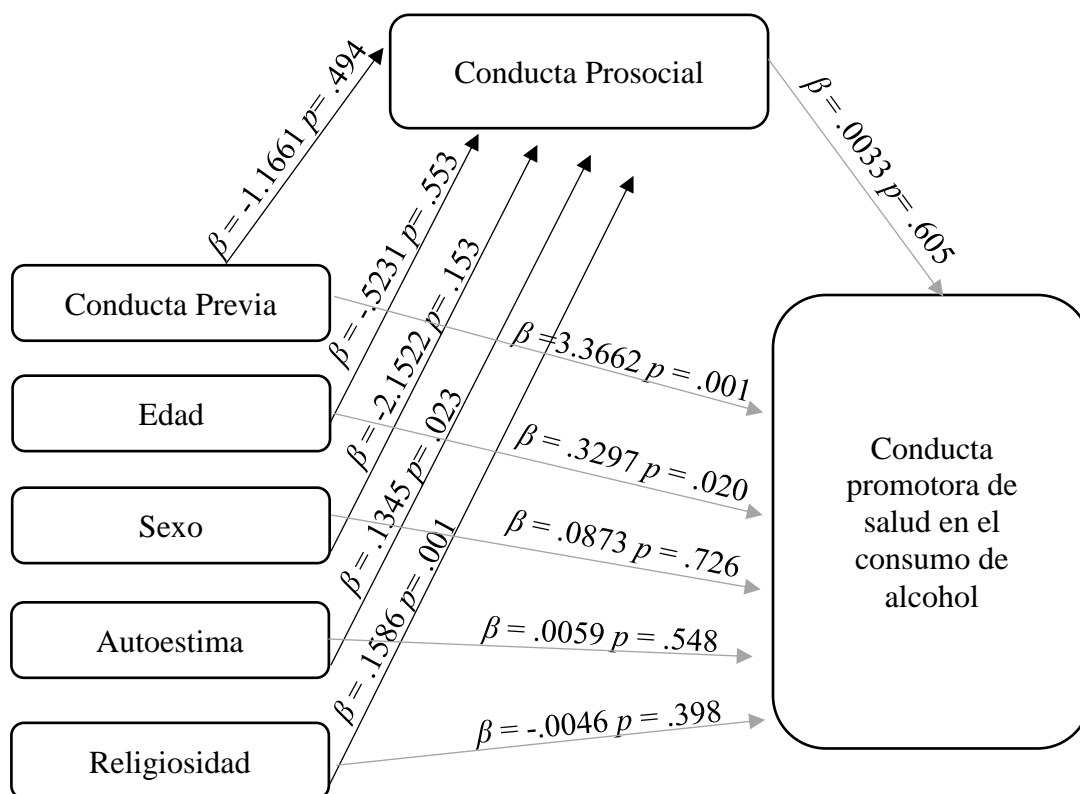
*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds Ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 53 se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Estilos de Crianza Parental y Calidad de la Amistad sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas, en los últimos 7 días. El modelo total no fue significativo ( $\chi^2 = 7.8, p < .165, R^2 = 3.5\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 4 resultó significativo ( $\chi^2 = 7.5, p < .023$ ), sin embargo, las variables estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.694, OR = .499, p = .053$ ) y la calidad de la amistad ( $\beta = .025, OR = 1.025, p = .058$ ) sobre el consumo de drogas en los últimos 7 días, no fueron estadísticamente significativas.

Para responder la hipótesis 4 que plantea que la conducta prosocial media el efecto de la conducta previa, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) así como la autoeficacia, factores interpersonales (crianza parental y la calidad de la amistad) en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se ajustaron tres modelos de mediación, que se presentan en las figuras 4 a la 12.

**Figura 4**

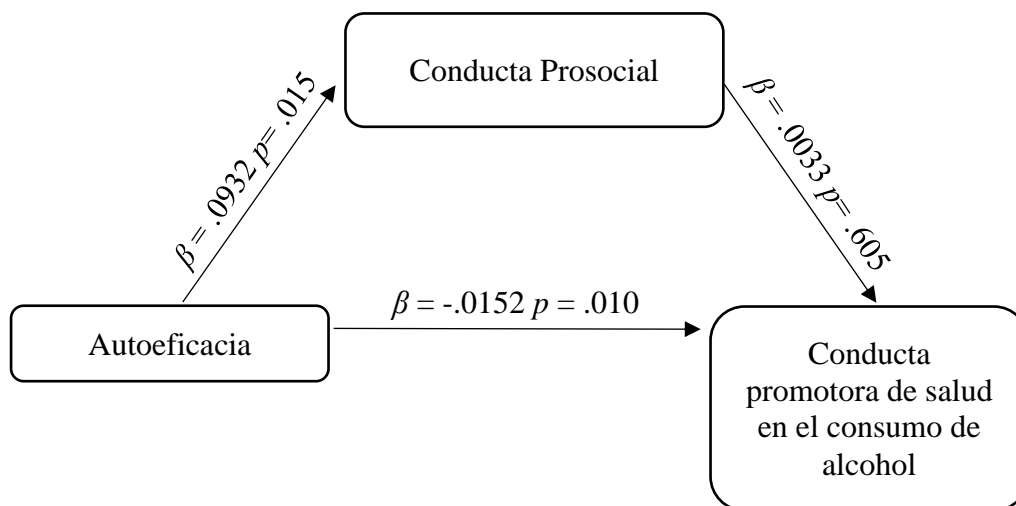
*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Conducta Previa, los Factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses*



Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

**Figura 5**

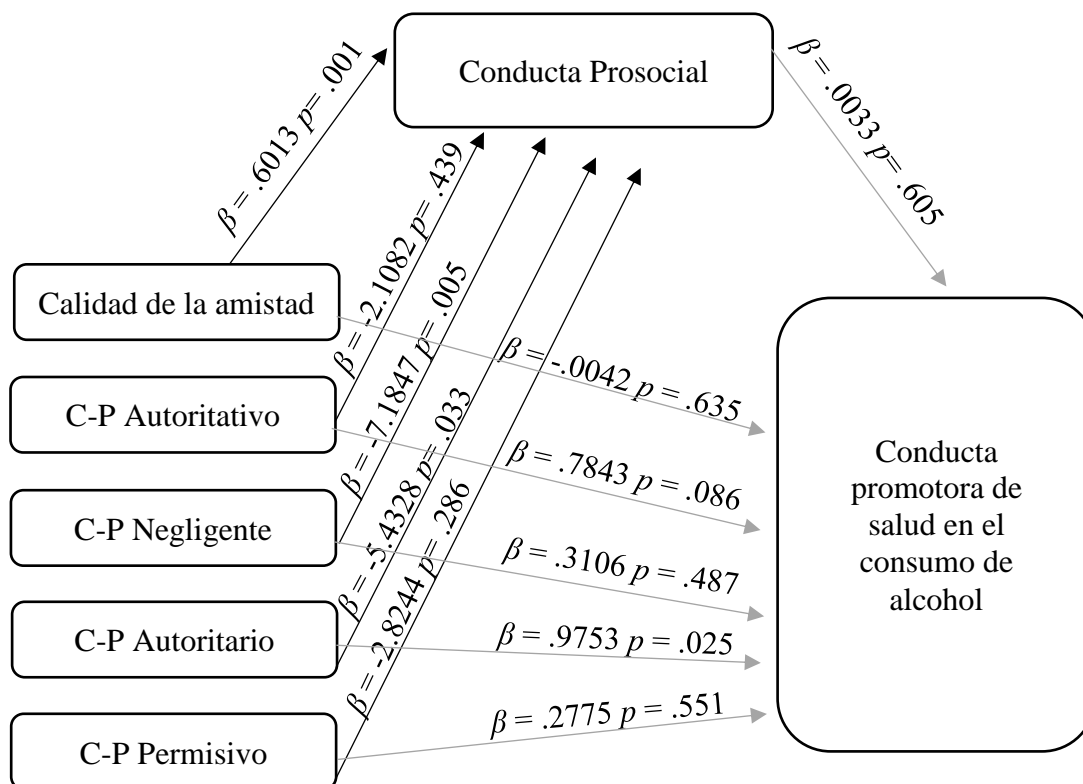
*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Autoeficacia en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses*



Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

**Figura 6**

*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre Factores Interpersonales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses*

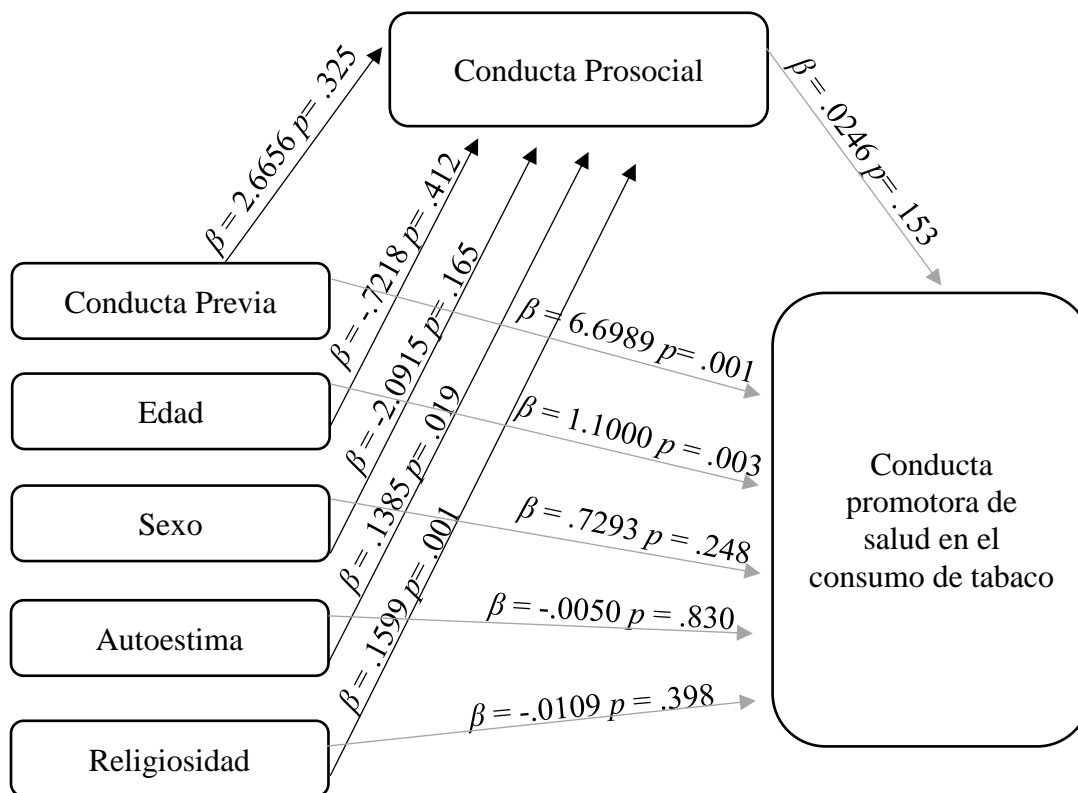


Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

En las Figura 4, 5 y 6 se muestra el modelo de mediación de la conducta prosocial entre la conducta previa, los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia y factores interpersonales en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol en los últimos 12 meses. El modelo de mediación no fue significativo, ya que, la conducta prosocial no media la conducta previa ( $\beta = -0.0038, p > .05$ ), la edad ( $\beta = -0.0172, p > .05$ ), el sexo ( $\beta = -0.0071, p > .05$ ), la autoestima ( $\beta = 0.0004, p > .05$ ), la religiosidad ( $\beta = 0.0005, p > .05$ ), la autoeficacia ( $\beta = 0.0003, p > .05$ ), la calidad de la amistad ( $\beta = 0.009, p > .05$ ), el negligente ( $\beta = -0.0237, p > .05$ ), el autoritario ( $\beta = -0.0179, p > .05$ ), y el permisivo ( $\beta = -0.0093, p > .05$ ).

**Figura 7**

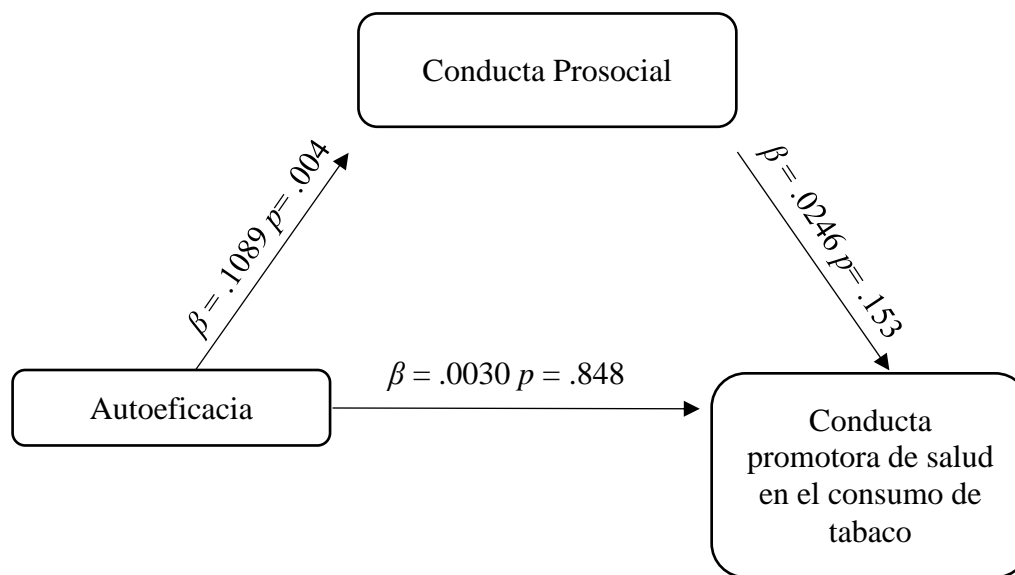
*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Conducta Previa, los Factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses*



Nota. β= Beta, p= nivel de significancia alcanzado.

**Figura 8**

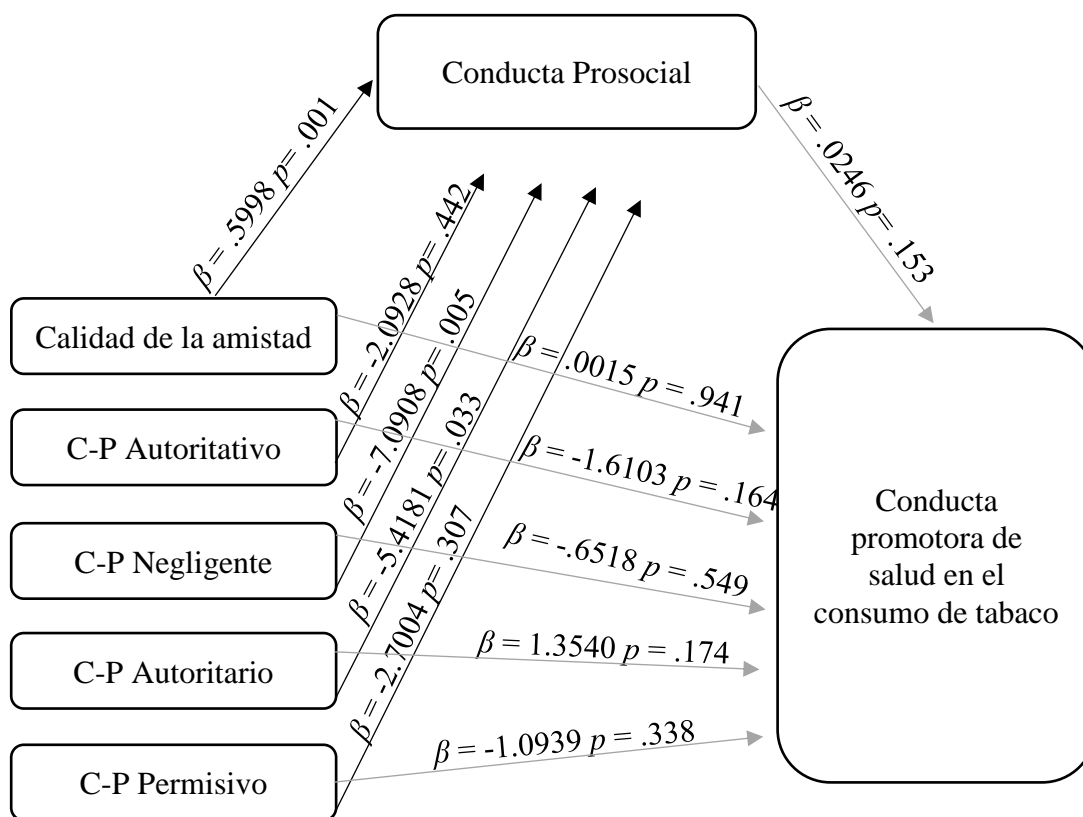
*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Autoeficacia en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses*



Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

**Figura 9**

*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre Factores Interpersonales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses*



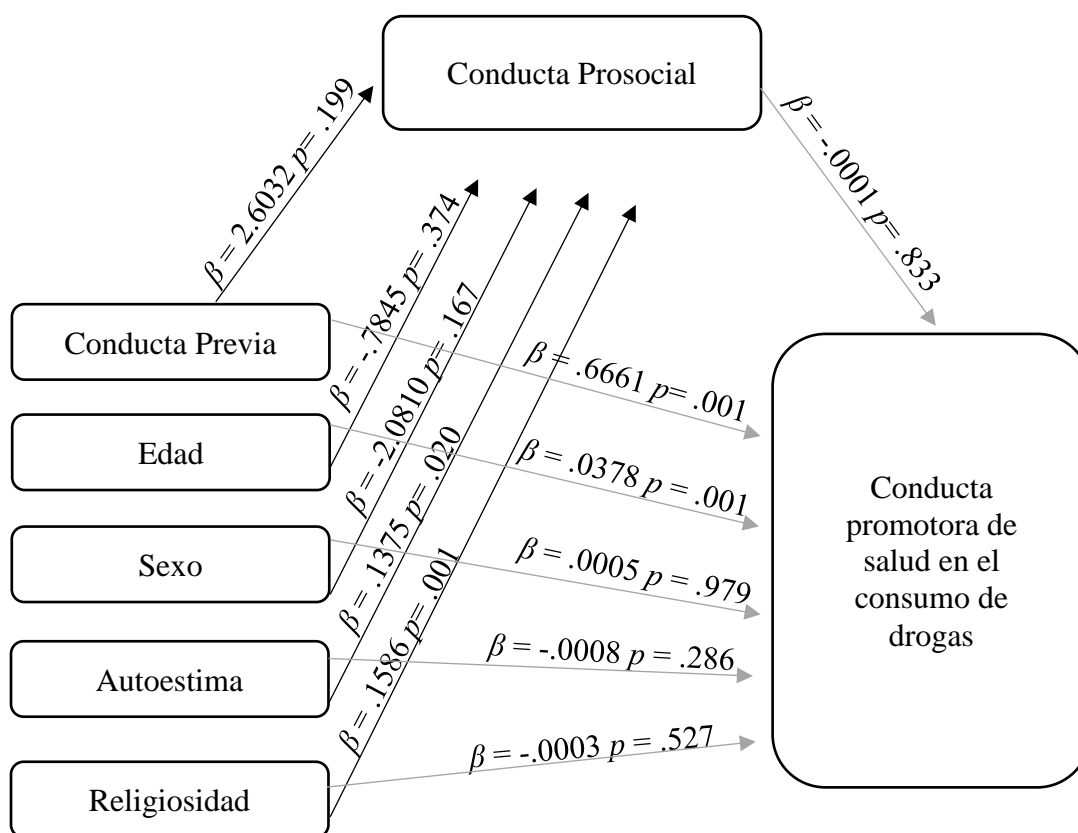
Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

En las Figura 7, 8 y 9 se muestra el modelo de mediación de la conducta prosocial entre la conducta previa, los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia y factores interpersonales en la conducta promotora de salud del no consumo de tabaco en los últimos 12 meses. El modelo de mediación no fue significativo, ya que, la conducta prosocial no media la conducta previa ( $\beta = 0.0655$ ,  $p > .05$ ), la edad ( $\beta = -0.0177$ ,  $p > .05$ ), el sexo ( $\beta = -0.0514$ ,  $p > .05$ ), la autoestima ( $\beta = 0.0034$ ,  $p > .05$ ), la religiosidad ( $\beta = 0.0039$ ,  $p > .05$ ), la autoeficacia

( $\beta = 0.0026$ ,  $p > .05$ ), la calidad de la amistad ( $\beta = 0.0147$ ,  $p > .05$ ), el estilo de crianza parental autoritativo ( $\beta = -.0514$ ,  $p > .05$ ), el negligente ( $\beta = -0.1744$ ,  $p > .05$ ), el autoritario ( $\beta = -0.1332$ ,  $p > .05$ ) y el permisivo ( $\beta = -0.0664$ ,  $p > .05$ ).

