

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES

ESCOLARIZADOS

Por

ME. CARMEN IVETTE HERNANDEZ VERGARA

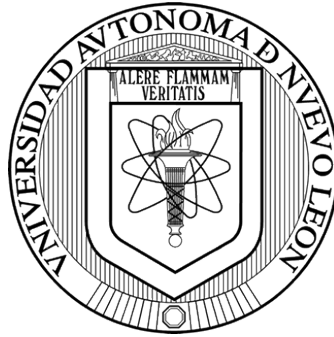
Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL
CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS

Por

ME. CARMEN IVETTE HERNANDEZ VERGARA

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

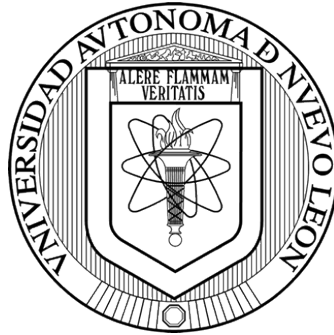
Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2024

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN
DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES

ESCOLARIZADOS

Por

ME CARMEN IVETTE HERNANDEZ VERGARA

ASESOR ESTADISTICO

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

SEPTIEMBRE, 2024

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Facultad de Enfermería, por ser una institución comprometida con el crecimiento disciplinar y ser punta de lanza en la innovación y formación de recursos humanos, orgullosa de pertenecer a esta institución.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su seguimiento y apoyo durante mi formación.

A la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Facultad Ciencias de la Salud por su apoyo y por las facilidades para culminar con el posgrado.

Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por el apoyo financiero para transitar y concluir este posgrado.

A mi Comité de Tesis Doctoral, por su invaluable contribución para el desarrollo y finalización de esta tesis de grado. Especialmente al Dr. Lucio Rodríguez por acompañarme al inicio de esta trayectoria, su apoyo y guía fueron fundamentales, agradezco sobre todo su calidad humana. Al Dr. Guzmán Facundo, por ayudarme a culminar este proyecto, por su enseñanza, disposición y compromiso conmigo, sin duda un gran ejemplo a seguir.

A mis compañeros y amigos de doctorado, por ser una pieza clave en momento de debilidad, por apoyarme cuando nadie entendía la situación y siempre motivándome a ser mejor y creer en mi trabajo.

A mi gran amiga Adriana por compartir su conocimiento, sobre todo su tiempo y hacer de este proceso un momento divertido y lleno de cariño y hermandad, agradecida por coincidir.

A mis amigos y además compañeros de trabajo Gaby, Yudith, Cinthya, Anzony, Marco y Caro por alentarme y apóyame en el proceso.

A mis colegas enfermeras Joselyn Caro y Melissa Niebla, por su colaboración en el proceso de recolección de datos, gracias por su entrega.

A los participantes de este proyecto, sin ellos los hallazgos y propuestas de mejora no hubieran sido posibles

A Daryl, Ximena, Lupita, Fernanda y Karen que a pesar de la distancia siempre tuvieron una palabra de aliento para culminar.

A Ulises y Jesús que vivieron este proceso conmigo desde muy cerca, animando, tolerando y aplaudiendo en los momentos más necesarios, los quiero.

Dedicatoria

A Dios, por la bendición de permitir transitar este periodo de vida, por la sabiduría y amor que deposita en mi para lograr mis cometidos a pesar de las adversidades.

A mis padres por ser mi motor más grande, por alentarme a no desistir y perseguir cada meta que me proponga, por su apoyo, acompañamiento permanente y su amor incondicional. A Noel por ser una de mis personas favoritas en este mundo, por su apoyo, impulso y amor. A Mario que, aunque no se encuentra en un plano terrenal, sé que se siente orgulloso.

MODELO EXPLICATIVO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL
CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS

Aprobación de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Director de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Presidente

Dra. Karla Selene López García
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
1er. Vocal

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
2do. Vocal

Dra. Julia Lizeth Villarreal Mata
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	15
Modelo de Sistemas de Betty Neuman	15
Teoría de rango medio del consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes escolarizados.	20
Estudios relacionados	48
Definición de términos	73
Objetivos e hipótesis	77
Capítulo II	
Metodología	79
Diseño del estudio	79
Población, muestreo y muestra	79
Instrumentos de medición	80
Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas [CDPHCATDI]	81
Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT]	82
Cuestionario de Conductas Antisociales (Seisdedos, 2001)	83
Cuestionario de Violencia Filio-parental de Calvete & Orue,	84
Cuestionario de Acoso entre Iguales [CAI]	85

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Escala de Detección de Ansiedad Social en Adolescentes	86
Escala de Características del Entorno del Barrio	87
Escala de Resiliencia	88
Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes	89
Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familia [FACES IV]	90
Cuestionario del Clima del Centro Escolar	91
Procedimiento de recolección de datos	92
Consideraciones éticas	94
Análisis de los datos	97
Capítulo III	
Resultados	100
Consistencia interna de los instrumentos	100
Resultados para responder objetivos del estudio	134
Resultados para responder las hipótesis del estudio	146
Capítulo IV	
Discusión	159
Conclusiones	172
Recomendaciones	176
Limitaciones del estudio	177

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Referencias	179
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDPHCATD)	216
B. Cuestionario de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)	218
C. Cuestionario de Conductas Antisociales (Seisdedos,2001)	219
D. Cuestionario de Violencia Filioparental (Calvete y Orue, 2018)	221
E. Cuestionario de Acoso entre Iguales CAI (Magaz et al., 2011)	222
F. Escala Detección de Ansiedad Social en Adolescentes [EDASA] (Olivares y García-López, 1998)	225
G. Escala de Características del Barrio ECB (Martínez, 2000)	227
H. Escala de Resiliencia (Wignild y Young, 1993)	228
I. Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes (Palacios, 2015).	229
J. Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar [FACES IV] (Olson, 2010)	232
K. Cuestionario Entorno Social Escolar.	236
L. Consentimiento informado para padres o tutores	238
M. Asentimiento informado de menores de edad	242
N. Tríptico	244

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos empleados	100
2. Características sociodemográficas de adolescentes escolarizados	102
3. Primer droga consumida y edad de consumo	103
4. Datos descriptivos de las prevalencias del consumo de drogas lícitas e ilícitas	104
5. Descripción de las conductas antisociales en adolescentes escolarizados	105
6. Descripción de la violencia filio parental ejercida a la madre	106
7. Descripción de la violencia filio parental ejercida al padre	108
8. Descripción del acoso entre iguales (maltrato verbal)	108
9. Descripción de acoso entre iguales (amenazas)	109
10. Descripción de acoso entre iguales (Cyberbullying)	110
11. Descripción de acoso entre iguales (exclusión social)	110
12. Descripción de acoso entre iguales (maltrato físico)	111
13. Descripción de la frecuencia de indicadores de ansiedad social	111
14. Descripción del grado de nerviosismo en los indicadores de ansiedad social	112
15. Descripción de la interferencia en la vida cotidiana de los indicadores de ansiedad social	114
16. Características de Entorno de Barrio: Seguridad	115
17. Características de Entorno de Barrio: Apoyo Social	115

Lista de Tablas

Tabla	Página
18. Características de Entorno de Barrio: Orgullo	116
19. Descripción de la resiliencia- Escala de 14 ítems	117
20. Descripción de autoeficacia ante el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados	118
21. Descripción de la autoeficacia ante el consumo de tabaco en adolescentes escolarizados	120
22. Descripción de autoeficacia ante el consumo de drogas en adolescentes escolarizados	121
23. Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: cohesión	121
24. Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: flexibilidad	123
25. Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: desunión	124
26. Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: involucramiento	125
27. Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: rigidez	126
28. Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: caótico	127
29. Descripción del entorno social escolar: bienestar	128

Lista de Tablas

Tabla	Página
30. Descripción del entorno social escolar: exigencia académica	129
31. Descripción del consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT	130
32. Descripción de consumo dependiente de acuerdo con el AUDIT	131
33. Descripción de consumo dañino de acuerdo con el AUDIT	132
34. Prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con correlación de Lilliefors para las variables continuas	133
35. Prueba U de Mann Whitney para la descripción de factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio) y factores protectores (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar, clima escolar) por sexo	134
36. Prevalencias de consumo de alcohol por sexo	135
37. Prevalencias de consumo de tabaco por sexo	136
38. Prevalencia de consumo de drogas ilícitas por sexo	136
39. Prueba U de Mann Whitney para las variables continuas conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para el alcohol, cohesión familiar, características del barrio, por consumo de alcohol alguna vez en la vida	137

Lista de Tablas

Tabla	Página
40. Prueba U de Mann Whitney para las variables continuas conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para el tabaco, cohesión familiar, entorno del barrio, por consumo de tabaco alguna vez en la vida	138
41. Prueba U de Mann Whitney para las variables continuas conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para drogas, cohesión familiar, entorno del barrio, por consumo de drogas alguna vez en la vida	139
42. Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores de riesgo y protectores y consumo de alcohol	140
43. Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores de riesgo y protectores y consumo de tabaco	143
44. Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores de riesgo y protectores y consumo de drogas ilícitas	145
45. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	146

Lista de Tablas

Tabla	Página
46. Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	146
47. Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	147
48. Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio sobre el consumo de drogas alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	148
49. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	149

Lista de Tablas

Tabla	Página
50. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	150
51. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo tabaco en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	151
52. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de drogas alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás)	152
53. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).	153

Lista de Tablas

Tabla	Página
54. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).	154
55. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).	156
56. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).	158

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Sistemas de Neuman	19
2. Teoría de rango medio sobre factores de riesgo y protección en adolescentes escolarizados.	23
3. Estructura conceptual teórico empírica	47

RESUMEN

Carmen Ivette Hernández Vergara

Fecha de Graduación: 06/09/2024

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: MODELO EXPLICATIVO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

Número de páginas: 251

Candidata a obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y método del estudio: El propósito de este estudio fue analizar el efecto de los factores de riesgo y protección en el consumo y no de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes escolarizados de la ciudad de Tijuana, Baja California, a través de la propuesta de un modelo explicativo basado en las proposiciones del Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1996). Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional y transversal predictivo, mediante un modelo explicativo con base en algunos conceptos del Modelo de Sistemas de Neuman. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado, utilizando el muestreo por conglomerados unietápico. Para calcular la muestra se empleó el software nQuery Advisor 7.0, considerando un Modelo de Regresión Logística Binaria para 16 variables independientes, con un nivel de significancia de .05, un tamaño de efecto de .2 (Cohen, 1988), una potencia del 90% y una tasa de no respuesta del 5%, lo que arrojó una muestra de 710 participantes. La recolección de datos se realizó mediante una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDPPCATD) y diez instrumentos autoaplicables: el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), el Cuestionario de Conductas Antisociales, el Cuestionario de Violencia Filio-Parental, el Cuestionario de Acoso entre Iguales (CAI), la Escala de Ansiedad Social en Adolescentes, la Escala de Características del Entorno del Barrio, la Escala de Resiliencia, la Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes, la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES IV) y la Evaluación del Entorno Social Escolar para Estudiantes. Los factores de protección como la resiliencia ($r_s = -.196$, $p < .001$; $r_s = -.112$, $p = .003$), la autoeficacia ($r_s = -.246$, $p < .001$; $r_s = -.119$, $p = .001$), la cohesión familiar ($r_s = -.160$, $p < .001$; $r_s = -.074$, $p = .049$) y el clima escolar positivo ($r_s = -.270$, $p < .001$; $r_s = -.146$, $p = .001$) mostraron una relación negativa con el consumo de alcohol y el número de bebidas consumidas en un día típico. Para el consumo de tabaco, se encontró una relación positiva y significativa con la conducta antisocial ($r_s = .214$, $p < .001$), la violencia filoparental ($r_s = .126$, $p < .001$) y el acoso escolar ($r_s = .079$, $p = .002$). Los factores de protección como la resiliencia ($r_s = -.092$, $p = .014$), la autoeficacia ($r_s = -.222$, $p < .001$), la cohesión familiar ($r_s = -.114$, $p = .002$) y el clima escolar positivo ($r_s = -.141$, $p < .001$) mostraron una relación negativa con la cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico. En el caso del consumo de drogas ilícitas, se encontró una

relación positiva y significativa con la conducta antisocial ($r_s=.226, p<.001$), la violencia filoparental ($r_s=.147, p<.001$), el acoso escolar ($r_s=.139, p=.002$), la ansiedad social ($r_s=.084, p=.025$) y las características del barrio ($r_s=.103, p=.007$). Los factores de protección como la cohesión familiar ($r_s=-.113, p=.003$) y el clima escolar positivo ($r_s=-.126, p<.001$) mostraron una relación negativa y significativa con la cantidad de drogas ilícitas consumidas.

Las hipótesis del estudio indican que la conducta antisocial ($\beta=.040, p<.001$) tuvo un efecto positivo y significativo sobre el consumo de alcohol (AUDIT), mientras que la autoeficacia ($\beta=-.012, p=.011$) y el clima escolar positivo ($\beta=-.025, p<.001$) tuvieron un efecto negativo y significativo. En cuanto a resiliencia ($\beta=-.013, p<.001$), la autoeficacia ($\beta=-.007, p=.012$) y el clima escolar positivo ($\beta=-.012, p<.001$) tuvieron efectos negativos y significativos para el consumo de alcohol alguna vez en la vida. Las variables de autoeficacia ($\beta=-.010, p=.003$) y el clima escolar positivo ($\beta=-.016, p<.001$) mostraron efectos negativos y significativos para el consumo de tabaco. En cuanto el clima escolar positivo ($\beta=-.016, p<.001$) tuvo un efecto negativo y significativo con el consumo de drogas ilícitas. Estos hallazgos aportan conocimientos valiosos para futuras intervenciones en enfermería y permite en un futuro hacer comparaciones con zonas norte del país, proponiendo mejores estrategias para reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

FIRMA DE DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de drogas constituye un problema de salud pública de relevancia a nivel mundial, nacional y local. El consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias conlleva cada año a elevadas tasas de mortalidad, enfermedades y discapacidades, superando cualquier otra causa prevenible (United Nations on Drugs and Crime, [UNODC], 2020). En 2021, aproximadamente 1 de cada 17 personas de entre 15 y 64 años había consumido drogas en los 12 meses anteriores. El número estimado de consumidores de drogas aumentó de 240 millones en 2011 a 296 millones en 2021, lo que representa aproximadamente el 5.8% de la población mundial de 15 a 64 años. (UNODC, 2023).

Sin embargo, la edad crítica de inicio en la experimentación del consumo ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia, que abarca edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Durante esta etapa de transición hacia la vida adulta, los adolescentes están ajustando su identidad y su desarrollo psicosocial (Molero et al., 2017; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). La adolescencia se considera una etapa vulnerable de la vida debido a los cambios físicos, psicológicos, cognitivos y emocionales que experimentan los individuos. Durante este período, muchos jóvenes adoptan hábitos y actitudes, algunos de los cuales pueden estar relacionados con la búsqueda de sensaciones placenteras o la presión social ejercida por amigos, compañeros de escuela o miembros de la familia, entre otros factores de riesgo que favorecen el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Saiz et al., 2020).

Las personas que inician el consumo de drogas durante la adolescencia tienden a desarrollar trastornos en la salud mental con serias repercusiones a lo largo de su vida. Si este consumo no se previene a tiempo, puede intensificarse y mantenerse, causando dependencia o adicción a estas sustancias y provocando graves daños en la salud física, mental y social (UNODC, 2019).

El consumo de drogas se refiere a la ingesta de sustancias psicoactivas que alteran el sistema nervioso central y se clasifican en dos tipos: lícitas e ilícitas. Las drogas lícitas, como el alcohol y tabaco, están disponibles y su consumo está legalizado en nuestro país para mayores de 18 años. Por otro lado, las drogas ilícitas son aquellas que se autoadministran, producen, distribuyen y venden fuera del marco legal. En México, estas incluyen la marihuana, cocaína, solventes, anfetaminas, entre otras, y su consumo está prohibido para los menores de edad (INPRFM et al., 2015; World Health Organization [WHO], 1994; Secretaría de Salud [SS], 2009).

Las principales drogas de inicio suelen ser las bebidas alcohólicas y el tabaco fumado. A medida que el hábito de consumo de estas sustancias aumenta, tanto en frecuencia como en cantidad, se tiende a progresar hacia el consumo de otras drogas, como la marihuana, cocaína, solventes, anfetaminas, entre otras. Esta transición está fundamentada por la teoría de la escalada en el consumo de drogas (Molero et al., 2017; Fernández & Becoña, 2006).

En cuanto al consumo de alcohol, el informe de las Américas de 2019 señala que al menos cinco países de América del Sur y el Caribe han informado que más del 75% de los adolescentes que estudian secundaria han consumido alcohol en alguna ocasión, con una proporción mayor en el sexo masculino (Organización de los

Estados Americanos [OEA]/Comisión Internacional para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2019). En México, la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) en 2014, en su informe reportó una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 40.7% en estudiantes de secundaria, de acuerdo al sexo, se presentó una prevalencia del 41.9% en hombres y del 39.4% en mujeres; en el último año la prevalencia fue, 24.2%, con un 24.3% en hombres y un 24.0% en mujeres; mientras que la prevalencia en el último mes fue del 16.9%, con un 8.4% en hombres y un 12.4% en mujeres (INPRFM et al., 2015); como puede observarse con cifras menores que las medias nacionales por sexo y por prevalencia de consumo de alcohol.

En Baja California (BC), estado donde se realizó el presente estudio, las prevalencias de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria según la ENCODE, por sexo, fueron las siguientes: alguna vez en la vida fue de 28.8% en hombres y 28.0% en mujeres, en el último año el consumo en hombres fue de 13% y en mujeres de 15.1%, y en el último mes en hombres fue de 7.7% y en mujeres 10.5% (INPRFM et al., 2015).

En cuanto al consumo de tabaco, el informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2018, señaló que este es un riesgo común para seis de las ocho principales causas de muerte, así como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes. Se estima que la mortalidad relacionada con el consumo de tabaco es del 12% a nivel mundial y del 16% en las Américas, lo que equivale a 7 millones de muertes anuales en todo el mundo (UNODC, 2019). El

informe del National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2018) reportó que el 7% de los estudiantes de octavo grado y el 13% del décimo grado consumieron tabaco en los últimos 30 días. Se estima que cada año se le atribuyen al tabaquismo 96 millones de dólares del costo total de los cuidados de salud.

A nivel nacional, la ENCODE reportó que los estudiantes de secundaria y bachillerato que consumieron tabaco alguna vez en la vida fueron del 35.2% en hombres y del 28.6% en mujeres, en el último año del 20.9% en hombres y del 16.2% en mujeres, y en el último mes del 13.9% en hombres y del 9.7% en mujeres. En el Estado de Baja California, la prevalencia de consumo por sexo en estudiantes de secundaria fue del 14.3% en hombres y del 10.9% en mujeres alguna vez en la vida, del 6.0% en hombres y del 3.6% en mujeres en el último año, y del 3.4% en hombres y del 1.5% en mujeres en el último mes (INPRFM et al., 2015).

Con respecto al consumo de drogas ilícitas, en el año 2017 se estimó que 13 millones de estudiantes consumieron cualquier tipo de droga a la edad de 15 a 16 años. Según el informe de consumo de droga de las Américas hace referencia de igual forma que la OMS (2020), que el inicio del consumo de drogas, en su mayoría inicia en el 8vo. grado de estudios, equivalente en México a la enseñanza secundaria. Entre las drogas más consumidas en los adolescentes se han reportado en primer lugar la marihuana, seguida de la cocaína e inhalantes (INPRFM et al., 2015; INPRFM et al., 2017; OEA/CICAD, 2019; OMS, 2020).

La marihuana por ser la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, y que en algunos países es considerada lícita, como son Sudáfrica, Canadá, Uruguay, Estados Unidos y Tailandia. En los últimos años, se ha popularizado el consumo de esta droga

entre los adolescentes, consumiéndose de forma precoz (OMS, 2020). En 2016, una estimación general basada en estudios realizados en 130 países sugirió que 13.8 millones de adolescentes, en su mayoría escolares entre las edades de 15 y 16 años, habían consumido marihuana al menos una vez en los últimos 12 meses (UNODC, 2018).

Según el Informe Mundial sobre Drogas (WDR) de las Naciones Unidas para el año 2023, el consumo de marihuana a nivel mundial alcanza el 4.3% en el rango de edades entre 15 y 64 años. Además, en el año 2021, aproximadamente el 5.3% de las personas de 15 a 16 años en todo el mundo, lo que equivale a unos 13.5 millones, habían consumido cannabis en el año anterior. A nivel nacional la ENCODE, reportó prevalencias de consumo de marihuana del 5.3% alguna vez en la vida, 4.1% en el último año, 2.3% en el último mes. Por sexo las prevalencias reportadas en los estudiantes de secundaria y preparatoria fueron, alguna vez en la vida 12.9% para hombres y 8.4% en mujeres, en último año se reportó consumo de 9.2% en hombres y de 6.2% en mujeres y en el último mes de 4.9% en hombres y 2.9% en mujeres (INPRFM et al., 2015).

En cuanto al consumo de cocaína, se ha observado que los países de América con mayor consumo de esta droga son Estados Unidos, Argentina y Uruguay, según el informe de las Américas (OEA/CICAD, 2019). El reporte mundial de drogas (WDR) menciona que el 2.2% de la población en 2018 consumió cocaína alguna vez en el último año, siendo el rango de edad de 15 a 25 años el grupo con mayor consumo, denominados adultos jóvenes (UNODC, 2023). En México, la ENCODE en 2014 señaló que el 4.2% de los estudiantes de secundaria consumieron cocaína. En

el estado de Baja California, las prevalencias de consumo fueron del 1.3% alguna vez en la vida, del 3.6% en hombres y del 1.5% en mujeres; del 0.5% en el último año, del 2% en hombres y del 0.6% en mujeres; y del 0.4% en el último mes, del 1.2% en hombres y del 0.2% en mujeres (INPRFM et al., 2015).

Respecto al consumo de inhalantes, el informe del consumo de drogas en las Américas señaló que, en el año 2014, las prevalencias de consumo en los estudiantes de secundaria fueron del 2.6% en Estados Unidos y del 2.1% en Argentina (OEA/CICAD, 2019). En México, según la ENCODAT en la población de 12 a 17 años, las prevalencias de consumo alguna vez en la vida fueron del 1.3%, del 5.9% en hombres y del 5.8% en mujeres; en el último año, del 1.6% en hombres y del 3.6% en mujeres (INPRFM et al., 2017). En el estado de Baja California, la ENCODE señaló que las prevalencias de consumo de inhalantes en estudiantes de secundaria alguna vez en la vida fueron del 4.3%, del 3.7% en hombres y del 3.7% en mujeres; en el último año, del 2.2%, del 1.1% en hombres y del 2.5% en mujeres; y en el último mes, del 0.9%, del 2.1% en hombres y del 1.2% en mujeres (INPRFM et al., 2015).

Como se observa las cifras de prevalencia de inhalantes son superiores a las medias nacionales reportadas en el país, posiblemente por el mayor acceso a estas sustancias y por no tener un control de salud de los establecimientos que comercializan con los productos utilizados como inhalantes.

El problema de consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas planteado anteriormente reafirma el problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local, que afecta a los adolescentes y puede tener un impacto a corto plazo como trastornos del sistema nervioso central, alteraciones digestivas,

cardiovasculares, lesiones y accidentes, así mismo a largo plazo; deterioro de la memoria, comportamiento violento y agresivo, paranoia, alucinaciones, ceguera irreversible entre otros, a su vez es importante mencionar que se tienen implicaciones sociales como el robo, accidentes y hechos violentos (Castro et al., 2023).

Este problema es considerado multifactorial, donde intervienen factores de riesgo y protección, que influyen o evitan el consumo de sustancias psicoactivas por mayor o menor tiempo, y que pueden causar un estado de dependencia (Klimenko et al., 2018). Los factores de riesgo son definidos como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Así mismo factor de protección es considerado como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton, 1992).