### Figura 10

*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Conducta Previa, los Factores Biológicos, Psicológicos y Socioculturales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses*

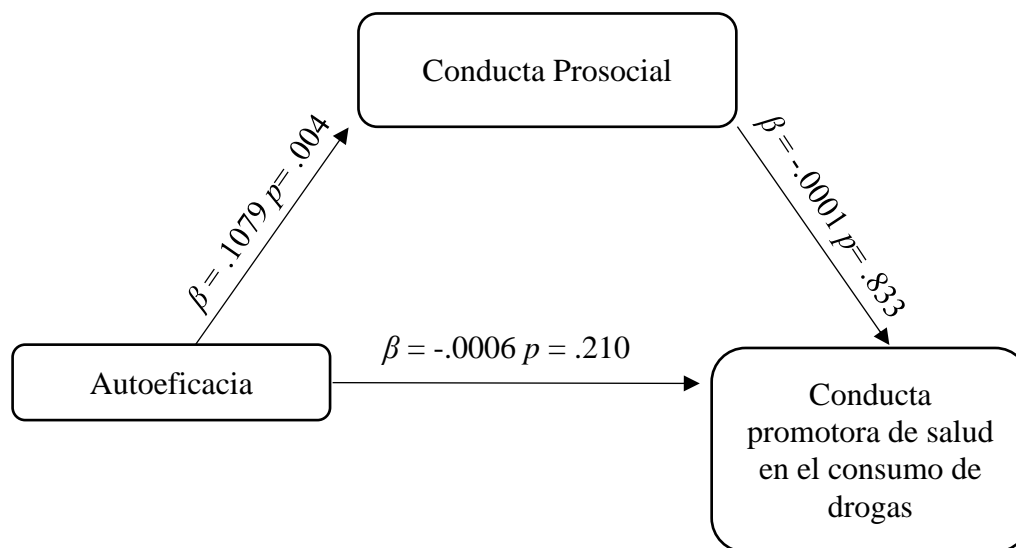


Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.



**Figura 11**

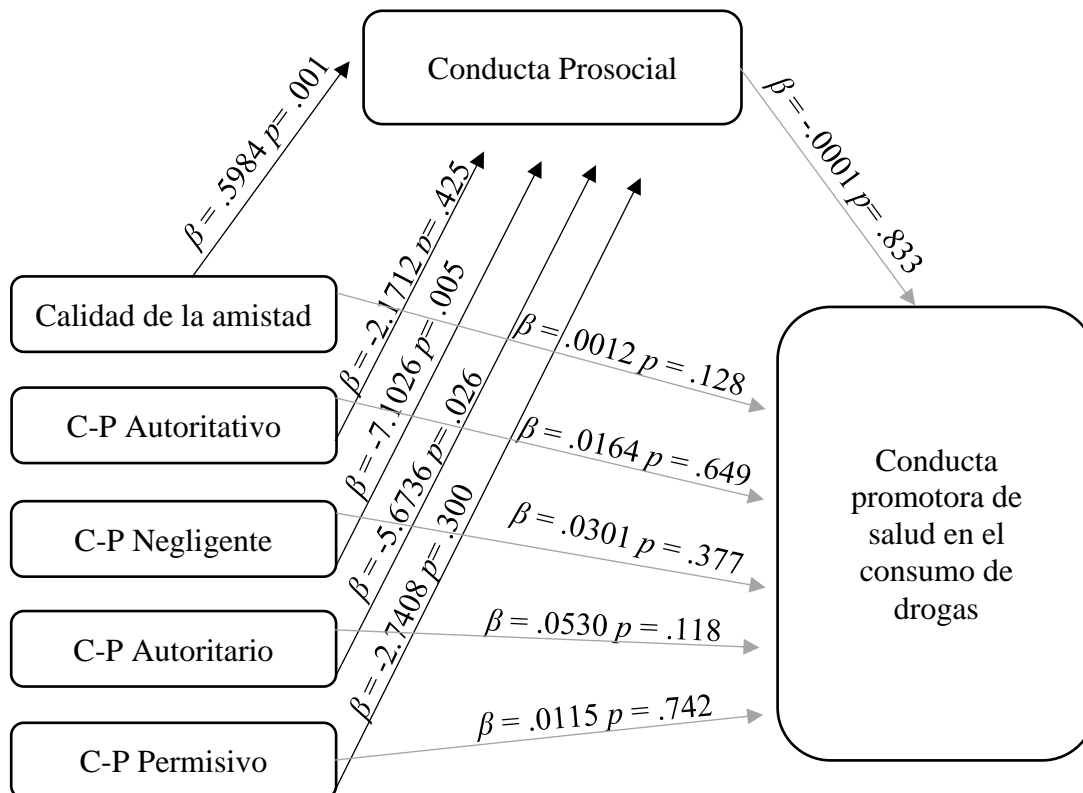
*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre la Autoeficacia en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses*



Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

**Figura 12**

*Modelo de Mediación de la Conducta Prosocial entre Factores Interpersonales en la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Drogas en los Últimos 12 Meses*



Nota.  $\beta$ = Beta,  $p$ = nivel de significancia alcanzado.

En las Figura 10, 11 y 12 se muestra el modelo de mediación de la conducta prosocial entre la conducta previa, los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia y factores interpersonales en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas en los últimos 12 meses. El modelo de mediación no fue significativo, ya que, la conducta prosocial no media la conducta previa ( $\beta = -.0002$ ,  $p > .05$ ), la edad ( $\beta = .0000$ ,  $p > .05$ ), el sexo ( $\beta = .0002$ ,  $p > .05$ ), la autoestima ( $\beta = -.0000$ ,  $p > .05$ ), la religiosidad ( $\beta = -.0000$ ,  $p > .05$ ), la autoeficacia

( $\beta = -.0000$ ,  $p > .05$ ), la calidad de la amistad ( $\beta = -.0000$ ,  $p > .05$ ), el estilo de crianza parental autoritativo ( $\beta = .0002$ ,  $p > .05$ ), el negligente ( $\beta = 0.0007$ ,  $p > .05$ ), el autoritario ( $\beta = 0.0005$ ,  $p > .05$ ), y el permisivo ( $\beta = 0.0002$ ,  $p > .05$ ).

Para dar respuesta al objetivo general que fue plantear un modelo que explique la asociación de la conducta previa, factores personales biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad), autoeficacia, influencias interpersonales (estilo de crianza parental y calidad de la amistad) y conducta prosocial con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian secundaria a partir del Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Se ajustaron Modelos de Regresión Logística Binaria.

Como variable dependiente se establecieron las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos siete días. Posteriormente se realizó el método hacia atrás (Backward) y por último se ajustó el modelo para corroborar las variables que mantuvieron el efecto significativo, los resultados se muestran en las tablas 54 a la 68.

#### **Tabla 54**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-.256	2.396	.011	1	.915	.774		
Conducta Previa	-3.366	.250	180.982	1	.001	.035	.021	.056
Edad	.330	.143	5.352	1	.021	1.391	1.052	1.839
Sexo	-.087	.249	.122	1	.726	.916	.562	1.494
Autoestima	.006	.010	.360	1	.548	1.006	.987	1.025

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 54**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 12 Meses (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Religiosidad	-.005	.005	.712	1	.399	.995	.985	1.006
Autoeficacia	-.015	.006	6.486	1	.011	.985	.973	.997
Calidad de la amistad	-.004	.009	.224	1	.636	.996	.979	1.013
Estilo Autoritativo	-.784	.458	2.935	1	.087	.456	.186	1.120
Estilo Negligente	-.311	.447	.483	1	.487	.733	.305	1.760
Estilo Autoritario	-.975	.435	5.016	1	.025	.377	.161	.885
Estilo Permisivo	-.278	.466	.354	1	.552	.758	.304	1.890
Conducta prosocial	.003	.006	.268	1	.605	1.003	.991	1.016
Modelo 1	$\chi^2 = 308.71, gl= 12, R^2 = 55\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-2.122	1.889	1.262	1	.261	.120		
Conducta Previa	-3.337	.245	185.087	1	.001	.036	.022	.057
Edad	.368	.138	7.074	1	.008	1.445	1.102	1.896
Autoeficacia	-.015	.006	7.123	1	.008	.985	.974	.996
Estilo Autoritario	-.579	.271	4.566	1	.033	.561	.330	.953
Modelo 9	$\chi^2 = 303.90, gl= 4, R^2 = 54\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 54, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los últimos 12 meses. El modelo

total fue significativo ( $\chi^2 = 308.71, p < .001, R^2 = 55\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 9 continuó significativo, ( $\chi^2 = 303.90, p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -3.337, OR = .036, p = .001$ ), la edad ( $\beta = .368, OR = 1.445, p = .008$ ), la autoeficacia ( $\beta = -.015, OR = .985, p = .008$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.579, OR = .561, p = .033$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 54% como se muestra en la Tabla 54. Es decir, la conducta previa de no consumo de alcohol, la edad, la autoeficacia y el estilo de crianza autoritario, influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

### Tabla 55

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-4.316	2.895	2.222	1	.136	.013		
Conducta Previa	-2.570	.317	65.829	1	.001	.077	.041	.142
Edad	.383	.167	5.238	1	.022	1.466	1.057	2.035
Sexo	.198	.295	.451	1	.502	1.219	.684	2.173
Autoestima	.008	.011	.442	1	.506	1.008	.985	1.030
Religiosidad	-.008	.006	1.399	1	.237	.992	.980	1.005
Autoeficacia	-.032	.007	22.659	1	.001	.969	.956	.982
Calidad de la amistad	.014	.010	1.799	1	.180	1.014	.994	1.035
Estilo Autoritativo	-.297	.544	.297	1	.586	.743	.256	2.160
Estilo	.070	.559	.016	1	.900	1.073	.359	3.208

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 55**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 30 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Negligente								
Estilo	-.639	.516	1.532	1	.216	.528	.192	1.452
Autoritario								
Estilo	.359	.601	.356	1	.551	1.431	.440	4.652
Permisivo								
Conducta prosocial	.002	.008	.053	1	.818	1.002	.987	1.017
Modelo 1	$\chi^2 = 162.16, gl= 12, R^2 = 41\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-4.303	2.315	3.456	1	.063	.014		
Conducta Previa	-2.594	.315	67.898	1	.001	.075	.040	.138
Edad	.394	.163	5.822	1	.016	1.482	1.077	2.041
Autoeficacia	-.030	.006	22.284	1	.001	.971	.959	.983
Calidad de la amistad	.017	.009	3.575	1	.059	1.017	.999	1.035
Estilo Autoritario	-.679	.297	5.234	1	.022	.507	.283	.907
Modelo 8	$\chi^2 = 158.42, gl= 5, R^2 = 40\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 55, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 162.16, p < .001, R^2 = 41\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 8 continuó significativo, ( $\chi^2 = 158.42, p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -2.594$ ,  $OR = .075$ ,  $p = .001$ ), la edad ( $\beta = .394$ ,  $OR = 1.482$ ,  $p = .016$ ), la autoeficacia ( $\beta = -.030$ ,  $OR = .971$ ,  $p = .001$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.679$ ,  $OR = .507$ ,  $p = .022$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 40% como se muestra en la Tabla 55. Es decir, la conducta previa de no consumo de alcohol, la edad, la autoeficacia y el estilo de crianza autoritario influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

### Tabla 56

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-5.474	3.453	2.513	1	.113	.004		
Conducta Previa	-1.587	.370	18.357	1	.001	.205	.099	.423
Edad	.332	.205	2.630	1	.105	1.394	.933	2.082
Sexo	-.033	.354	.009	1	.925	.967	.483	1.936
Autoestima	-.019	.013	2.154	1	.142	.981	.957	1.006
Religiosidad	-.009	.008	1.418	1	.234	.991	.976	1.006
Autoeficacia	-.017	.008	5.029	1	.025	.983	.969	.998
Calidad de la amistad	.001	.013	.002	1	.964	1.001	.975	1.027
Estilo Autoritativo	.110	.620	.031	1	.860	1.116	.331	3.762
Estilo Negligente	.900	.696	1.672	1	.196	2.460	.629	9.623
Estilo Autoritario	-.384	.567	.458	1	.499	.681	.224	2.071
Estilo	.481	.684	.496	1	.481	1.618	.424	6.179

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 56**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol en los Últimos 7 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Permisivo Conducta prosocial	.014	.010	2.060	1	.151	1.014	.995	1.035
Modelo 1	$\chi^2 = 54.798, gl= 12, R^2 = 21\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-.005	.535	.000	1	.993	.995		
Conducta Previa	-1.664	.357	21.728	1	.001	.189	.094	.381
Autoeficacia	-.016	.007	5.336	1	.021	.984	.971	.998
Estilo Autoritario	-.823	.337	5.972	1	.015	.439	.227	.850
Modelo 10	$\chi^2 = 44.09, gl= 3, R^2 = 17\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 56, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Alcohol, en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 54.798, p < .001, R^2 = 21\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 10 continuó significativo, ( $\chi^2 = 44.09, p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de alcohol ( $\beta = -1.66, OR = .189, p = .001$ ), la autoeficacia ( $\beta = -.016, OR = .984, p = .021$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -.823, OR = .439, p = .015$ ) sobre el consumo de alcohol en los últimos 7 días, con una varianza explicada del 17% como se muestra en la Tabla 56. Es decir, la conducta



previa de no consumo de alcohol, la autoeficacia y el estilo de crianza autoritario influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol, como factores protectores.

**Tabla 57**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-16.279	6.182	6.934	1	.008	.000		
Conducta Previa	-6.699	.826	65.796	1	.001	.001	.000	.006
Edad	1.100	.378	8.484	1	.004	3.004	1.433	6.298
Sexo	-.729	.632	1.332	1	.248	.482	.140	1.664
Autoestima	-.005	.023	.046	1	.830	.995	.951	1.041
Religiosidad	-.011	.013	.714	1	.398	.989	.964	1.015
Autoeficacia	.003	.016	.036	1	.849	1.003	.973	1.034
Calidad de la amistad	.001	.020	.005	1	.942	1.001	.963	1.042
Estilo Autoritativo	1.610	1.157	1.936	1	.164	5.004	.518	48.367
Estilo Negligente	.652	1.088	.359	1	.549	1.919	.227	16.202
Estilo Autoritario	-1.354	.996	1.848	1	.174	.258	.037	1.819
Estilo Permisivo	1.094	1.144	.915	1	.339	2.986	.317	28.082
Conducta prosocial	.025	.017	2.036	1	.154	1.025	.991	1.060
Modelo 1	$\chi^2 = 227.33, gl= 12, R^2 = 75\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-10.972	4.643	5.584	1	.018	.000		
Conducta Previa	-6.221	.700	78.957	1	.001	.002	.001	.008
Edad	.991	.343	8.347	1	.004	2.695	1.376	5.281
Estilo Autoritario	-2.009	.678	8.783	1	.003	.134	.035	.506
Modelo 10	$\chi^2 = 220.45, gl= 3, R^2 = 73\% , p < .001$							

*Nota.*  $n$ = Total de observaciones,  $\beta$ = Beta,  $E.E$ = Error estándar,  $gl$ = Grados de libertad,  $p$ = nivel de significancia alcanzado,  $OR$ = Odds ratio,  $IC$ = Intervalo de Confianza,  $LI$ = Límite Inferior,  $LS$ = Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 57, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 227.33$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 75\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 10 continuó significativo, ( $\chi^2 = 220.45$ ,  $p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de tabaco ( $\beta = -6.22$ ,  $OR = .002$ ,  $p = .001$ ), la edad ( $\beta = .991$ ,  $OR = 2.695$ ,  $p = .004$ ) y el estilo de crianza autoritario ( $\beta = -2.009$ ,  $OR = .134$ ,  $p = .003$ ) sobre el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 73% como se muestra en la Tabla 57. Es decir, la conducta previa de no consumo de tabaco, la edad y el estilo de crianza autoritario, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

### **Tabla 58**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días*

Variable $n=633$	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-2.884	6.648	.188	1	.664	.056		
Conducta Previa	-5.263	.876	36.094	1	.001	.005	.001	.029
Edad	.462	.394	1.373	1	.241	1.587	.733	3.438
Sexo	-.994	.673	2.183	1	.140	.370	.099	1.383

*Nota.*  $n$ = Total de observaciones,  $\beta$ = Beta,  $E.E$ = Error estándar,  $gl$ = Grados de libertad,  $p$ = nivel de significancia alcanzado,  $OR$ = Odds ratio,  $IC$ = Intervalo de Confianza,  $LI$ = Límite Inferior,  $LS$ = Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 58**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 30 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Autoestima	-.042	.024	3.176	1	.075	.959	.915	1.004
Religiosidad	.008	.013	.417	1	.519	1.009	.983	1.035
Autoeficacia	-.002	.015	.019	1	.890	.998	.969	1.028
Calidad de la amistad	.001	.021	.001	1	.978	1.001	.960	1.043
Estilo Autoritativo	-.909	1.342	.459	1	.498	.403	.029	5.589
Estilo Negligente	-	1.316	1.558	1	.212	.194	.015	2.551
Estilo Autoritario	1.642	1.239	2.137	1	.144	.164	.014	1.853
Estilo Permisivo	-.158	1.431	.012	1	.912	.854	.052	14.106
Conducta prosocial	.029	.018	2.415	1	.120	1.029	.993	1.067
Modelo 1	$\chi^2 = 111.94, gl= 12, R^2 = 60\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	1.301	.971	1.798	1	.180	3.675		
Conducta Previa	-	.764	44.156	1	.001	.006	.001	.028
Autoestima	-.035	.018	3.756	1	.053	.966	.932	1.000
Modelo 11	$\chi^2 = 100.86, gl= 2, R^2 = 54\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 58, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los últimos 30 días. El modelo total

fue significativo ( $\chi^2 = 111.94, p < .001, R^2 = 60\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 11 continuó significativo, ( $\chi^2 = 100.86, p < .001$ ).

La variable que contribuyó a mantener el efecto en el modelo fue la conducta previa de no consumo de tabaco ( $\beta = -5.078, OR = .006, p = .001$ ) sobre el consumo de tabaco en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 54% como se muestra en la Tabla 58. Es decir, la conducta previa de no consumo de tabaco y la autoestima, influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de tabaco, como factores protectores.

**Tabla 59**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	46.342	10101.36	.00	1	.996	1,337 E+20		
Conducta Previa	-19.366	1519.41	.00	1	.990	.000	.000	.
Edad	.378	.60	.39	1	.529	1.460	.449	4.746
Sexo	-.359	.97	.13	1	.713	.698	.103	4.726
Autoestima	-.019	.03	.30	1	.581	.981	.916	1.051
Religiosidad	-.005	.01	.08	1	.775	.995	.962	1.029
Autoeficacia	-.034	.02	2.42	1	.119	.966	.926	1.009
Calidad de la amistad	-.021	.02	.58	1	.444	.979	.927	1.034
Estilo Autoritativo	-15.812	3367.11	.00	1	.996	.000	.000	.
Estilo Negligente	-16.788	3367.11	.00	1	.996	.000	.000	.
Estilo Autoritario	-17.848	3367.11	.00	1	.996	.000	.000	.
Estilo Permisivo	-17.753	3367.11	.00	1	.996	.000	.000	.

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 59**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco en los Últimos 7 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Conducta prosocial	.047	.02	2.58	1	.108	1.048	.990	1.109
Modelo 1	$\chi^2 = 76.89, gl= 12, R^2 = 66\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-1.300	6.04	.04	1	.830	.273		
Conducta Previa	-19.320	1628.73	.00	1	.991	.000	.000	.
Edad	.159	.44	.12	1	.719	1.173	.492	2.793
Autoestima	-.007	.02	.07	1	.780	.993	.943	1.045
Autoeficacia	-.030	.01	2.72	1	.099	.971	.937	1.006
Modelo 11	$\chi^2 = 66.20, gl= 4, R^2 = 58\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 59, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Tabaco, en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 76.89, p < .001, R^2 = 66\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 11 continuó significativo, ( $\chi^2 = 66.20, p < .001$ ). Sin embargo, no se muestran variables que contribuyeron a mantener el efecto.

**Tabla 60**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-30.513	11.71	6.785	1	.009	.000		
Conducta Previa	-7.148	1.35	27.985	1	.001	.001	.000	.011
Edad	2.070	.73	7.852	1	.005	7.924	1.863	33.705
Sexo	-1.114	1.01	1.209	1	.272	.328	.045	2.392
Autoestima	-.078	.03	4.489	1	.034	.925	.860	.994
Religiosidad	-.003	.02	.020	1	.888	.997	.958	1.038
Autoeficacia	-.026	.02	1.328	1	.249	.974	.932	1.019
Calidad de la amistad	.036	.03	.987	1	.320	1.037	.966	1.113
Estilo Autoritativo	3.128	1.89	2.740	1	.098	22.838	.562	927.958
Estilo Negligente	.653	1.34	.236	1	.627	1.921	.138	26.800
Estilo Autoritario	1.527	1.47	1.073	1	.300	4.603	.256	82.708
Estilo Permisivo	2.728	1.79	2.301	1	.129	15.307	.451	519.887
Conducta prosocial	.019	.02	.534	1	.465	1.019	.968	1.073
Modelo 1	$\chi^2 = 107.17, gl= 12, R^2 = 71\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-17.064	7.51	5.161	1	.023	.000		
Conducta Previa	-6.208	.95	42.379	1	.001	.002	.000	.013
Edad	1.589	.57	7.764	1	.005	4.900	1.602	14.984
Autoestima	-.073	.02	7.243	1	.007	.930	.881	.980
Modelo 10	$\chi^2 = 100.35, gl= 3, R^2 = 66\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 60, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la

## Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta

Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 107.17, p < .001, R^2 = 71\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 10 continuó significativo ( $\chi^2 = 3100.35, p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de marihuana ( $\beta = -6.208, OR = .002, p = .001$ ), la edad ( $\beta = 1.589, OR = 4.900, p = .005$ ) y la autoestima ( $\beta = -.073, OR = .930, p = .007$ ) sobre el consumo de marihuana en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 66% como se muestra en la Tabla 60. Es decir, la conducta previa de no consumo de marihuana, la edad y la autoestima, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 61**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-38.842	71.97	.29	1	.589	.000		
Conducta Previa	-18.631	10.02	3.45	1	.063	.000	.000	2.746
Edad	4.000	2.75	2.10	1	.147	54.596	.246	12105.456
Sexo	-8.138	5.75	2.00	1	.157	.000	.000	22.951
Autoestima	-.375	.22	2.81	1	.093	.687	.444	1.065
Religiosidad	-.072	.07	.86	1	.351	.931	.801	1.082
Autoeficacia	-.036	.05	.36	1	.547	.965	.859	1.084
Calidad de la amistad	.214	.14	2.05	1	.151	1.238	.925	1.658
Estilo	2.076	21.48	.00	1	.923	7.970	.000	1533E+19

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 61**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 30 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
<b>Autoritativo</b>								
Estilo	-5.086	21.56	.05	1	.814	.006	.000	1402E+16
<b>Negligente</b>								
Estilo	3.168	21.30	.02	1	.882	23.749	.000	3226E+19
<b>Autoritario</b>								
Estilo	.285	21.34	.00	1	.989	1.330	.000	1966E+18
<b>Permisivo</b>								
Conducta prosocial	-.015	.08	.03	1	.856	.985	.834	1.163
<b>Modelo 1</b> $\chi^2 = 87.92, gl= 12, R^2 = 86\% , p < .001$								
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-23.782	13.13	3.27	1	.070	.000		
Conducta Previa	-11.845	3.80	9.69	1	.002	.000	.000	.012
Edad	2.935	1.21	5.83	1	.016	18.825	1.738	203.899
Sexo	-3.730	2.01	3.44	1	.064	.024	.000	1.234
Autoestima	-.216	.08	6.33	1	.012	.806	.681	.953
Estilo Negligente	-5.095	2.44	4.34	1	.037	.006	.000	.740
<b>Modelo 8</b> $\chi^2 = 83.87, gl= 5, R^2 = 82\% , p < .001$								

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 61, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana, en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 87.92, p < .001, R^2 = 86\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 8 continuó significativo, ( $\chi^2 = 83.87, p < .001$ ).



Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de marihuana ( $\beta = -11.845$ ,  $OR = .000$ ,  $p = .002$ ), la edad ( $\beta = 2.935$ ,  $OR = 18.825$ ,  $p = .016$ ) y la autoestima ( $\beta = -.216$ ,  $OR = .806$ ,  $p = .012$ ) sobre el consumo de marihuana en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 82% como se muestra en la Tabla 61. Es decir, la conducta previa de no consumo de marihuana, la edad y la autoestima, influyen en la conducta promotora de salud ante el consumo de marihuana, observado que en la medida que aumenta la edad puede ser considerada como factor de riesgo.

**Tabla 62**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-	2234.52	.01	1	.904	.00		
	268.57							
Conducta Previa	-42.43	28.79	2.17	1	.141	.00	.00	1197681.2
Edad	16.81	11.52	2.12	1	.145	200E+7	.00	1291E+17
Sexo	-19.87	12.64	2.47	1	.116	.00	.00	134.320
Autoestima	-1.02	.69	2.19	1	.139	.35	.09	1.39
Religiosidad	.22	.14	2.30	1	.129	1.25	.93	1.67
Autoeficacia	.06	.10	.38	1	.537	1.06	.86	1.31
Calidad de la amistad	.47	.31	2.31	1	.128	1.60	.87	2.96
Estilo Autoritativo	44.50	2227.61	.00	1	.984	21E+19	.00	.
Estilo Negligente	-4.91	5.78	.72	1	.396	.00	.00	619.00
Estilo Autoritario	7.85	7.12	1.21	1	.271	2568.01	.00	2986E+9
Estilo Permisivo	1.91	5.43	.12	1	.725	6.78	.00	288559.1
Conducta prosocial	.16	.16	1.01	1	.315	1.17	.85	1.627
Modelo 1	$\chi^2 = 72.88$ , $gl = 12$ , $R^2 = 85\%$ , $p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 62**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana en los Últimos 7 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-12.34	0008.72	1.99	1	.157	000.00	00000000.0	
Conducta Previa	-5.57	1.16	22.85	1	.001	.00	.00	.037
Edad	1.10	.65	2.87	1	.090	3.03	.84	10.916
Autoestima	-.07	.03	3.71	1	.054	.93	.86	1.001
Modelo 10	$\chi^2 = 52.89, gl= 3, R^2 = 63\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 62, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Marihuana, en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 72.88, p < .001, R^2 = 85\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 10 continuó significativo, ( $\chi^2 = 52.89, p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron manteniendo el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de marihuana ( $\beta = -5.573, OR= .004, p = .001$ ) sobre el consumo de marihuana en los últimos 7 días, con una varianza explicada del 63% como se muestra en la Tabla 62. Es decir, la conducta previa de no consumo de marihuana, influye en la conducta promotora de salud ante el consumo de marihuana.

**Tabla 63**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-11.55	12147.75	.00	1	.99	.00		
Conducta Previa	-20.40	1782.10	.00	1	.99	.00	.00	.
Edad	-.47	1.12	.17	1	.67	.62	.06	5.61
Sexo	-1.50	2.40	.39	1	.53	.22	.00	24.75
Autoestima	-.03	.06	.36	1	.548	.96	.85	1.08
Religiosidad	.01	.04	.08	1	.766	1.01	.92	1.10
Autoeficacia	.00	.04	.00	1	.993	1.00	.90	1.09
Calidad de la amistad	.16	.10	2.40	1	.121	1.18	.95	1.46
Estilo Autoritativo	6.94	4402.97	.00	1	.999	1035.03	.00	.
Estilo Negligente	10.38	4686.01	.00	1	.998	32509.40	.00	.
Estilo Autoritario	-15.52	3749.52	.00	1	.997	.00	.00	.
Estilo Permisivo	13.57	5004.52	.00	1	.998	78E+5	.00	.
Conducta prosocial	-.12	.07	2.85	1	.091	.88	.76	1.02
Modelo 1	$\chi^2 = 23.39, gl= 12, R^2 = 62\% , p < .025$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-5.34	.57	85.36	1	.001	.00		
Modelo 15	$\chi^2 = -8.219, gl= 1, R^2 = 62\% , p < .004$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 63, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta

Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 23.39, p < .025, R^2 = 62\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 15 continuó significativo, ( $\chi^2 = -8.219, p < .004$ ). Sin embargo, no se observan las variables que contribuyeron mantenido el efecto.

**Tabla 64**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	25.63	10451.20	.00	1	.998	1352E+11		
Conducta Previa	-	3032.62	.00	1	.985	.00	.00	.
Edad	-1.24	1.88	.43	1	.510	.28	.00	11.66
Sexo	-	1457.55	.00	1	.991	.00	.00	.
Autoestima	-0.04	.08	.34	1	.559	.95	.81	1.11
Religiosidad	-0.01	.05	.03	1	.851	.98	.88	1.10
Autoeficacia	.03	.08	.14	1	.703	1.03	.87	1.22
Calidad de la amistad	.19	.23	.69	1	.406	1.21	.76	1.94
Estilo Autoritativo	6.77	4079.50	.00	1	.999	877.44	.00	.
Estilo Negligente	29.35	4783.36	.00	1	.995	5617E+12	.00	.
Estilo Autoritario	-	3216.56	.00	1	.996	.00	.00	.
Estilo Permisivo	15.66	3546.05	.00	1	1.000	.85	.00	.
Conducta prosocial	-0.12	.14	.74	1	.388	.87	.65	1.17
Modelo 1	$\chi^2 = 30.17, gl= 12, R^2 = 79\% , p < .003$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	.69	1.22	.32	1	.571	2.00		
Conducta previa	-7.13	1.58	20.36	1	.001	.00	.00	.01
Modelo 12	$\chi^2 = 19.38, gl= 1, R^2 = 51\% , p < .001$							

*Nota.*  $n$ = Total de observaciones,  $\beta$ = Beta,  $E.E$ = Error estándar,  $gl$ = Grados de libertad,  $p$ = nivel de significancia alcanzado,  $OR$ = Odds ratio,  $IC$ = Intervalo de Confianza,  $LI$ = Límite Inferior,  $LS$ = Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 64, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los últimos 30 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 30.17, p < .003, R^2 = 79\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 12 continuó significativo, ( $\chi^2 = 19.38, p < .001$ ).

La variable que contribuyó a mantener el efecto en el modelo fue la conducta previa de no consumo de cocaína ( $\beta = -7.137, OR = .001, p = .001$ ) sobre el consumo de cocaína en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 51% como se muestra en la Tabla 64. Es decir, la conducta previa de no consumo de cocaína, influye en la conducta promotora de salud en el consumo de cocaína.

### Tabla 65

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Cocaína en los Últimos 7 Días*

Variable $n=633$	$\beta$	$E.E$	Wald	$gl$	$p$	$OR$	$IC95\%$	
							$LI$	$LS$
Constante	25.63	10451.20	.000	1	.998	1352E+11		
Conducta Previa	-55.25	3032.62	.000	1	.985	.000	.000	.
Edad	-1.24	1.88	.434	1	.510	.288	.007	11.666
Sexo	-16.90	1457.55	.000	1	.991	.000	.000	.
Autoestima	-.04	.08	.341	1	.559	.954	.815	1.117
Religiosidad	-.01	.05	.035	1	.851	.989	.883	1.108
Autoeficacia	.03	.08	.145	1	.703	1.033	.873	1.223
Calidad de la amistad	.19	.23	.691	1	.406	1.218	.765	1.941

*Nota.*  $n$ = Total de observaciones,  $\beta$ = Beta,  $E.E$ = Error estándar,  $gl$ = Grados de libertad,  $p$ = nivel de significancia alcanzado,  $OR$ = Odds ratio,  $IC$ = Intervalo de Confianza,  $LI$ = Límite Inferior,  $LS$ = Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.



la Tabla 65. Es decir, la conducta previa de no consumo de cocaína, influye en la conducta promotora de salud en el consumo de cocaína.

**Tabla 66**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 12 Meses*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	-2.71	4.92	.30	1	.581	.06		
Conducta Previa	-4.63	.46	98.96	1	.001	.01	.00	.02
Edad	.62	.26	5.54	1	.019	1.86	1.11	3.13
Sexo	.27	.45	.36	1	.546	1.31	.54	3.20
Autoestima	.00	.01	.11	1	.737	1.00	.97	1.04
Religiosidad	-.01	.01	1.82	1	.177	.98	.96	1.00
Autoeficacia	-.01	.01	1.91	1	.167	.98	.96	1.00
Calidad de la amistad	.01	.01	1.00	1	.317	1.01	.98	1.04
Estilo Autoritativo	-1.67	.99	2.83	1	.092	.18	.02	1.31
Estilo Negligente	-1.64	1.01	2.61	1	.106	.19	.02	1.41
Estilo Autoritario	-1.65	.94	3.06	1	.080	.19	.03	1.22
Estilo Permisivo	-1.57	1.05	2.23	1	.135	.20	.02	1.63
Conducta prosocial	.00	.012	.28	1	.593	1.00	.98	1.03
Modelo 1	$\chi^2 = 181.13, gl= 12, R^2 = 57\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-7.95	3.41	5.44	1	.020	.00		
Conducta previa	-4.54	.41	118.94	1	.001	.01	.00	.02
Edad	.65	.25	6.77	1	.009	1.92	1.17	3.14
Modelo 11	$\chi^2 = 171.46, gl= 2, R^2 = 54\%, p < .001$							

Nota. n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 66, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables, en los últimos 12 meses. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 181.13$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 57\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 11 continuó significativo, ( $\chi^2 = 171.46$ ,  $p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron a mantener el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de inhalables ( $\beta = -4.548$ ,  $OR = .011$ ,  $p = .001$ ) y la edad ( $\beta = .653$ ,  $OR = 1.921$ ,  $p = .009$ ) sobre el consumo de inhalables en los últimos 12 meses, con una varianza explicada del 54% como se muestra en la Tabla 66. Es decir, la conducta previa de no consumo de inhalables y la edad, influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de inhalables, observando que en la medida en la que la edad aumenta puede ser considerada un factor de riesgo.

### Tabla 67

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 30 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	- 11.430	5.566	4.217	1	.040	.000		
Conducta Previa	-4.953	.553	80.111	1	.001	.007	.002	.021
Edad	.947	.323	8.591	1	.003	2.579	1.369	4.860
Sexo	-.349	.531	.432	1	.511	.706	.249	1.997
Autoestima	-.011	.021	.256	1	.613	.990	.950	1.031
Religiosidad	-.025	.011	4.727	1	.030	.975	.954	.998
Autoeficacia	-.020	.013	2.535	1	.111	.980	.956	1.005
Calidad de	.019	.019	.973	1	.324	1.019	.982	1.057

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.



**Tabla 67**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 30 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
la amistad								
Estilo Autoritativo	-.410	.954	.184	1	.668	.664	.102	4.310
Estilo Negligente	-.309	.994	.097	1	.756	.734	.105	5.148
Estilo Autoritario	-.235	.903	.068	1	.795	.791	.135	4.638
Estilo Permisivo	-.061	1.077	.003	1	.955	.941	.114	7.767
Conducta prosocial	.030	.015	4.072	1	.044	1.031	1.001	1.061
Modelo 1	$\chi^2 = 171.73, gl= 12, R^2 = 62\%, p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-	4.471	8.388	1	.004	.000		
	12.950							
Conducta previa	-4.923	.527	87.356	1	.001	.007	.003	.020
Edad	1.017	.314	10.517	1	.001	2.766	1.496	5.116
Religiosidad	-.024	.011	4.477	1	.034	.977	.956	.998
Autoeficacia	-.022	.012	3.511	1	.061	.979	.957	1.001
Conducta prosocial	.034	.013	6.738	1	.009	1.035	1.008	1.062
Modelo 8	$\chi^2 = 169.68, gl= 5, R^2 = 61\%, p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 67, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los últimos 30 días. El modelo total

fue significativo ( $\chi^2 = 171.73$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 62\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 8 continuó significativo, ( $\chi^2 = 169.68$ ,  $p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron a mantener el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de inhalables ( $\beta = -4.923$ ,  $OR = .007$ ,  $p = .001$ ), la edad ( $\beta = 1.017$ ,  $OR = 2.766$ ,  $p = .001$ ), la religiosidad ( $\beta = -.024$ ,  $OR = .977$ ,  $p = .034$ ) y la conducta prosocial ( $\beta = .034$ ,  $OR = 1.035$ ,  $p = .009$ ) sobre el consumo de inhalables en los últimos 30 días, con una varianza explicada del 54% como se muestra en la Tabla 67. Es decir, la conducta previa de no consumo de inhalables, la edad, la religiosidad y la conducta prosocial, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, observando que en la medida en la que la edad y la conducta prosocial aumenta puede ser considerada un factor de riesgo.