Existen factores asociados al consumo de drogas, así como otros que se asocian a la abstinencia de estas, y que estos factores han sido clasificados en factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) así como factores ambientales, sociales o del contexto. Incluso en algunas ocasiones son considerados como estresores, situación en la cual existen demandas que alteran la capacidad de respuesta y afrontamiento, por un desequilibrio psicofísico del organismo de la persona (Pingel & Guerrero, 2022, Moncada, 1997).

Los factores de riesgo que se incluirán en el presente estudio serán de tipo interpersonal; la conducta antisocial, la violencia filioparental, acoso escolar y ansiedad social, tomando en cuenta que son conductas que se presentan con más frecuencia en los adolescentes, de tipo extra personal; características del barrio tomando en cuenta el tipo de población que se abordara en el presente estudio, ya que cuenta con características de entornos inseguros. Así mismo los factores de protección considerados en el presente estudio fueron la resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo, tomando en cuenta que son conductas promovidas en la sociedad, sin embargo, es importante indagar en este grupo poblacional ya que la evidencia científica es escasa.

La conducta antisocial en adolescentes es un problema que se ha incrementado en las últimas décadas, este tipo de conducta se ha relacionado con conflictos familiares, contextuales e individuales en donde algunas ocasiones se presenta la violencia contra sí mismos, contra la familia, con los iguales y/o con el clima escolar (Decena, 2018). Este tipo de problemática se vincula en poblaciones con deterioro en los estilos de vida, desequilibrio social, desintegración familiar, como sucede en las familias de la ciudad de Tijuana y que, por estas características, los integrantes se ven afectados por la falta oportunidades y equidad sobre todo en algunas localidades marginadas o de pobreza, donde se denota la falta de redes de apoyo para los adolescentes y sus familias (Velázquez & Méndez, 2015).

Se ha evidenciado, que, a más alta conducta antisocial de los adolescentes, se puede presentar más alto consumo de alcohol, tabaco y drogas (Higareda et al., 2021). Así mismo por sexo, la conducta antisocial es más alta en los hombres, esta conducta

se ha asociado de forma positiva con la violencia filio-parental y ambas con el consumo de sustancias (Candell, 2020; Choi et al., 2016; García & Moral, 2018; Murray, 2012).

En relación con la violencia filio-parental, caracterizada por la violencia física, verbal y psicológica ejercida por el adolescente hacia los padres, se ha observado que su influencia en el consumo de sustancias ha sido poco evidenciada. Algunos estudios realizados en esta área han descrito que la violencia verbal es la más prevalente, seguida de la violencia física y psicológica, siendo más común en el sexo masculino (Ávila et al., 2019; Santos et al., 2021).

Los estudios disponibles han demostrado una relación positiva entre la violencia filio-parental y el consumo de drogas en adolescentes, siendo esta asociación más frecuente en hombres que en mujeres (Calvent et al., 2015; Del Hoyo, 2018). Aunque existen evidencias que respaldan esta relación, la investigación sobre la violencia filio-parental y su conexión con el consumo de sustancias en adolescentes, así como su interacción con otros factores de riesgo como la conducta antisocial, acoso escolar, ansiedad y el entorno del barrio, así como con los factores de protección como resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo, en el que la evidencia es limitada.

El fenómeno del acoso escolar ha sido identificado como un factor de riesgo que se asocia con un mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas entre los estudiantes. Investigaciones han demostrado una relación significativa y positiva entre el acoso escolar y el uso de estas sustancias. Específicamente, aquellos estudiantes que son víctimas de violencia física y verbal en el clima escolar muestran

una mayor probabilidad de consumir alcohol, tabaco y drogas. Esta tendencia se observa más notablemente en los hombres que en las mujeres (Carmona et al., 2015; Fonseca et al., 2018; Vrijen et al., 2021).

La ansiedad social ha sido identificada como un factor de riesgo significativo en adolescentes, mostrando una relación positiva con el consumo de drogas. Aunque se ha observado en mayor proporción en el sexo femenino, los estudios indican que los hombres que experimentan ansiedad social tienden a desarrollar un mayor consumo de sustancias como alcohol, tabaco y marihuana (Halladay et al., 2020; Hengartner et al., 2020; Hosseini & Oremus, 2019).

La pandemia de COVID-19 exacerbó este fenómeno, con un aumento en la prevalencia de ansiedad social entre los jóvenes. Los estudiantes se encuentran particularmente vulnerables, con una mayor predisposición a niveles elevados de ansiedad y un mayor riesgo de consumo de sustancias (Gómez et al., 2020; Lozano, 2021). En México, un estudio reciente destacó la asociación entre la ansiedad, la conducta antisocial y el consumo de alcohol, observando una mayor prevalencia de ansiedad y consumo de alcohol en el sexo masculino (Higareda et al., 2021).

Las interacciones sociales a través de medios virtuales y el retorno a clases presenciales han sido identificados como desencadenantes de ansiedad social en adolescentes. Se ha observado un aumento significativo en aquellos estudiantes expuestos a este tipo de interacciones, y muchos adolescentes con ansiedad recurren al consumo de drogas como estrategia de afrontamiento (Méndez et al., 2021). Debido a su asociación significativa con el consumo de drogas en adolescentes y su creciente prevalencia, la investigación continua sobre la ansiedad social es crucial

para comprender mejor sus efectos y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

Con respecto a las características del barrio como factor de riesgo extra personal, diversos estudios indican que vivir en zonas con deprivaciones físicas, estructurales y necesidades básicas está fuertemente asociado al consumo de sustancias adictivas en adolescentes. En los vecindarios con fácil acceso y distribución de drogas, se ha observado un mayor consumo de sustancias como la marihuana entre los adolescentes, especialmente en aquellos habitantes de barrios desfavorecidos, donde los hombres tienen una probabilidad mayor de consumir drogas que las mujeres (Darden & Rubalcava, 2018; Wiafe & Davison, 2021).

Las ciudades fronterizas o limítrofes suelen desarrollarse de manera poco planificada, como es el caso de Tijuana, donde la migración es una realidad común. Personas y familias enteras, tanto del interior de México como de otros países, buscan ingresar a Estados Unidos, aunque a menudo no logran este objetivo. Esto conlleva a que estas familias se establezcan en la ciudad, especialmente en las zonas periféricas, donde se llevó a cabo el presente estudio (Urbalejo, 2021).

Además, el fenómeno de la repatriación también impacta en la sociedad, especialmente en la configuración de comunidades con carencias y falta de seguridad debido a la ausencia de capital monetario y redes de apoyo. Esto contribuye a la formación de barrios inseguros con altos niveles de violencia y consumo de drogas (Ibarra & Vargas, 2021). Aunque existen estudios que abordan esta temática, la evidencia aún es escasa en el país, particularmente en la ciudad de Tijuana.

En cuanto a los factores protectores, se ha observado una asociación negativa entre la resiliencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes, así como una correlación positiva entre la resiliencia y la autoeficacia con la no utilización de estas sustancias (De lira et al., 2016; Muños & Orozco, 2018; Saiz et al., 2020). Asimismo, se ha documentado que los adolescentes con mayor autoeficacia tienden a consumir menos o no consumir alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas, demostrando una mayor capacidad para resistir las presiones del grupo de pares y optar por comportamientos saludables (Valadez & Oropeza, 2020; Palacios, 2015).

Además, se ha observado que, a mayores niveles de resultados positivos, menor es el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalantes y cocaína (Cueva & Guerrero, 2016). Estudios han revelado que los hombres tienden a tener un mayor grado de autoeficacia en comparación con las mujeres, y los adolescentes con una autoeficacia más alta suelen disfrutar de mejores relaciones sociales en su clima escolar (Tabanaero & Cuadrado, 2019; Noh-Moo et al., 2021).

En relación con la cohesión familiar, la evidencia sugiere que aquellos adolescentes que experimentan una mayor cohesión familiar tienden a manifestar menos conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Aunque existen discrepancias, algunos estudios indican que los hombres suelen disfrutar de una mejor cohesión familiar, mientras que otros sugieren que aquellos hombres que reportan una disminución en la satisfacción con la cohesión familiar tienen una mayor probabilidad de iniciar el consumo de estas sustancias (Mateo et al., 2018; Gómez & Velázquez, 2021).

En cuanto al clima escolar positivo, se ha demostrado que este factor se relaciona con el comportamiento de los adolescentes. Aquellos que perciben un clima escolar positivo tienden a mostrar menos conductas violentas hacia su familia y sus compañeros en el contexto escolar, y son menos propensos a consumir sustancias como el alcohol, tabaco y drogas. Además, se ha observado que los estudiantes con niveles más altos de resiliencia suelen experimentar un clima escolar más positivo (Varela et al., 2020; Leyton, 2020; Sierra, 2020).

Con base en la problemática global, nacional y local que representa el consumo de drogas entre los adolescentes estudiantes de secundaria, junto con los factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas en este grupo, se sugiere desarrollar una teoría de rango medio en enfermería. Esta teoría busca explicar cómo los factores de riesgo y protección influyen en el consumo o no consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes escolarizados, utilizando como marco teórico el Modelo de Sistemas de Neuman [MSN] (1996).

La elección de este modelo se basó en un exhaustivo análisis y evaluación que reveló su coherencia con los conceptos del fenómeno de estudio, lo que lo posiciona como un marco teórico adecuado para orientar la presente investigación. Esta propuesta tiene como objetivo ampliar el entendimiento en la disciplina, particularmente en lo relacionado con el fenómeno del consumo de drogas lícitas e ilícitas, y sentar las bases para un modelo predictivo sobre los factores de riesgo y protección asociados al consumo o no consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes, utilizando como referencia el MSN (Neuman & Fawcett, 2011).

En esta teoría, los adolescentes son vistos como sistemas complejos que están influenciados por múltiples factores de riesgo y protección. Los factores de riesgo, como la conducta antisocial, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio aumentan la probabilidad de que los adolescentes se involucren en el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Por otro lado, los factores de protección, como la resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo, actúan como amortiguadores contra el consumo de drogas.

El modelo propuesto postula que la interacción entre estos factores de riesgo y protección determina la predisposición de los adolescentes al consumo de alcohol, tabaco y drogas. Por ejemplo, los adolescentes con altos niveles de resiliencia pueden resistir mejor las presiones del grupo de pares para consumir drogas, mientras que aquellos que experimentan un clima escolar positivo pueden estar menos expuestos a entornos propicios para el consumo de sustancias.

Las variables seleccionadas para este estudio fueron cuidadosamente elegidas debido a la escasez de evidencia sobre la relación entre estas variables y el consumo de sustancias, a pesar de su importancia en el contexto social actual de los adolescentes. Estas variables son poco exploradas en conjunto como explicación del fenómeno de estudio, y se espera que los resultados obtenidos sienten las bases científicas para futuras intervenciones de enfermería en la promoción de la salud, contribuyendo así a la prevención de factores de riesgo y al fortalecimiento de los factores de protección para evitar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes escolarizados de una ciudad fronteriza.

Por lo tanto, el propósito del presente estudio es analizar el efecto de los factores de riesgo y protección en el consumo y no de drogas licitas e ilícitas en adolescentes escolarizados de la ciudad de Tijuana, Baja California a través de la propuesta de un modelo explicativo, bajo las preposiciones del Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1996).

Marco Teórico

El marco teórico que orientó este estudio se basó en el Modelo de Sistemas de Neuman (MSN) (Neuman & Fawcett, 2011). En esta sección, se presentan los principales conceptos y proposiciones del MSN, así como la descripción de la subestructuración conceptual teórico-empírica de los conceptos incluidos en este estudio y estudios relacionados.

Modelos de Sistemas de Neuman

El Modelo de Sistemas de Neuman se fundamenta en el "wholism", término utilizado para referirse a la persona como un todo, con un enfoque en el bienestar, la percepción y la motivación del cliente como principales posturas filosóficas. Se trata de un sistema dinámico de energía y la interacción de variables con el entorno para mitigar posibles daños causados por factores de estrés internos y externos. Destaca la relación de asociación entre el profesional de enfermería y el cliente para negociar los objetivos de resultados deseados para una atención óptima, restauración y mantenimiento de la salud. Este modelo también se basa en la teoría general de sistemas, la teoría de Gestalt y la teoría del estrés (Neuman & Fawcett, 2011).

El MSN considera las posibles reacciones a los factores estresantes (estresores) dentro del entorno total del cliente, definido como sistema. Reconoce al

cliente/sistema del cliente rodeado por un campo perceptivo en equilibrio dinámico, donde todas las partes del sistema están íntimamente relacionadas e interdependientes. Toma en cuenta los factores de estrés y la posible reacción del cliente a estos factores, considerando al cliente como un sistema y los efectos simultáneos de las variables que interactúan (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales).

En cuanto a los componentes del MSN y sus relaciones, se representan en la Figura 1. Es un marco integral que se basa en el sistema conceptual de enfermería y otras disciplinas del cuidado de la salud que se interesan por los estresores, las reacciones a estos y las intervenciones de prevención que abordan las reacciones reales y potenciales a los factores de estrés. Para este estudio, se utilizarán los siguientes conceptos del MSN:

Los estresores del MSN se clasifican como intrapersonales, interpersonales y extra personales. Los estresores intrapersonales son fuerzas ambientales internas que ocurren dentro de los límites del sistema cliente (por ejemplo, respuestas condicionadas o respuestas autoinmunes), los estresores interpersonales son fuerzas de interacción del medio ambiente externo que ocurren fuera de los límites del sistema cliente en un rango proximal (por ejemplo, expectativas de roles o patrones de comunicación), y los estresores extra personales son fuerzas de interacción del medio ambiente externo que ocurren fuera de los límites del sistema cliente en un rango distal (por ejemplo, políticas sociales o preocupaciones financieras).

El cliente tiene cierto grado de reacción para cualquier tipo de estresor, y la naturaleza de la reacción dependerá en parte de la fuerza de la línea flexible de defensa, la línea normal de defensa y las líneas de resistencia.

La línea flexible de defensa delimita el perímetro externo del sistema del cliente y se visualiza como un círculo punteado que rodea la línea normal de defensa, representada por una línea continua. Esta línea cumple la función de salvaguardar el estado normal de bienestar del sistema del cliente, procurando evitar invasiones de estresores y manteniendo al sistema libre de reacciones estresantes o sintomatología. A medida que se expande más allá de la línea normal de defensa, brinda una mayor protección. Sin embargo, al acercarse a la línea normal de defensa, esta protección disminuye. Además, la flexibilidad de esta línea permite ajustes rápidos en un lapso relativamente corto de tiempo. Es importante destacar que el impacto de estresores individuales o múltiples tiene el potencial de reducir la eficacia de este sistema de amortiguación.

La línea normal de defensa se representa como una línea continua que rodea las líneas internas punteadas, conocidas como líneas de resistencia. Esta línea refleja el estado al que el cliente ha evolucionado a lo largo del tiempo o su nivel de bienestar. El ajuste de las cinco variables del sistema del cliente a los estresores ambientales, tanto internos como externos, determina la estabilidad del sistema del cliente o su nivel de bienestar.

Considerar la línea normal de defensa como una referencia en la desviación del estado de bienestar implica que esta línea define el comportamiento del sistema del cliente frente a unidades organizativas. Esto, a su vez, establece la estabilidad y la

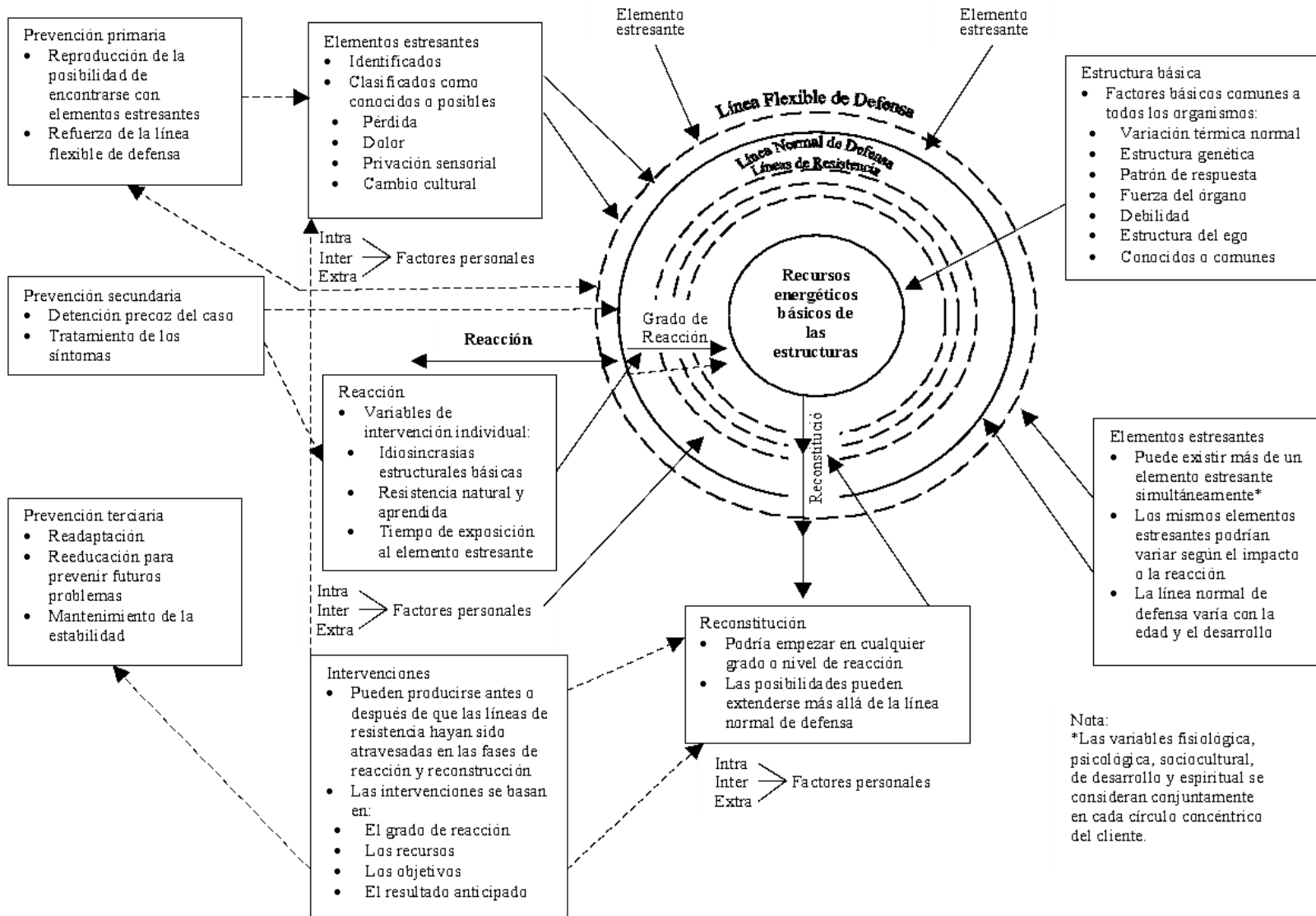
integridad del sistema del cliente, así como su capacidad para mantener estas condiciones. Los factores que influyen en la estabilidad e integridad del sistema del cliente son las variables del sistema, que abarcan aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Las líneas de resistencia se representan mediante una serie de círculos concéntricos de líneas punteadas que rodean la estructura básica o círculo central. Estas líneas se activan después de que la línea normal de defensa ha sido invadida por estresores ambientales, ya sean internos o externos. Las líneas de resistencia tienen la función de proteger la estructura básica del cliente. Contienen una variedad de recursos internos y externos, tanto conocidos como desconocidos, que respaldan la estructura básica y la línea normal de defensa, preservando así la integridad del sistema del cliente.

La eficacia de las líneas de resistencia en revertir la reacción a los factores de estrés permite que el sistema se reconstituya. Sin embargo, la falta de eficacia en esta reconstrucción puede llevar al agotamiento de la energía, desequilibrio, enfermedad e incluso la muerte.

La estructura básica se representa mediante un círculo central que constituye la fuente de las cinco variables del sistema del cliente. Este círculo central representa los procesos humanos de vida, enfermedad o muerte en el contexto de la interacción de estas cinco variables. Además, en el círculo central se encuentran los factores básicos de supervivencia, que incluyen características, fortalezas innatas o genéticas y debilidades de las partes del sistema del cliente.

Figura 1. Modelo de Sistemas de Neuman



Subestructuración conceptual teórico empírica

Teoría de rango medio del consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes escolarizados.

Se realizó la subestructuración conceptual teórico-empírica con base en el Modelo de Sistemas (Newman & Fawcett, 2011). La fundamentación de los conceptos implicó la revisión de la literatura, lo cual permitió el proceso de valoración o crítica para abstraer los conceptos principales de una teoría y proponer las relaciones entre conceptos, para posteriormente ser representados gráficamente (Hinshaw, 1979).

Para la elaboración de la estructura conceptual teórico-empírica se utilizaron los cinco pasos sugeridos por Fawcett (1999): 1) identificar conceptos principales, 2) clasificar los conceptos, 3) identificar y clasificar las proposiciones, 4) ordenar jerárquicamente las proposiciones y 5) construir el diagrama.

Paso 1) Identificar conceptos principales. Los conceptos teóricos que se utilizaron del MSN fueron: estresores interpersonales y extrapersonales, línea flexible de defensa, línea normal de defensa, línea de resistencia y estructura básica. Los conceptos seleccionados como estresores interpersonales y extrapersonales (factores de riesgo) fueron la conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio. Del concepto línea flexible de defensa (factores protectores) se incluyeron la resiliencia y la autoeficacia. Para el concepto de línea normal de defensa se utilizó el no consumo de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína e inhalables). Del concepto línea de resistencia se utilizó cohesión familiar,

clima escolar positivo y en la estructura básica se consideró el consumo de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína e inhalables).

Paso 2) Clasificación de los conceptos. La clasificación de los conceptos se realizó de acuerdo con el continuo de Kaplan (1964), que indica qué tan observable es un fenómeno directamente o bien cómo serán operacionalizados. Por lo tanto, se indica que todos los conceptos que se abordan son observables de manera indirecta, por lo que se utilizará una cédula de datos personales y nueve instrumentos de lápiz y papel para operacionalizar cada uno de ellos.

Paso 3) Identificación y clasificación de las proposiciones. A continuación, se muestran las proposiciones del modelo de Neuman que guiaron la construcción de la teoría de rango medio. Existen muchos estresores ambientales conocidos, desconocidos y universales, cada uno difiere en su potencial para alterar el nivel de estabilidad en el cliente, o bien su línea normal de defensa. La interrelación particular de las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales, en cualquier punto en el tiempo pueden afectar el grado en que un cliente es protegido por la línea flexible o la línea normal de defensa ante la presencia de un estresor o combinación de estresores.

La línea normal de defensa, o estado de bienestar, representa cambios en el tiempo a través del afrontamiento a diversos encuentros con estresores. La línea normal de defensa puede ser utilizada como un estándar en la cual se midan los cambios en la salud. Cuando el efecto de amortiguación de la línea flexible de defensa no se presenta, ocurre un efecto acordeón, el cual ya no es capaz de proteger al sistema/cliente en contra de un estresor ambiental, y entonces el estresor atraviesa

hacia la línea normal de defensa. La interrelación de variables determina la naturaleza y el grado de reacción del sistema o posible reacción al estresor. Implícito en cada cliente/sistema están los factores internos de resistencia conocidos como líneas de resistencia, que funcionan para estabilizar y regresar al cliente al estado usual de bienestar, o posiblemente a un nivel más alto de estabilidad después de la reacción a un estresor ambiental.

Paso 4) Orden jerárquico de las proposiciones. Según Fawcett (1999), las proposiciones pueden ordenarse por nivel de abstracción. Para el presente estudio, se considera que las cuatro proposiciones tienen un nivel elevado de abstracción ya que pueden ser aplicadas a fenómenos generales. Las proposiciones derivadas del modelo se consideran de un nivel medio de abstracción ya que están relacionadas a un fenómeno específico. Estos enunciados relacionales serán operacionalizados en el estudio y sustentaran las hipótesis que se plantean adelante. Posteriormente se muestra el esquema de la teoría de rango medio y sus relaciones. La conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio pueden influir directamente en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

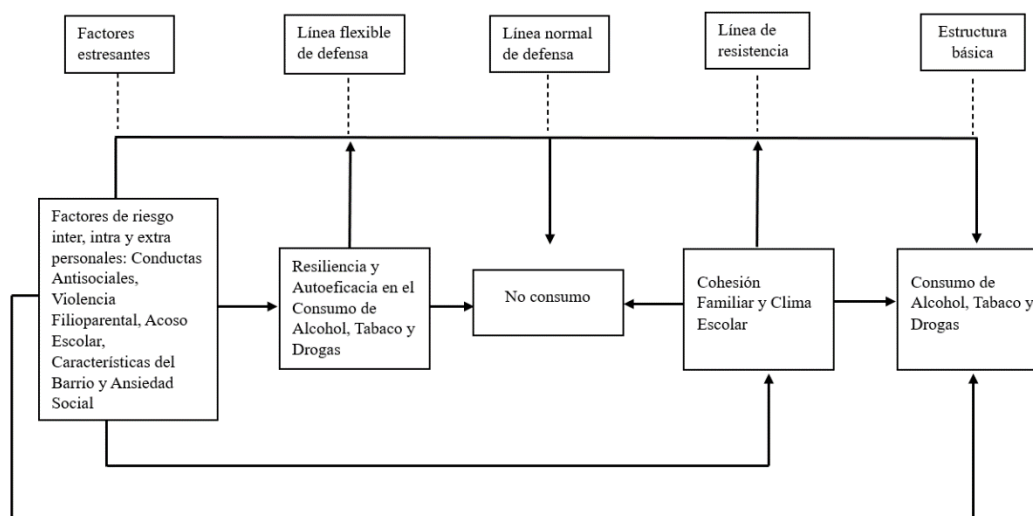
La resiliencia y autoeficacia son los primeros mecanismos de defensa contra los factores de riesgo intra, inter y extrapersonales. Cuando estos factores no logran proteger al adolescente, pueden causar inestabilidad en el no consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Los factores de protección como resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo reducen el efecto de los factores de riesgo como conducta

antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio para evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Figura 2.

Teoría de rango medio sobre factores de riesgo y protección en adolescentes escolarizados.



En la figura 2 se muestra la propuesta del modelo tomando como referencia los conceptos de Betty Neuman, en donde el no consumo de alcohol, tabaco y drogas representa la línea normal de defensa. A su vez, los factores que menciona Neuman como estresantes son representados como conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio cuando estos factores penetran la línea flexible de defensa y la línea de resistencia llegan a la estructura básica y se produce el consumo de alcohol, tabaco o drogas. Por otra parte, la línea flexible de defensa es representada por la resiliencia y autoeficacia cuando el adolescente cuenta con estas herramientas los factores estresantes no permiten que se penetre la estructura básica y se mantiene la línea normal de defensa que para este

estudio se entiende como el no consumo de alcohol, en caso de ser penetrada, la línea de resistencia se representa por la cohesión familiar y el clima escolar funge como otro factor protector para que no se llegue hasta la estructura básica, si existe una buena cohesión familiar y un clima escolar positivo los estresores no llegaran a la estructura básica y se vuelve a un estado de no consumo de sustancias.

A continuación, se describe la subestructuración de conceptos de la teoría de rango medio y se muestra en la figura 3 la estructura conceptual teórico-empírica, en donde se identifican los conceptos seleccionados de la teoría madre, el concepto de la teoría de rango medio y, por último, el indicador empírico con el cual será operacionalizado.

Subestructuración de conceptos

Factores de riesgo interpersonales y extrapersonales

Los factores de riesgo interpersonales del consumo de alcohol, tabaco y drogas se subestructuraron del concepto de estresores interpersonales, que son fuerzas de interacción del medio ambiente externo que se producen fuera de los límites del sistema cliente en el rango proximal. Los factores de riesgo extrapersonales se subestructuraron del concepto de estresores extrapersonales, que son fuerzas de interacción del medio ambiente externo que se producen fuera de los límites del sistema cliente en un rango distal (Neuman & Fawcett, 2011).

Los factores de riesgo han sido conceptualizados como atributos y/o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales que incrementan la probabilidad del uso y/o abuso de drogas [inicio] o una transición en el nivel de implicación con las mismas [mantenimiento] (Clayton, 1992). Los

conceptos que serán considerados como factores de riesgo interpersonales son conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar y ansiedad; y como factor de riesgo extrapersonal, las características del barrio.

No consumo de drogas lícitas e ilícitas

El no consumo de drogas lícitas e ilícitas se subestructuró del concepto de línea normal de defensa, que representa el estado al que el cliente ha evolucionado a través del tiempo o el nivel de bienestar alcanzado. Determina la estabilidad del sistema del cliente o el nivel de bienestar o el resultado del comportamiento del sistema del cliente (Neuman & Fawcett, 2011). El no consumir drogas lícitas (bebidas alcohólicas y fumar tabaco) y drogas ilícitas (marihuana, cocaína e inhalables) mantiene al adolescente en un estado de bienestar, o lo contrario indicará una desviación del estado de bienestar. Puede ser considerado como el resultado final que indicará el estado de salud alcanzado durante el tiempo y permitirá el desarrollo de acciones de prevención para la estabilidad del sistema de los adolescentes.

A continuación, se aborda cada uno de los conceptos subestructurados considerados en la propuesta:

Conducta antisocial.

La conducta antisocial se subestructuró del concepto teórico de estresores interpersonales. Abarca todos aquellos comportamientos, así como otras conductas que tienen implicaciones en el funcionamiento de la sociedad (Puente, 2017). Además, reflejan una infracción a las reglas sociales o acciones en contra de las personas o estructuras, donde podrían dañar su integridad, afectando el estado de armonía. Por lo regular, las conductas antisociales se presentan en la adolescencia con

mayor frecuencia y se menciona que conforme aumenta la edad, estas conductas podrían ir disminuyendo (Garaigordobil, 2017).

La conducta antisocial puede depender de algunos juicios que tengan que ver con la severidad de los actos y de cómo se alejan de las pautas normales con respecto a la edad y sexo del individuo. Además, algunas otras características como el entorno en donde se desenvuelve la persona, clase social y creencias religiosas. No obstante, el punto de referencia para describir una conducta antisocial dependerá del contexto sociocultural en el que se desarrolla, ya que los objetivos no son propiamente estrictos, incluso se podrían considerar subjetivos, debido a cómo reacciona la sociedad ante conductas específicas (Kazdin & Buela, 2002).

Las conductas antisociales incluyen una amplia gama de actividades que van desde conductas agresivas, absentismo escolar, mentiras y huidas de casa, entre otras. Estas conductas pueden darse de forma separada; sin embargo, es común que se presenten de forma conjunta ya que se encuentran asociadas en que todas infringen reglas o expectativas sociales (familiares, escolares, comunitarias) que intervienen con personas y el entorno (Kazdin & Buela, 2002).

Desde una aproximación psicológica, se puede afirmar que las conductas antisociales son actividades que se desarrollan en un continuo, en donde se inician con las menos graves para posteriormente progresar a las que se consideran de mayor problema (Redondo et al., 1997). Se ha referido que los adolescentes que tienen este comportamiento a menudo desarrollan conductas no saludables como el consumo de drogas (Díaz et al., 2018; Naseaescu et al., 2020). Este concepto fue medido con el Cuestionario de Conductas Antisociales (Seisdedos, 2001) [Apéndice B].

Violencia filioparental.

La violencia filioparental se subestructuró de los estresores interpersonales. Hace referencia a las conductas repetitivas de violencia física, psicológica (verbal o no verbal) y económica dirigidas a los progenitores o bien a aquellas personas que ocupan su lugar (Pereira, 2017). Por lo tanto, son conductas que causan miedo en los progenitores o las personas que ocupan ese lugar con respecto a los niños o adolescentes, con el objetivo de obtener poder sobre la figura paterna y materna o de autoridad, utilizando la violencia psicológica, física y económica (Cottrell, 2001).

Desde la criminología, donde se busca identificar una víctima y un victimario, se define como aquella donde el hijo actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar daño, perjuicio o miedo de forma reiterada a lo largo del tiempo con el fin de lograr poder y control inmediato sobre sus víctimas, para obtener lo que desea a través de la violencia psicológica, económica y física (Aroca et al., 2013).

La violencia psicológica implica conductas que atentan contra los sentimientos y necesidades afectivas de una persona, causándole conflictos personales, frustraciones y traumas de origen emocional que pueden llegar a ser permanentes. Los comportamientos más importantes que se presentan en los niños y adolescentes suelen ser: ignorar, negar el afecto, expresiones no verbales de desprecio o degradación, retirar el afecto, romper y tirar objetos, amenazar, mentir, insultar, culpabilizar y ausentarse de casa sin avisar (Aroca et al., 2013).

La violencia económica se refiere a conductas que restringen las posibilidades de ingresos/ahorro de los progenitores por medio de robos, venta o destrucción de objetos y generación de deudas (móviles, juegos, compras), así como la utilización de

tarjetas bancarias por parte de los hijos, daños económicos que deben asumir los progenitores. La violencia económica va acompañada de la psicológica en conductas como: amenazas, mentiras, chantaje emocional, extorsión, coerción y manipulación.

La violencia física es el conjunto de conductas que pueden producir daño corporal, causando heridas por medio de objetos, armas o partes del cuerpo, propinar patadas, bofetones, golpes y empujones. Todo maltrato físico implica un comportamiento psicológico-emocional caracterizado por humillación, impotencia y desamparo (Ibabe et al., 2011; Rechea et al., 2008; Romero et al., 2017).

Este tipo de abuso puede causar considerable sufrimiento en las víctimas (padre o madre) y ejercer un control sobre ellos (Calvete & Orue, 2016). El adolescente se encuentra en constante interacción con su entorno familiar, por lo que las conductas negativas que se puedan desarrollar dentro del entorno familiar muestran que la violencia filio-parental es un fenómeno que se ha incrementado y que genera conductas no saludables. Se ha mostrado que aquellos adolescentes que realizan abuso tanto físico como psicológico hacia los padres o tutores tienen mayor probabilidad de consumir algún tipo de sustancia como el alcohol, tabaco y drogas (Calvete & Orue, 2015; Calvete & Orue, 2013; Contreras & Cano, 2019). Este concepto fue medido con el Cuestionario de Violencia filio-parental (Calvete & Orue, 2018) [Apéndice C].

Acoso escolar.

El acoso escolar se subestructuró del concepto de estresores interpersonales. Es una conducta común en la etapa de la niñez y adolescencia que ocurre, por lo general, en el contexto escolar. No es un concepto unitario, ya que puede definirse

desde distintos puntos de vista en la que participan tanto la víctima como el agresor. Desde el punto de vista de la víctima, se describe como la situación en la que un niño o adolescente está expuesto a acciones negativas por parte de uno o más de sus compañeros (Olweus, 1993). Desde el punto de vista del agresor, se define como las acciones negativas y de manera intencionada que este realiza con la intención de herir, producir daño y molestar. Este comportamiento agresivo es repetido en el tiempo y se da en el seno de una relación interpersonal asimétrica (Magaz et al., 2016).

La problemática que genera el acoso va más allá de los episodios concretos de agresión y victimización. Cuando un individuo recibe este tipo de agresiones de manera sistemática, se generaliza la percepción hostil del ambiente escolar. Si esta violencia se vuelve constante, destruye poco a poco la autoestima y la confianza en sí mismo, lo que provoca una difícil adaptación social, llegando a estados de aislamiento, depresión, ansiedad o adicción a las drogas. Ser víctima de acoso repercute en afecciones psicosociales, como alteraciones del estado afectivo y del carácter, deterioro de la autoestima, aislamiento familiar y social, lo cual afecta las relaciones interpersonales, el rendimiento académico y puede vincularse a conductas asociadas al consumo de sustancias (Amaro & Azaña, 2017).

Sufrir de maltrato verbal en el acoso escolar implica conductas que el agresor utiliza para hacer daño a la víctima usando el lenguaje verbal o gestual, de forma directa o indirecta. Otros aspectos incluyen la exclusión social directa, donde el agresor ignora, excluye o aísla a la víctima cara a cara. Las amenazas se conceptualizan como anuncios por parte del agresor donde notifica a los demás sobre

el maltrato físico y/o verbal y exclusión social. El ciberbullying es el maltrato o agresión realizada a través de redes sociales [teléfono móvil e internet] (Magaz et al., 2011).

Otros aspectos del acoso incluyen la exclusión social indirecta, donde el agresor usa las relaciones sociales para aislar o excluir a la víctima; la agresión basada en objetos, que implica el ataque o amenaza hacia la víctima mediante objetos, sin contacto directo entre ellos; y el maltrato físico, donde el agresor ataca a la víctima usando el cuerpo y confrontación física. Este concepto se ha utilizado en la investigación científica para conocer la relación con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas, mostrando en su mayoría relaciones positivas significativas (Amaro & Azaña, 2017; Calleja, 2016; Carmona et al., 2015; Gardea et al., 2015; Puebla & Duarte, 2016; Rodríguez-Aguilar et al., 2022).

Los adolescentes que pueden verse envueltos en esta situación son aquellos con diferencias respecto a sus iguales, con limitadas habilidades sociales, que se encuentren solos o con pocos amigos, y que tienen dificultad para expresar sus emociones. El acoso escolar ha sido un factor asociado con el consumo de sustancias (Patiño et al., 2021). En particular, los estudiantes con conductas de acoso escolar como victimarios presentan mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas. Además, se ha identificado una relación significativa entre los adolescentes que desempeñan tanto el papel de víctima como el de agresor y el consumo de sustancias (Amaro & Azaña, 2017; Gardea et al., 2015; Puebla & Duarte, 2016). Este concepto se midió con el Cuestionario de Acoso entre Iguales (Magaz et al., 2011).

Ansiedad social.

La ansiedad social se subestructuró del concepto de estresores interpersonales. Se refiere al miedo que tienen las personas de hablar con otros seres humanos, ya que pueden ser juzgados de forma negativa. Aunque la ansiedad social puede ser una emoción útil que permite comportarse adecuadamente ante situaciones específicas y concretas, algunas personas experimentan estas situaciones al extremo, produciéndoles sensaciones de miedo e incapacidad (Trujillo et al., 2008).

Se relaciona con una variedad de fenómenos relacionados con desórdenes de salud mental o patrones específicos de conducta. Es un estado emocional orientado al futuro que todos los seres humanos experimentan en diferentes grados de intensidad (Rabe-Jabłońska & Bieńkiewicz, 1994). Una característica distintiva de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria, permitiendo identificar situaciones de peligro, lo que impacta significativamente en la funcionalidad del individuo. Si la ansiedad supera los niveles tolerados en cuanto a intensidad, frecuencia o duración, provoca alteraciones patológicas a nivel funcional y emocional (Vila, 1984).

Los adolescentes pueden experimentar sensaciones de miedo, temor e inquietud a través de su interacción con el medio que los rodea. Situaciones relacionadas con el desempeño de roles respecto a su familia, amigos, escuela y comunidad pueden desencadenar estos sentimientos desagradables, aumentando la probabilidad de que los adolescentes con episodios de ansiedad social consuman algún tipo de droga. Las mujeres suelen presentar más ansiedad social en la adolescencia, pero cuando los hombres presentan este tipo de conducta, son más propensos a consumir drogas (Gobbi et al., 2019; Schneider et al., 2018). Este

concepto se midió con la escala de Ansiedad Social en Adolescentes (Lopez et al., 2005) [Apéndice E].

Características del entorno de barrio.

Las características del barrio se subestructuraron del concepto de estresores extra-personales. Este factor se considera en función de numerosas variables, incluyendo elementos físicos, operativos, socioeconómicos, ambientales e institucionales (Días, 2010; Komeily & Srinivasan, 2016). Residir en barrios inseguros, caracterizados por pocos recursos económicos, desorden estructural y altos índices de criminalidad, es más estresante que vivir en barrios con mejores recursos. Las características físicas del vecindario incluyen la estructura socioeconómica, infraestructura, calidad del agua, espacios verdes y recreativos, calidad del aire, y el sistema de eliminación de desechos comunitarios (Wiafe & Davison, 2021).

Truco et al. (2014) distinguen dos características del barrio: la estructura del barrio, que comprende las características de la comunidad, incluyendo la composición racial e ingreso medio de las poblaciones; y los procesos vecinales de la residencia, como apoyo social, cohesión social, sentido de pertenencia y orgullo. Estas dos características influyen en el comportamiento de los adolescentes y en la toma de decisiones respecto a su cuidado.

Las características del entorno en el que reside la persona, como el bienestar social, el inicio experimental de consumo de sustancias, vigilancia vecinal, orgullo del barrio, peligrosidad, cohesión social, características físicas e influencias negativas de terceras personas, se han relacionado con el consumo de drogas (Taggart et al.,

2018; Furr et al., 2015; Siordia & Sáenz, 2013). Este concepto se midió con la Escala de Características del Entorno del Barrio (Martínez, 2000) [Apéndice F].

Resiliencia.

La resiliencia se subestructuró del concepto de la línea flexible de defensa en la teoría de Neuman. Esta línea constituye el límite exterior del sistema del cliente, representada por un círculo punteado que rodea la línea normal de defensa (línea continua). Actúa como un sistema de protección para mantener el estado normal de bienestar del sistema del cliente, idealmente evitando invasiones de estresores y manteniendo el sistema libre de reacciones estresantes o sintomatología. A medida que se expande fuera de la línea normal de defensa, proporciona mayor protección; por el contrario, cuando se acerca a la línea normal de defensa, ofrece menor protección. Puede ser modificada rápidamente en un período relativamente corto de tiempo. El impacto individual o múltiple de estresores tiene el potencial de reducir la eficacia de este sistema de amortiguación.

La resiliencia es la capacidad de resistir frustraciones, presiones, obstáculos y de reaccionar y recuperarse ante adversidades presentes en el entorno, lidiar con los cambios fisiológicos, crear vínculos afectivos, o bien tener independencia y mayor madurez. Se forma de tres componentes esenciales:

Capacidad para afrontar: la habilidad de manejar y superar las dificultades.

Capacidad de continuar desarrollándose: la habilidad de seguir progresando y creciendo a pesar de las adversidades.

Capacidad de aumentar las competencias: la habilidad de mejorar y fortalecer habilidades y competencias.

Es un concepto dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de la adversidad y un resultado psicológico positivo frente a ese tipo de experiencias (Fernández & Bermúdez, 2015). La resiliencia también se aborda como un proceso que va desde la ausencia de psicopatología hasta la capacidad de un enfoque positivo de la competencia o conducta adaptativa ante la adversidad, en el que interfieren diversos factores en su desarrollo. Es considerada el fenómeno por el que algunos individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas, no representando la impermeabilidad del trauma, sino la capacidad de recuperarse de experiencias adversas (Cabanyes, 2010).

Las características de la resiliencia que indican la capacidad resiliente del individuo incluyen: Control del proceso de experiencias traumáticas: Integración de la memoria y los efectos que estos pueden tener. Regulación de efectos relacionados con el trauma: Manejo de la expresión corporal de los síntomas, autoestima, y cohesión interna (acciones y pensamientos). Establecimiento de vínculos seguros: Comprensión del impacto del trauma y elaboración de un significado positivo respecto al evento traumático (Harvey, 1996).

Según Wemer (1996), la resiliencia en niños y adolescentes tiene tres grandes componentes:

1. Variables personales: grado de autonomía, empatía y capacidad de solucionar problemas.
2. Estructura familiar y entorno: relaciones de apoyo con los iguales.
3. Sistemas de seguridad y protección: contextos escolares, familiares y sociales.

La resiliencia implica un conjunto de cualidades donde el adolescente podrá adaptarse y transformarse a través de su interacción con su entorno, familia y contexto cultural, favoreciendo su capacidad para sobreponerse ante situaciones generadoras de estrés. Se ha documentado que los adolescentes con un buen grado de resiliencia tienen menos probabilidades de consumir sustancias adictivas como el alcohol, tabaco o drogas. Además, se ha encontrado que la resiliencia está relacionada con un mayor nivel de cohesión familiar y que las mujeres suelen tener niveles más altos de resiliencia en comparación con los hombres (Alvarez & Álvarez, 2019; Aguirre et al., 2016; Callisaya, 2017). Este concepto se midió con la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993) [Apéndice G].

Autoeficacia.

La autoeficacia se subestructuró del concepto de la línea flexible de defensa en la teoría de Neuman. Esta línea constituye el límite exterior del sistema del cliente, actuando como un sistema de protección que mantiene el estado normal de bienestar, idealmente evitando invasiones de estresores y manteniendo el sistema libre de reacciones estresantes o sintomatología. A medida que se expande fuera de la línea normal de defensa, proporciona mayor protección; por el contrario, cuando se acerca a la línea normal de defensa, ofrece menor protección. Puede ser modificada rápidamente en un período relativamente corto de tiempo. El impacto individual o múltiple de estresores tiene el potencial de reducir la eficacia de este sistema de amortiguación.

La autoeficacia se define como el grado de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertas situaciones de la vida. Estas capacidades

pueden influir en pensamientos, acciones y sentimientos. Las personas con alta autoeficacia son más resistentes a manifestar ciertas conductas negativas, tienen expectativas más altas para su estilo de vida y persisten en sus propósitos, comparados con aquellos que no tienen un fuerte control personal. Es un constructo global que representa la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones de la vida cotidiana (Palacios, 2015; Cisneros & Terrero, 2018).

La autoeficacia es una motivación intrínseca que se encuentra en todo ser humano para realizar conductas específicas en función de los logros que se pretende alcanzar. No solo basta con conocer el objetivo o el mejor medio para lograrlo; es crucial identificarse como capaz de enfrentar las situaciones que se presentan mediante habilidades y capacidades personales (Lacal, 2009).

Como constructo, la autoeficacia fue definida por Bandura (1997), representando el aspecto central de la teoría social cognitiva. En esta teoría, la conducta humana está mediada por el pensamiento e involucra tres tipos de expectativas:

1. Expectativas de la situación: las consecuencias son producidas por eventos ambientales.
2. Expectativas de resultado: la creencia de que una conducta puede determinar resultados.
3. Expectativas de autoeficacia percibida: la creencia de que una persona posee las capacidades necesarias para desempeñar las acciones requeridas para obtener los resultados deseados (Bandura, 1995).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, se colocan objetivos y metas más altas, invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen un mayor compromiso con sus metas, incluso ante dificultades (Bandura, 1997). En este sentido, es la capacidad que tiene el adolescente para ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, como evitar el consumo de drogas. La autoeficacia se centra en las percepciones de la capacidad de actuar con conductas positivas; por ello, el consumo de drogas en adolescentes con alta autoeficacia es menor.

Se ha reportado que los adolescentes con un mejor nivel de autoeficacia suelen tener mejores relaciones familiares, conductas escolares, y una relación negativa con el consumo de drogas. Esto indica que, a mayor autoeficacia, menor será el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Karatay & Bas, 2019; Melo & Jaimes, 2015; Noh Moo et al., 2021). Este concepto se midió con la Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes (Palacios, 2015) [Apéndice H].

Cohesión familiar.

La cohesión familiar se subestructuró del concepto de línea de resistencia en la teoría de Neuman. Estas líneas se activan después de la invasión de la línea normal de defensa por estresores ambientales (internos y/o externos). Las líneas de resistencia protegen la estructura básica del cliente y contienen ciertos recursos internos y externos, conocidos y desconocidos, que apoyan a la estructura básica y a la línea normal de defensa, protegiendo así la integridad del sistema del cliente. La efectividad de las líneas de resistencia en la inversión de la reacción a factores de

estrés permite al sistema reconstituirse; la ineficacia en la reconstrucción conduce al agotamiento de la energía, desequilibrio, enfermedad e incluso la muerte.