### Tabla 68

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 7 Días*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Constante	- 11.805	5.699	4.290	1	.038	.000		
Conducta Previa	-4.124	.550	56.121	1	.001	.016	.006	.048
Edad	.972	.319	9.290	1	.002	2.644	1.415	4.940
Sexo	-.429	.542	.628	1	.428	.651	.225	1.883
Autoestima	-.025	.020	1.497	1	.221	.976	.938	1.015
Religiosidad	.000	.011	.001	1	.970	1.000	.978	1.021
Autoeficacia	-.014	.012	1.297	1	.255	.986	.964	1.010
Calidad de la amistad	.026	.019	1.850	1	.174	1.027	.988	1.066
Estilo Autoritativo	-.040	1.113	.001	1	.971	.961	.108	8.517

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

**Tabla 68**

*Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los Últimos 7 Días (Continuación...)*

Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
							LI	LS
Estilo Negligente	-1.219	1.113	1.200	1	.273	.295	.033	2.619
Estilo Autoritario	-.396	1.034	.147	1	.702	.673	.089	5.110
Estilo Permisivo	-1.288	1.123	1.315	1	.252	.276	.031	2.494
Conducta prosocial	.023	.015	2.160	1	.142	1.023	.992	1.054
Modelo 1	$\chi^2 = 113.46, gl= 12, R^2 = 50\% , p < .001$							
Variable n=633	$\beta$	E.E	Wald	gl	p	OR	IC95%	
Constante	-	4.435	11.797	1	.001	.000		
Conducta previa	15.232							
Edad	-3.910	.473	68.358	1	.001	.020	.008	.051
Conducta prosocial	.978	.304	10.325	1	.001	2.660	1.465	4.830
Conducta prosocial	.023	.012	3.612	1	.057	1.023	.999	1.047
Modelo 10	$\chi^2 = 104.82, gl= 3, R^2 = 47\% , p < .001$							

*Nota.* n= Total de observaciones,  $\beta$ = Beta, E.E= Error estándar, gl= Grados de libertad, p= nivel de significancia alcanzado, OR= Odds ratio, IC= Intervalo de Confianza, LI= Límite Inferior, LS= Límite Superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

En la Tabla 68, se muestra un Modelo de Regresión Logística Binaria para Conducta Previa, Edad, Sexo, Autoestima, Religiosidad, Autoeficacia, Calidad de la Amistad, Estilos de Crianza Parental y Conducta Prosocial Sobre la Conducta Promotora de Salud en el Consumo de Inhalables en los últimos 7 días. El modelo total fue significativo ( $\chi^2 = 113.46, p < .001, R^2 = 50\%$ ), posterior al método Backward, el modelo 10 continuó significativo, ( $\chi^2 = 104.82, p < .001$ ).

Las variables que contribuyeron a mantener el efecto en el modelo fueron la conducta previa de no consumo de inhalables ( $\beta = -3.910, OR = .020, p = .001$ ) y la edad

( $\beta = .978$ ,  $OR = 2.660$ ,  $p = .001$ ), sobre el consumo de inhalables en los últimos 7 días, con una varianza explicada del 47% como se muestra en la Tabla 68. Es decir, la conducta previa de no consumo de inhalables, la edad, la religiosidad y la conducta prosocial, influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de inhalables, observando que en la medida en la que la edad aumenta puede ser considerada un factor de riesgo.

#### *Hallazgos adicionales*

#### **Tabla 69**

*Total de sustancias consumidas por los adolescentes en el último año, último mes y última semana*

<i>n=633</i>	<i>Último año</i>		<i>Último mes</i>		<i>Última semana</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Drogas consumidas						
0	425	67.1	520	82.1	567	89.6
1	140	22.1	78	12.3	44	7.0
2	45	7.1	23	3.6	17	2.7
3	20	3.2	11	1.7	3	0.5
4	2	0.3	0	0.0	0	0.0
5	1	0.2	1	0.2	2	0.3
Total	633	100.0	633	100.0	633	100.0

*Nota.* *f*= frecuencia, *%*= porcentaje, *n*= total de observaciones.

En la Tabla 69 se muestra el total de sustancias (alcohol, tabaco y drogas) consumidas por los adolescentes, en el último año, el último mes y las últimas semanas, como hallazgos adicionales del estudio. El 67.1% de los adolescentes no consumió ninguna sustancia en el último año, el 82.1% en el último mes y el 89.6% en la última semana. El 22.1% de los participantes, consumió 1 sustancia en el último año, el 12.3% en el último mes y el 7.0% en la última semana. El 7.1% de los participantes consumió 2 sustancias en el último año, el 3.6% en el último mes y el 2.7% en la última semana. El 3.2% de los participantes consumió 3 sustancias en el último año, 1.7% en el último mes y 0.5% en la última semana. El 0.3% consumió 4 sustancias en el último año y no se reportó consumo de 4 sustancias en el último mes y la última semana. Finalmente, el

.02% de los adolescentes consumió 5 sustancias en el último año y el último mes y el 0.3% en la última semana.

## Capítulo IV

### Discusión

En el presente estudio se planteó un modelo explicativo de la conducta prosocial y otros factores y su influencia en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol tabaco y drogas, basado en el Modelo de Promoción de Pender et al. (2018), fue aplicado en adolescentes de educación secundaria de la ciudad de Chihuahua. En el presente estudio, la edad de los participantes fue de 11 a 15 años, con una media de 13.3 años ( $DE = .86$ ), lo que coincide con los datos del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación México (INEE 2019), que hace referencia, que la edad de los estudiantes de secundaria comprende de los 12 a los 14.

La población de estudio estuvo conformada por 50.4% mujeres y 49.6% hombres. Datos muy similares a los reportados por la Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2022) a nivel nacional, donde los estudiantes de secundaria inscritos en el ciclo escolar 2021-2022 fueron 50.3% hombres y 49.7% mujeres.

La educación secundaria, según la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2015) integra la formación básica y consta de 3 años, primero, segundo y tercer grado. Al respecto, en el presente estudio, los estudiantes de segundo grado de secundaria (49%), fueron los de mayor proporción, seguido de los de tercero (30%) y finalmente los de primero (21.0%).

Según el Consejo Nacional de Población (2020), en México y en el mundo, las familias y hogares se han transformado, desde la conformación, las funciones y el tipo de relaciones entre los integrantes, señala la identificación de familias constituidas por madre, padre e hijos y en muchas ocasiones por los abuelos, además, las familias encabezadas por madres o padres solteros, familias conformadas por parejas sin hijos, parejas adultas donde sus hijos ya se han ido del hogar, parejas del mismo sexo, entre otras. En el presente estudio el 57.8% de los adolescentes reportaron vivir con ambos

padres, el 31.6% vive sólo con su mamá, el 3.0% con su papá y el 7.6% con otro familiar (abuelos, tíos, entre otros).

Para dar respuesta al objetivo general del estudio que plantea un modelo que explique la asociación de la conducta previa, factores personales biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad), autoeficacia, influencias interpersonales (crianza parental y calidad de la amistad) y conducta prosocial con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que estudian secundaria a partir del Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Se realizaron modelos de regresión logística binaria.

Se encontró asociación de la conducta previa de no consumo de alcohol, la edad, la autoeficacia y el estilo de crianza autoritario con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Así mismo, la conducta previa de no consumo de alcohol, la autoeficacia y el estilo de crianza autoritario con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días.

Además, se encontró asociación de la conducta previa de no consumo de tabaco, la edad y el estilo de crianza autoritario con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12 meses. Así mismo, se asoció la conducta previa de no consumo de con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 30 días.

También se encontró asociación de la conducta previa de no consumo de marihuana, la edad, la autoestima con la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, en los últimos 12 meses. Del mismo modo, se encontró que la conducta previa de no consumo de marihuana, la edad y la autoestima, influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, en los últimos 30 días. Igualmente, la conducta previa de no consumo de marihuana, influye en la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, en los últimos 7 días.

De la misma manera, se encontró asociación de la conducta previa de no consumo de cocaína con la conducta promotora de salud en el consumo de cocaína, en los últimos 30 días y en los últimos 7 días. Respecto a inhalables, la conducta previa de no consumo de inhalables y la edad se asociaron con la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 12 meses. Así mismo, la conducta previa de no consumo de inhalables, la edad, la religiosidad y la conducta prosocial, con la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 30 días y la conducta previa de no consumo de inhalables y la edad se asociaron con la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 7 días.

Los resultados descritos anteriormente concluyen que la conducta previa de no consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables presentaron asociación con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables, en todas las prevalencias (últimos 12 meses, últimos 30 días y en los últimos 7 días), en la mayoría de los modelos analizados. Resultados consistentes a los de Martínez-Fernández et al. (2018), que encontraron que la mayoría de los adolescentes que no consumían, se mantuvieron sin consumir al año siguiente. Así mismo, Sánchez-Zamora et al. (2007) documentaron que los adolescentes que no habían consumido ninguna sustancia previamente, como alcohol y tabaco, consumían menos drogas ilegales. De igual forma, coincide con Morales (2018) quien reportó asociación de la conducta previa con la conducta promotora de no consumo de alcohol

La asociación negativa de la conducta previa con el consumo de sustancias puede ser explicado por los factores protectores con los que cuenta el adolescente, entre los que se encuentran tener un mejor estado de ánimo, la autopercepción, la relación los padres, apoyo familiar, el entorno escolar (Saiz et al., 2020), la autoestima (Telumbre-Terrero et al., 2018) ya que, si el adolescente tuvo factores que lo protegieron para no consumir previamente, dichos factores pueden contribuir al no consumo de estas sustancia durante toda su vida.



De acuerdo con Pender et al. (2015), la conducta previa es referida como la frecuencia del mismo comportamiento o uno similar en el pasado. Lo que apoya los resultados del presente estudio y las asociaciones negativas, encontradas entre la conducta previa de no consumo de alcohol, tabaco y drogas y el consumo de las mismas sustancias, lo que lleva a la promoción de la salud.

En el presente estudio, la edad se asoció a la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, principalmente en la prevalencia de los últimos 12 meses. Sin embargo, en la medida en que aumenta la edad, puede ser considerada un factor de riesgo. Resultados consistentes con Morello et al. (2016) que encontraron menores prevalencias de consumo de drogas a las reportadas por las encuestas nacionales y atribuyen sus resultados a que la mayoría de los participantes eran menores a los 12 años de edad, También coincide con Salamó et al. (2010), que encontraron menores prevalencias de consumo de alcohol y atribuyen sus resultados a que la mayoría de los participantes de su estudio eran menos de 14 años y el consumo habitual fue muy poco frecuente antes de esa edad. De igual forma, coincide con Morales (2018) que reporto asociación de la edad con la conducta promotora de salud del no consumo de alcohol. Por lo que tener menor edad influye en el no consumo.

Estas coincidencias con el presente estudio pueden ser explicadas por las relaciones interpersonales positivas y por el autoconcepto social y familiar que se presenta durante la adolescencia, ya que, los jóvenes a edades tempranas están más arraigados al ambiente familiar y posteriormente se relaciona en mayor medida con iguales. Ibarra (2020) señala que conforme aumenta la edad, en la adolescencia, hay un declive en la dimensión familiar y aumento en la dimensión social.

Muñoz-Rivas y López (2001) señalan que la cohesión familiar, la existencia de normas respecto al uso de drogas legales, la existencia de una relación positiva, entre el padre y el adolescente y el hecho de que el adolescente busque apoyo de sus padres cuando se le presenta un problema, influyen como factor protector ante el consumo de

drogas. Así mismo, el afecto familiar percibido actúa como factor de protección frente al alcohol y como efecto preventivo de la presión del grupo de iguales por dicho consumo (Olivares et al., 2018), tener mejor relación con los padres se asoció, de igual manera, al no consumo (Saiz et al. 2020), además, la adecuada supervisión de los padres es un factor protector frente al consumo de sustancias.

Sin embargo, conforme aumenta la edad, el adolescente se relaciona más con iguales que pueden influir en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Ruiz et al. (2015) encontraron en su estudio que los pares influyen en el consumo de alcohol, debido a la necesidad que tiene el adolescente de pertenecer un grupo, evidenciado esto conforme aumenta la edad. Álvarez-López et al. (2020) señalan que los adolescentes tienen 6.5 veces más posibilidades de consumir cuando se relacionan con amigos que consumen. Así mismo, Vega et al. (2018) señalan que el factor más asociado al inicio de consumo de drogas, es tener amigos que consumen.

En el presente estudio la autoeficacia se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y en los últimos 7 días. Resultados consistentes a otros estudios (González-Yubero et al., 2020; Noh-Moo et al., 2021; Schwinn et al., 2016; Voisin et al., 2019). La autoeficacia es una competencia personal amplia y estable sobre la capacidad de las personas para afrontar situaciones difíciles, favorece la motivación y estilos de afrontamiento eficaces (Mur & Páez, 2018). Pender et al. (2015) señala que sentirse eficaz y calificado aumenta la probabilidad de participar en el comportamiento, por lo que se puede considerar un factor protector que explica la asociación entre la autoeficacia y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol.

En el presente estudio la autoestima se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Resultados consistentes a los encontrados por Cisneros y Terrero (2018), González-Yubero (2020), Noh-Moo et al. (2021) y Telumbre-Terrero et al. (2018) respecto a la

asociación, pero inconsistentes en el tipo de sustancia, ya que, encontraron que a mayor autoestima menor consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. Sin embargo, no se encontraron estudios en donde evidencie asociación de la autoestima con el no consumo de marihuana.

Pender et al. (2015), señala que los factores personales psicológicos, entre los que se encuentra la autoestima, predicen un comportamiento objetivo, lo que apoya los resultados del presente estudio, en donde se encontró asociación negativa entre la autoestima y el consumo de marihuana. Pérez (2019) señala que la autoestima es una necesidad básica y vital para el ser humano que desempeña un papel esencial en la toma de decisiones, la describen como una herramienta indispensable para el desarrollo normal y sano del individuo. Lo que puede explicar que en el presente estudio, la autoestima resultó ser un factor protector frente al consumo de marihuana, es decir, que tener mayor autoestima influye en la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana.

En el presente estudio la religiosidad se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 30 días. Resultados consistentes con otros estudios en los que se ha reportado que tener prácticas y creencias religiosas fuertes, resulta ser un factor protector ante el consumo de alcohol y drogas (El Kazdough et al., 2018; Guzmán et al., 2019; Martínez-Torres et al., 2016; Ramírez-Garduño et al., 2020). Da Silva et al. (2021) encontraron que ser miembro de la religión evangélica resultó ser un factor protector ante el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Al respecto, Valiente-Barroso y García-García (2010) evidenciaron la relación entre la religiosidad y el nivel de salud de las personas y señalan la religiosidad como un factor promotor de salud y bienestar. Además, Urchaga et al. (2019) mencionan que la religiosidad promueve fortalezas y bienestar psicológico, salud mental y cuestiones positivas, que pueden contribuir en el bienestar de las personas, lo que puede explicar los resultados del presente estudio.

En el presente estudio se encontró que los adolescentes que perciben a sus padres con un estilo de crianza autoritario, se asoció a la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos 7 días y con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco en los últimos 12 meses. Los resultados de la evidencia existente no son concluyentes ya que, diferentes estudios presentan resultados diversos.

Lo obtenido en el presente estudio, es inconsistente a los resultados de Riquelme et al. (2018), donde hijos que caracterizaron a sus padres como indulgentes y autoritativos mostraron el consumo más bajo de alcohol, tabaco, marihuana y drogas de síntesis. Por el contrario, Zuquette et al. (2019) reportaron que los estilos que aumentaron la probabilidad de beber en exceso son el autoritario y el indulgente, al igual que Benchaya et al. (2019), que encontraron que los adolescentes que percibieron un estilo indulgente en sus madres tenían más probabilidades de no cambiar su comportamiento hacia el consumo de alcohol.

Berge et al. (2016), reportaron que el estilo negligente se asoció con mayores probabilidades de fumar regularmente y Tondowski et al. (2015), reportaron que los hijos de padres indulgentes y negligentes, tuvieron mayor probabilidad de haber fumado en el mes anterior, en comparación con los que percibieron a sus padres como autoritativos.

El estilo de crianza parental autoritario, considera la obediencia como virtud, además de la dedicación a los deberes asignados, las tradiciones y el mantenimiento del orden. Están de acuerdo con el castigo o la coerción y acuerdan mantener a los hijos en roles inferiores y limitan su autonomía. Se esfuerzan por influir, controlar y evaluar los comportamientos y actitudes de sus hijos (Jorge & González, 2017). Este estilo de crianza parental es caracterizado por padres que tienen una mayor vigilancia, no permiten a los adolescentes tener espacios donde puedan realizar prácticas de riesgo,

como es el consumo de sustancias, lo que favorece la conducta promotora de salud en el consumo.

Pender et al. (2015) señala que las influencias interpersonales intervienen en la conducta promotora de salud a través de las expectativas, el apoyo social y el aprendizaje que pueden otorgar a través de la observación y el modelamiento. Lo que puede explicar los resultados del presente estudio, que señaló que el percibir a sus padres como autoritarios se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol y tabaco.

En el presente estudio, la conducta prosocial se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 30 días, sin embargo, la asociación se presenta como factor de riesgo, resultados inconsistentes a los reportados por Hernández-Serrano et al. (2016) que encontraron que la variable que mejor predice el no consumo de alcohol y marihuana para los indicadores temporales de prevalencia de alguna vez en la vida, alguna vez en el último año y frecuencia de consumo en el último año, fue la conducta prosocial. Así mismo, Baheiraei et al. (2016), documentaron que la participación prosocial y las recompensas por la participación prosocial en el dominio familiar resultaron ser un factor protector frente al consumo de alcohol y tabaco. También, las recompensas por la participación prosocial en el dominio escolar resultaron un factor protector respecto al consumo de alcohol y tabaco.

La conducta prosocial corresponde a un comportamiento voluntario destinado a beneficiar a otros (Eisenberg et al., 2006). Se presenta en las relaciones interpersonales, mediante el aprendizaje social, y el desarrollo socioafectivo, donde es necesario un enfoque relacional (Gómez et al. 2021). Por lo que, se considera que los resultados del presente estudio pueden deberse a una falsa conducta prosocial, determinada por la deseabilidad social, lo que lleva a pensar que las respuestas respecto a esta variable fueron hipotéticas para los adolescentes, debido a que en el momento de la recolección de los datos y los dos años anteriores, los estudiantes de secundaria y la sociedad en

general, se encontraba en confinamiento, sin tener el contacto con el contexto escolar, amistoso y social, debido a la pandemia por la covid-19 (García-Madrigal et al. 2022).

El objetivo específico 1, fue describir las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes por sexo y edad de los adolescentes que estudian secundaria. Respecto al alcohol, el 70.8% de los estudiantes refirió no haber consumido antes del último año, el 70.6% en los últimos 12 meses, el 86.6% en el último mes y el 93.2% en los últimos siete días.

Según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE] en México, el 59.3% de los estudiantes de secundaria reportaron no haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 75.8% últimos 12 meses y el 83.4% en el último mes. En Chihuahua donde se realizó el estudio, el 60.9% reportó no haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 78.6% durante los últimos 12 meses y 85.5% en el último mes (INPRFM et al., 2015). Como se puede observar, estas proporciones de no consumo reportadas en esta encuesta son más bajas que las obtenidas en el presente estudio.