El contexto familiar es fundamental para el desarrollo y bienestar de las personas. Se conceptualiza como el primer lugar social en el que los seres humanos aprenden, crecen, se desarrollan y crean sus propias percepciones del mundo, en donde precisan la etapa de desarrollo (Urbano et al., 2018). El término familia se refiere a la estructura en la que se desarrollan las familias; esta estructura no es determinante para su funcionalidad o desarrollo, pero sí lo es la convivencia que se genera en ese círculo social (Musitu & Cava, 2001).

La cohesión familiar es el vínculo con características emotivas que presenta la familia, observable mediante el apego emocional entre sus integrantes, los diferentes niveles de límites, los subsistemas familiares, la disposición de la familia en tiempo, los espacios creados para la interacción familiar, los amigos, la coincidencia de afinidades o intereses, la participación de los miembros en la toma de decisiones y cómo interactúan a lo largo de ellas. A su vez, la cohesión familiar puede dividirse en cuatro niveles (Olson, 1997):

1. Cohesión desvinculada: referente a la unión y lealtad entre los integrantes de la familia.
2. Cohesión separada: unión respecto a la afectividad entre los integrantes.
3. Cohesión conectada: integra la afectividad dentro de los miembros y une la interdependencia y lealtad de la familia sobre el individuo.

4. Cohesión aglutinada: la unión afectiva es muy elevada y existe un alto nivel de dependencia hacia la familia (Olson, 1989).

La cohesión familiar es, por lo tanto, el vínculo emocional entre los integrantes de la familia, incluyendo lazos y coaliciones familiares, y se refiere también a la identidad que el adolescente percibe con el resto de su familia, relacionada con las relaciones sentimentales y emocionales. Este vínculo promueve en los adolescentes una mejor salud mental (Urbano et al., 2018). La cohesión familiar se centra en las relaciones familiares como un todo, de manera que cada integrante percibe una idea clara de su totalidad, además de poder identificar el ideal de familia y la realidad que se percibe en su entorno.

La cohesión familiar mejora con una buena comunicación entre los miembros, desencadenando conductas de salud adecuadas. Se ha identificado que los adolescentes con mejor cohesión familiar suelen desarrollar menos conductas antisociales, como agresiones físicas y verbales, y experimentan menor riesgo para el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas (Gómez et al., 2021; Mateo et al., 2018). Este concepto se midió con la escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar [FACES IV] (Olson, 2010) [Apéndice I].

Clima escolar positivo.

El clima escolar positivo se subestructuró del concepto de línea de resistencia en la teoría de Neuman. Las líneas de resistencia se activan después de la invasión de la línea normal de defensa por estresores ambientales (internos y/o externos). Estas líneas protegen la estructura básica del cliente y contienen ciertos recursos internos y externos, conocidos y desconocidos, que apoyan a la estructura básica y a la línea

normal de defensa, protegiendo así la integridad del sistema del cliente. La efectividad de las líneas de resistencia en la inversión de la reacción a factores de estrés permite al sistema reconstituirse; la ineficacia en la reconstrucción conduce al agotamiento de la energía, desequilibrio, enfermedad e incluso la muerte.

El clima escolar se define como el conjunto de características psicosociales de un centro educativo, determinado por factores o elementos estructurales, personales y funcionales que se integran en un proceso dinámico específico, resultando en un estilo o condición integrados en procesos educativos (Mena y Valdez, 2019). El desarrollo del concepto de clima escolar tiene como antecedente el concepto de clima organizacional, derivado del estudio del clima organizacional laboral, con el objetivo de comprender el comportamiento de las personas en organizaciones (Taigiuri & Litwin, 1968). Conrejo y Redondo (2001) señalan que el clima escolar se refiere a la percepción que tienen los seres humanos acerca de las relaciones interpersonales que establecen en el contexto escolar y el marco en el cual estas interacciones se desarrollan.

El clima escolar es considerado un entorno socioemocional en el que el adolescente puede ser moldeado para la toma de decisiones a lo largo de su vida. Este concepto hace referencia a la calidad y las características de la vida escolar, basándose en patrones de vida del adolescente, como metas, valores, relaciones interpersonales, prácticas relacionadas con la organización y estructuras de jerarquías (Wang, 2018).

El clima escolar positivo está conectado con las relaciones que se estructuran entre maestros y estudiantes, estudiantes y compañeros, el respeto por las reglas

establecidas en la escuela y los vínculos sociales que se crean en el clima escolar. Las características de un clima escolar positivo incluyen: Conocimiento continuo académico y social. Condiciones favorables para que tanto profesores como alumnos desarrollen sus habilidades académicas, sociales y personales. Sensación de pertenencia a un entorno de respeto y confianza. Moral alta, con alumnos sintiéndose bien respecto a lo que sucede en la escuela. Disciplina y deseo de realizar tareas asignadas (Howard, 1987).

Un clima escolar positivo se establece como un factor protector ya que, cuando el adolescente se encuentra en un ambiente sin agresión y se siente cómodo, es menos probable que se presenten conductas de riesgo. Se ha descrito que los estudiantes que perciben su clima escolar como positivo tienen menos riesgo de consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas. Además, están menos expuestos al acoso escolar, ya que su entorno es más seguro (Gase et al., 2017; Romero et al., 2017). Este concepto se midió con la escala de Evaluación del entorno social escolar para estudiantes (Gutiérrez, 2011) [Apéndice J].

No consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Se subestructuró del concepto; línea normal de defensa. El no consumo es un estilo de vida saludable caracterizado por la abstinencia en el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas (NIDA, 2020).

Las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas en los adolescentes se han incrementado en las últimas décadas, se sigue visualizando el consumo de sustancias en adolescentes, incluso la edad de inicio de consumo alrededor del mundo han disminuido, las personas que inician con el consumo de esta sustancia en edades

tempranas suelen desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, además el impacto económico que se tiene para el tratamiento de estas enfermedades es millonario y resulta en una pérdida económica y salud y discapacidad importante para los gobiernos. Los adolescentes consumen alcohol tabaco y drogas con la finalidad de sentirse bien, sentirse mejor, desempeñarse mejor e incluso por presión social y experimentación (NIDA 2020).

Consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes.

El consumo de drogas lícitas e ilícitas se subestructura de la estructura básica del modelo, el consumo de las sustancias se considera como un elemento psicológico ya que incluye los procesos mentales y con el entorno, a su vez sociocultural ya que influyen en las relaciones sociales y / o culturales, además de fisiológicas por el daño que ocasiona en el organismo.

El consumo de alcohol es considerado una droga ilícita en menores de 18 años en México, es la ingesta de una sustancia que contiene etanol o alcohol etílico; es una sustancia adictiva y se encuentra en las bebidas alcohólicas, causa dependencia física, psicológica, considerándose una de las drogas más adictivas, debido a que deprime al sistema nervioso central. Entre los daños que ocasiona se encuentran los daños en órganos y tejidos (páncreas e hígado) además, induce comportamientos de riesgo como la violencia y propicia el desarrollo de trastornos mentales como los cambios del estado de ánimo y disminución en los pensamientos (OMS, 2018; OPS, 2015).

El alcohol es un líquido incoloro de olor característico, soluble tanto en agua como en grasas; en donde encontramos al etanol como uno de los compuestos de este grupo y el principal componente de las bebidas alcohólicas. Este es producido a

través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones, es caracterizado por ser una sustancia psicoactiva, además que deprime al sistema nervioso central y tiene la capacidad de causar dependencia (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA, por sus siglas en inglés], 2017).

El consumo de tabaco considerada droga licita para las personas mayores de 18 años de edad, es la ingesta de nicotina ya sea fumado, inhalado, esnifado o masticado con el objetivo de satisfacer las necesidades de consumo o experimentar los componentes activos de esta sustancia (OMS, 1994). El tabaco es una planta que se cultiva por sus hojas las cuales se secan y fermentan, su principal componente es la nicotina la cual produce adicción, contiene sustancias químicas nocivas como amoníaco, dióxido de carbono, monóxido de carbono, metano, propano cianuro de hidrogeno entre otras (NIDA, 2020).

El principal componente químico es la nicotina, sirve como estimulante y sedante, la ingesta de mayor frecuencia es fumado debido a su rápida absorción a través de bronquios, cruzando la barrera hematoencefálica, en donde llega a la vía dopaminérgica en el sistema nervioso central, lo que provoca efectos placenteros en pocos segundos o en el caso de dosis altas se experimenta efecto depresor, posterior a esto la nicotina se distribuye en la sangre hacia otros tejidos como bazo, hígado, riñón páncreas para ser metabolizado mediante el hígado (CONADIC, 2014). En la adolescencia se ha identificado que el uso de esta sustancia desarrolla además de la dependencia, trastornos mentales y de la conducta (NIDA, 2017; OMS, 2018).

El consumo de tabaco se evalúa por medio de tasas o proporciones a través de cuatro prevalencias; prevalencia global que es la proporción de personas que han

fumado tabaco alguna vez en la vida, prevalencia lápsica; la proporción de personas que han fumado tabaco en los últimos doce meses, prevalencia actual; proporción de personas que han fumado en el último mes y la prevalencia instantánea; como la proporción de personas que han fumado tabaco en los últimos siete días (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaria de Salud [SS], 2017).

El consumo de marihuana es la ingesta de cannabinoides en sus diferentes presentaciones (fumado, vaporizaciones, comestible o en té), esta droga provoca sensaciones de euforia y son depresoras del Sistema Nervioso Central (NIDA, 2019). La marihuana es de las sustancias de mayor uso entre los adolescentes, esta es producida a partir de la planta cannabis sativa y es utilizada de tres formas: la hierba cannabis por las hojas secas y flores, con los cuales se realiza una mezcla para extraer ingredientes activos de la planta (CONADIC, 2014).

La farmacocinética de la marihuana depende de la manera en se ingiere, la ingesta por inhalación o fumada es la más común, su absorción es rápida y los efectos se inician en pocos segundos alcanzando su pico máximo media hora después de la exposición, posterior a esto su distribución del Tetrahidrocannabinol (THC) se une un 95-99% a proteínas plasmáticas mientras el resto es metabolizado y se desaparece rápidamente en plasma, cuando llega a la circulación sanguínea se distribuye a los órganos y posterior a esto se acumula en el tejido adiposo, para ser metabolizado en gran parte en el hígado por hidroxilación y oxidación para finalmente ser eliminado en la orina, sudor, saliva y cabello.

La cocaína es un estimulante altamente adictivo, que afecta directamente el sistema nervioso central. El consumo de cocaína puede ir desde su uso ocasional a un consumo repetido o compulsivo, con una variedad de patrones entre estos dos extremos. Fuera de su uso para fines médicos, no existe una manera segura de consumir cocaína. Cualquier método de consumo puede causar la absorción de cantidades tóxicas de la droga, con la posibilidad de que ocurra una emergencia aguda de tipo cardiovascular o cerebrovascular y convulsiones, cualquiera de las cuales puede ocasionar la muerte súbita (NIDA, 2020).

Las principales vías de administración de la cocaína son orales, nasales, intravenosas y pulmonares. La forma de administración nasal, conocida como “esnifar” o “snorting”, es el proceso de inhalar la cocaína en polvo por la nariz, de donde pasa directamente a la sangre a través de las membranas nasales. También se puede aplicar la droga directamente sobre las mucosas. La inyección o la administración intravenosa transportan la droga directamente a la sangre aumentando así la intensidad de su efecto. Al fumar, se inhala el vapor o el humo de la cocaína a los pulmones, donde la sangre lo absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta. El efecto eufórico resultante es casi inmediato, y es la razón por la cual la popularidad del crack aumentó enormemente a mediados de los años ochenta (NIDA, 2020).

El consumo de inhalantes es definido por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2010) como la inhalación deliberada de compuestos que pueden ser volátiles para producir efectos psicoactivos. Se les da la definición de volátiles a toda sustancia que se encuentra de forma gaseosa o que

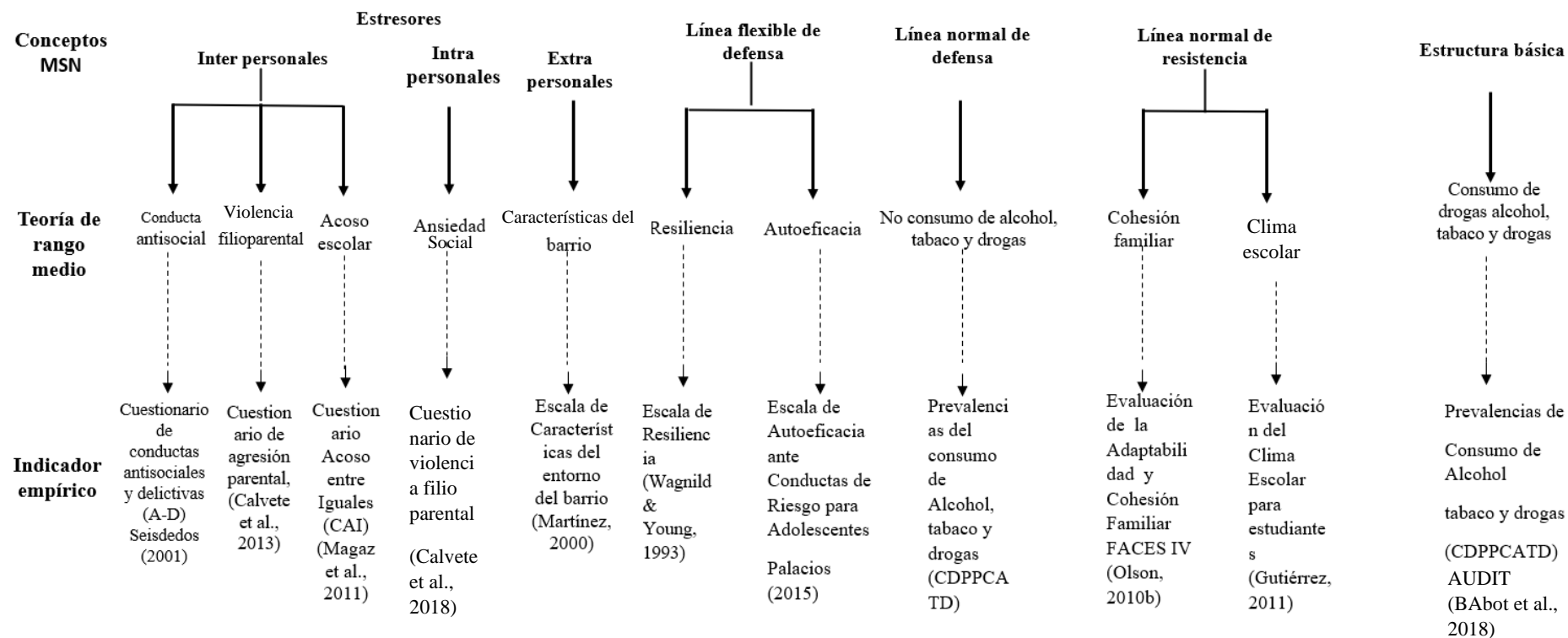
desprende vapores a temperatura ambiente, que se difunde de forma rápida y que es absorbida a través de los pulmones (Vallejo, 2006).

Esta definición abarca una amplia cantidad de sustancias químicas que pueden tener diversos efectos farmacológicos y que se encuentran en cientos de productos diferentes. Es difícil lograr una clasificación precisa de los inhalantes. Uno de los sistemas de clasificación establece cuatro categorías generales de inhalantes basándose en las formas más comunes en que estos se encuentran en los productos domésticos, industriales y médicos. Estas cuatro categorías son: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.

Los disolventes volátiles son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial. Estos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro. El consumo de drogas lícitas e ilícitas se midió con la cedula de datos personales, así mismo se utilizó el Cuestionario de trastornos por consumo de alcohol- AUDIT.

Figura 3.

Estructura conceptual teórico empírica.



Estudios relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados de acuerdo con las variables de interés con respecto a factores de riesgo y de protección con el consumo y no consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. Los estudios se describen en el siguiente orden: en primero lugar los factores de riesgo; conducta antisocial seguido de violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social, características de barrio, y por último los factores protectores; resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar.

Conducta antisocial y consumo de alcohol, tabaco y drogas

Fitzgerald et al. (2016) realizaron un estudio en adolescentes ingleses con el objetivo de examinar cómo los procesos de la familia, compañeros y escuela median la relación entre el riesgo acumulativo y las conductas problemáticas, además de su relación con el sexo. Los datos se obtuvieron de una encuesta nacional transversal que evaluó los factores de riesgo y protección de la salud mental en una muestra de 6,062 adolescentes de 12 a 19 años ($M=14.93$, $DE=1.62$). Se creó un índice de riesgo contextual acumulativo (CCRI) para identificar a los adolescentes con mayor riesgo de conductas problemáticas, como el consumo de alcohol y el uso problemático de sustancias, mediado por cinco variables sociales: cohesión familiar, crítica de la madre, crítica del padre, conexión con los compañeros y escuela.

En los resultados se reporta que 15% de los adolescentes se encontraron en el rango de problemas de alcohol, el 3% dentro del rango nocivo y peligroso y el 3% con consumo dependiente. Además, se encontró asociación positiva de las conductas de riesgo con consumo de alcohol ($\beta = .58$, $DE = .07$ $p = .001$). Para ambos sexos los

niveles más altos de riesgo de conductas se asociaron con una baja cohesión familiar para hombres ($\beta = -.72, t = -8.45, p = .001$) y mujeres ($\beta = -1.25, t = -15.49, p = .001$).

Larrotta y Castellanos (2018) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de identificar la relación entre las conductas antisociales y el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del noveno grado de la Escuela Normal Superior de Piedecuesta, Colombia. La muestra estuvo compuesta por 198 participantes de 13 a 19 años ($ME = 15, DE = .86$). El 2.4% de la población consume cigarrillo a diario, el 9.5% ocasionalmente y el 21.4% alguna vez en la vida. Respecto al consumo de alcohol, el 38.1% lo ingiere ocasionalmente, el 11.9% de 2 a 3 veces por mes, y el 16.6% alguna vez en la vida.

El 4.8% consume marihuana ocasionalmente, el 4.8% alguna vez en la vida y el 2.4% como máximo una vez por año. El 2.4% ha consumido cocaína en la última semana. Las conductas antisociales más frecuentes fueron decir groserías (95.2%), pelearse (78.6%), y hacer trampas en exámenes (71.4%). El 21.2% mostró conductas antisociales, con una media de 11.07 ($DE = 2.3$), presentando diferencias significativas con mayor conducta antisocial en consumidores de cigarrillo ($X^2 = 15.4, p < .05$), marihuana ($X^2 = 9.08, p < .05$) y cocaína ($X^2 = 5.35, p < .05$).

LaSpada et al. (2020) realizaron un estudio en adolescentes y adultos jóvenes norteamericanos, con el objetivo de examinar los cambios en el consumo de sustancias y su relación con la toma de decisiones, búsqueda de sensaciones, conductas antisociales y trastornos de la personalidad. La muestra estuvo conformada por 890 participantes, con un rango de edad de 14 a 16 años ($ME = 14.5$). Se encontró que el 73.5% consumían marihuana, y el 30.4% consumían drogas ilícitas (cocaína, inhalantes, metanfetaminas).

Se encontró que los participantes mayores de 14 años, con conductas antisociales presentaron mayor probabilidad de consumo de sustancia ilícitas ($OR = 2.90$, $IC\ 95\%$ [1.98, 4.26]) y marihuana ($OR = 1.94$, $IC\ 95\%$ [1.51, 2.54]). Asimismo, se encontró que los participantes menores de 14 años con conductas antisociales como agredir físicamente a alguien presentaron mayor probabilidad de consumo de marihuana ($OR = 1.21$, $IC\ 95\%$ [1.04, 1.43] y en este mismo sentido con el consumo de cocaína ($OR = 2.21$, $IC\ 95\%$ [1.79, 2.72] $p < .05$).

Obando et al. (2014), realizaron un estudio en Colombia con el objetivo de examinar la asociación de los factores de riesgo, protección familiar y pares individuales, con el consumo de sustancias. Se estudiaron 1,599 adolescentes ($ME = 14.84$ años, $DE = 1.60$) el 50.2% fueron mujeres y 49.8% hombres. La muestra fue categorizada en 4 grupos, el primer grupo fue el que reportó conductas antisociales (15%) el segundo, adolescentes que solo informaron el uso de drogas (11%) que incluyeron; cigarrillos, alcohol, marihuana o inhalantes, el tercero se conformó por adolescentes que informaron conducta antisocial y el consumo de drogas (56%) y el cuarto que no presentaron conducta antisocial ni consumo de drogas (18%).

La conducta antisocial fue medida con peleas escolares, suspensión de clases, entre otras. Se encontró relación significativa positiva, entre la conducta antisocial y consumo de cigarrillo ($r = .21$, $p < .001$), consumo de alcohol ($r = .17$, $p < .001$) y consumo excesivo de alcohol ($r = .18$, $p < .001$), marihuana ($r = .28$, $p < .001$) y consumo de inhalantes ($r = .24$, $p < .001$). Se reportó asociación positiva y significativa del comportamiento antisocial, con el consumo de consumo de drogas ($\beta = 0.09$, $t = 2.47$, $p < .05$), así mismo efecto significativo del inicio temprano de

comportamiento antisocial con el consumo de drogas ($\beta = .20, t = 5.49, p < .001$), y el tener pares antisociales con el consumo de sustancias ($\beta = .15, t = 3.71, p < .001$).

A manera de síntesis, los estudios revisados muestran consistentemente que la conducta antisocial en adolescentes está significativamente asociada con el consumo de alcohol y otras sustancias. Las principales conductas antisociales identificadas incluyen decir groserías, pelearse, hacer trampas en exámenes, contestar mal a figuras de autoridad y salir sin permiso. Los adolescentes con conductas antisociales presentan un mayor consumo de tabaco, marihuana y cocaína que aquellos sin tales conductas. Adicionalmente, los participantes menores de 14 años con conductas antisociales muestran una mayor probabilidad de consumo de marihuana y otras drogas ilícitas. El inicio temprano de conductas antisociales está asociado con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, y factores como las peleas escolares y tener pares con conductas antisociales se relacionan con el consumo de diversas sustancias. Las conductas antisociales también se asocian negativamente con la cohesión familiar.

Violencia Filio parental

Contreras et al. (2020) realizaron un estudio donde el objetivo fue identificar la prevalencia y los motivos de violencia filio parental en una muestra de adolescentes españoles, mostrando las diferencias por sexo de los agresores, así como de las víctimas. El estudio estuvo conformado por 1624 adolescentes de 12 a 18 años ($ME = 14.7, DE = 1.7$) de dos centros de educación secundaria. El 54.9% fueron mujeres y el 45.1% hombres. Se identificó que de estos jóvenes el 83.4% vivían en un hogar con padres casados.

Se mostró que, con respecto a la violencia por sexo hacia la madre, el 56.6% de las mujeres ejercían violencia psicológica, mientras que los hombres fueron el 46.9%, reportando diferencia significativa ($\chi^2 = 17.9, p < .005$), el 8.1% de las mujeres ejercieron violencia física y 7.1% de los hombres, sin embargo esta diferencia no fue significativa ($\chi^2 = .5, p > .05$), el 35.8% de las mujeres ejercieron violencia económica y 63% de los hombres sin diferencias significativas ($\chi^2 = .8, p > .05$), para la violencia de control se evidencio que el 66.6% de las mujeres lo ejercen y el 63.3% de los hombres sin que estas diferencias fueran significativas ($\chi^2 = 2.1, p > .05$).