En cuanto al tabaco, en el presente estudio, el 91.2% de los estudiantes refirió no haber consumido antes del último año, el 92.9% en los últimos 12 meses, el 96.4% en el último mes y el 98.1% en los últimos siete días. A nivel Nacional, el 79.2% de los estudiantes de secundaria reportó no haber consumido alguna vez en la vida, 90.1% durante los últimos 12 meses y 93.7% en el último mes, en Chihuahua el no consumo alguna vez en la vida se reportó en el 80.3% de los estudiantes, 91.4% en los últimos 12 meses y 94.3% en el último mes (INPRFM et al., 2015). Como se puede observar, en el presente estudio, los adolescentes que no consumieron tabaco, son en más alta proporción, en comparación a lo reportados en la encuesta nacional.

Respecto al consumo de marihuana el 97.0% de los estudiantes refirió no haber consumido antes del último año, el 97.3% en los últimos 12 meses, el 98.4% en el último mes y el 98.7% en los últimos siete días. Según las encuestas nacionales el 93.9%

de los adolescentes reportó no haber consumido marihuana alguna vez en la vida, 95.5% en los últimos 12 meses y 97.5% en el último mes. En Chihuahua, se reportaron cifras superiores donde el 94.3% de los adolescentes reportó no haber consumido marihuana alguna vez en la vida, el 95.9% en los últimos 12 meses y 98.1% el último mes (INPRFM et al., 2015). Como se puede observar, en el presente estudio, los adolescentes que no consumieron marihuana, son en mayor proporción, en comparación a lo reportados en las encuestas nacionales.

En relación al consumo de cocaína, en el presente estudio, el 99.5% de los estudiantes refirió no haber consumido antes del último año, en los últimos 12 meses, en el último mes y en los últimos siete días respectivamente. En México la Encuesta Nacional de Drogas en Estudiantes informó que el 97.7% de los adolescentes reportó no haber consumido cocaína alguna vez en la vida, 98.8% durante los últimos 12 meses y 99.2% el último mes, y en Chihuahua, el 97.2% de los adolescentes reportó no haber consumido cocaína alguna vez en la vida, 98.4% en los últimos 12 meses y 99% en el último mes (INPRFM et al., 2015). Como se puede observar, en el presente estudio, los adolescentes que no consumieron cocaína, son en mayor proporción, en comparación a lo reportado en la encuesta nacional.

Respecto a los inhalables, en el presente estudio, el 91.6% de los participantes refirió no haber consumido antes del último año, el 91.8% en los últimos 12 meses, el 93.5% en el último mes y el 95.1% en los últimos siete días. Según las encuestas nacionales los estudiantes de secundaria reportaron no haber consumido inhalables, el 94.7% alguna vez en la vida, el 96.4% en los últimos 12 meses y 98% en el último mes. En Chihuahua, el 95.5% de los adolescentes reportó no haber consumido inhalables alguna vez en la vida, el 97.1% en los últimos 12 meses y 98.5% durante el último mes (INPRFM et al., 2015). Como se puede observar el porcentaje de no consumo de inhalables es mayor en los datos reportados en la encuesta que en lo obtenido en el presente estudio.

En los resultados de las prevalencias obtenidas en el presente estudio, los adolescentes que no consumen alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, son en mayor proporción, en comparación a los resultados reportados en las encuestas nacionales, en años anteriores, resultados inconsistentes a los reportados por Barrera-Núñez et al. (2022), donde las proporciones de no consumo en adolescentes por sexo disminuyeron en las mujeres, y aumentaron en los hombres. Lo que puede ser explicado por los cambios ocasionados por la pandemia que se vivía en el momento de la recolección de los datos (Vasconcelos et al., 2021).

Al respecto Córdoba-Duran y Zamudio-Pardo (2021) señalan que durante la pandemia, las dinámicas familiares cambiaron, a través de los procesos de adaptabilidad, cohesión y comunicación que se dieron por el confinamiento, lo que ocasionó que la convivencia aumentara, señalando la comunicación como un factor protector e incluso que la familia cambió su perspectiva respecto a los integrantes de su familia valorando a cada uno de ellos, fortaleciendo lazos afectivos, lo que puede explicar el menor consumo reportado en los adolescentes del presente estudio.

Respecto a las prevalencias diferenciadas por sexo, según las encuestas nacionales, en cuanto al alcohol, el consumo alguna vez en la vida, en México fue de 41.9% en hombres y 39.4% mujeres, en Chihuahua 39.5% en hombres y 38.8% en mujeres (INPRFM et al., 2015). En consumo de tabaco a nivel nacional fue de 23.8% en hombres y de 17.7% en mujeres, en el Estado de Chihuahua fue de 22.3% en hombres y 17% en mujeres (INPRFM et al., 2015). Respecto al consumo de marihuana a nivel nacional, el 12.9% de los consumidores fueron hombres el 8.4% mujeres, en Chihuahua 14.4% hombres y 9.3% mujeres (INPRFM et al., 2015). En consumo de cocaína a nivel nacional fue de 4.2% en hombres y 2.5% en mujeres y en Chihuahua 5.2% en hombres y 3.5% en mujeres (INPRFM et al., 2015). Y en consumo de inhalables en México fue 5.9% en hombres y 5.8% en mujeres, en Chihuahua 5.4% en hombres y 4.8% en mujeres (INPRFM et al., 2015).



En cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables, se han reportado en la literatura mayores prevalencias de consumo en hombres que en mujeres tanto a nivel nacional como local (INPRFM et al., 2015). Sin embargo, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en ninguna de las sustancias. No obstante, se obtuvieron mayores porcentajes de consumo de todas las sustancias en mujeres que en hombres. Resultados inconsistentes a los reportados por Aguirre et al. (2021) que encontraron diferencias estadísticamente significativas, donde los hombres consumían más alcohol que las mujeres. Pero, consistentes con los resultados obtenidos por Martínez-Cardona et al. (2019), quienes tampoco encontraron diferencias significativas en el consumo entre hombres y mujeres.

Lo que puede ser explicado por las situaciones sociales, escolares, emocionales, biológicas, familiares y ambientales, donde las mujeres manifiestan de diferente manera las medidas de afrontamiento, en comparación con los hombres, Alonso y Lira (2018) señalan que los hombres consumen sustancias en sociedad, influenciados por presiones sociales, laborales y el sentimiento de masculinidad, mientras que las mujeres consumen por dificultades (abusos, traumas y salud mental). Ortega et al. (2021), señalan que la depresión ocasionada por cambios ambientales, sociales y escolares que viven los adolescentes se relacionan con el consumo de sustancias, además, la depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Cabe resaltar que uno de los cambios más recientes experimentado en la sociedad fue la pandemia por la covid-19, lo que pudo generar depresión y a su vez, influir en el aumento del consumo de sustancias en las mujeres participantes del presente estudio.

Respecto al consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables por grupo de edad, se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco antes del último año, en el último año y en el último mes. Así mismo, en el consumo de marihuana, las diferencias por edad fueron en el último año y en el

último mes. Respecto al consumo de cocaína no se encontraron diferencias significativas por grupo de edad. En el consumo de inhalables se encontraron diferencias significativas por edad en el consumo antes del último año, en el último año, en el último mes y en la última semana. Estas diferencias en las prevalencias de consumo fueron más bajas en el grupo de 11 a 12 años que en los grupos de 13 años y de 14 a 15 años.

Resultados consistentes con Pérez-Gómez et al. (2018) que encontraron que los adolescentes de menor edad son los que consumen en menor proporción, así mismo, son consistentes con los resultados de las encuestas nacionales donde los grupos menores a 13 años son los que consumen menos (INPRFM et al., 2015). Lo que puede ser explicado por los cambios que se presentan en la adolescencia, entre ellos, la baja percepción del riesgo de consumo de sustancias, las creencias inadecuadas sobre el consumo, las influencias sociales, la tolerancia al consumo y la disminución de la vigilancia de los padres en la medida que aumenta la edad de los adolescentes (Guerra et al. 2019; Méndez-Ruiz et al., 2015).

Para responder al objetivo específico 2 que fue analizar la relación de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, el estilo de crianza parental y la calidad de la amistad con la conducta prosocial en adolescentes que estudian secundaria.

Se encontró relación positiva significativa de la autoestima, religiosidad, autoeficacia, crianza parental, calidad de la amistad con la conducta prosocial, es decir que, a más alta autoestima, religiosidad, autoeficacia, crianza parental y calidad de la amistad en los adolescentes, más alta es su conducta prosocial. Así mismo, se mostró relación de la autoestima con la autoeficacia, con el estilo de crianza parental, y con la calidad de la amistad. La religiosidad con el estilo de crianza parental y con la calidad de la amistad y el estilo de crianza parental se relacionó con la calidad de la amistad.

Estos resultados son consistentes con Álvarez et al. (2019), que encontraron relación significativa entre la autoeficacia y la autoestima, de igual manera, con Peña et al. (2018) que encontraron asociación de la autoestima con la conducta prosocial. Con

Tacuri (2021) que encontró relación entre las variables estilos de crianza y autoestima. Así mismo, con Luorno y Lemos (2016), que reportaron que los valores más elevados de prosocialidad, fueron asociados a mayores puntajes de religiosidad. Con Richaud y Mesurdo (2016) que encontraron que la autoeficacia social, predice la conducta prosocial en las niñas. Estas relaciones encontradas pueden ser explicadas desde la definición de factores protectores, Amar et al. (2003) los han conceptualizado como actitudes, circunstancias y conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen salud, educación, vivienda, afecto y conductas sanas y saludables.

Con respecto al objetivo 3 que fue determinar la relación de la autoestima, religiosidad, autoeficacia, estilo de crianza parental, calidad de la amistad y la conducta prosocial con la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables en un día típico, en los estudiantes de secundaria. Se encontró relación negativa y significativa entre la autoestima y la cantidad de cigarrillos y marihuana consumidos en un día típico. Resultados consistentes con Riquelme et al. (2018) que encontraron en su estudio, que los adolescentes de menor edad (12-15 años) reportaron más alta autoestima y menor consumo de alcohol, tabaco, cannabis y drogas de síntesis. A su vez, los resultados del presente estudio son inconsistentes a los encontrados por Hinojosa-García et al. (2020) donde no se documentó relación significativa entre la autoestima y el consumo de tabaco en adolescentes.

Los resultados de presente estudio pueden explicarse con respecto a lo señalado por Díaz et al. (2018) donde puntualizan que el desarrollo de la autoestima tiene su período más crítico en la adolescencia, debido a la serie de cambios que se dan en torno a la búsqueda de identidad. Así mismo, mencionan a la autoestima como una herramienta que contribuye en el crecimiento de adolescentes estables, sanos y con habilidades para asumir los cambios del propio periodo evolutivo, además de señalarla como un importante indicador de ajuste psicológico y adaptación social. De la misma

manera, Telumbre-Terrero et al. (2018) señalan la autoestima como un factor protector ante el consumo del alcohol, que influye en la adquisición o modificación de hábitos saludables.

De igual manera, se encontró relación negativa y significativa de la autoeficacia con la cantidad de consumo de todas las sustancias abordadas en el estudio, alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables. Resultados consistentes con los de Noh-Moo et al. (2021), que encontraron que la autoestima y la autoeficacia predicen el consumo de alcohol en el último año, o bien, que los no consumidores de alcohol, presentaron mayores índices de autoestima y autoeficacia. Al igual que Frayre et al. (2018), que encontraron relación negativa y significativa de la autoeficacia y el consumo de alcohol y Olivo et al. (2021) que encontraron mayores niveles de autoeficacia en quienes no habían consumido marihuana.

Los resultados pueden ser explicados por la seguridad que brinda la autoeficacia al individuo y la certeza de las capacidades con las que se cuentan para dominar desafíos que se le presenten (Bandura, 1982), además, se ha determinado la autoeficacia como un predictor de salud, como un factor protector y como un motivador (Olivari & Urra, 2007).

Para dar respuesta a la Hipótesis 1 que plantea que la conducta previa de no consumo, edad, sexo, autoestima y religiosidad influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria. Donde se encontró que la conducta previa y la edad se asocian con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días, además, la conducta previa y la autoestima, se asociaron con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días.

En relación con el consumo de tabaco, se encontró que la conducta previa y la edad se asociaron a la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los

últimos 12 meses, así mismo, la conducta previa y la autoestima se asociaron con la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 30 días. Respecto al consumo de drogas (marihuana, cocaína e inhalables) se encontró que la conducta previa y la edad se asociaron con la conducta promotora de salud en el consumo de drogas en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y en los últimos 7 días.

Respecto a la conducta previa y su asociación con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, los resultados son consistentes con otros estudios (Martínez-Fernández et al., 2018; Sánchez-Zamora et al., 2007). Pender et al. (2015) señala que la conducta previa es uno de los mejores predictores de la conducta promotora de salud, es referida como la frecuencia del mismo comportamiento o uno similar en el pasado. Plantea que el comportamiento previo tiene efectos indirectos y directos sobre la probabilidad de participar en comportamientos que promuevan la salud, lo que puede explicar la asociación encontrada en el presente estudio.

La edad también se asoció a la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas, resultados consistentes con Morello et al. (2016) y Salamó et al. (2010). López y Rodríguez-Arias (2010) señalaron que los adolescentes de menor edad presentaron niveles más altos en los factores de protección y los adolescentes de mayor edad, niveles más altos en los factores de riesgo, lo que sustenta que la edad puede ser un factor protector y se transforma en un factor de riesgo en la medida en que aumenta.

La autoestima, se asoció a la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco en los adolescentes del presente estudio, resultados inconsistentes a los reportados por Hinojosa-García et al. (2020), que no encontraron relación significativa entre la autoestima y el consumo de tabaco. La autoestima es la apreciación que se tiene de sí mismo y de las características que lo identifican, se construye a través del afecto y el reconocimiento de otras personas, principalmente de los padres, se considera que la autoestima influye en la calidad de vida de las personas (Panesso & Arango, 2017).

Además, se ha considerado un factor protector ante el consumo de tabaco (Armendáriz et al., 2008), lo que puede explicar los resultados del presente estudio.

Con base en los anteriores resultados, en el presente estudio, se acepta parcialmente la hipótesis 1, ya que plantea la influencia de las características y experiencias individuales plasmadas por Pender et al. (2015) en el MPS en la conducta promotora de salud, lo que apoya que la conducta previa, los factores personales biológicos y psicológicos influyen en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Para dar respuesta a la Hipótesis 2 que plantea la asociación positiva que existe de la autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas y la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria. Se encontró que la autoeficacia se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y en los últimos 7 días, siendo un factor protector. Resultados consistentes a otros estudios (Frayre et al., 2018; González-Yubero et al., 2020; Noh-Moo et al., 2021; Olivo et al., 2021; Schwinn et al., 2016; Voisin et al., 2019).

La autoeficacia determina cuánto esfuerzo dedicarán las personas y cuánto tiempo persistirán frente a situaciones adversas. Quienes tienen dudas sobre sus capacidades, cuando se ven acosados por dificultades, disminuyen sus esfuerzos o se rinden por completo, por el contrario, aquellos que tienen un fuerte sentido de eficacia se esfuerzan más por dominar los desafíos (Bandura, 1982). Lo que puede explicar los resultados del presente estudio donde la autoeficacia se asoció con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Por lo que en el presente estudio se acepta la hipótesis 2, sustentada en el MPS de Pender et al. (2015).

Para dar respuesta a la Hipótesis 3 que plantea que los estilos de crianza parental y la calidad de la amistad se asocian con la conducta promotora de salud en el consumo

de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes, se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria. Se encontró que el estilo de crianza autoritativo y el estilo de crianza autoritario, se asociaron negativamente, con el consumo de alcohol en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Así mismo, el estilo de crianza autoritario se asoció negativamente con el consumo de alcohol en los últimos 7 días. Respecto al consumo del tabaco, solo el estilo de crianza autoritario, se asoció de manera negativa, con el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, es decir, estilo de crianza autoritario se asoció con la conducta promotora de salud como factor protector ante el consumo de tabaco.

En cuanto al consumo de drogas, el estilo de crianza autoritario, se asoció negativamente con el consumo de drogas en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Es decir, el estilo de crianza autoritario se asoció con la conducta promotora de salud, como factor protector ante el consumo de drogas.

Estos resultados son parcialmente consistentes con Riquelme et al. (2018) que reportaron que hijos de padres autoritativos e indulgentes presentaron bajo consumo de alcohol tabaco, marihuana y drogas de síntesis. Resultados inconsistentes con Zuquette et al. (2019) que reportaron los estilos autoritario e indulgente como factores del riesgo para el consumo de alcohol, al igual que Benchaya et al. (2019), que encontraron que los adolescentes que percibieron un estilo indulgente tuvieron menos probabilidad de cambiar el comportamiento hacia el consumo, de igual forma, Berge et al. (2016), documentaron que estilo negligente de los padres se asoció con mayor probabilidad de consumo de tabaco de los adolescentes y Tondowski et al. (2015), reportaron que los hijos de padres indulgentes y negligentes, tuvieron mayor probabilidad de haber fumado en el mes anterior, en comparación con los que percibieron a sus padres como autoritativos.

El que se haya encontrado en el presente estudio asociación de padres autoritarios y autoritativos asociados a la conducta promotora de salud en el consumo

de alcohol, tabaco y drogas, puede deberse a que estos dos estilos han sido considerados como los de mayor protección y de menor riesgo para el consumo de sustancias (Riquelme et al., 2018). El estilo de crianza autoritativo se caracteriza por que son orientados racionalmente, escuchan a sus hijos y a su vez, son exigentes con las normas, se rigen por relaciones asertivas, mientras el estilo autoritario impone normas rígidas orientadas al castigo y coerción física y verbal, son altamente exigentes y directivos (Merino & Arndt, 2004) lo que estas características pueden estar influyendo de forma positiva y como factor protector en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Los resultados del presente estudio, son apoyados por el MPS que señala que las influencias interpersonales son brindadas por la familia y los compañeros a través de las relaciones, las expectativas, el apoyo social y el aprendizaje por modelamiento, por lo que, con base en los resultados anteriores, se acepta parcialmente la hipótesis 3.

La hipótesis 4 planteó que la conducta prosocial media el efecto de la conducta previa, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) así como la autoeficacia, factores interpersonales (crianza parental y calidad de la amistad) en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes. Para dar respuesta, se realizaron tres modelos de mediación. Se encontró que la conducta prosocial no media la conducta previa de consumo, ni los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima), socioculturales (religiosidad), la autoeficacia y los factores interpersonales (estilos de crianza parental y calidad de la amistad) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los adolescentes.

En la literatura, no se encontraron modelos de mediación que abordaran las variables del presente estudio, sin embargo, los resultados son inconsistentes a los reportados por Hernández-Serrano et al. (2016) que encontraron que la conducta prosocial predice el no consumo de alcohol y marihuana alguna vez en la vida, alguna vez en el último año y frecuencia de consumo en el último año. Del mismo modo,



Baheiraei et al. (2016), describieron que la participación prosocial y las recompensas en el dominio familiar, obtenidas por la misma, son un factor protector frente al consumo de alcohol y tabaco, al igual que las recompensas por la participación prosocial en el dominio escolar.

Se considera que los resultados del presente estudio pueden deberse principalmente a la pandemia ocasionada por la covid-19, que condicionó a la sociedad a permanecer en confinamiento, disminuyendo las relaciones sociales. Al momento de realizar la recolección de los datos, los estudiantes de secundaria tenían pocos días de haber vuelto a las clases presenciales, e incluso, la forma en la que regresaron fue de manera escalonada, donde los grupos eran permitidos en menos del 50% de su capacidad y contemplando los espacios físicos de los salones. Algunos de los adolescentes tomaban las clases presenciales, mientras el resto de los compañeros, si tenían los medios, tomaban sus clases de manera virtual y otros, ya no regresaron a la clases en ninguna de las modalidades.