Con respecto a la violencia ejercida a los padres se mostró que el 54.9% de las chicas ejercieron violencia psicológica y 43.2% de los hombres, mostrando diferencia significativa ($\chi^2 = 21.2, p < .05$), mientras que el 6.3% de las mujeres y el 7.0% ejercen violencia física sin que estas diferencias fueran significativas ($\chi^2 = .3, p > .05$), con respecto a la violencia económica se evidencio que el 58.7% de las mujeres y 58.5% de los hombres la practican sin diferencias significativas ($\chi^2 = .1, p > .05$). Cuando se evaluó la escala hacia ambos padres se mostró que el 52% de las mujeres y 49.6% de los hombres ejercían violencia psicológica mostrando diferencia significativa ($\chi^2 = 9.2, p < .05$), con respecto a la violencia física se mostró que el 7.7% de las mujeres y el 6.6% de los hombres la ejercieron sin diferencias significativas ($\chi^2 = 2.8, p > .05$), en cuando a la violencia económica se mostró que el 36.8% de las mujeres y 32.5% de los hombres la ejercían mostrando diferencia significativa ($\chi^2 = 21.0, p < .05$) y la violencia de control por sexo mostro diferencias significativas ($\chi^2 = 43.8, p < .05$) en mujeres de 64.9% y en hombres de 58.7%.

Calvete et al. (2015) realizaron un estudio prospectivo longitudinal en España con la finalidad de examinar en tres puntos temporales (T1, T2 y T3) con seis meses de diferencia, las relaciones de la violencia filio parental (VFP) física y psicológica con el consumo de sustancias y en una muestra de 981 adolescentes con media de edad de 15.2 años ($DE = 1.2$). En los resultados se identificó que el 71.4% de los adolescentes reportaron consumo de alcohol, 33.2% tabaco, 21.9% marihuana, 11.1% uso de hachís y menos de 1% consumo de cocaína. En cuanto al género, las mujeres obtuvieron calificaciones más altas que los hombres en el uso de sustancias en T2 ($M = 2.0$), además, en T1 se identificó relación positiva significativa de la AFP psicológica ($r = .38, p < .001$) y física ($r = .38, p = .001$) con el consumo de sustancias, asimismo, en T2 se encontró que la AFP psicológica ($r = .34, p = .001$), y la AFP física ($r = .32, p < .001$) se relacionaron positiva y significativamente con el consumo de sustancias como alcohol, cigarro y marihuana.

Beckmann et al. (2017) llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo correlacional en Chile en 6,444 adolescentes con una media de edad de 14.9 años ($DE = 0.73$) con el objetivo de identificar el riesgo familiar e infantil, los factores protectores de la VFP y consumo de sustancias e investigar si predicen diferencialmente la violencia física y verbal dirigida a los padres de los hombres y mujeres adolescentes. En los resultados se encontró que el 6% de los adolescentes había ejercido algún tipo de violencia física, y el 45% había usado violencia verbal hacia sus padres durante los últimos 12 meses, a su vez, las mujeres ejercieron mayor abuso verbal (50.5%) que los hombres (35.1 %) hacia sus padres ($\chi^2 = 150.38, p < .001$). Se encontró relación positiva significativa de la VFP física ($r_s = .104, p < .001$) y la AFP verbal ($r_s = .87, p = .001$) con

el uso problemático de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, y hongos alucinógenos).

Además, la VFP de tipo física se relacionó positivamente con la VFP de tipo verbal tanto en los hombres ($r_s = .268, p < .001$) como en las mujeres ($r_s = .174, p < .001$).

Ibabe et al. (2014) llevaron a cabo un estudio descriptivo correlacional en España con el objetivo de analizar si los menores infractores denunciados por maltrato a sus progenitores presentan diferentes problemas psicológicos, que los infractores por otros delitos y no infractores en una muestra de 231 adolescentes con una media de edad de 16.4 años ($DE = 1.1$), el 66% fueron hombres. Los resultados señalaron que el 73% de los menores infractores denunciados por maltrato a sus progenitores por VFP afirmaron haber utilizado la violencia física contra sus padres en algún momento, de los infractores por otros delitos 29% utilizaron este tipo de violencia y el 16% de los menores no infractores afirmaron haber realizado este tipo de violencia.

Además, el 53% de los infractores por VFP informaron haber incidido en violencia financiera, así como el 21% de los infractores de otros delitos y el 21% de adolescentes no infractores. Cabe destacar que VFP en su dimensión física ($r = .25, p < .001$), así como con la AFP financiera ($r = .26, p < .001$), se correlacionó significativamente con el uso ilegal de sustancias. Asimismo, la escala total de VFP se correlacionó positivamente con el uso marihuana, cocaína y metanfetaminas ($r = .37, p < .001$).

En síntesis, la violencia filioparental (VFP) física y psicológica en la mayoría de los estudios se relacionó de forma positiva significativa con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína y otras sustancias, así mismo aquellos adolescentes que consumen sustancias presentan mayor violencia filioparental, las mujeres utilizan

mayor violencia verbal y los hombres mayor violencia física contra sus padres, así mismo se presenta mayor proporción la violencia verbal que la violencia física hacia los padres. La VFP física y financiera se relacionó con el consumo de sustancias ilegales en los hombres.

Acoso escolar

Azevedo y Martins (2020) realizaron un estudio de cohorte en adolescentes de Estados Unidos, con el objetivo de identificar patrones temporales (en tres años) del acoso escolar y el consumo de sustancias entre los adolescentes. La muestra estuvo conformada por 13,068 adolescentes entre 12 y 17 años, el 51.3% fueron hombres y el resto mujeres. Los resultados reportaron que el 10% de los participantes realizaron acoso escolar en el último año, las prevalencias de consumo en el último año de alcohol fueron de 17.1%, marihuana de 9.7% y de tabaco de 8.6%.

Los participantes que informaron acoso escolar durante el año anterior tuvieron mayor probabilidad de consumir alcohol, ($OR = 2.65$, $IC\ 95\% [2.26, 3.26]$, $p < .001$), marihuana ($OR = 2.70$, $IC\ 95\% [2.24, 3.26]$, $p < .001$) y cigarros con tabaco ($OR = 3.03$, $IC\ 95\% [2.47, 3.16]$, $p < .001$), que aquellos que no informaron acoso escolar en el último año.

Alcatraz et al. (2015) realizaron un estudio en México de tipo correlacional con el objetivo de conocer el acoso escolar en estudiantes de secundaria y el consumo de sustancias adictivas. La muestra estuvo conformada por 980 adolescentes, 48.2% hombres y 50.8% mujeres, el 90% se dedicaban únicamente a estudiar y el resto a estudiar y trabajar. La edad de los participantes fue de 12 a 16 años con una media de

13.48 años, ($DE = 1.03$). La prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, fueron para alcohol el 51.8%, tabaco 26.5%, inhalables 4.5% y marihuana de 4.1%.

Se reportaron diferencias significativas de violencia psicológica ($t = 2.33, p < .001$), con medias más altas en el grupo de adolescentes consumidores ($M = 1.42, DE = 0.41$), que en el grupo de no consumidores ($M = 1.36, DE = 0.38$). Así mismo se encontró diferencia significativa de la exclusión social ($t = 1.87, p < .001$), con medias más altas en los no consumidores ($M = 1.15, DE = 0.30$), con respecto al grupo de adolescentes consumidores ($M = 1.12, DE = 0.23$). En intimidación la diferencia fue significativa ($t = 2.16, p < .001$), con medias más altas en los consumidores ($M = 1.36, DE = 0.45$) que en los no consumidores ($M = 1.30, DE = 0.41$).

Woolley y Macinko (2018) realizaron un estudio en estudiantes brasileños, donde su objetivo fue explorar la asociación entre algunos tipos de participación en el acoso escolar y el consumo de sustancias en los adolescentes, se realizó un estudio transversal en donde los datos se obtuvieron a través de la Encuesta Nacional de Salud de los escolares en 2015. La encuesta se realizó a 102,301 estudiantes, las mujeres fueron en mayor proporción (51.3%) que los hombres (48.7%), el 25% consumió algún tipo de droga, mientras que el 2% utilizó más de una sustancia a la vez. El 56.5% de los estudiantes tuvieron participación en algún tipo de acoso escolar, el tipo de agresión más común fue el de víctima con un 36.9%, seguido del agresor - víctima (11.5%) y por último solo como agresor (8.1%).

En el modelo de regresión logística se indicó que aquellos adolescentes con acoso escolar tienen casi 3 veces mayor probabilidad de consumir cualquier sustancia ($OR = 2.98, IC\ 95\% [2.71, 3.28], p < .01$), que aquellos que no tienen acoso escolar.

En síntesis, de los estudios sobre acoso escolar se ha identificado que aquellos estudiantes con acoso escolar tienen más alta probabilidad de consumir alcohol, tabaco y marihuana. El tipo de violencia psicológica, exclusión social directa e intimidación fue más alta en los que consumen tabaco, alcohol y marihuana, que en los que no las consumen.

Ansiedad social

Danhe et al., 2014 llevaron a cabo un estudio longitudinal correlacional, en Washington DC, donde su objetivo fue identificar si los síntomas de ansiedad social en la adolescencia temprana predicen mayor consumo de alcohol en los siguientes años, hasta llegar a la adolescencia media. La muestra estuvo conformada por 277 adolescentes, de los cuales 43.7% fueron mujeres, la edad media de la muestra fue de 11 años ($DE = .81$).

Para medir la ansiedad social se utilizó la escala revisada de depresión y ansiedad infantil (Chorpita et al., 2000), para el consumo de alcohol se utilizó el sistema de conductas de vigilancia de conductas de riesgo juvenil (Grumbaum et al., 2002). La edad media para el segundo corte fue de 12, 10 años ($DE = .91$), tercer corte 13.10 años ($DE = .89$), cuarto corte 14 años ($DE = .90$) y el quinto corte 15 años ($DE = .95$).

Dentro de la estadística descriptiva los síntomas de ansiedad social en el corte 1: [$M= 8.39$ ($DE = 4.64$), 0-27], corte dos: [$M= 8.31$ ($DE = 4.28$), 0-21], corte tres: [$M= 8.14$ ($DE = 4.47$), 0-27], corte 4: [$M = 8.33$ ($DE = 4.56$), 0-24] y corte 5: [$M= 7.97$ ($DE = 4.63$), 0-21]. Con respecto al consumo de alcohol se identificó que en el primer corte 27.6% habían consumido alcohol en el último año, 35.4% en el segundo corte, 47.2% en el tercero, 50.9% en el cuarto y 59.4% en el quinto.

Se utilizaron ecuaciones de estimación generalizada para identificar la predicción del consumo de alcohol y síntomas de ansiedad social en adolescentes. Se examinó el consumo de alcohol a través del tiempo ($OR = 1.37$, IC 95% [1.24, 1.53], $p = .001$) lo que indica que existe mayor probabilidad de consumo de alcohol con el paso del tiempo, también se identificó mayor probabilidad de consumo de alcohol en aquellos adolescentes que presentaron signos de ansiedad social de forma general ($OR = 1.06$, IC 95% [1.00, 1.12], $p < .05$) así mismo, se realizó el mismo procedimiento con cada uno de los cortes lo que indicó que existe mayor probabilidad de consumo de alcohol en adolescentes que presentaron síntomas de ansiedad social un año previo ($OR = 1.06$, IC 95% [1.01, 1.11], $p < .03$).

Lo anterior destaca la importancia de identificar los síntomas de ansiedad social para predecir el consumo de alcohol en adolescentes, se evidencia además que el consumo de alcohol aumenta considerablemente con la edad, por lo que actuar desde la adolescencia temprana es indispensable para disminuir el consumo de alcohol en la adolescencia.

Nelemans et al., 2016 realizaron un estudio en Holanda con adolescentes de la población general con el objetivo de identificar la asociación entre los síntomas de ansiedad social y el consumo de cannabis a lo largo del tiempo, el estudio se llevó a cabo durante 7 años. Los participantes fueron 497 adolescentes de los cuales el 57% eran varones con una edad media en el primer corte de 13.03 años ($DE = 0.46$).

Para identificar los síntomas de ansiedad social se utilizó la escala de Anxiety Related Emotional Disorders, para identificar consumo de cannabis se utilizó una pregunta ¿en los últimos 12 meses, con qué frecuencia has consumido hierba, marihuana

o hachís? Al inicio del estudio solo el 2% de los adolescentes habían consumido cannabis, mientras que en el último corte el 37% consumieron cannabis en el último año. Las medias de ansiedad social se distribuyeron de la siguiente manera: corte 1; $M= 1.64$ ($DE= 0.51$), corte 2; $M= 1.46$ ($DE= 0.50$), corte 3; $M= 1.48$ ($DE = 0.53$), corte 4; $M= 1.45$ ($DE= 0.50$), corte 5; $M= 1.43$ ($DE= 0.50$) y corte 6; $M= 1.42$ ($DE = 0.51$).

Al realizar los modelos para identificar la predicción de los síntomas de ansiedad social y el consumo de cannabis en la adolescencia se identificó que existe una menor probabilidad del consumo de cannabis en aquellos que presentaron síntomas de ansiedad social ($OR = 1.84$, IC 95% [1.30, 2.59], $p= .001$), las asociaciones identificadas, tuvieron efectos pequeños.

En conclusión, se evidencio en este estudio que los adolescentes que presentan ansiedad social en a la adolescencia temprana tienen un menor riesgo de consumir cannabis a lo largo de su desarrollo en la adolescencia, lo cual sugiere que estos síntomas no solo tienen interacción en los factores de riesgo como el consumo de sustancias, podría afectar también con el desarrollo normal del adolescente.

Rosentrom en 2023 realizó un estudio predictivo con el objetivo de identificar si la ansiedad social está asociada al consumo de alcohol y el consumo de alcohol excesivo. Los participantes se seleccionaron de la encuesta nacional de comorbilidad en Estados Unidos, en la cual participan personas de 15 a 54 años. La muestra total fue de 5001 personas 47% hombres, la edad media fue de 31 años ($DE= 10.6$), los anteriores ya que completaron la respuesta en su primera ocasión y en el seguimiento.

Se identificó que de la muestra total el 11.02% presentaron ansiedad social y 13.8% el consumo de alcohol. Se logró identificar que las personas que presentaron ansiedad social en el primer corte tuvieron mayor probabilidad del consumo de alcohol en el segundo corte ($OR = 2.16$, $IC\ 95\% [1.55, 3.01]$, $p = .001$), esta asociación se mantuvo independiente de la edad y el sexo de los participantes.

Por lo anterior se concluyó que la ansiedad social predice el consumo de alcohol y el consumo problemático de alcohol, la variable de ansiedad social predijo el consumo de alcohol independientemente del ajuste que se realizó a los modelos con la edad y el sexo. Estos hallazgos demuestran la importancia de identificar los estados de ansiedad en especial la ansiedad social que se presenta en las personas, ya que identificando en tiempo y forma se podría tomar medidas preventivas para evitar el consumo de alcohol en el futuro.

Características de barrio

Mmari et al. (2014) realizaron un estudio global correlacional sobre la influencia de los factores contextuales del vecindario en la salud de los adolescentes y el consumo de tabaco, el estudio tuvo como objetivos 1) comparar las percepciones de los factores del vecindario entre los adolescentes en cinco ciudades urbanas, 2) examinar la asociación entre factores dentro del entorno físico y social, 3) examinar la influencia de los factores a nivel del vecindario en dos resultados de salud diferentes: victimización por violencia en los últimos 12 meses y haber fumado alguna vez.

Los datos se obtuvieron de la encuesta *Well Being of Adolescents in Vulnerable Environments* (WAVE) [Bienestar de los adolescentes en entornos vulnerables], en donde se abordaron 2,320 adolescentes de 12 a 19 años, estos adolescentes pertenecían a

diversas partes del mundo: Baltimore, Nueva Delhi, Ibadan, Johannesburgo y Shangai. Dentro de la evaluación del barrio se tomaron en cuenta algunas características como el entorno físico, cohesión social, seguridad percibida, percepción de miedo, comportamientos de miedo y presencia de violencia comunitaria. Los resultados reportaron que los adolescentes que percibieron que su vecindario era inseguro tenían más probabilidad de consumir tabaco ($OR = 1.9$, $IC\ 95\% [1.31, 2.75]$, $p < .001$).

Fuentes et al. (2015) realizaron un estudio correlacional en adolescentes españoles sobre los efectos de la familia y la características del barrio y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el objetivo del estudio fue analizar los factores de protección o riesgo de los estilos educativos parentales para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas considerando la crianza de estilos parentales y la características del barrio. La muestra estuvo conformada por 628 adolescentes, 58.8% mujeres y 41.2% hombres, con edad de 15 a 17 años ($M = 16.03$, $DE = .79$). Las frecuencias de consumo alguna vez en la vida, indicaron que el 67.6% consumieron alcohol, el 40.3% consumieron tabaco, 32.1% marihuana y el 5.0% otro tipo de drogas. La percepción del riesgo del barrio se dicotomizó en riesgo percibido alto y riesgo percibido bajo.

En el análisis de Modelo de Regresión Lineal Múltiple mostró un efecto positivo de la percepción del riesgo alto del barrio con el consumo de alcohol, ($F = 21.4$, $p < .001$) tabaco ($F = 13.04$, $p = .001$) cannabis ($F = 19.24$, $p < .001$) es decir, todos los adolescentes que percibieron de riesgo alto el barrio tuvieron más alto consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

Targgart et al. (2018), realizaron una investigación correlacional en Estados Unidos de América con el objetivo de examinar la relación entre el contexto del barrio, las normas masculinas y el consumo de marihuana. La muestra fue de 119 hombres, con una media de edad de 20 años ($DE = 1.97$). De acuerdo con los resultados, los días de consumo de marihuana se asoció con el incremento de problemas en el vecindario ($\beta = 0.0074, p < .0001$).

En síntesis, los adolescentes que percibieron que su vecindario era inseguro tenían más probabilidad de consumir tabaco, la percepción del riesgo alto del barrio se asoció con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, los días consumo de marihuana se asoció con el incremento de problemas en el vecindario.

Resiliencia

De Lira et al. (2016), realizaron un estudio descriptivo en estudiantes de secundaria en México, el objetivo fue determinar la diferencia por sexo de resiliencia, asertividad y el consumo de alcohol en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 333 participantes con edades de 11 a 17 años ($M = 13.17, DE = .96$), el 52.3% fueron hombres y 47.7% mujeres. En los resultados se reportaron prevalencias de consumo de alcohol de 50.8% alguna vez en la vida y el 49.2% mencionaron no consumirlo.

Con respecto a las diferencias de consumo de alcohol por sexo se observó que existe un mayor consumo en el sexo femenino (53.5%, IC 95% [46, 61]), que en el masculino (48.3%, IC 95% [41, 56]), así mismo se reportó diferencia significativa ($U = 9566, p < .001$), con más alta resiliencia en los que no consumen alcohol ($M = 48.94, DE = 17.30$) que en los que si consumen ($M = 57.14, DE = 15.91$) lo que indicó que los adolescentes con más alta resiliencia no consumen alcohol.

Carmona y Lever (2017) realizaron un estudio en adolescentes colombianos de tipo descriptivo, el propósito fue establecer la asociación entre algunos factores familiares y psicosociales (autoestima, resiliencia, satisfacción en la vida, practicas parentales de mamá, practicas parentales de papá, apego y apoyo social) con el consumo de drogas (tranquilizantes, alucinógenos, inhalables, cocaína, alcohol y heroína) el total de participantes fue de 244 adolescentes, de 13 a 17 años, con edad promedio de 15.02 años ($DE = 1.36$), el 62.4% fueron hombres. Para establecer el nivel de consumo, en términos de frecuencia, como del tipo de droga y las posibles combinaciones se calculó en tres niveles, bajo, medio y alto.

En los resultados se reportó en mayor proporción el nivel bajo de consumo (60.7%), seguido de medio (19.8%) y alto (19.4%) respectivamente. Con respecto a las diferencias de resiliencia por niveles de consumo se encontró diferencia significativa ($F = 12.318, p = .001$), con más alta resiliencia en los que tienen consumo bajo ($M = 2.89, DE = .65$) que en los que tienen consumo medio ($M = 2.60, DE = .65$) y consumo alto ($M = 2.41, DE = .52$).

Álvarez y Álvarez (2018) Realizaron un estudio en adolescentes de secundaria en el Perú, el objetivo principal fue identificar la relación de la violencia familiar, consumo de alcohol y resiliencia, el diseño del estudio fue de tipo correlacional, con una muestra de 573 estudiantes, de los cuales 48.2% pertenecían al turno matutino y el 51.8 % al vespertino. De los participantes que fueron encuestados se identificó que el 48% mostraron un nivel bajo de resiliencia, 21.1% un nivel medio y 30.9% nivel alto.

A través del Coeficiente de Correlación de Spearman se identificó relación negativa significativa entre la resiliencia y el consumo de alcohol ($r = -.139, p < .05$) lo que indica que a menor resiliencia mayor es el consumo de alcohol en los adolescentes.

En síntesis, los adolescentes con más alta resiliencia no consumen alcohol, y/o presentan consumo bajo de alcohol y drogas (tranquilizantes, alucinógenos, inhalables, cocaína y heroína).

Autoeficacia

Cisneros y Terrero (2018) realizaron un estudio descriptivo correlacional en mujeres adolescentes mexicanas, el propósito fue identificar la relación de la autoeficacia y el consumo de alcohol, la muestra estuvo conformada por 276 participantes con una media de edad de 15.9 ($DE = 1.22$). En los resultados, con respecto a las prevalencias de consumo se identificó que el 57.6% consumieron alcohol alguna vez en la vida, el 43.8% en el último año y el 20.7% en el último mes y el 8.3% en los últimos siete días.

Dentro de los reactivos de la autoeficacia sobresale que los adolescentes consideran que pueden resolver problemas difíciles si se esfuerzan lo suficiente ($M = 3.42, DE = .75$) así como resolver la mayoría de los problemas si se esfuerza lo necesario ($M = 3.32, DE = .74$), les es fácil persistir en lo que se han propuesto hasta llegar a alcanzar sus metas ($M = 3.19, DE = .80$) y que gracias a sus cualidades y recursos pueden superar situaciones imprevistas ($M = 3.10, DE = .84$). Se identificó relación negativa significativa entre la autoeficacia y el consumo de alcohol ($r_s = -0.38, p < .001$) es decir que a mayor autoeficacia es menor el consumo de alcohol.

Noh Moo et al. (2021) realizaron un estudio descriptivo correlacional en adolescentes mexicanos, la población de interés estuvo constituida por 1,256 adolescentes de 15 a 19 años ($M = 16.6$, $DE = .85$). Los resultados reportaron prevalencias de consumo alcohol alguna vez en la vida de 67.8%, en el último año de 46.7%, en el último mes de 23% y en los últimos siete días de 12.4%.

La autoeficacia se encontró de una media de 31.87 ($DE = 5.73$), al comparar los niveles de autoeficacia por sexo se encontró en hombres ($M = 32.09$) y mujeres ($M = 31.66$), a pesar de que existe mayor autoeficacia en hombres no se encontraron diferencias significativas ($U = 58579$, $p = .441$). Al comparar autoeficacia entre grupos de consumidores ($M = 29.38$) y no consumidores ($M = 34.04$), se reportó diferencia significativa ($U = 12000.500$, $p < .001$), con más alta autoeficacia en los no consumidores, Con respecto al modelo de regresión lineal múltiple se pudo observar que existe un efecto predictivo negativo de la autoeficacia sobre el consumo de alcohol, ($\beta = -0.082$, $p < .001$, $R^2 = 7\%$ y R^2 corregida = 6.5).