Al respecto, se ha documentado que la conducta prosocial se dirige a beneficiar a otros (Eisenberg et al., 2006). Tiene consecuencias sociales positivas, se puede manifestar a través de diversas formas, conductas de ayuda, cooperación y solidaridad, se manifiesta en las relaciones sociales, además, Moñivaz (1998) señala que las perspectivas que se tienen de la conducta prosocial, están orientadas en teoría, a los factores situacionales o el tipo de tarea que realizan. Además, Vázquez (2017) señala que la conducta prosocial se presenta por los vínculos interpersonales que las personas establecen entre sí y por las historias de aprendizaje experimentadas, así, la cercanía y el afecto favorecen la manifestación prosocial y puede presentarse más allá del círculo inmediato.

Por lo que se considera que los resultados de la presente variable no reflejan la realidad, debido a que los estudiantes probablemente no habían experimentado conductas prosociales, que pudieran utilizar como referencia, para responder el

instrumento que evaluaba dicha conducta, ya que, en gran medida, las preguntas de la escala se dirigen a evidenciar la conducta prosocial en la relación que se da entre compañeros de la escuela. Por lo que, se considera que las respuestas pueden orientarse más a la deseabilidad social que a la realidad, lo que puede explicar los resultados del presente estudio, donde la conducta prosocial no medió la conducta previa, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) así como la autoeficacia, factores interpersonales (estilos de crianza parental y calidad de la amistad) con la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Por lo que se rechaza la hipótesis 4 planteada en el estudio.

### **Conclusiones**

La conducta previa de no consumo, autoeficacia y percibir a su padres como autoritarios fueron factores protectores y la edad factor de riesgo para la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses y últimos 30 días. También la conducta previa de no consumo, autoeficacia y percibir a sus padres como autoritarios, fueron factores protectores para la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días.

La conducta previa de no consumo y el estilo de crianza autoritario fueron factores protectores y la edad fue de riesgo para la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco en los últimos 12 meses. Así mismo, la conducta previa fue factor protector para la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 30 días.

La conducta previa de no consumo y la autoestima fueron factores protectores y la edad como de riesgo para la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Así mismo, la conducta previa de no consumo fue factor protector de la conducta promotora de salud en el consumo de marihuana, en los últimos 7 días.

La conducta previa de no consumo fue factor protector para la conducta promotora de salud en el consumo de cocaína, en los últimos 30 días y últimos 7 días.

La conducta previa de no consumo fue factor protector y la edad de riesgo, para la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 12 meses. La conducta previa de no consumo, y la religiosidad fueron factores protectores, la edad y la conducta prosocial fueron factores de riesgo, para la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 30 días. La conducta previa de no consumo fue factor protector y la edad factor de riesgo, para la conducta promotora de salud en el consumo de inhalables, en los últimos 7 días.

Las prevalencias de consumo alcohol, tabaco, marihuana y cocaína en los adolescentes que participaron en el presente estudio, demostraron en mayor proporción, el no consumo de estas. Por sexo, no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, las mujeres obtuvieron más altos porcentajes de consumo de todas las sustancias que los hombres. Por edad, las prevalencias de consumo fueron más bajas en el grupo de 11 a 12 años que en los de 13 a 15 años.

Los participantes con más alta autoestima, religiosidad, autoeficacia, crianza parental y calidad de la amistad, presentaron más alta conducta prosocial. Aquellos adolescentes con más alta autoestima, consumieron menor cantidad de tabaco y marihuana en un día típico y los jóvenes con alta autoeficacia consumieron en menor cantidad alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalables, en un día típico.

La conducta previa de no consumo, fue factor protector y la edad, factor de riesgo para la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. La conducta previa de no consumo y la autoestima, fueron factores protectores en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol en los últimos 7 días.

La conducta previa de no consumo, fue factor protector y la edad factor de riesgo, para la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12

meses. La conducta previa de no consumo y la autoestima, fueron factores protectores, para la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco en los últimos 30 días.

La conducta previa de no consumo, fue factor protector y la edad factor de riesgo, para la conducta promotora de salud en el consumo de drogas en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos 7 días.

La autoeficacia fue factor protector para la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los últimos 12 meses, últimos 30 días y últimos 7 días.

Los estilos de crianza parental autoritativo y el autoritario fueron factores protectores para la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses y últimos 30 días. También, el estilo de crianza parental autoritario fue factor protector para la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, en los últimos 7 días.

El estilo de crianza parental autoritario fue factor protector para la conducta promotora de salud en el consumo de tabaco, en los últimos 12 meses.

El estilo de crianza parental autoritario fue factor protector para la conducta promotora de salud en el consumo de drogas, en los últimos 12 meses y últimos 30 días.

La conducta prosocial no media el efecto de la conducta previa, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima) y socioculturales (religiosidad) así como la autoeficacia, y factores interpersonales (crianza parental y calidad de la amistad) en la conducta promotora de salud en el consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes.

Se identificaron factores protectores como la conducta previa, la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, estilos de crianza parental y calidad de la amistad, que contribuyen a la promoción de la salud ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas en los adolescentes que estudian secundaria.

Respecto al MPS planteado por Pender et al. (2015) y con base en los resultados del presente estudio, se concluye que es un buen referente de enfermería que logró ser validado a través de los datos empíricos.

La subestructuración teórica, fue una herramienta propicia para el planteamiento de la investigación, ya que, relaciona la base teórica, con la metodológica.

Así mismo, la metodología seleccionada para el estudio, de comprobación de modelo, fue la adecuada, ya que, brindó la oportunidad de profundizar en el conocimiento.

También, la elección de metodología transversal, al momento de la recolección de los datos fue favorable, ya que permitió alcanzar los objetivos, al obtener la información en un solo momento.

Los resultados del presente estudio son de utilidad para los enfermeros que se encuentran en la práctica clínica, ya que, pueden brindar a los adolescentes estrategias en las que promuevan el desarrollo de la autoestima, la religiosidad, la autoeficacia, y la calidad de la amistad para con ello disminuir la problemática de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

### **Limitaciones**

La limitación considerada como más trascendental en el presente estudio, fue la pandemia ocasionada por la Covid-19, ya que, la recolección de datos se llevó a cabo justo en el regreso a clases en la modalidad presencial en las escuelas secundarias, por lo que, no se contaba con el 100% de los estudiantes, por los aforos permitidos por las disposiciones oficiales. Además, se pudo observar a través de las listas de asistencia compartidas por las instituciones, que un gran porcentaje de estudiantes, no pudo continuar con su educación secundaria posterior a la pandemia y se tenía la leyenda que afirmaba la baja a un lado del nombre del estudiante.

Así mismo, se considera que la pandemia influyó en los resultados inconsistentes en comparación con otros estudios, por el cambio en las dinámicas familiares, escolares,

en las relaciones de pares, las situaciones laborales de los jefes de familia y los múltiples cambios experimentados en general, debido al confinamiento social a causa de la pandemia.

### **Recomendaciones**

Se recomienda realizar estudios similares posteriores a la pandemia, donde el transcurso de las actividades de los adolescentes no se vean alteradas.

Con relación al tipo de estudio, se recomienda se continúe utilizando la metodología de comprobación de modelo, ya que, en el presente estudio fue una guía efectiva para obtener los resultados esperados, a su vez, se recomienda que se realicen estudios de enfoque de intervención con la finalidad de fortalecer los factores promotores ante el consumo de alcohol, tabaco y drogas, desde edades tempranas.

Se recomienda seguir utilizando el MPS de Pender et al. (2015) como referente base de investigaciones.

Se exhorta, de igual manera, a continuar estudiando conductas y factores de protección que contribuyan a contrarrestar el problema de salud pública de consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

Así mismo, se recomienda la contribución en políticas que generen estrategias de prevención, desde la gestión de la figura de la enfermera escolar, ya que, se considera necesario un profesional de enfermería en cada escuela, que pueda desarrollar programas de prevención donde se promueva la salud y contribuir a disminuir y evitar el consumo de sustancias.

Se recomienda promover la autoeficacia, la autoestima, la religiosidad y la calidad de la amistad, en edades tempranas, que contribuya a ser una herramienta para el no consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Se recomienda diseñar programas innovadores enfocados en la prevención del inicio de consumo a tempranas edades, para con ello contrarrestar a través del factor protector conducta previa de no consumo, el consumo en el futuro.

Se recomienda profundizar en el estudio de la conducta prosocial, en otros contextos y posteriores a la pandemia, e incluso utilizar un instrumento diferente, que aborde la conducta prosocial en otros ámbitos diferentes al escolar.

Se invita a realizar programas e intervenciones donde se involucre a los padres de familia de los adolescentes, con la finalidad de proporcionar mayores herramientas de crianza parental para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

Se exhorta a realizar investigaciones multidisciplinarias, en las que se profundice en el conocimiento desde diversas perspectivas para posteriormente contar con un panorama amplificado sobre la problemática y plantear estrategias de mayor efectividad en la prevención del consumo de sustancias.

Se recomienda a las enfermeras que se encuentran inmersas en la práctica clínica y a otros profesionales como docentes, entre otros, basarse en los resultados del presente estudio para promover la salud, a través de los factores protectores encontrados, así como, potenciar los recursos personales de los adolescentes como las habilidades sociales, con la finalidad de prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

El consumo de sustancias debe ser motivo de atención por parte de las instituciones de salud, escolares y gubernamentales, ya que, el consumo se presenta cada vez a edades más tempranas, por lo que recomienda seguir estudiando la temática y continuar con la búsqueda de soluciones.

## Referencias

- Aguirre, A. A., del Campo Navarro, A. S. M., & Quevedo, P. M. (2021). Consumo de alcohol en adolescentes: Un análisis de género. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 18(3), 100-115.  
<https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/89>
- Alonso, V. F., & Liria, I. C. (2018). Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(96), 2.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612350>
- Álvarez, D. G., Soler, M. J., & Cobo-Rendón, R. C. (2019). Bienestar psicológico en adolescentes: relaciones con autoestima, autoeficacia, malestar psicológico y síntomas depresivos. *Revista de orientación educacional*, 33(63), 23-43
- Álvarez-García, D., González-Castro, P., Núñez, J. C., Rodríguez, C., & Cerezo, R. (2019). Impact of Family and Friends on Antisocial Adolescent Behavior: The Mediating Role of Impulsivity and Empathy. *Frontiers in psychology*, 10, 2071.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02071>
- Álvarez-López, Á. M., Carmona-Valencia, N. J., Pérez-Rendón, Á. L., & Jaramillo-Roa, A. (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Pereira, Colombia. *Universidad y Salud*, 22(3), 213-222. <https://doi.org/10.22267/rus.202203.193>
- Amar, J., Anabelle, R., & Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria en la salud. *Psicología desde el Caribe*, 11, 107-121. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21301108.pdf>
- Armendáriz, N. A., Rodríguez, L., & Guzmán, F. R. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4(1). <https://www.redalyc.org/pdf/803/80340105.pdf>



- Baheiraei, A., Soltani, F., Ebadi, A., Rahimi, A., Foroushani & Cheraghi, M. (2016). Perfil de riesgo y protección del consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes iraníes: un estudio poblacional. *Int J Adolesc Med Health*. 10.1515/ijamh-2015-0089
- Barrera-Núñez, D. A., Rengifo-Reina, H. A., López-Olmedo, N., Barrientos-Gutiérrez, T., & Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19. *Ensanut 2018 y 2020. Salud Pública de México*, 64(2), 137-147. <https://doi.org/10.21149/12846>
- Balabanian, C., & Lemos, V. (2018). Desarrollo y estudio psicométrico de una escala para evaluar conducta prosocial en adolescentes. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 3(48), 177-188. <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.15>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bautista, F. (23 de enero de 2020). Consumo de drogas en estudiantes de centros escolares en San Salvador, El Salvador. (d. 10.17561/reid.n23.3, Ed.) *Revista electrónica de investigación y docencia (REID)*, pp. 47-64.
- Becoña, E. (2001) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan nacional sobre drogas.
- Benchaya, M., Moreira, T., Constant, H., Pereira, N., Freese, L., Ferigolo, M., & Barros, H. (2019). Role of Parenting Styles in Adolescent Substance Use Cessation: Results from a Brazilian Prospective Study [papel de los estilos de crianza en la cesación del consumo de sustancias en adolescentes: resultados de un estudio prospectivo brasileño]. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183432>
- Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study

- [papel de los estilos de crianza en el consumo de sustancias en adolescentes: resultados de un estudio de cohorte longitudinal sueco]. *BMJ open*, 6(1), e008979. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979>
- Cacho, Z., Silva, M., & Yengle, C. (2019). El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. *Transformación*, 15(2).
- Camarena, M., & Tunal, G. (2009). La religión como una dimensión de la cultura. *Nómadas*, 22(2), 1-15. <https://www.redalyc.org/pdf/181/18111430003.pdf>
- Castañón, A. C. (2020). El sicariato: reflexiones desde el complejo industrial fronterizo. *Tabula Rasa*, (33), 81-105.
- Cisneros, M. A. L., & Terrero, J. Y. T. (2018). Autoeficacia y consumo de alcohol en mujeres adolescentes. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(95), 3.
- Consejo Nacional de Población (2020). La composición de las familias y hogares mexicanos se ha transformado en décadas recientes como resultado de cambios demográficos y sociales. <https://www.gob.mx/conapo/articulos/la-composicion-de-las-familias-y-hogares-mexicanos-se-ha-transformado-en-las-recientes-decadas-como-resultado-de-cambios-demograficos?idiom=es>
- Córdoba-Duran, N., & Zamudio-Pardo, E. D. (2021). Dinámicas familiares: la familia en tiempos de pandemia. *Boletín Semillero de Investigación en Familia*, 3(1), 1-13. <https://doi.org/10.22579/27448592.806>
- Da Silva, R., Timóteo Costa, D., de Araújo Rocha, G. S., Brandão Neto, W., Rodrigues Veríssimo, A. V., & de Aquino, J. M. (2021). Factores asociados al consumo de drogas por adolescentes escolares. *Índex de Enfermería*, 30(1-2), e12908-e12908. <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12908>

- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model [Estilo parental como contexto: un modelo integrador]. *Psychological bulletin*, *113*(3), 487-496.
- De Juan, J., & Pérez-Cañaveras, R. (2007). Sexo, género y biología. *Feminismo/s*, pp. 163.185. Doi: 10.14198/fem.2007.10.11
- Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., & Senra Pérez, N. D. L. C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, *14*(64), 98-103. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442018000400098](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000400098)
- Diario Oficial de la Federación (DOF, 2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Dou, K., Li, J., Wang, Y., Li, J., Liang, Z., & Nie, Y. (2019). Engaging in prosocial behavior explains how high self-control relates to more life satisfaction: Evidence from three Chinese samples. *PloS one*, *14*(10), e0223169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223169>
- Dulock, H., & Holzemer, W. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method [Subestructuración, Mejorando el vínculo de la teoría al método]. *Nursing Science Quarterly*, *4* (2). 83-87. DOI: 10.1177/089431849100400209
- Eisenberg, N., Damon, W., & Lerner, R. (2006). Prosocial development. Handbook of child psychology, (6th Ed. 647-702). John Wiley & Sons, Inc.
- El Kazdough, H., El-Ammari, A., Bouftini, S., El Fakir, S., & El Achhab, Y. (2018). Adolescents, parents and teachers' perceptions of risk and protective factors of substance use in Moroccan adolescents: a qualitative study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *13*(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0169-y>

- Frayre, A., D., Jordán, M., L., López, M., A., & Telumbre, J., J. (2018). Autoeficacia y consumo de alcohol en mujeres adolescentes. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(95), 1-9.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612345>
- García-Madrigal, R., Lozano-Zúñiga, M. M., Picazo-Carranza, A. R., González-Villegas, G., & Paniagua-Ramírez, S. (2022). Distanciamiento social por COVID-19 asociado a depresión en adolescentes. *Paraninfo Digital*, e34062d-e34062d.
- Gómez-Tabares, A. (enero-junio, 2019). Prosocialidad. Estado actual de la investigación en Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(1), pp. 188-218  
DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.3065>
- Gómez-Tabares, A. S., Correa-Duque, M. C., & González Cortés, J. H. (2021). Evolución del estudio sobre el efecto de la crianza en las conductas prosociales en la infancia y la adolescencia: una revisión sistemática. *Actualidades en Psicología*, 35(130), 49-73. <https://doi.org/10.15517/ap.v35i130.39958>
- González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S., & Palomera, R. (2020). ¿Qué aporta la inteligencia emocional al estudio de los factores personales protectores del consumo de alcohol en la adolescencia?. *Psicología educativa*. Doi: <https://doi.org/10.5093/psed2020a13>
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 7ta Ed. pp 224-228. Elsevier.
- Guzmán, F., R., Pérez, V., E., Rodríguez, L., Mejía, A., & Candia, J., S. (2019). Influencia de la religiosidad en las actitudes y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes. *BENESSERE revista de enfermería*, 4(1), 9-19. DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2301>.
- Guerra, E., Machado, A. M., González, Y. A., Mesa, M., & Carrazana, I. (2019). Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en

adolescentes. *Multimed*, 23(4), 744-757.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-48182019000400744&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-48182019000400744&script=sci_arttext&tlng=en)

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación, 6ta Ed. 127-152. McGraw-Hill.

Hernández-Serrano, O., Espada, J., & Guillen-Riquelme, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de psicología*, 32 (2), 609-616. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>

Herrero, N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Revista de estudios de juventudes*. 78-91

Hinshaw, A. (1979). Theoretical substruction; an assessment process [la subestructuración teórica: un proceso de evaluación]. *Western journal of nursing research*, 1(3). 319-324. <https://doi.org/10.1177/019394597900100410>

Hinojosa-García, L., García-García, P., Jiménez-Martínez, A. A., & Gracia-Castillo, G. N. (2020). Autoestima y consumo de tabaco en adolescentes de secundaria. *Sanus*, 5(14). <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.180>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2022). Matrícula escolar por entidad federativa, según nivel educativo, ciclos escolares seleccionados de 2000/2001 a 2021/2022.

<https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=ac13059d-e874-4962-93bb-74f2c58a3cb9>

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación México (INEE 2019). La educación obligatoria en México, informe 2019.