Karatay y Bas (2019) realizaron un estudio en Turquía con el propósito de determinar los patrones de uso de sustancias, los factores de riesgo y el estado de autoeficacia de los jóvenes en las escuelas secundarias de la provincia de Tunceli, el estudio fue descriptivo transversal. La muestra fue de 613 estudiantes con un promedio de edad de 16.4 años ($DE = 1.18$), el 50.8% fueron mujeres. En los resultados se reporta que el 36.2% habían fumado alguna vez en la vida, el 60.2% habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 4.2% había probado drogas ilegales (marihuana, éxtasis, heroína y bonzai) alguna vez en la vida.

Con respecto a la diferencia de medias de la autoeficacia y algunas variables específicas se pudo observar que los hombres tienen menor autoeficacia ($M = 89.94$, $DE = 21.8$) que las mujeres ($M = 97.03$, $DE = 16.76$) resultando esta diferencia significativa por sexo ($t = 21.234$, $p < .001$); de igual forma los consumidores de tabaco tienen menos autoeficacia ($M = 80.33$, $DE = 24.08$) que los no consumidores ($M = 95.85$, $DE = 16.48$), ($t = 56.69$, $p < .001$). El análisis a través de la regresión múltiple se observó una asociación negativa significativa de la autoeficacia con el consumo de tabaco ($\beta = -.20$, $p < .005$) con el consumo de alcohol ($\beta = -.01$, $p < .019$), ser hombre ($\beta = -.08$, $t = -2.31$, $p < .005$) y asociación negativa con la familia ($\beta < -.01$, $t = 2.36$, $p < .005$).

González-Yubero, et al. (2020) realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional, 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. La muestra fueron 799 estudiantes de 12 a 16 años ($ME = 14.49$, $DE = 1.17$). 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 afirmaron 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 12-13 años dijeron haber consumido alcohol, siendo casi el doble el consumo en el grupo de 14-16 años (59.2%). Así mismo encontró correlación negativa significativa de la autoeficacia con el consumo

de alcohol alguna vez en la vida ($r = -.23, p < .01$) de la misma forma se mostró relación negativa significativa de la autoeficacia con la participación en botellones ($r = -.16, p < .01$) y finalmente se presentó el mismo comportamiento de la autoeficacia con el consumo por ofrecimiento de amigos ($r = -.23, p < .01$).

En síntesis, de la autoeficacia para el no consumo de sustancias, se menciona que aquellos adolescentes que tienen mayor autoeficacia presentan menor consumo de alcohol y otras sustancias. En los no consumidores de alcohol, tabaco y drogas es más alta la autoeficacia que en los consumidores. Se ha reportado efecto predictivo negativo de la autoeficacia sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, éxtasis, heroína y benzodiazepinas), los hombres presentan menor autoeficacia que las mujeres.

Cohesión Familiar

Mateo et al. (2018), realizaron un estudio descriptivo correlacional sobre funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes Mexicanos, el propósito fue determinar la relación y el efecto de la funcionalidad y la satisfacción familiar con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, con una muestra de 171 estudiantes de 12 a 15 años ($M = 12.97, DE = 0.96$), el 56.6% fueron hombres, el 35.1% cursaba el primer grado, 35.7% segundo grado y el 26.4% tercer grado.

En los resultados reportan que la prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida fue 61.4%, ($IC\ 95\% [54, 69]$), prevalencia lápsica de 43.9% ($IC\ 95\% [36, 51]$), con respecto al último mes fue de 32.7%, ($IC\ 95\% [26, 40]$) y la prevalencia de la última semana fue de 16.4% ($IC\ 95\% [11, 22]$). Se indicó que la edad de inicio de consumo de alcohol fue de una media de 10.39 años ($DE = 1.1$). El nivel de cohesión

familiar que presentaron los adolescentes de secundaria fue; del 4.7 % quienes presentaron niveles muy bajos de cohesión familiar, el 7.6% nivel bajo, el 26.9% medio y 35.7% tuvo una cohesión familiar alta. El análisis de la regresión lineal múltiple mostro asociación negativa significativa de la cohesión familiar con el consumo de alcohol ($\beta = -.05, p = .035$).

Gómez et al. (2021) realizaron un estudio en Colombia de tipo analítico transversal, en donde el objetivo fue identificar los factores asociados de la cohesión familiar en los adolescentes del municipio de Envigado en Colombia, la muestra estuvo conformada por 1,008 adolescentes con edades de 12 a 18 años. En los resultados se destaca, con respecto a las prevalencias de cohesión familiar se encontró que los adolescentes de 12 a 15 (59.2%) tiene una buena cohesión familiar, con respecto al sexo los hombres tienen mayor cohesión que las mujeres, el 60.4% de los hombres tenían una buena cohesión familiar, con respecto al consumo de alcohol el 62.4% tenían un consumo normal, el 29.4% consumo de riesgo y el 8.2% alcoholismo, para las drogas (marihuana) se mostró que el 75.1% tiene un consumo normal, el 20.2% consumo de riesgo y 4.7% tiene dependencia a la marihuana.

En cuanto a la fuerza de asociación de la cohesión familiar y con algunas características se encontró mayor probabilidad de una buena cohesión familiar en hombres que en mujeres ($OR = 2.13, IC\ 95\%, [1.01, 4.41], p < .005$), además la probabilidad de una buena cohesión familiar en aquellos adolescentes que no consumían alcohol ($OR = 6.95, IC\ 95\%, [2.85, 16.93], p < .005$).

Ruiz et al. (2014) realizaron un estudio descriptivo en jóvenes de México con qué objetivo de comparar el funcionamiento familiar de consumidores de sustancias

adictivas que delinquen con respecto a consumidores que no delinquen, la muestra estuvo conformada por 150 participantes con un rango de edad de 13 a 35 años, con una media de 23.84 ($DE = 6.04$), la muestra se dividió en tres grupos, el primero lo conformaron consumidores de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína e inhalantes) con conductas delictivas, el segundo consumidor sin conductas delictivas y el tercero conformado por aquellos que no consumen drogas ni presentaron conductas delictivas. Con respecto al funcionamiento familiar los participantes consumidores obtuvieron una media de 3.94 ($DE = 2.77$) con respecto a la cohesión familiar, aquellos que reportaron consumo sin actitudes delictivas, la cohesión familiar fue de $M = 4.82$, $DE = 3.90$ y aquellos que no consumen y no llevan a cabo actividades delictivas de $M = 6.60$, $DE = 3.74$. Se encontró efecto significativo ($F = 7.47$, $p < .001$) el grupo que presenta consumo y actitudes antisociales presentó menor cohesión familiar.

Gomes et al. (2021) realizaron un estudio correlacional en el Brasil con el objetivo de evaluar los factores familiares y contextuales asociados al consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de 15 a 19 años en un contexto escolar. La muestra estuvo conformada por 746 adolescentes de los cuales 38.5% fueron mujeres y 41.7% hombres, el resto fueron eliminados. El consumo de alguna de las sustancias alguna vez en la vida fue de 39.8%, de los cuales el 39.3% consumió alcohol y el 7.8% consumió tabaco.

Dentro de los factores familiares que se exploraron se identificó la cohesión familiar, fue categorizada como desvinculada (ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia), separada (unión afectiva moderada entre los miembros de la familia), conectada (unión afectiva considerable entre los miembros de la familia y

entrelazada (unión afectiva máxima entre los miembros de la familia). El 48% tuvo una cohesión desvinculada, 35% separada, 30.6% conectada y 13.3% entrelazada.

En el modelo de asociación se identificó que los adolescentes con cohesión familiar desvinculada tenían más alta probabilidad de consumir alcohol y tabaco ($OR = 8.85$, $IC\ 95\% [1.48, 52.67]$, $p = .017$).

Molero et al. (2019) Realizaron un estudio correlacional en donde su objetivo fue analizar la relación entre la inteligencia emocional, resiliencia y el funcionamiento familiar entre los grupos de consumidores de alcohol y tabaco y los no consumidores. La muestra estuvo conformada por 317 alumnos de la provincia de España, de 13 a 18 años, con una media de 14.93 ($DE = 1.06$). El 50.8% eran hombres y el 49.2% mujeres. Para el consumo de alcohol y tabaco se identificó que el 37.5% de los participantes había consumido alcohol y el 12.3% menciono haber fumado alguna vez en la vida. Por sexo el 36.6% de los hombres habían consumido alcohol y el 9.9% habían fumado alguna vez en la vida.

Dentro del modelo de regresión logística para valorar la resiliencia se tomaron en cuenta diversos conceptos entre ellos, cohesión familiar, competencia social personal, recursos sociales y orientación hacia las metas, entre estas se encontró asociación negativa significativa de la cohesión familiar con el consumo de tabaco en adolescentes ($\beta = -0.71$, $p < .001$).

En síntesis, se ha reportado que los estudiantes adolescentes han tenido mayor proporción de cohesión familiar alta, así mismo se ha referido asociación negativa significativa de la cohesión familiar con el consumo de alcohol. Los hombres han reportado mejor o más alta cohesión familiar que las mujeres y los adolescentes que

consumen alcohol tabaco y drogas (marihuana, cocaína e inhalantes) presentan menos cohesión familiar. Se ha identificado también que los adolescentes con cohesión familiar desvinculada tienen más alta probabilidad de consumir alcohol y tabaco.

Clima escolar

Saiz et al. (2019) realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, en México con el objetivo de determinar el patrón de consumo de tóxicos y analizar el papel de factores protectores personales y sociales sobre el consumo de alcohol. Los participantes fueron 844 estudiantes de 15 a 18 años de ambos sexos, el 55.7% fueron mujeres, la media de edad fue de 16.36 ($DE= 1.05$). Los resultados indicaron que los adolescentes habían tenido contacto con las drogas a corta edad (13-14 años). El porcentaje más elevado de consumo fue el alcohol (73.9%) experimental y 70.9% en los últimos tres meses, en segundo lugar, fue consumo de tabaco, experimental el 3.2% y en los últimos tres meses de 26.4%, seguido de cannabis (19.9%) experimental y en los últimos tres meses de 14.2%.

El análisis de la regresión logística para el consumo de alcohol, controlado por edad y sexo se encontró como variable de riesgo tener mayor edad ($\beta= 1.890, p < .001$), y como variables protectoras que se asociaron con el no consumo de tabaco, alcohol y cannabis fue sentirse más positivo respecto al escolar ($\beta = 0.951, p < .001$), así como; el estado de ánimo ($\beta = 0.980, p < .021$), autopercepción ($\beta = 0.947, p < .001$) y relación con los padres ($\beta = 0.969, p < .001$).

Gase et al. (2017), llevaron a cabo un estudio en California sobre el clima escolar, salud y los resultados académicos de los estudiantes, este estudio fue de tipo descriptivo, donde el propósito fue conocer las relaciones de los estudiantes, el personal

y las medidas administrativas del clima escolar, así como los resultados académicos y de salud de los estudiantes con el consumo de sustancias.

La muestra estuvo conformada por 33, 572 estudiantes de sexto a doceavo grado, el 49.9% fueron del sexo masculino y el 52.1% femenino, edad de 11 a 15 años. En los resultados el clima escolar en su rubro de compromiso las altas expectativas y relaciones afectivas tuvieron una media de 2.8 ($DE = .79$), oportunidades para una participación significativa media de 2.2 ($DE = 0.84$), conectividad escolar media de 3.4 ($DE = 0.84$), seguridad percibida media de 3.6 ($DE = 0.40$) violencia estudiantil media de 1.8 ($DE = 0.40$). Con respecto a la prevalencia del consumo de sustancias el 4.9% dijo haber consumido tabaco, el 16.9% alcohol y haber consumido marihuana el 11.3%.

En el análisis del modelo de regresión multivariado se encontró asociación con menor probabilidad de consumo de tabaco con respecto al nivel de participación de los estudiantes en el entorno educativo ($OR = .74$, $IC\ 95\% [0.69, 0.80]$, $p < .01$), de igual forma con la seguridad del centro escolar ($OR = 0.29$, $IC\ 95\% [0.18, 0.49]$, $p < .01$), se obtuvieron resultados similares con respecto al consumo de alcohol sobre participación de los estudiantes ($OR = .83$, $IC\ 95\% [0.80, 0.86]$, $p < .001$) y la seguridad escolar ($OR = 0.44$, $IC\ 95\% [0.42, 0.46]$, $p = .001$) por último también se encontró menor probabilidad con el consumo de marihuana la participación en el centro escolar ($OR = 0.73$, $IC\ 95\% [0.69, 0.76]$, $p < .001$) y la seguridad del centro escolar ($OR = 0.73$, $IC\ 95\% [0.69, 0.76]$, $p < .001$) así mismo la seguridad del clima escolar con menor probabilidad de consumo de marihuana ($OR = 0.42$, $IC\ 95\% [0.40, 0.44]$, $p < .001$).

Ryabov (2015) realizó un estudio en Estados Unidos de tipo longitudinal con una muestra de 1,585 adolescentes con una media de 14.7 años ($DE = 1.68$), de los cuales el 49% fueron hombres. En promedio el uso de marihuana en el último mes fue de 2.7%, con respecto al uso de drogas ilícitas el 8% las consumieron en el año anterior a la encuesta. La media de la variable clima escolar fue de 3.17 ($DE = 2.61$).

El análisis de la Regresión Multivariada mostró, que ser hombre se asoció significativamente con el consumo de alcohol ($\beta = 0.58, p < .001$), el clima o clima escolar se asoció negativamente con el consumo de alcohol ($\beta = -1.27, p < .001$), con el consumo de tabaco, ($\beta = -0.46, p < .01$), el consumo de marihuana a su vez se asoció con el sexo masculino ($\beta = 0.32, p < .01$) y negativamente el clima escolar positivo con el consumo de marihuana ($\beta = -0.83, p < .001$), de igual forma con el consumo de drogas ilícitas ($\beta = -1.3, p < .001$).

En síntesis, clima escolar positivo es un factor de protección en los adolescentes ante el consumo de sustancias en este sentido se ha reportado asociación del clima escolar positivo con el no consumo de tabaco alcohol y cannabis. La participación de los estudiantes en el entorno educativo, seguridad del centro escolar y seguridad del clima escolar como parte del clima escolar se han asociado con menor probabilidad de consumo de alcohol, tabaco y marihuana, así mismo el clima escolar positivo se asoció con menor probabilidad para el consumo de drogas ilícitas.

Definición de Términos

En este apartado se definen las variables de estudio de forma operacional.

Edad: Son los años de vida cumplidos que el adolescente manifiesta tener al momento de la aplicación de los instrumentos.

Sexo: Es el conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen al adolescente como hombre o mujer.

Escolaridad: Es el grado escolar que cursa el adolescente en el momento de la recolección de datos, considerando primero, segundo y tercer año de su educación básica secundaria.

Estos datos se valoraron a través de la Cédula de Datos Personales e Historial del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDPHCATD)

Conducta antisocial: son actos negativos de infracción a las reglas y/o normas sociales que afectan a los demás, que realiza el adolescente que estudia secundaria caracterizado por conductas agresivas y violentas que suele realizarlas de forma individual o grupal, se midió con el Cuestionario de Conductas Antisociales y Delictivas [A-D], (Seisdedos, 2001).

Violencia Filioparental: es el conjunto de conductas negativas repetitivas, y abusivas que realizan los adolescentes de ambos sexos que estudian secundaria, en contra de los padres de familia dentro del entorno familiar, este abuso puede ser psicológica y física, se midió con el Cuestionario de Violencia Filioparental (Calvete et al., 2017).

Acoso Escolar: Son situaciones y acciones caracterizadas por las molestias u hostigamiento intencional y frecuente que refiere recibir el adolescente estudiante de secundaria por parte de sus compañeros en el ámbito escolar. Los tipos de acoso escolar son clasificados en: maltrato verbal, exclusión social directa, amenazas, ciberbullying, exclusión social indirecta y maltrato físico, se midió con el Cuestionario de Acoso entre Iguales (Magaz et al., 2011).

Ansiedad social: Es una conducta que presentan los adolescentes que estudian secundaria caracterizado por pensamientos repetitivos, preocupaciones, sentimientos y sensaciones de miedo enojo, angustia somática, temor, inquietud, conductas compulsivas e inmovilidad tónica que puede relacionarlo con su familia, amigos, escuela y comunidad. Se midió con la escala de Ansiedad social en Adolescentes (Olivares et al., 2005).

Características del barrio: Es la percepción que tienen el adolescente estudiante de secundaria sobre el lugar donde vive de acuerdo con las características particulares de la zona donde se encuentra su vivienda, tales como el entorno físico y el entorno social, se midió con la escala de Características del Entorno del Barrio (Martínez, 2000).

Resiliencia: Es la capacidad que tiene el adolescente que estudia secundaria, para afrontar o resistir el consumo de tabaco alcohol y drogas (marihuana, cocaína e inhalantes de manera exitosa a pesar de que el ambiente donde desarrolla su vida no es favorable, se midió con la Escala de Resiliencia (Wagnild & Young 1993).

Autoeficacia para el no consumo de alcohol, tabaco y drogas: Es la capacidad que tiene el estudiante de secundaria para evitar o rechazar el consumo de alcohol, tabaco y drogas se midió con la Escala de Autoeficacia para Conducta de Riesgo en Adolescentes (Palacios, 2015).

Cohesión familiar: Es la relación sentimental y emocional que tiene el adolescente estudiante de secundaria entre los miembros de su familia e identidad funcional que percibe de su familia, con gran impacto en el desarrollo de su persona, se midió con la Escala de Evaluación y Adaptabilidad Familiar FACES IV (Rivero & Olson, 2010).

Clima escolar: Es el ambiente escolar del adolescente estudiante de secundaria y las relaciones que se dan de forma positiva dentro del ámbito educativo en el que intervienen; maestros, compañeros de escuela, administrativos, directivos entre otros, se midió con la Escala de Evaluación del Clima Escolar en Estudiantes (Gutiérrez, 2011).

Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, y drogas es una medida epidemiológica expresada en tasas, que indica la proporción de adolescentes que estudian secundaria que consumen estas sustancias en diferentes temporalidades alguna vez en la vida, en el último mes, en los últimos siete días y el consumo de un día típico.

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 de secundaria consume en un día normal o especial. Fue medido a través de CDPHCATD.

Objetivos e hipótesis

Objetivo General

Analizar el efecto de los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) en el consumo y no consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Tijuana, Baja California a través de la propuesta de un modelo explicativo.

Objetivos específicos

1. Describir los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) en adolescentes por sexo.
2. Calcular las prevalencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes por sexo.
3. Comparar los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (Resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) del consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes que consumen y no consumen estas sustancias.
4. Analizar la relación de los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (Resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) con de drogas lícitas e ilícitas.

Hipótesis

- 1) Los factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio muestran efecto positivo sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- 2) Los factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar muestran efecto negativo sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- 3) Los factores de protección como resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo reducen el efecto de los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio para evitar consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se describe el diseño de estudio, la población, muestreo, muestra criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y plan de análisis de los datos.

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional y transversal predictivo, ya que se exploraron y describieron fenómenos en situaciones de la vida real, además de identificar la relación e influencia predictiva de las variables independientes: factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio) y factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) sobre las variables dependientes (consumo o no de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes). Esto se realizó a través de un modelo explicativo basado en algunos conceptos del Modelo de Sistemas de Neuman (Grove et al., 2016). Asimismo, se considera un estudio de corte transversal, ya que la obtención de datos se llevó a cabo en un único momento específico en el tiempo (Polit & Beck, 2018).

Población, muestreo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 7,611 adolescentes estudiantes de nivel básico, provenientes de 11 secundarias con ambos turnos (matutino y vespertino) en una delegación de la Ciudad de Tijuana, Baja California. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato. Para conformar la muestra, se realizaron combinaciones de los factores escuela, turno y año

escolar, resultando en 19 estratos (combinaciones del turno matutino y vespertino y los tres grados escolares). Los grupos se seleccionaron aleatoriamente de acuerdo con los estratos elegidos (Grove et al., 2016). Adicionalmente, se utilizó el muestreo por conglomerados unietápico, donde cada grupo formó un conglomerado respectivo.

El cálculo de la muestra se realizó utilizando el software nQuery Advisor 7.0 para un Modelo de Regresión Logística Binaria con 16 variables independientes. Se establecieron los siguientes parámetros: nivel de significancia de 0.05, tamaño de efecto de 0.2 (Cohen, 1988), potencia del 90% y una tasa de no respuesta del 5%. El resultado fue una muestra de 710 participantes distribuidos en 19 grupos: seis de primer año, seis de segundo año y siete de tercer año.

Criterios de inclusión.

Los participantes entre 11 y 15 años, ambos sexos, inscritos actualmente en la institución secundaria pública de Tijuana Baja California.

Criterios de eliminación

Participantes que no hayan concluido totalmente los instrumentos

Participantes que han decidido abandonar el estudio durante la recolección de los datos.

Instrumentos de medición

En este apartado se describen los instrumentos que fueron utilizados en el estudio. La medición de las variables se llevó a cabo mediante una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas [CDPPCATD] (Apéndice A) y 10 instrumentos auto aplicables: Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol-AUDIT (Apéndice B), Cuestionario de Conductas

Antisociales (Seisdedos, 2001) [Apéndice C], Cuestionario de Violencia Filioparental (Calvarete et al., 2018) [Apéndice D], Cuestionario de Acoso Entre Iguales [CAI] (Magaz et al., 2011) [Apéndice E], Ansiedad Social en Adolescentes (Olivares et al., 2005) [Apéndice F], Escala de Características del Entorno del Barrio (Martínez, 2000) [Apéndice G], Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993) [Apéndice H], Escala de Autoeficacia Ante Conductas de Riesgo en Adolescentes (Palacios, 2015) [Apéndice I], Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión familiar [FACES IV] (Olson, 2010) [Apéndice J], la Evaluación del Entorno Social Escolar para Estudiantes (Gutiérrez, 2011) [Apéndice K], el Cuestionario de Trastornos por Consumo de Alcohol – AUDIT (Babor et al., 2010).

Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas [CDPHCATDI].

Esta cédula está compuesta por dos apartados. El primer apartado abarca datos personales e incluye siete preguntas sobre: edad, sexo, escolaridad, con quién vive actualmente, la sustancia o droga que consumió por primera vez, y la edad de inicio de consumo de esa sustancia. El segundo apartado, denominado "Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas," incluye 29 preguntas. Estas preguntas se enfocan en las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína e inhalantes) en diferentes periodos de tiempo: alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes y en la última semana. Las respuestas a estas preguntas son dicotómicas (Sí = 1, No = 0). Además, este apartado incluye preguntas sobre la edad de inicio de consumo de cada una de las sustancias y el consumo en un día típico o especial de cada una de ellas.

Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT]

El AUDIT (Apéndice B) es un instrumento internacional adaptado a la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992). Su propósito es identificar a los individuos con patrones de consumo de alcohol y facilitar la detección y manejo de problemas relacionados con el alcohol en atención primaria. Fue propuesto por Babor et al. (1989) y es recomendado por la OMS, con validación en diversos países. Este cuestionario autoaplicable consta de diez reactivos de opción múltiple. Un ejemplo de pregunta es: "¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?"

El AUDIT evalúa el consumo de alcohol en tres patrones: riesgo, dependencia y consumo perjudicial. Las preguntas 1 a 3 miden la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, haciendo referencia al consumo sensato o de riesgo. Las preguntas 4 a 6 evalúan los síntomas de dependencia, como la pérdida de control al detenerse una vez que se ha empezado a consumir alcohol, la necesidad imperante de beber y el consumo por las mañanas. El último dominio evalúa el consumo perjudicial con las preguntas 7 a 10, enfocándose en las consecuencias negativas para la salud física y mental, las lesiones a consecuencia del consumo y la preocupación de otras personas por la forma de consumo.

La puntuación del cuestionario va de 0 a 40 puntos, donde a mayor puntuación, mayor es el consumo de alcohol. Otra forma de interpretación es la siguiente: una puntuación igual o mayor a 1 en las preguntas 2 o 3 indica un consumo en un nivel sensato. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4 a 6 implica la presencia o el inicio del consumo dependiente de alcohol, y un puntaje por encima de 0 en las preguntas 7 a 10 indica que el participante ya manifiesta daños relacionados con el

consumo de alcohol. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana adulta y ha presentado alfas de Cronbach de .75 a .86 (García Carretero et al., 2016; Márquez-Granados et al., 2019).

Cuestionario de Conductas Antisociales (Seisdedos, 2001)

El Cuestionario de Conductas Antisociales y Delictivas consta de un total de 40 ítems, distribuidos en dos subescalas. La primera se enfoca en las conductas antisociales, compuesta por 20 ítems (del 1 al 20), mientras que la segunda subescala aborda aspectos de conductas delictivas, también con 20 ítems (del 21 al 40). Cada ítem se responde de forma dicotómica, con "Sí" (1) o "No" (0), generando una puntuación mínima de 0 y máxima de 20 para cada subescala.

La interpretación de este cuestionario se realiza mediante la cuantificación del puntaje total obtenido de los ítems. Para este estudio, únicamente se considerará la primera subescala (Conductas Antisociales), que comprende 20 ítems con una puntuación que oscila entre 0 y 20 puntos. Un puntaje más alto indicará una conducta antisocial más pronunciada. Para el análisis estadístico, estos puntajes se transformarán en índices, donde un índice mayor denotará una conducta antisocial más elevada.

Este cuestionario fue desarrollado para adolescentes españoles con el propósito de medir dos dimensiones: la conducta antisocial y aquellas que podrían ser consideradas antisociales, pero caen en comportamientos que pueden considerarse delictivos. A partir de dos instrumentos: el Cuestionario de Conducta Antisocial (ASB) y el Cuestionario de Comportamiento (CC), creados por Allsopp & Feldman en 1976. Se validó en México, específicamente en el Estado de Yucatán, en adolescentes, obteniendo una confiabilidad, medida mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.86, según

Seisdedos (2001), y de 0.88, según Ramírez y Gómez (2012). En adolescentes peruanos, la confiabilidad reportada fue de 0.86, según Andreu (2013).

La validez del instrumento se llevó a cabo mediante análisis ítem-test y factorial. Se identificaron ítems significativos con coeficientes que oscilan entre 0.51 y 0.8, y se determinaron factores que explican el 52.2% de la varianza. Estos resultados indican que tanto teórica como empíricamente se cumple la multidimensionalidad del constructo evaluado (Díaz et al., 2019).

Cuestionario de Violencia Filio-parental de Calvete & Orue

El Cuestionario de Violencia Filio-Parental fue desarrollado por Calvete y Orue (2017). Consiste en 10 ítems, cada uno evaluado mediante una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos, que indica la frecuencia con la que los adolescentes han llevado a cabo conductas contra sus padres en el último año. Los valores en la escala son los siguientes: 0 = nunca, 1 = alguna vez, 2 = bastantes veces y 3 = casi siempre. Esta evaluación se realiza tanto para el padre como para la madre.

El cuestionario evalúa dos subescalas: violencia psicológica, compuesta por 7 ítems con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 21 puntos, y violencia física, compuesta por 3 ítems con un puntaje mínimo de 0 y máximo de 9 puntos. La puntuación total del cuestionario varía entre 0 y 30, donde una puntuación más alta indica una mayor presencia de violencia filio-parental en general y en cada una de las subescalas. Para el análisis estadístico, estas puntuaciones se transformarán en índices de 0 a 100, donde un índice más alto indicará una mayor presencia de violencia filio-parental, tanto psicológica como física.

Este instrumento fue validado en una muestra de 332 adolescentes de ambos

sexos mediante un análisis factorial exploratorio ortogonal con rotación Varimax. Se identificaron dos factores que explican el 47% de la varianza para la escala del padre y otros dos factores para la escala de la madre, explicando el 54.3% de la varianza (Gómez, 2018). Además, ha demostrado una alta confiabilidad, con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.89 (Calvete y Orue, 2017). Aunque el instrumento fue creado originalmente para escolares de habla inglesa, en donde su propósito fue evaluar la violencia filioparental y el motivo de las agresiones, se han realizado adaptaciones para adolescentes de habla hispana en contextos de Latinoamérica, con validaciones exitosas en México, donde se ha reportado un Alfa de Cronbach de 0.95 (García et al., 2020).

Cuestionario de Acoso entre Iguales [CAI].

El Cuestionario de Acoso entre Iguales [CAI] fue desarrollado por Magaz et al. (2011). Este cuestionario tiene el propósito de examinar las características descriptivas del acoso entre iguales, como su victimización y frecuencia, fue desarrollado para niños y adolescentes españoles. Consta de 39 ítems que abordan diferentes conductas de acoso que los adolescentes pueden sufrir por parte de sus pares. Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert de tres opciones: 1 = nunca, 2 = algunas veces y 3 = muchas veces, con una puntuación mínima de 39 y máxima de 117 puntos.

El cuestionario incluye siete subescalas: maltrato verbal, exclusión social directa, amenazas, cyberbullying, exclusión social indirecta, agresión basada en objetos y maltrato físico. Cada subescala tiene un rango específico de ítems y puntuación máxima y mínima. Para el análisis estadístico, las puntuaciones se transformarán en índices de 0 a 100, donde un índice más alto indicará una mayor incidencia de acoso entre iguales.

El cuestionario fue validado en una muestra de adolescentes de secundaria en la

ciudad de Madrid, donde se realizó un análisis factorial que identificó 7 factores explicativos que cubren el 48.1% de la varianza total, reportando un Alpha de 0.93 (Magaz, 2011). Además, ha sido validado con éxito en Perú, con un Alpha de 0.94 (Trujillo, 2018), y en México, con un Alpha de 0.96 (Vázquez, 2021).

Escala de Detección de Ansiedad Social en Adolescentes.

Esta escala fue desarrollada para niños y adolescentes con el propósito de identificar el miedo a la evaluación negativa, la evitación y ansiedad social en adolescentes por La Greca y Lopez (1998). La escala consta de 10 ítems, donde los dos primeros tienen un formato dicotómico y evalúan el cumplimiento de la ansiedad social. Los 8 ítems restantes abordan situaciones de relación o actuación que suelen ser temidas por personas con ansiedad social. La escala se divide en dos subescalas o factores. El primero, llamado "Ansiedad Social", se obtiene sumando las puntuaciones de las ocho situaciones indicadas en la columna del componente de evitación y el grado de nerviosismo, evaluado con una escala tipo Likert de cinco opciones. En la escala de evitación, se utiliza: 1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = algunas veces, 4 = bastantes veces y 5 = siempre. En la escala de nerviosismo, se emplea: 1 = ninguno, 2 = un poco, 3 = bastante, 4 = mucho y 5 = muchísimo. Por lo tanto, la puntuación mínima de esta subescala es 16 y la máxima es 64.

La segunda subescala evalúa la interferencia que la ansiedad social ocasiona en el sujeto. Esta se mide mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde: 1 = nada, 2 = un poco, 3 = bastante, 4 = mucho, y 5 = muchísimo. La puntuación mínima posible es de 8 puntos y la máxima es de 40 puntos. La puntuación total se obtiene sumando los valores alcanzados, con un rango mínimo de 24 y máximo de 120 puntos. Estas

puntuaciones se transforman en índices que indican que, a mayor índice, mayor es el nivel de ansiedad.

Se realizó una validación factorial utilizando el método de componentes principales con rotación ortogonal de tipo Varimax, identificando tres factores que en conjunto explican el 55.9% de la varianza total. Además, este instrumento ha sido utilizado en adolescentes españoles, demostrando un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.91 (Olivares et al., 2005), y en población mexicana con un valor de 0.85 (Jiménez et al., 2013).

Escala de Características del Entorno del Barrio

Para la evaluación de la variable Entorno del barrio se utilizó la Escala de Características del Entorno del Barrio (Neighborhood Short Form), fue desarrollado por Martínez (2000), fue desarrollada para preescolares y permite valorar la percepción de los participantes sobre las características de su lugar de residencia como la características del barrio, el apoyo social y orgullo por el barrio. El instrumento está compuesto por nueve ítems planteados por cuatro posibles respuestas que son: muy parecido a mi barrio, algo parecido a mi barrio, muy poco parecido a mi barrio y nada parecido a mi barrio, este instrumento es auto aplicable.

Cuenta con tres subescalas: 1) Seguridad, evaluada por los reactivos 3, 6 y 9, Apoyo Social, por los reactivos 1, 4 y 7 y Orgullo con los reactivos 2, 5 y 8, cada subescala tiene una puntuación mínima de 3 y máxima de 12 puntos, y la escala total con puntuación mínima de 9 y máxima de 36 puntos, cabe mencionar que algunos ítems se recodifican (3, 6, 8, 9) de manera inversa para dar el mismo sentido a todas las preguntas, , La puntuación se transformara en índices lo que indicar que a mayor

puntuación o índices, menor es grado de calidad en las características del barrio.

Este instrumento ha sido utilizado en población residente de Estados Unidos donde ha mostrado confiabilidad aceptable con Coeficiente Alpha de Cronbach de .87 y para las subescalas de seguridad de .85, apoyo social de .79 y orgullo por el barrio .73. Se ha utilizado en adolescentes mexicanos (Vargas et al., 2017; Vega, 2019) mostrando un Alpha de Cronbach de .72 a .80 en su escala total.

Escala de Resiliencia

La variable de resiliencia se midió con la Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14) de Wagnild, (2009) basada en la Resilience Scale (RS-25) de 25 ítems (Wagnild & Young, 1993). Este instrumento mide el nivel de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas fue diseñada para población en general. La ER-14 mide dos factores: Factor I: Competencia Personal (11 ítems, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14), y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable) (3, 4, 8). Cada ítem se califica en una escala de 7 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Están redactadas de manera positiva, las puntuaciones de la ER-14 puede variar desde 14 hasta 98, donde a mayor puntuación mayor es nivel de resiliencia (Apéndice C).

El autor (Wagnild, 2009) de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre 82-98=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja y de 30-14=Muy baja- La ER-14 ha mostrado un Coeficiente Alpha de Cronbach de .79 a .91 (Pritzker & Minter, 2014; Sánchez & Robles, 2015; Dávila,

2017). Para este estudio, aparte de los puntos de corte, se calcularon los índices tomando valores de 0 a 100, de tal manera que a mayor puntaje mayor será la resiliencia. Este cuestionario ha sido utilizado en población mexicana adolescentes de Morelia Michoacán, con Coeficiente Alpha de Cronbach de .95 (Sánchez et al., 2013) y en el estado de Guerrero un Alpha de .92 (Pimentel et al., 2015).

Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes

La Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo para Adolescentes de Palacios (2015) [Apéndice D]. Fue diseñada para adolescentes y adultos jóvenes con el propósito de identificar conductas de riesgo. Está conformada por seis dimensiones. La primera aborda la autoeficacia ante el alcohol con 12 ítems, la segunda incluye la autoeficacia ante el tabaco con nueve 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 utilizarán únicamente las primeras tres subescalas del instrumento, autoeficacia ante el alcohol, ante el tabaco, y ante las drogas respectivamente con un total de 26 ítems.

De manera general las subescalas consideradas para el presente estudio abordan la capacidad del adolescente para evitar consumir alcohol, tabaco y drogas, rechazar participar en actividades, lugares, contextos o situaciones en los cuales se consuman estas drogas.

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 total reporta una puntuación mínima de 26 puntos y un máxima de 104 puntos. En la subescala de

autoeficacia para el consumo de alcohol la puntuación mínima es de 12 y máxima de 48, para tabaco puntuación mínima de nueve y máxima de 36 y para consumo de drogas puntuación mínima de 5 y máxima de 20. Se interpreta que, a mayor puntaje, más alto es el nivel de autoeficacia total, así como en cada subescala. Para el procesamiento estadístico se transformarán en índices de 0 a 100 que indicara que a más alto índice mayor autoeficacia es su escala total y por subescalas. La escala fue validada por Palacios (2015) en adolescentes mexicanos, para la validez se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación octogonal, en donde se identificaron seis factores que explican el 57.6% de la varianza, con una confiabilidad a través del Coeficiente Alpha de Cronbach de .95 (Palacios, 2015). Por subescalas, la autoeficacia ante el alcohol fue de .91, ante el tabaco de .92, y ante las drogas de .84.

Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familia [FACES IV]

Este instrumento fue diseñado por Olson (2000) consta de 42 ítems, esta puede ser aplicada a los miembros de la familia desde los 12 años. Su administración puede ser colectiva o individual. El objetivo de esta escala es medir el nivel de cohesión y flexibilidad de la familia. El patrón de respuesta es de tipo Likert, con las siguientes opciones de respuesta: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = generalmente en desacuerdo, 3 = indeciso, 4 = generalmente de acuerdo, y 5 = de acuerdo.

Para la calificación del instrumento se deben sumar los ítems de las respectivas subescalas, para cohesión 1,7,13,19,25,31 y 37; para flexibilidad los ítems 2,8,14,20,26,32 y 38; para desunión 3,9,15,21,27,33 y 39; sobre involucramiento los ítems 4,10,16,22,28,34,40; para rigidez 5,11,17,23,29,35 y 41; para caótico 6,12,18,24,30,36 y 42. La escala tiene una puntuación mínima de 42 y máxima de 210

puntos. Para el proceso estadístico los puntajes de cada subescala y la total se transformarán en índices lo que indicara que a mayor puntaje e índice más alto es el nivel de, cohesión, flexibilidad desunión e involucramiento y/o adaptabilidad y cohesión familiar. Esta escala se le realizó un análisis de validez a través del índice de KMO resultando mayor a .50, se ha utilizado en población estadounidense con un Alfa de .87 (Rivero et al., 2010) y en población de habla hispana (Colombia) con un Alfa de .71 (Costa et al., 2013).

Cuestionario del Clima del Centro Escolar

Es una escala de autoinforme elaborada en España, evalúa el clima social escolar desde la perspectiva de los estudiantes adolescentes, consta de 14 ítems, consta de dos factores, el primero aborda el centro escolar, en donde se evalúa la capacidad de ayuda, la relación entre pares y el sentimiento de bienestar con los ítems (1,5,6,7,9,10,11,12) y el segundo factor percepción de los estudiantes con respecto a sus profesores, exigencia académica, justicia y accesibilidad en su trato con los estudiantes, con los ítems (2,3,4,8,13,14), el patrón de respuesta es a través de una escala de tipo Likert, de cinco opciones; Nunca =1, Casi nunca =2, algunas veces = 3, casi siempre = 4 y siempre = 5.

La puntuación mínima del cuestionario es 14 y la máxima 70 puntos, se interpreta a mayor puntuación, mejor es la percepción del clima social escolar. Así mismo para el proceso estadístico se transformarán en índices de 0 a 100 que indicaran que, a mayor índice, el clima social escolar será más alto, el instrumento fue validado en adolescentes españoles, se realizó un análisis factorial exploratorio por componentes de pruebas principales, la prueba de esfericidad de Bartlett que fue estadísticamente significativa ($X^2(91) = 2975, p = .01$), del análisis efectuado se extrajeron dos factores

que explican el 41.3% de la varianza. El autor (Trianes et al., 2006) reportó un Coeficiente Alpha de Cronbach de .77, este instrumento ha sido probado en población chilena coeficiente Alpha de Cronbach de .84 (Gálvez et al., 2014) en población peruana coeficiente de Alpha de Cronbach de .82 (Gamarra, 2017), y en población mexicana de Alpha de Cronbach de .77 (Pons et al., 2018).

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos, se obtuvo la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez obtenida la aprobación, se procedió a solicitar por escrito a los directivos de diversas escuelas secundarias públicas en la ciudad de Tijuana, Baja California, la información pertinente. Donde, se solicitó amablemente el número de estudiantes inscritos durante el ciclo escolar Agosto-Diciembre de 2022, así como detalles sobre la distribución de estudiantes por año escolar, edad y género.

Una vez obtenida esta información, se llevó a cabo una selección aleatoria de las escuelas secundarias y los grupos utilizando una hoja de cálculo en Excel. Se obtuvo la autorización de los directivos de cada institución educativa, posteriormente, la investigadora responsable se presentó en cada institución seleccionada para explicar el objetivo del estudio, los instrumentos a utilizar y para solicitar autorización y apoyo en la aplicación de estos por parte de los docentes.

Una vez establecido el contacto inicial con los participantes, la investigadora explicó de manera clara y sencilla a los adolescentes el propósito del estudio, el procedimiento para completar los cuestionarios y el tiempo estimado requerido para ello. Se extendió una invitación para participar en el estudio, enfatizando que tenían total

libertad para decidir participar o no, sin que ello afectara su situación estudiantil.

A los estudiantes que aceptaron participar en el estudio se les entregó el formulario de consentimiento informado para padres o tutores (Apéndice K), a fin de obtener la autorización correspondiente para la participación de los menores de edad. Además, se les proporcionó un formulario de asentimiento informado para obtener su propia autorización. Se coordinaron fechas y horarios con los directivos para obtener los consentimientos firmados por los padres o tutores, y para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos. Se cuidó que la aplicación de los instrumentos se llevara a cabo en un ambiente tranquilo y sin distracciones, dentro de las aulas de clases y durante las primeras horas de clase para evitar la fatiga acumulada de los estudiantes.

Al momento de aplicar los instrumentos se les pidió a los estudiantes el consentimiento informado de sus padres o tutores y su asentimiento informado ambos debidamente firmados, se les recordó el propósito de la investigación, se reiteró que las respuestas que otorguen son confidenciales, no se solicitó escribir sus nombres, en caso de que algún participante se sintiera incomodo en participar se podría retirar de forma temporal o definitiva en cualquier momento sin ninguna implicación negativa a su persona, situación que no se presentó. Aun si los padres o tutores firmaron el consentimiento, los participantes tenían la libertad de abandonar el estudio si ellos, así lo deseaban. Se procedió a entregar los instrumentos y plumas en un sobre cerrado. Se les pidió de manera atenta a los adolescentes que abrieran el sobre, leyeran atentamente y respondieran lo más cercano a su realidad los instrumentos.

El tiempo aproximado para responderlos fue de 40 a 60 minutos. El orden para contestarlos fueron en primer lugar la Cedula de Datos Personales e Historial de

Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas, seguido de Cuestionario de Conductas Antisociales, El AUDIT, Cuestionario de violencia Filioparental, Cuestionario de Acoso Entre Iguales, Cuestionario de Ansiedad Social en Adolescentes, Escala de Características del Entorno del Barrio, Escala de Resiliencia, Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes, Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar y por último la Evaluación del Clima Escolar para Estudiantes.

La responsable del estudio se ubicó a una distancia razonable para poder responder de manera oportuna cualquier duda que se presente durante la aplicación. Al finalizar el llenado de los instrumentos, los estudiantes colocaron los instrumentos en el sobre y los depositaron en una caja que estuvo a la salida del aula, se les entregó un tríptico sobre consecuencias por el consumo de alcohol, tabaco y drogas (Apéndice M), se les dio las gracias por su colaboración a los estudiantes, autoridades y profesores.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud publicada el 6 de enero de 1987 (SSA, 1987), considerando la última reforma publicada el 2 de abril de 2014 (SS, 2014). Se tomó en cuenta lo establecido en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13; que plantea que toda investigación en la que participe el ser humano como sujeto de estudio, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Por tal motivo, se respetó la decisión del estudiante de secundaria a participar o no en la investigación, así mismo se protegió el anonimato y la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, proporcionada por los participantes, al no identificar con su nombre ninguno de los instrumentos requeridos para la presente

investigación. Existió la libertad de participar o declinar sin ninguna repercusión a su persona, además se ofreció un trato respetuoso, atento y profesional en todo el proceso de la recolección de datos.

De acuerdo con el Artículo 14 Fracción VI, VII, VIII y IX. El estudio se realizó por un profesional de salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano como se establece en el Artículo 114. Se contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se obtuvo la autorización de los directivos las instituciones educativas, donde se realizó el estudio, así como suspender la investigación cuando el participante o tutor responsable del menor lo solicitara sin que ello tenga repercusión en el participante de ninguna índole.

Asimismo, conforme al Artículo 14 Fracción V, Artículo 20 y 21 Fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y Artículo 22. Se contó con el consentimiento informado por escrito del padre o tutor y el asentimiento del participante, a fin de obtener su autorización con pleno conocimiento y libertad para participar en el estudio, quienes recibieron explicación clara y completa de la justificación, propósitos, molestias, riesgos y beneficios. Además, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración relacionada con la investigación y la libertad de retirar su consentimiento y/o asentimiento en cualquier momento que ellos lo decidan, sin que ello sea utilizado para su perjuicio.

El consentimiento informado y el asentimiento fueron elaborados por la autora del estudio revisado y autorizado por el Comité de Ética en Investigación, el primero incluye la firma de dos testigos y la del investigador y se extendió un duplicado al padre

o tutor y el segundo al participante

Con respecto al Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad de los participantes, garantizando el anonimato de estos, la colecta de datos se llevó a cabo en los planteles educativos cuidando que los participantes se sientan cómodos y seguros. En el momento de la aplicación de los instrumentos, se evitó la cercanía con las oficinas administrativas y la presencia de los directivos y profesores de la institución, cuidando que espacio donde el participante se encuentre exista un ambiente tranquilo con plena libertad de contestar los instrumentos sin ser observado por las autoridades escolares. La información obtenida fue resguardada por el investigador principal del estudio por 12 meses y posteriormente será eliminada, esta solo se utilizó con propósitos científicos y se dió a conocer de forma general.

De acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se considera de riesgo mínimo, ya que se utilizaron cuestionarios de lápiz y papel auto aplicados que, aunque no se realizó manipulación de las variables, algunas preguntas pudieron causar estados emotivos e incomodidad temporal. De igual importancia conforme a lo señalado en el Capítulo III Artículo 36 de la investigación en menores de edad, se obtuvo el consentimiento informado firmado por escrito por el padre o tutor quien ejerce la patria potestad del menor.

El estudio también se apegó a lo referido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58, Fracción I y II de la investigación de grupos subordinados, el cual señala que los estudiantes son un grupo subordinado por lo que se cuidó, que el consentimiento informado no sea influenciado por alguna autoridad, además se les explicó a los estudiantes que su participación en el estudio era voluntaria, y que tenían la libertad de

abandonar el estudio aunque sus padres o tutores hayan firmado en consentimiento informado, sin que ello afectara su situación académica con la institución educativa, además se destacó que los resultados obtenidos en esta investigación no serán utilizados en su perjuicio.

Análisis de los datos

Para la captura y el análisis de la información de este estudio se generó una base de datos en el paquete estadístico IBM SPSS versión 23 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El análisis descriptivo de las variables se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad. Se terminó la consistencia interna de cada uno de los instrumentos través del Coeficiente Alpha de Cronbach.

Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov – Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la normalidad de la distribución de los datos de las variables continuas o numéricas, presentando una distribución anormal de los datos, lo cual determinó la utilización de la estadística inferencial no paramétrica para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en el estudio.

Para dar respuesta al objetivo general que indica analizar el efecto de los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. Se realizó un Modelo de Regresión Logística Binaria y Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

Para el primer objetivo específico, que planteó describir los factores de riesgo

(conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes por sexo, se aplicaron medidas de tendencia central y variabilidad. Para el análisis por sexo se utilizó la prueba U de Mann- Whitney.

Para el objetivo 2 se calcularon las prevalencias del consumo de alcohol y tabaco y drogas en adolescentes por sexo, se obtuvieron frecuencias y porcentajes con IC del 95% y para el análisis por sexo se utilizó la prueba Chi Cuadrada de Pearson.

Para dar respuesta al tercer objetivo que plantea comparar los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y seguridad de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes que consumen y no consumen estas sustancias se utilizó medidas de tendencia central y la prueba U de Mann- Whitney.