[https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage\\_01/cap\\_0102.html](https://www.inee.edu.mx/medios/informe2019/stage_01/cap_0102.html)

- 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.
- 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 Drogas.
- 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 Tabaco.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de drogas.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de tabaco.
- Jorge, E., & González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes psicológicos*, *17*(2), 39-66.  
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, *1*(1), 78-85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>

- Koenig, H., Parkerson, G. R., Jr., & Meador, K. G. (1997). Religion index for psychiatric research [índice de religión para la investigación psiquiátrica]. *The American Journal of Psychiatry*, 154(6), 885–886.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>
- Laespada, M. T., Castillo, I. I., & Santamaría, E. A. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Bilbao: IDD.
- LeTendre, M.L., & Reed, M.B. (2017). El efecto de la experiencia infantil adversa en el diagnóstico clínico de un trastorno por consumo de sustancias: resultados de un estudio representativo a nivel nacional. *Uso y abuso de sustancias*, 52 (6), 689-697. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1253746>
- López, S., & Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema* 22(4), 568-573. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8919/8783>
- Luorno, A., & Lemos, V. (2016). Estudio de la conducta prosocial en adolescentes y su relación con el nivel de religiosidad intrínseca y el género. *Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento: Córdoba, Argentina*
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E.M Hetherington y P. H. (eds): *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development*, 4, 1-101. New York: Wiley.
- Martínez, B., (2013). El mundo social del adolescente: amistades y pareja.
- Martínez-Cardona, M., Muñoz-Borja, P., & Barberena-Borja, N. (2019). Consumo de alcohol y sus creencias en adolescentes y jóvenes. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(4), 487-492.  
<https://www.redalyc.org/journal/559/55964256019/55964256019.pdf>

- Martínez-Fernández, V., Lioret-Irles, D., & Segura-Heras, V., (2018), Impulsividad y búsqueda de sensaciones como predictores del consumo de drogas en adolescentes: un estudio longitudinal. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 5(3), 9-15. <http://dx.doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.3.1>
- Martínez, M., (2019). Salud y bienestar. *Adicciones y salud mental*. Tabaquismo en las y los mexicanos. (3era Ed., p.10).  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD\\_Y\\_BIENESTAR\\_3.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD_Y_BIENESTAR_3.pdf)
- Martínez-Torres, J., Arias-Coronel, F., Rodelo-Vega, A., Jaraba-Toro, N., Meza-Castellanos, L., Contreras-Jáuregui, M., & Villamizar-Carrillo, D. (2016). Prevalencia y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes de 18 a 25 años de una universidad pública, Colombia. *Universidad y Salud*, 18(3), 525-531. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.57>.
- Mejía, A., Armendáriz, N., A., Alonso, M., & Oliva, N., N. (2019). Calidad de amistad y consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato. *Rev Cuid*. 2018; 9 (3): 2369-78. *Acceso*, 10(03).
- Meleis. (2012). Theory development: Existing strategies. *Theoretical nursing, development & progress*. (5th Ed.), 394-406.
- Merino, C., & Arndt, S., (2004). Análisis factorial confirmatorio de la escala de estilos de crianza de Steinberg: validez preliminar de constructo. *Revista de psicología de la PUCP*, 22(2).
- Méndez-Ruiz, M. D., de Jesús Alonso-Castillo, M. T., 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, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 11(3), 161-167.  
<https://www.redalyc.org/pdf/803/80342807007.pdf>



- Mondragón, L., Velasco, P., & Bonilla, C. (2018). Caracterización del consumo de sustancias y su asociación con otras variables psicológicas. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(2), 49-60.
- Moñivaz, A. (1998). La conducta prosocial. *Cuadernos de trabajo social*, 9(9), 125-142.
- Morales, M., C. (2018). Modelo de promoción de la salud para el no consumo de alcohol en niños de 5º y 6º de primaria y adolescentes de secundaria.
- Morales González, F., Cabrera Jiménez, M., Pérez Barajas, C. J., & Amaro Franco, M. D. L. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Ciudad Nezahualcóyotl Frecuencia y características sociales, 2015. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 18(1).
- Morello, P., Pérez, A., Peña, L., Braun, S., Kollath-Cattano, C., Thrasher, J., & otros. (2016). Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de argentina. *Arch Argent Pediatr* 2017, 115 (2), 155-168. DOI: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.155>
- Morse, J., M. (2017), Making usefful theory: Making theory usefful. *Analyzing and Conceptualizing the theoretical Foundations of nursing*. 429-453.
- Muñoz-Rivas, M. J., & López, J. L. G. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema* 13(1), 87-94. <https://reunido.uniovi.es/index.php/pst/article/view/7851>
- Mur, J. A., & Paez Vargas, N. (2018). Autoeficacia: Una revisión aplicada a diversas áreas de la Psicología. 299-325. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf)
- Noh-Moo, P. M., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., & Castillo-Arcos, L. D. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.565>

- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Olivares, J. U., Charro Baena, B., Prieto Úrsua, M., & Meneses Falcón, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1).
- Olivo Chang, D. P., Chau Pérez-Aranibar, C., Otiniano Campos, F., & Romero Saletti, S. M. (2021). Adaptación de la subescala de marihuana de la escala de Autoeficacia para el Rechazo del Consumo de Drogas (DURSE) en adolescentes. *Liberabit*, 27(2), 1-17. <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2021.v27n2.02>
- Organización de los Estados Americanos [OEA] y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2019). Informe del consumo de drogas en las Américas, 2019.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Desarrollo en la adolescencia. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015). Objetivos de desarrollo sostenible.
- Ortega Guevara, N. M., Imbaquingo, G., del Rocío, M., Gualoto Díaz, V., Guayasamín Vargas, D., & Carranza Abad, A (2021). La depresión en los adolescentes como factor de riesgo para el consumo de psicoactivos. *Consejo Editorial Fénix*, 440-448l. [https://fenixfundacion.org/wp-content/uploads/2022/01/MEMORIAS-ENFERMERIA-DICIEMBRE-2021-1-1\\_compressed.pdf#page=440](https://fenixfundacion.org/wp-content/uploads/2022/01/MEMORIAS-ENFERMERIA-DICIEMBRE-2021-1-1_compressed.pdf#page=440)
- Ortega, S., & Ramírez, R. (2019). Identification of the relationship between parenting and prosocial behavior of elementary school students of a school in the city of Cuenca, eastern sector during the year 2017. *EasyChair* (No. 1273). 1-35.

- Palacios, J. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial intervention*, 24, 1-7.  
<http://dx.doi.org/1016/psi.2014.11.004>
- Palomar, J. & Victorio, A., (2018). Predictores y correlatos del comportamiento prosocial de adolescentes mexicanos. *Interdisciplinaria*, 35(2), 495-509.
- Panesso, K., & Arango, M., J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9. [file:///C:/Users/fatima/Downloads/328507-Texto%20del%20articulo-129909-2-10-20210414%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fatima/Downloads/328507-Texto%20del%20articulo-129909-2-10-20210414%20(1).pdf)
- Páramo, M., A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4<sup>th</sup> Ed.). Prentice Hall.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). Theoretical Basis for the Health Promotion Model [Bases teóricas para el modelo de promoción de la salud]. *Health Promotion in Nursing Practice*. (7th ed., pp. 35-53). Pearson.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M., A. (2018). Theoretical Health Promotion Model [Bases teóricas para el modelo de promoción de la salud]. *Health Promotion in Nursing Practice*. (8th ed., pp. 40-46). Pearson.
- Peña, K. V., Torres, Y. A. V., & Guerra, V. M. L. (2018). Factores protectores de la conducta prosocial en adolescentes: Un análisis de ruta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 563-589.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182j.pdf>
- Pérez, H. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Alternativas en psicología, 22-32.
- Pérez-Gómez, A., Lanziano, C., Reyes-Rodríguez, M. F., Mejía-Trujillo, J., & Cardozo-Macías, F. (2018). Perfiles asociados al consumo de alcohol en adolescentes

colombianos. *Acta colombiana de Psicología*, 21(2), 258-281.

<https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.12>

- Pérez-Fuentes, M., Molero, M., Gázquez, J., Martos, Á., Mercadero, I., & Saracosti, M. (marzo de 2020 ). Individual Variables Involved in Perceived Pressure. *International Journal of Environmental Research and Public Health* .  
doi:doi:10.3390/ijerph17062012
- Piedmont, R., Wilkins, T., & Magyar-Russell, G. (2012). Spirituality or Religiousness: Which Serves as the Better Predictor of Elements of Mental Health? [Espiritualidad o religiosidad: ¿cuál sirve como mejor predictor de los elementos de la salud mental?]. *Research in the Social Scientific Study of Religion* [Investigación en el estudio científico social de la religión], 23. Brill, Laiden, Boston. DOI: 10.1163/9789004229549\_004
- Polít, D. & Beck, Ch. (2017). Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th Ed. Wolters Kluwer.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4 (2), 157-186.
- Ramírez-Garduño, A., Veytia, M., Guaderrama, R., & Lira, J., (2020). *Mindfulness* disposicional, espiritualidad y religión y su papel como factores protectores del consumo de sustancias en adolescentes mexicanos. *Nova Scientia, Revista de investigación de la universidad de la Salle Bajío*, 12(2), 1-33.  
doi.org/10.21640/ns.v12i25.2460
- Real Academia Española (RAE, 2019). Definición de edad. *Diccionario de la lengua española* (23a Ed). Versión 23.3 en línea. <https://dle.rae.es/edad>
- Resett, S.A., Rodríguez, L.M. & Moreno, J.E. (2013). Evaluación de la calidad de la amistad en niños argentinos. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 59 (2), 94-103
- Richaud, M. C., & Mesurado, B. (2016). Las emociones positivas y la empatía como promotores de las conductas prosociales e inhibidores de las conductas

agresivas. *Acción psicológica*, 13(2), 31-42.

<https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.1780>

Riquelme, M., García, O., & Serra, E. (2018). Desajuste psicosocial en la adolescencia: socialización parental, autoestima y consumo de sustancias. *anales de psicología*, 34(3), 536-544. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.3.315201>

Rodríguez, L., M., Resett, S., A., Grinóvero, M., M., & Moreno, J., E. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de calidad de la amistad en español. *Anuario de psicología*, 45(2), 219-234.

Rosenberg, M., (1965). *Society and the adolescent self-image* [La sociedad y la autoimagen del adolescente]. Princeton university press Princeton.

Ruiz, A. G., Hernández, V. M., & Álvarez, A. (2019). Consumo de alcohol y su significado: perspectiva de la mujer adolescente. *Revista Waxapa*, 7(13), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2015/wax1513b.pdf>

Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001>

Salamó A., A., S., Gras P., M., E. G., & Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712496003.pdf>

Secretaría de Educación Pública (SEP, 2015). Conoce el sistema Educativo Nacional. <https://www.gob.mx/sep/articulos/conoce-el-sistema-educativo-nacional#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20de%20tipo%20b%C3%A1sico,requiere%20bachillerato%20o%20sus%20equivalentes>.

Sánchez-Zamora, L., M., Llerenas, A., A., Anaya-Ocampo, R. & Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*. 49(2).

- Sánchez-Villena, A., de La Fuente-Figuerola, V., & Ventura-León, J. (2021). Modelos factoriales de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes peruanos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), pág. S182-S193.
- Simkin, H., & Azzollono, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(2), 339-361.  
<http://dx.doi.org/10.5872/psiencia/7.2.22>
- Simón, M., Fuentes, R., Garrido, M., Serrano, M., Díaz, M., & Yubero, S. (2019). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. (<https://doi.org/10.1016/j.semerng.2019.06.001>, Ed.) *Revista Medicina de Familia*. Semergen, 46 (1), 33-40.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., & Thom, B. (2016). Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample. *Substance abuse*, 37(4), 564–570.  
<https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1154495>
- Tacuri Yupari, N. B. (2021). Estilos de crianza y autoestima en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa Particular de Huancayo-2020.
- Tegoma-Ruiz, V. M., & Cortaza-Ramírez, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería universitaria*, 13(4), 239-245.
- Telumbre-Terrero, J., Lopez-Cisneros, M., & Noh-Moo, P. (2018). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de ciudad del Carmen, Campeche. *Sanus*, 3(6), 20-31.  
<https://biblat.unam.mx/hevila/Sanus/2018/no6/3.pdf>
- Tondowski C., Bedendo A., Zuquetto C., Locatelli D., Opaleye E., & Noto A. (2015) Parenting styles as a tobacco-use protective factor among Brazilian adolescents

- [Estilos de crianza como factor protector del consumo de tabaco entre los adolescentes brasileños]. *Cad Saude Pública*, 31(12):2514-22.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00168614>. PMID: 26872228.
- Torres, M. B., & Pérez, C. L. (2017). Factores sociodemográficos y psicosociales que diferencian la conducta prosocial y el acoso escolar en jóvenes. *Informes Psicológicos*, 17(1), 159-176.
- United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de las Naciones Unidas contra las Droga y el Delito [UNDOC; 2019). 1 Executive summary conclusions and policy implications. World drug report 2019 [Informe Mundial Sobre las Drogas 2019].
- Urchaga Litago, J. D., Morán Astorga, M. C., & Fínez-Silva, M. J. (2019). La religiosidad como fortaleza humana. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 309-319. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349859739032/html/>
- Valiente-Barroso, C., & García-García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>
- Valdés, J., Vento, C., Hernández, D., Álvarez, E., & Díaz, G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14 (2), 168-183.
- Van der Graaff, J., Carlo, G., Crocetti, E., Koot, H. M., & Branje, S. (2018). Prosocial Behavior in Adolescence: Gender Differences in Development and Links with Empathy. *Journal of youth and adolescence*, 47(5), 1086–1099.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-017-0786-1>
- Vargas, K., Villoría, Y., & López, V. (2018). Factores protectores de la conducta prosocial en adolescentes: un análisis de ruta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21 (2), 563-589.

- Vásquez Arteaga, É. A. (2017). Estudio de las conductas prosociales en niños de San Juan de Pasto. *Psicogente*, 20(38), 282-295.  
<https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2549>
- Vasconcelos M, Crego A, Rodríguez R, Almeida-Antunes N, & López-Caneda E. (2021). Effects of the COVID-19 Mitigation Measures on Alcohol Consumption and Binge Drinking in College Students: A Longitudinal Survey. *Int J Environ Res Public Health*.18 (18):9822, 2-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189822>
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Vega, J. I., Escobedo, B. N., & Zumárraga, F. M. (2018). Marihuana y drogas ilícitas en jóvenes mexicanos: Factores de riesgo y protección asociados a la edad de inicio del consumo. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 11(1), 3-10. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6598576>
- Voisin, D., Kim, D., Bassett, S., & Marotta, P. (2019). Pathways linking family stress to youth delinquency and substance use: Exploring the mediating roles of self-efficacy and future orientation. *Journal of health psychology*, 25(2), 139–151.  
<https://doi.org/10.1177/1359105318763992>
- Zuquette, C., Opaleye, E., Feijó, M., Amato, T., Ferri, C., & Noto, A. (2019). Contributions of parenting styles and parental drunkenness to adolescent drinking [contribuciones de los estilos de crianza y la embriaguez de los padres al consumo de alcohol en los adolescentes]. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 41(6), 511–517. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0041>



## **Apéndices**

## Apéndice A

### Cédula de Datos Sociodemográficos e Historial de Consumo de Alcohol Tabaco y Drogas (CDSHCATD).

Instrucciones: Por favor responde las siguientes preguntas. Este instrumento es confidencial, por lo que solicitamos tu colaboración.

#### I. Datos sociodemográficos

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes? \_\_\_\_\_
2. Sexo: Masculino (hombre) \_\_\_\_\_ Femenino (mujer) \_\_\_\_\_
3. ¿Con quién vives? Con papá \_\_\_\_\_ Con Mamá \_\_\_\_\_ Con papá y mamá \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ (especifique con quién) \_\_\_\_\_
4. Grado escolar: \_\_\_\_\_

#### II. Experiencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas

5. ¿Antes de este último año, has consumido alcohol?	Sí	No
6. Si contestaste que Sí ¿a qué edad consumiste una bebida con alcohol por primera vez?	Años _____	
7. ¿Cuántas bebidas con alcohol consumes en un día normal o típico?		
8. ¿Antes de este último año, has consumido tabaco?	Sí	No
9. Si contestaste que Sí ¿a qué edad consumiste un cigarro por primera vez?	Años _____	
10. ¿Cuántos cigarros consumes en un día normal o típico?		
11. ¿Antes de este último año, has consumido marihuana?	Sí	No
12. Si contestaste que Sí ¿a qué edad consumiste marihuana por primera vez?	Años _____	
13. ¿Cuántas fumadas consumes en un día normal o típico?		
14. ¿Antes de este último año, has consumido cocaína?	Sí	No

15. Si contestaste que Sí ¿a qué edad consumiste cocaína por primera vez?	Años_____	
16. ¿Cuántas inhaladas consumes en un día normal o típico?		
17. ¿Antes de este último año, has consumido inhalantes?	Sí	No
18. Si contestaste que Sí ¿a qué edad consumiste inhalantes por primera vez?	Años_____	
19. ¿Cuántas inhaladas consumes en un día normal o típico?		

### III. Historial de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

	¿En los últimos 12 meses?		¿En el último mes?		¿En la última semana?	
20. Has consumido alcohol	Sí	No	Sí	No	Sí	No
21. Has consumido tabaco	Sí	No	Sí	No	Sí	No
22. Has consumido cocaína	Sí	No	Sí	No	Sí	No
23. Has consumido marihuana	Sí	No	Sí	No	Sí	No
24. Has consumido inhalantes	Sí	No	Sí	No	Sí	No

## Apéndice B

### Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

**Instrucciones:** Lee las frases y señala la respuesta que corresponda al nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas. Los números indican lo siguiente: 1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo y 4= Muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.	1	2	3	4
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.	1	2	3	4
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso(a).	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).	1	2	3	4
7. En general me siento satisfecho(a) conmigo mismo(a).	1	2	3	4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo(a).	1	2	3	4
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

## Apéndice C

### Índice de Religiosidad de Duke (IRD o DUREL) de Koenig et al. (1997)

Instrucciones: Señala por favor la respuesta que describa tu realidad en cada una de las preguntas.

<b>1. ¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia u otras reuniones religiosas? ORA</b>					
1. Nunca	2. Una vez al año o menos	3. Algunas veces al año	4. Algunas veces al mes	5. Una vez a la semana	6. Más de una vez a la semana
<b>2. ¿Con qué frecuencia pasa tiempo en actividades religiosas privadas, como la oración, la meditación o el estudio de la biblia? NORA</b>					
1. Rara vez o nunca	2. Algunas veces al mes	3. Una vez a la semana	4. Dos o más veces a la semana	5. Diariamente	6. Más de una vez al día
La siguiente sección contiene 3 declaraciones sobre creencias o experiencias religiosas. Marca en qué medida cada afirmación es verdadera o falsa para ti					
<b>3. En mi vida, experimento la presencia de lo Divino (es decir, Dios).</b>					
1. Definitivamente no es cierto	2. Tiende a no decir verdad	3. No estoy seguro	4. Tiende a ser verdad	5. Definitivamente cierto para mi	
<b>4. Mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de todo mi enfoque de la vida.</b>					
1. Definitivamente no es cierto	2. Tiende a no decir verdad	3. No estoy seguro	4. Tiende a ser verdad	5. Definitivamente cierto para mi	
<b>5. Me esfuerzo por llevar mi religión a todos los demás asuntos de la vida.</b>					
Definitivamente no es cierto	2. Tiende a no decir verdad	3. No estoy seguro	4. Tiende a ser verdad	5. Definitivamente cierto para mi	

## Apéndice D

### **Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo para Adolescentes de Palacios (2015).**

Este cuestionario tiene por objetivo conocer las características de los jóvenes de tu edad, así como algunas actividades de tu vida diaria. Para ello te solicitamos responder las preguntas que se presentan a continuación. Marca por favor la opción que mejor te describe (Nos interesa saber lo que tú piensas, haces y sientes).

	<b>Casi nunca (1)</b>	<b>Algunas veces (2)</b>	<b>Muchas veces (3)</b>	<b>Casi Siempre (4)</b>
1. Cuando estoy con amigos (as) que consumen alcohol es probable que yo esté con ellos (as) sin tomar alcohol.	1	2	3	4
2. Soy capaz de rechazar consumir alcohol.	1	2	3	4
3. Si en una tocada o antro me ofrecieran alcohol, podría decir que no quiero.	1	2	3	4
4. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a tomar alcohol.	1	2	3	4
5. Puedo estar en lugares donde se consuma alcohol, sin hacerlo.	1	2	3	4
6. Es probable que en una fiesta me niegue a tomar cerveza o alcohol.	1	2	3	4

7. Si estoy en la calle con mis amigos (as) y me ofrecieran tomar alcohol me es fácil decir que no.	1	2	3	4
8. Si sacara malas calificaciones y me proponen consumir alcohol para sentirme mejor, sería capaz de negarme a hacerlo.	1	2	3	4
9. Prefiero fiestas donde el alcohol o el tabaco no sea lo más importante.	1	2	3	4
10. Es probable que en la escuela o entre clases me niegue a consumir alcohol.	1	2	3	4
11. Considero que utilizó algunos métodos que he aprendido para negarme a consumir alcohol, tabaco o drogas.	1	2	3	4
12. Si en un antro, disco o bar me dieran a probar tabaco, sería capaz de negarme a aceptarlo.	1	2	3	4
13. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran tabaco, podría rechazarlo.	1	2	3	4
14. Es probable que en una fiesta me niegue a fumar tabaco (cigarros).	1	2	3	4
15. Si estoy en la calle con mis amigos (as) y me ofrecieran fumar cigarros me es fácil decir que no.	1	2	3	4

16. Soy capaz de rechazar consumir tabaco.	1	2	3	4
17. Puedo estar en lugares donde se fume o consuma tabaco, sin hacerlo.	1	2	3	4
18. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a fumar cigarros.	1	2	3	4
19. Si sacaras malas calificaciones y te proponen consumir tabaco para sentirte mejor, serías capaz de negarte a hacerlo.	1	2	3	4
20. Cuando estoy con amigos (as) que fuman o consumen tabaco es probable que yo esté con ellos (ellas) sin fumar.	1	2	3	4
21. Si en una fiesta me dieran a probar drogas sería capaz de rechazarlas.	1	2	3	4
22. Soy capaz de rechazar consumir drogas.	1	2	3	4
23. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran drogas, podría decir que no quiero.	1	2	3	4
24. Es probable que en una fiesta me niegue a consumir drogas (marihuana, cocaína u otras).	1	2	3	4
25. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a consumir drogas.	1	2	3	4



## Apéndice E

### Escala de Estilos de Crianza Parental de Steinberg (1991).

**Instrucciones 1:** Por favor responde las siguientes preguntas sobre tus padres (o tutor [es] con los que vives). Si pasas más tiempo en una casa que en otra, responde las preguntas sobre las personas que te conocen mejor. Es importante que seas muy sincero. Señala si estás Muy de Acuerdo el número 4 (MA), si estas Algo de Acuerdo número 3 (AA), si estás Algo en Desacuerdo número 2 (AD) y si estás Muy en Desacuerdo el número 1 (MD).

	MA	AA	AD	MD
1. Puedo contar con la ayuda de mis padres si tengo algún tipo de problema.	(4)	(3)	(2)	(1)
2. Mis padres dicen o piensan que uno no debería discutir con los adultos.	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Mis padres me animan para que haga lo mejor que pueda en las cosas que yo haga.	(4)	(3)	(2)	(1)
4. Mis padres dicen que uno debería no seguir discutiendo y ceder, en vez de hacer que la gente se moleste con uno.	(4)	(3)	(2)	(1)
5. Mis padres me animan para que piense por mí mismo.	(4)	(3)	(2)	(1)
6. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen la vida “difícil”.	(4)	(3)	(2)	(1)
7. Mis padres me ayudan con mis tareas escolares si hay algo que no entiendo.	(4)	(3)	(2)	(1)
8. Mis padres me dicen que sus ideas son correctas y yo no debería contradecirlas.	(4)	(3)	(2)	(1)
9. Cuando mis padres quieren que haga algo, me explican por qué.	(4)	(3)	(2)	(1)

10. Siempre que discuto con mis padres, me dicen cosas como, “Lo comprenderás mejor cuando seas mayor”.	(4)	(3)	(2)	(1)
11. Cuando saco una baja nota en el colegio mis padres me animan a tratar de esforzarme.	(4)	(3)	(2)	(1)
12. Mis padres me dejan hacer mis propios planes y decisiones para las cosas que quiero hacer.	(4)	(3)	(2)	(1)
13. Mis padres conocen quiénes son mis amigos.	(4)	(3)	(2)	(1)
14. Mis padres actúan de una manera fría y poco amigable si yo hago algo que no les gusta.	(4)	(3)	(2)	(1)
15. Mis padres dan de su tiempo para hablar conmigo.	(4)	(3)	(2)	(1)
16. Cuando saco una baja nota en el colegio, mis padres me hacen sentir culpable.	(4)	(3)	(2)	(1)
17. En mi familia hacemos cosas para divertirnos o pasarla bien juntos.	(4)	(3)	(2)	(1)
18. Mis padres no me dejan hacer algo o estar con ellos cuando hago algo que a ellos no les gusta.	(4)	(3)	(2)	(1)

**Instrucciones 2:** A continuación, responde las siguientes preguntas y marca, según aplique en tu vida.

	No estoy permitido	Antes de las 8:00	8:00 a 8:59	9:00 a 9:59	10:00 a 10:59	11:00 a más	Tan tarde como yo decida
19. En una semana normal, ¿Cuál es la última hora hasta							

donde puedes quedarte fuera de la casa de lunes a jueves?							
20. En una semana normal, ¿Cuál es la última hora hasta donde puedes quedarte fuera de la casa en un viernes, o sábado por la noche?							

**Instrucciones 3:** A continuación, responde las siguientes preguntas y marca, según aplique en tu vida.

	No tratan	Tratan un poco	Tratan mucho
21. ¿Qué tanto tus padres tratan de saber a dónde vas en la noche?			
22. ¿Qué tanto tus padres tratan de saber lo que haces con tu tiempo libre?			
23. ¿Qué tanto tus padres tratan de saber dónde estás mayormente en las tardes después del colegio?			

	No saben	Saben un poco	Saben mucho

24. ¿Qué tanto tus padres realmente saben de a dónde vas en la noche?			
25. ¿Qué tanto tus padres realmente saben lo que haces con tu tiempo libre?			
26. ¿Qué tanto tus padres realmente saben dónde estás mayormente en las tardes después del colegio?			

## Apéndice F

### Escala de la Calidad de la Amistad de Resett et al. (2013).

Instrucciones: Para responder las siguientes preguntas te pido que pienses en tu amigo(a) más cercano y marca la respuesta que más describe su relación de amistad.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi amigo(a) y yo pasamos mucho tiempo libre juntos.	1	2	3	4
2. Mi amigo(a) y yo hacemos cosas juntos.	1	2	3	4
3. Mi amigo(a) me da consejos cuando los necesito.	1	2	3	4
4. Mi amigo(a) y yo nos ayudamos el uno al otro.	1	2	3	4
5. No hay nada que pueda romper nuestra amistad.	1	2	3	4
6. Si mi amigo(a) y yo hacemos algo que le molesta al otro nos podemos reconciliar fácilmente.	1	2	3	4
7. Si mi amigo(a) tuviese que irse o mudarse lo/la extrañaría.	1	2	3	4

8. Cuando mi amigo(a) y yo nos separamos por un tiempo, lo/la extraño.	1	2	3	4
9. Cuando mi amigo(a) y yo discutimos, él/ella puede hacerme sentir mal.	1	2	3	4
10. Mi amigo(a) me molesta o me hace enojar aunque le pida que no lo haga.	1	2	3	4
11. A veces parece que a mí me importa más nuestra amistad, que a mi amigo(a).	1	2	3	4
12. Mi amigo(a) y yo jugamos juntos, en los recreos o cuando tenemos tiempo.	1	2	3	4
13. Cuando tenemos tiempo libre, ya sea en la escuela o en otro lugar, mi amigo(a) y yo jugamos o hacemos algo juntos.	1	2	3	4
14. Sí otros chicos me molestan mi amigo(a) me ayudará.	1	2	3	4

15. Mi amigo/a me ayuda cuando tengo algún problema.	1	2	3	4
16. Si algo me molesta se lo cuento a mi amigo(a).	1	2	3	4
17. Somos amigos aunque yo no le importe a toras personas.	1	2	3	4
18. Me siento contento(a) cuando estoy con mi amigo(a).	1	2	3	4
19. Pienso en mi amigo(a) cuando estoy con él/ella como también cuando no está conmigo.	1	2	3	4
20. Mi amigo(a) y yo podemos discutir mucho.	1	2	3	4
21. A veces con mi amigo nos peleamos mal.	1	2	3	4
22. Pienso en cosas para hacer juntos más veces que él/ella.	1	2	3	4
23. Mi amigo/a y yo nos visitamos después de la escuela y los fines de semana.	1	2	3	4

24. Si alguien me trata mal o me amenaza mi amigo(a) me ayudaría.	1	2	3	4
25. Mi amigo(a) se pondría de mi lado si otro chico buscara problemas conmigo.	1	2	3	4
26. Después de una pelea nos amigamos fácilmente.	1	2	3	4
27. Cuando hago algo bien mi amigo(a) se pone contento(a).	1	2	3	4
28. A veces mi amigo(a) hace cosas por mí que me hacen sentir importante.	1	2	3	4
29. Puedo insultar a mi amigo(a) y decirle cosas que le duelan, cuando estoy enojado con él/ella.	1	2	3	4
30. Cuando peleamos con mi amigo(a) podemos llegar a pegarnos.	1	2	3	4
31. Ser amigos es más importante para mí que para mi amigo(a).	1	2	3	4



32. Cuando me olvido de traer el almuerzo o necesito plata (dinero), mi amigo/a me ayuda.	1	2	3	4
33. Sé que soy muy importante para mi amigo(a).	1	2	3	4

## Apéndice G

### Escala de Conducta Prosocial Adolescente de Balabanian y Lemos (2018).

Instrucciones: Selecciona por favor el número de la opción que más se adapte a ti cuando leas las frases. Los números corresponden a:

**1= Nunca, 2=Alguna vez, 3=Muchas veces, 4=Casi siempre y 5=Siempre.**

	Nunca (1)	Alguna vez (2)	Muchas Veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
1. Presto algo por un tiempo si alguien necesita algo que yo tengo.	1	2	3	4	5
2. Pongo la mesa a la hora del almuerzo/cena.	1	2	3	4	5
3. Ayudo a un compañero a estudiar cuando le cuesta un tema.	1	2	3	4	5
4. Mis compañeros me consideran una persona amigable.	1	2	3	4	5
5. Doy ánimo cuando un compañero está triste o cansado.	1	2	3	4	5
6. Si encuentro una persona mayor con bolsas del supermercado, la ayudo.	1	2	3	4	5
7. Hago regalos, aunque sean detalles.	1	2	3	4	5
8. En un trabajo práctico, incluyo a quienes no están en ningún grupo.	1	2	3	4	5
9. Explico un concepto a quién no haya entendido.	1	2	3	4	5

10. Ordeno el aula antes de retirarme.	1	2	3	4	5
11. Felicito a otro cuando tiene una buena idea o hace algo bien.	1	2	3	4	5
12. Me acerco a hablar con un compañero que es nuevo en la escuela.	1	2	3	4	5
13. Ayudo a el (la) profesor(a) cuando está muy cargado(a) y no puede llevar sus cosas.	1	2	3	4	5
14. Ayudo a un compañero si se quedó en el dictado o tomando apuntes.	1	2	3	4	5
15. Participo en actividades solidarias.	1	2	3	4	5
16. Defiendo a un compañero cuando está siendo agredido.	1	2	3	4	5
17. Invito a mis compañeros a las actividades sociales, no sólo a mi grupo de amigos.	1	2	3	4	5
18. Ayudo a una persona si se tropieza o se cae.	1	2	3	4	5
19. Consuelo a un compañero que está llorando.	1	2	3	4	5
20. Saco la basura cuando es necesario, sin que me lo pidan.	1	2	3	4	5
21. Presto mis fotocopias si un compañero necesita.	1	2	3	4	5

22. Escucho atentamente los problemas de mis amigos cuando quieren desahogarse.	1	2	3	4	5
23. Escucho a personas que necesitan ser oídas.	1	2	3	4	5
24. Acompaño a un compañero si veo que está solo.	1	2	3	4	5
25. Felicito a un compañero cuando se saca una buena nota.	1	2	3	4	5
26. Aporto información cuando me realizan una consulta.	1	2	3	4	5
27. Intento hacer reír a alguien que está triste.	1	2	3	4	5
28. Apoyo la propuesta de un compañero y lo incentivo.	1	2	3	4	5
29. Interactúo con los compañeros nuevos.	1	2	3	4	5
30. Pido a mis compañeros que dejen de conversar cuando habla el profesor.	1	2	3	4	5

## Apéndice H

### Consentimiento Informado del Representante Legal del Adolescente



# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

## FACULTAD DE ENFERMERÍA

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto:** Modelo de promoción de la salud de las conductas sociales en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes

**Autores/Estudiantes:** ME. Fátima Montes Solís

**Director de tesis:** Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Estimado(a) Señor/Señora:

El presente proyecto tiene como objetivo comprobar un Modelo para prevenir el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes. El consumo de sustancias es una situación que está presente en la actualidad como uno de los problemas de salud pública más comunes que trae muchas consecuencias a los jóvenes, a sus familias y a la sociedad en general, por lo que se considera importante realizar investigaciones que contribuya a conocer en mayor profundidad factores que protegen a los adolescentes de no consumir alcohol, tabaco y drogas y factores que contribuyen a que los adolescentes consuman, esto ayudará para posteriormente plantear intervenciones de enfermería para la prevención. Por lo que le solicito de la manera más atenta su autorización para que su hijo o tutorado, de quién es usted representante legal, participe en la investigación que se realizará por la ME. Fátima Montes Solís como parte de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería que cursa en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

La presente investigación del Modelo de Promoción de la Salud de la Conducta Prosocial en el no Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes se está llevando a cabo en diferentes escuelas secundarias de la ciudad de Chihuahua con adolescentes ente 11 y 17 años de edad que decidieron participar en el estudio y que sus padres de igual manera les dieron autorización para participar.

Si usted acepta que su hijo(a) participe en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

**A su hijo(a)** se le realizarán algunas preguntas a través de cuestionarios de preguntas abiertas y preguntas donde su hijo seleccionará una respuesta que él considere correcta. Los cuestionarios de responderá en una hora aproximadamente.

Se le preguntará su edad, con quién vive, si es hombre o mujer, y si alguna vez en la vida ha consumido alcohol, tabaco o drogas.

Posteriormente se le preguntarán cuestiones relacionadas con su autoestima o la confianza que tiene de sí mismo. También se le preguntará si tiene creencias religiosas y si asiste a alguna iglesia o templo. Otro punto que se le preguntará es la autoeficacia o la resistencia que tiene para evitar consumir alcohol, tabaco y drogas cuando alguien le ofrece o cuando está en un contexto donde están consumiendo. A su vez, se les preguntará como consideran la crianza otorgada por ustedes (sus padres). Como es su relación amistosa con su amigo más cercano. Igualmente se le preguntará si participa en acciones para ayudar a otros y finalmente si ha consumido alguna sustancia en el último año, en último mes y/o en la última semana.

Los riesgos que implica la participación de su hijo en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas hicieran sentir un poco incómodo(a) a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla. En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, se canalizará a su hijo con un psicólogo si usted lo autoriza.

Su hijo(a) no recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si acepta que participe, estará colaborando para conocer factores que contribuyan a prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas y así en un futuro, plantear posibles soluciones que ayuden a los adolescentes.

El investigador se compromete a aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Toda la información que su hijo nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por la autora principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. En ningún momento se le pedirá a su hijo que coloque su nombre por lo que las respuestas serán anónimas. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados ninguno de los participantes.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Su hijo está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratarán en la escuela secundaria. De igual manera si usted autoriza la participación de su hijo y él no desea participar no se le obligará a hacerlo.

En caso de tener alguna duda antes de aceptar que su hijo participe en el presente estudio usted puede escribir al investigador principal: Fátima Montes Solís al correo [investigacion.adolescentes37@gmail.com](mailto:investigacion.adolescentes37@gmail.com) o contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: [investigacion.fae@gmail.com](mailto:investigacion.fae@gmail.com).

Si usted acepta que su hijo participe, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Nombre y firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo 1: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigo 2: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que otorga el consentimiento:

\_\_\_\_\_  
Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Apéndice I**  
**Asentimiento Informado del Participante**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de proyecto:** Modelo de promoción de la salud de las conductas sociales en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes

**Autores/Estudiantes:** ME. Fátima Montes Solís

**Director de tesis:** Dr. Lucio Rodríguez Aguilar

Actualmente se está realizando un estudio para comprobar un Modelo para prevenir el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Adolescentes por lo que queremos pedirte que participes.

Tu participación en el estudio consistiría en: responder de manera sincera 8 cuestionarios y un apartado de información general.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones nos ayudará a conocer factores relacionados con el no consumo de alcohol, tabaco y drogas para posteriormente realizar acciones que ayuden a la promoción de la salud. De igual manera me ayudarás a concluir un proyecto que estoy realizando como parte de mis estudios en el Doctorado en Ciencias de Enfermería.

La información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Además no te pediremos que pongas tu nombre en los cuestionarios, así nadie sabrá cuales son los que tu respondiste, por lo que puedes tener la confianza de responder con total sinceridad.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una ( X ) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna ( X ), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_



Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

---

Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**  
**ME. FÁTIMA MONTES SOLÍS**  
**CANDIDATO PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE**  
**ENFERMERÍA**

**Tesis:** MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS EN ADOLESCENTES

**LGAC:** Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

**Biografía:** Nacida en Cuauhtémoc Chihuahua, el 19 de mayo de 1991. Hija del Sr. Guadalupe Montes Granillo y la Sra. Luz María Solís Domínguez.

**Educación:** Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología, de la Universidad Autónoma de Chihuahua en el 2013. Egresada de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología, de la Universidad Autónoma de Chihuahua, en el 2017. Egresada de la Especialidad de Enfermería en Nefrología por la Universidad Itec, en el 2021.

**Experiencia Profesional:** Enfermera General en el Hospital General Dr. Salvador Zubirán Anchondo en el 2015. Docente en la Universidad del Desarrollo Profesional, en el 2017, docente en la Facultad de Enfermería y Nutriología de enero del 2018 a la fecha, Coordinador de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería y Nutriología de Septiembre del 2019 a febrero del 2022. Coordinador de la Unidad de Tutorías de la Facultad de Enfermería y Nutriología de noviembre del 2022 a la fecha.

**Integrante de asociaciones y grupos:** Miembro de Sigma Theta Tau International;  
Honor Society of Nursing. Capítulo Tau Alpha de marzo del 2021, a la fecha.

Miembro del Grupo México de la Ciencia del Cuidado Humano de octubre del 2020, a la fecha.

Integrante del Grupo de Cuidado Humano de la Facultad de Enfermería y Nutriología de mayo del 2018 a la fecha.

**Correo electrónico:** fmsolís@uach.mx