Para el objetivo cuatro, analizar la relación de los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) con el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes un día típico. Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta a la primera hipótesis que plantea los factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio muestran efecto positivo sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria y Modelos de Regresión

Lineal Múltiple.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que plantea los factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar muestran efecto negativo sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Se realizaron Modelos de Regresión Logística Binaria y Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Para dar respuesta a la tercera hipótesis que plantea que los factores de protección como resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar reducen el efecto de los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio para evitar consumo de alcohol, tabaco y drogas. Se aplicaron Modelos de Regresión Logística Binaria y Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio Modelo explicativo sobre factores de riesgo y protección del consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes escolarizados, realizado en 710 estudiantes de la Ciudad de Tijuana. En primer lugar, se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados, seguido se reporta la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y de las variables del estudio, finalmente se muestra la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Consistencia interna de los instrumentos

Para determinar la consistencia interna de los instrumentos empleados en el estudio, se obtuvieron Coeficientes Alphas de Cronbach. En la tabla 1, se muestra la consistencia interna de las escalas y subescalas, éstas se consideran en su mayoría aceptables de acuerdo con lo estipulado por Polit y Tatano-Beck (2018).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos empleados.

Instrumentos	Total, Ítems	Ítems	97
Cuestionario de conductas antisociales	20	1-20	.89
Cuestionario de violencia filio parental	20		.92
Versión madres	10	1 -10	.87
Versión padre	10	10 – 11	.92
Cuestionario de acoso entre iguales	39		.96
Maltrato verbal	9	(5,9,11,12,15,16,18,19, 20)	.87
Amenazas	4	(33,35,38,39),	.80
Ciberbullying	4	27,28,29,30	.83
Exclusión social indirecta	4	(8,14,17 y 21)	.77
Maltrato físico	8	1,2,3,7,13,24,25 y 26	.87

Nota n=710, α = Alpha de Cronbach

Tabla 1*Consistencia interna de los instrumentos empleados (Continuación...)*

Instrumentos	Total, Ítems	Ítems	α
Escala de ansiedad social	24		.95
Frecuencia	8	1-8	.86
Nerviosismo	8	9-16	.90
Interferencia	8	17-24	.91
Escala de características de entorno del barrio	9		.80
Seguridad	3	3, 6 y 9	.74
Apoyo social	3	1, 4 y 7	.70
Orgullo	3	2, 5 y 8,	.61
Escala de resiliencia	14		.94
Competencia personal	17	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23 y 24	.92
Aceptación	8	7, 8, 11, 12, 16, 21, 22 y 25	.79
Escala de autoeficacia ante conductas de riesgo en adolescentes	26		.98
Autoeficacia alcohol	12	1-12	.97
Autoeficacia tabaco	9	13 – 21	.97
Autoeficacia drogas	5	22-26	.97
Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar	42		.97
Cohesión	7	1,7,13,19,25,31 y 37	.90
Flexibilidad	7	2,8,14,20,26,32 y 38	.90
Desunión	7	3,9,15,21,27,33 y 39	.87
Involucramiento	7	4,10,16,22,28,34,40	.86
Rigidez	7	5,11,17,23,29,35 y 41	.86
Caótico	7	6,12,18,24,30,36,42	.88
Cuestionario del entorno social escolar	14		.93
Bienestar	8	1,5,6,7,9,10,11,12	.89
Exigencia académica	6	2,3,4,8,13,14	.89
AUDIT	10		.87
Cantidad y frecuencia	3	1-3	.77
Dependencia	3	4-6	.77
Perjudicial para la salud	3	7-10	.68

Nota: n=710, α = Alpha de Cronbach

Tabla 2*Características sociodemográficas de adolescentes escolarizados*

Características	<i>f</i>	%
Edad		
11	2	0.3
12	167	23.5
13	219	30.8
14	248	34.9
15	67	9.4
16	7	1.1
Sexo		
Masculino	350	49.3
Femenino	360	50.7
Año escolar		
Primero	237	33.4
Segundo	237	33.4
Tercero	236	33.2
Con quien vive		
Ambos padres	467	65.8
Solo mamá	185	26.1
Solo papá	24	3.4
Abuelos	20	2.7
Tío	5	0.7
Hermano	4	0.6
Otro	5	0.7

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Respecto a los datos sociodemográficos de los adolescentes, en la tabla 2 se muestra que la edad de los participantes oscila entre los 11 y 16 años, con mayor proporción en los adolescentes con 13 años (30.8%) y 14 años (34.9%), de los cuales el 50.7% pertenece al sexo femenino. Con respecto al año escolar que cursa se encontró una muestra homogénea en donde el 33.4% pertenecen al primer año y segundo año respectivamente. En relación con las personas que habitan en su hogar se identificó que la mayoría viven con ambos padres (65.8%), seguido de aquellos que viven únicamente con su madre (26.1%). El promedio de edad de los participantes fue de 13.3 años.

Tabla 3*Primer drogas consumida y edad de consumo*

Variable	<i>f</i>	%
Primera droga de consumo		
Alcohol	305	43.0
Tabaco	10	1.4
Marihuana	9	1.3
Inhalables	7	1.0
No consume	379	53.3
Edad de primer consumo		
Menor de 8 años	55	7.7
9 a 11 años	94	13.2
12 y 13 años	146	20.6
14 y 15 años	36	5.1
No consume	379	53.4

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 3 se describe la droga con la que se inició el consumo de sustancias, así como la edad de inicio de consumo, se identificó que la de mayor prevalencia es el alcohol con 43%, seguido de tabaco 1.4% y marihuana 1.3%, la cocaína no fue considerada como una droga de inicio. Así mismo se destaca que más de la mitad de los participantes no presentan consumo de drogas. Con respecto a la edad de inicio de los que consumen algún tipo de droga se muestra que la mayor proporción se presenta en la edad de 12 a 13 años con un 20.6%, sin embargo, se identificó que el 7.7% consumió por primera vez alguna sustancia antes de los 8 años.

Tabla 4*Datos descriptivos de las prevalencias del consumo de drogas lícitas e ilícitas*

Prevalencias de consumo de drogas	<i>f</i>	%	95% IC	
			LI	LS
Consumo de alcohol				
Alguna vez en la vida	322	45.4	42	49
En el último año	180	25.4	22	29
En los últimos 30 días	66	9.3	7	11
En los últimos 7 días	35	4.9	3	7
Consumo de tabaco				
Alguna vez en la vida	89	12.5	10	15
En el último año	49	6.9	5	9
En los últimos 30 días	30	4.2	3	6
En los últimos 7 días	18	2.5	1	4
Consumo de marihuana				
Alguna vez en la vida	39	5.5	4	7
En el último año	28	3.9	3	5
En los últimos 30 días	15	2.1	1	3
En los últimos 7 días	7	0.1	0	2
Consumo de cocaína				
Alguna vez en la vida	5	0.7	0	1
En el último año	1	0.1	0	0
En los últimos 30 días	1	0.1	0	0
En los últimos 7 días	1	0.1	0	0
Consumo de inhalables				
Alguna vez en la vida	39	5.5	4	7
En el último año	13	1.8	1	3
En los últimos 30 días	13	1.8	0	2
En los últimos 7 días	7	0.1	0	2

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior, *n* =603

De acuerdo con la tabla 4 donde se señalan los datos descriptivos del consumo de drogas lícitas e ilícitas, se destaca que la droga de mayor consumo entre los adolescentes fueron las bebidas alcohólicas, seguido del tabaco, marihuana, inhalables y cocaína. Se muestra que el 45.4% (IC 95% [42, 49]) consumió alcohol alguna vez en la vida, 25.4% (IC 95%, [22, 29]) en el último año. Con respecto al consumo de tabaco se observó que el 12.5% (IC 95% [10, 15]) de los adolescentes habían consumido tabaco alguna vez en

la vida, 6.9% (IC 95%, [5, 9]) en el último año y 4.2% (IC 95%, [3, 6]) en los últimos 30 días.

En cuanto al consumo de marihuana se observó que el 5.5% (IC 95%, [4, 7]) los adolescentes habían consumido alguna vez en la vida y 3.9% (IC 95%, [3, 5]). El consumo de cocaína se mostró que el 0.7% (IC 95%, [0, 1]) había consumido alguna vez en la vida. En el consumo de inhalantes se observó que el 5.5% (IC 95%, [4, 7]) de los participantes había consumido inhalantes alguna vez en la vida y el 1.8% (IC 95%, [0, 2]) en el último año.

Tabla 5

Descripción de las conductas antisociales en adolescentes escolarizados

Conductas antisociales	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Alborotar o silbar en una reunión	154	21.7	556	78.3
2. Salir sin permiso	163	23.0	547	77.0
3. Entrar en un sitio prohibido	180	25.4	530	74.6
4. Ensuciar las calles	117	16.5	593	83.5
5. Decir “groserías” o palabras fuertes	406	57.2	304	42.8
6. Molestar o engañar a personas desconocidas	119	16.8	591	83.2
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión	292	41.1	417	58.9
8. Hacer trampa	144	20.3	566	79.7
9. Tirar basura en el suelo	153	21.5	557	78.5
10. Hacer graffitis en lugares prohibidos	158	22.3	552	77.7
11. Tomar frutas de un jardín que pertenece a otra persona	163	23.0	547	77.0
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona	119	16.8	591	83.2
13. Gastar bromas pesadas a la gente	197	27.7	513	72.3
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido	156	22.0	554	78.0
15. Arrancar o pisotear flores o plantas de un parque o jardín.	173	24.4	537	75.6
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo	331	46.6	379	53.4

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje *n* = 710

Tabla 5

Descripción de las conductas antisociales en adolescentes escolarizados

(Continuación...)

Conductas antisociales	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
17. Comer cuando está prohibido	339	47.7	371	52.3
18. Contestar mal a un superior o autoridad	135	19.0	575	81.0
19. Negarse a hacer las tareas encomendadas	174	24.5	536	75.5
20. Pelearse con otros	265	37.3	445	62.7

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje *n* =710

En la tabla 5 se muestran la descripción de las conductas antisociales en adolescentes escolarizados, en donde se identifica que las conductas más prevalentes son; decir groserías o palabras fuertes (57.2%), llegar tarde al trabajo colegio o reunión (41.1%), llamar a la puerta de alguien y salir corriendo (46.6%) y comer cuando está prohibido (47.7%).

Tabla 6

Descripción de la violencia filo parental ejercida a la madre

Conductas contra la madre	Nunca		Alguna vez		Bastante veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Grite cuando estoy enojado	378	53.2	235	33.2	69	9.7	28	3.9
2. Amenazarlos en pegarles, aunque no llegue a realizarlo	653	92.0	40	5.6	14	2.0	3	0.4
3. Insultarles con palabras maldicientes	625	88.0	63	8.9	19	2.7	3	0.4
4. Chantajearles para conseguir lo que quiero	459	64.7	157	22.1	57	8.0	37	5.2
5. Tomarles dinero sin permiso	584	82.2	98	13.8	19	2.7	9	1.3
6. Hacer algo para fastidiarlos	504	71.0	142	20.0	41	5.8	23	3.2
7. Desobedecer en algo le pidieron y que era importante para ellos	518	73.0	130	18.3	39	5.5	23	3.2

Nota: *n*=710, *f*=frecuencia, %=porcentaje.

Tabla 6*Descripción de la violencia filoparental ejercida a la madre (Continuación...)*

Conductas contra la madre	Nunca		Alguna vez		Bastante veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8. Empujar o pegarle en una pelea	661	93.1	32	4.5	14	2.0	3	0.4
9. Golpee con algo que pudiera hacerles daño	671	94.5	23	3.2	9	1.3	7	1.0
10. Dar una patada, puñetazo	670	94.4	29	4.1	8	1.1	3	0.4

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje *n* =710

En la tabla 6 se muestra la descripción de la violencia filoparental ejercida a la madre en donde se identificó que las conductas con mayor prevalencia alguna vez hacia la madre son gritar cuando se encuentra enojado (33.2%), chantajear para conseguir lo que se quiere (22.1%), hacer algo para fastidiar (20%), desobedecer en algo que le pidieron y era importante (18.3%) y tomar dinero sin permiso (13.8%).

Tabla 7*Descripción de las de la violencia filo parental ejercida al padre*

Conductas contra el padre	Nunca		Alguna vez		Bastante veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Grite cuando estoy enojado	527	74.2	134	18.9	25	3.5	24	3.4
2. Amenazarlos en pegarles, aunque no llegue a realizarlo	670	94.4	26	3.6	9	1.3	5	0.7
3. Insultarles con palabras maldicientes	511	72.0	166	23.4	23	3.2	10	1.4
4. Chantajearles para conseguir lo que quiero	452	63.7	153	21.5	64	9.0	41	5.8
5. Tomarles dinero sin permiso	518	73.0	147	20.7	31	4.3	14	2.0
6. Hacer algo para fastidiarlos	483	68.0	163	23.0	33	4.6	31	4.4
7. Desobedecer en algo le pidieron y que era importante para ellos	506	71.3	144	20.2	41	5.8	19	2.7

Nota: *n*=710, *f*=frecuencia, %=porcentaje.

Tabla 7*Descripción de las de la violencia filo parental ejercida al padre (Continuación...)*

Conductas contra el padre	Nunca		Alguna vez		Bastante veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8. Empujar o pegarle en una pelea	548	77.2	131	18.5	19	2.7	12	1.6
9. Golpee con algo que pudiera hacerles daño	560	78.9	129	18.2	11	1.5	10	1.4
10. Dar una patada, puñetazo	555	78.2	134	18.9	11	1.5	10	1.4

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En cuanto a los resultados que se muestran en la tabla 7 que expresa la violencia filio-parental ejercida al padre, se identificó que las conductas con mayor prevalencia hacia el padre fueron; insultar con palabras maldicientes (23.4%), hacer algo para fastidiarlo (20.3%), chantajearles para conseguir lo que quiero (21.5%), tomar dinero sin pedir permiso (20.7%) y desobedecer en algo que le pidieron y era importante para ellos (20.2%).

Tabla 8*Descripción de acoso entre iguales (Maltrato verbal)*

CAI-Conductas de Acoso	Nunca		Pocas veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5. Me insultan	292	41.1	278	39.2	140	19.7
9. Me llaman con un nombre que no me gusta (cuatro ojos, bola, enano, palillo, etc.)	492	69.3	155	21.8	63	8.9
11. Me mandan callar	444	62.5	210	29.6	63	8.8
12. Me acusan de cosas que no he dicho o hecho	446	62.8	210	29.6	54	7.6
15. Me dicen que se van a "chivar de mi"	589	83.0	93	13.1	28	3.9
16. Me esconden cosas	403	56.8	235	33.1	72	10.1
18. Me gritan	443	62.4	188	26.5	79	11.1
19. Me rompen cosas	550	77.5	117	16.5	43	6.0
20. Me roban cosas	502	70.7	149	21.0	59	8.3

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

La tabla 8 muestra la descripción de la subescala del cuestionario de acoso entre iguales, que se centra en el maltrato verbal, en donde se encuentra que las conductas de acoso verbal que se presentan muchas veces entre los adolescentes son; me insultan (19.7%), me esconden las cosas (10.1%) y me gritan (11.1%).

Tabla 9

Descripción de acoso entre iguales (amenazas)

CAI-Conductas de Acoso	Nunca		Pocas veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
33. me amenazan para que diga cosas que no quiero	607	85.5	83	11.7	20	2.8
35. me amenazan con contar cosas de mi o de mi familia	586	82.5	98	13.8	26	3.7
38. Me hacen gestos	472	66.5	186	26.2	52	7.3
39. me amenazan para que haga cosas que no quiero (darles dinero, dejarles copiar mis deberes, hacer bromas pesadas y otras cosas)	621	87.5	64	9.0	25	3.5

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Con respecto a la tabla 9 que especifica los datos de la subescala de acoso escolar centrada en las amenazas, se identificó que la conducta de amenaza con mayor prevalencia es el que le hacen gestos con un 7.3%, seguida de amenazas para que realice cosas que no quiere 2.8%

Tabla 10*Descripción de acoso entre iguales (cyberbullying)*

CAI-Conductas de Acoso	Nunca		Pocas veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
27. Me envían mensajes de móvil o correos electrónicos para insultarme o amenazarme	597	84.1	84	11.8	29	4.1
28. Cuando chateo con otros niños, se meten conmigo	608	85.6	72	10.2	30	4.2
29. Me hacen fotos o me graban con el móvil mientras se meten conmigo	598	84.2	75	10.6	37	5.2
30. se burlan colgando fotos y videos sobre mí en internet	590	83.1	87	12.3	33	4.6

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

La tabla 10 describe la subescala de cyberbullying en donde se demostró que las conductas de acoso cibernético que se presentan muchas veces en los adolescentes es la de que los compañeros toman fotos o videos con el celular mientras se meten conmigo (5.2%), seguido de burlarse subiendo fotos y videos en internet (4.6%).

Tabla 11*Descripción de acoso entre iguales (exclusión social)*

CAI-Conductas de Acoso	Nunca		Pocas veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8. Me dejan de hablar	431	60.7	191	26.9	88	12.4
14. Les dicen a otros que no estén o no hablen conmigo	577	81.3	94	13.2	39	5.5
17. Les prohíben a otros que jueguen conmigo	602	84.8	85	12.0	23	3.2
21. Me impiden jugar con otros niños	604	85.1	78	11.0	28	3.9

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Con respecto a la tabla 11 se muestra la subescala de acoso entre iguales que se enfoca en la exclusión social, siendo las conductas de exclusión que se presentan

muchas veces; en el 12.4% le dejan de hablar y el 5.5% les dicen a otros que no estén o hablen conmigo

Tabla 12

Descripción de acoso entre iguales (Maltrato físico)

CAI-Conductas de Acoso	Nunca		Pocas veces		Muchas veces	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Me pegan collejas (golpe en la cabeza)	465	65.5	180	25.4	65	9.2
2. Me pegan puñetazos	516	72.7	154	21.7	40	5.6
3. Me pegan patadas	530	74.6	150	21.1	30	4.3
7. Me amenazan con que me pegan	509	71.7	162	22.8	39	5.5
13. Me empujan	393	55.4	233	32.8	84	11.8
24. Me ponen zancadillas	570	80.3	105	14.8	35	4.9
25. Me pellizcan	509	71.7	154	21.7	47	6.6
26. Me tiran del pelo	512	72.1	150	21.1	48	6.8

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Respecto a la tabla 12 se muestran los datos descriptivos de la subescala del acoso entre iguales dirigida al maltrato físico, en donde se identificó que las conductas que se presentan muchas veces del maltrato físico fueron; empujar (11.8%), golpear en la cabeza (9.2%) y jalar el cabello (6.8%).

Tabla 13

Descripción de la frecuencia de indicadores de ansiedad social

Frecuencia de evitar las siguientes situaciones	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. Iniciar una conversación	334 (47.0)	190 (26.8)	98 (13.8)	44 (6.2)	44 (6.2)
2. Mantener una conversación	314 (44.2)	195 (27.5)	105 (14.8)	60 (8.4)	36 (5.1)
3. Ir a fiestas o reuniones sociales	307 (42.2)	195 (27.0)	105 (12.8)	71 (10.0)	60 (8.0)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Tabla 13

Descripción de la frecuencia de indicadores de ansiedad social (continuación)...

Frecuencia de evitar las siguientes situaciones	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
4. Hablar en público	258 (36.3)	168 (23.7)	110 (15.5)	71 (10.0)	103 (14.5)
5. Escribir, comer o beber delante de la gente	315 (44.4)	172 (24.2)	96 (13.5)	56 (7.9)	71 (10.0)
6. Defender mis derechos ante otras personas	340 (47.9)	165 (23.2)	85 (12.0)	57 (8.0)	63 (8.9)
7. Relacionarme con figuras de autoridad	366 (51.5)	159 (22.4)	87 (12.3)	53 (7.5)	45 (6.3)
8. Relacionarme con personas del sexo opuesto	365 (51.4)	150 (21.1)	86 (12.1)	48 (6.8)	61 (8.6)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 13 se identifica la frecuencia de los indicadores de ansiedad social, con respecto a la frecuencia de evitar situaciones en donde se destaca que el 15.5% algunas veces evita hablar en público, 14.8% evita mantener conversaciones, 13.8% iniciar una conversación, a su vez el 14.5% de los adolescentes evitan hablar en público siempre.

Tabla 14

Descripción del grado de nerviosismo en los indicadores de ansiedad social

Grado de nerviosismo que producen las siguientes situaciones	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. Iniciar una conversación	268 (37.8)	209 (29.4)	104 (14.6)	61 (8.6)	68 (9.6)
2. Mantener una conversación	293 (41.3)	226 (31.8)	75 (10.6)	51 (7.2)	65 (9.2)
3. Ir a fiestas o reuniones sociales	282 (39.7)	207 (29.2)	83 (11.7)	62 (8.7)	76 (10.7)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Tabla 14

Descripción del grado de nerviosismo en los indicadores de ansiedad social

(continuación)...

Grado de nerviosismo que producen las siguientes situaciones	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
4. Hablar en público	254 (35.8)	162 (22.8)	101 (14.2)	70 (9.9)	123 (17.3)
5. Escribir, comer o beber delante de la gente	309 (43.5)	184 (25.9)	87 (12.3)	54 (7.6)	76 (10.7)
6. Defender mis derechos ante otras personas	350 (49.3)	173 (24.4)	89 (12.5)	45 (6.3)	53 (7.5)
7. Relacionarme con figuras de autoridad	333 (46.9)	186 (26.2)	93 (13.1)	42 (5.9)	53 (7.5)
8. Relacionarme con personas del sexo opuesto	355 (50.0)	181 (25.5)	83 (11.7)	35 (4.9)	56 (7.9)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Con respecto a la tabla 14 donde se especifica el grado de nerviosismo que es uno de los indicadores de ansiedad social, se muestra que las situaciones que se presentan bastante en los adolescentes son el iniciar una conversación (14.6%), hablar en público (14.2%) y relacionarse con figuras de autoridad (13.1%). Se destaca que al (17.3%) experimentan muchísimo nerviosismo al hablar en público.

Tabla 15

Descripción de la interferencia en la vida cotidiana de los indicadores de ansiedad social

Interferencia en la vida cotidiana las siguientes situaciones	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. Iniciar una conversación	325 (48.2)	189 (26.6)	83 (11.7)	38 (5.4)	58 (8.2)
2. Mantener una conversación	325 (45.8)	204 (28.7)	87 (12.3)	45 (6.3)	49 (6.9)
3. Ir a fiestas o reuniones sociales	324 (45.6)	179 (25.2)	96 (13.5)	51 (7.2)	60 (8.5)
4. Hablar en público	286 (40.3)	170 (23.9)	104 (14.6)	63 (8.9)	87 (12.3)
5. Escribir, comer o beber delante de la gente	331 (46.6)	169 (23.8)	94 (13.2)	43 (6.1)	73 (10.3)
6. Defender mis derechos ante otras personas	350 (49.3)	181 (25.5)	84 (11.8)	50 (7)	45 (6.3)
7. Relacionarme con figuras de autoridad	377 (53.1)	192 (27)	71 (10)	35 (4.9)	35 (4.9)
8. Relacionarme con personas del sexo opuesto	367 (51.7)	172 (24.2)	72 (10.1)	42 (5.9)	57 (8.0)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 15 se muestra la descripción de la interferencia de la vida cotidiana de los indicadores de ansiedad social, donde se puede rescatar que el 14.6% tiene bastante interferencia al hablar en público, el 13.5% en ir a fiestas o reuniones sociales, 13.2% escribir, comer o beber delante de la gente y 12.3% mantener una conversación. Resalta que el 12.3% manifiesta muchísima interferencia al hablar en público.

Tabla 16*Características de Entorno de Barrio: Seguridad*

Ítems	Muy parecido		Algo parecido		Muy poco parecido		Nada parecido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. Hay abusos de drogas y alcohol en mi colonia o barrio	149	20.9	199	28.12	192	27.0	170	23.9
6. Es peligrosa mi colonia o barrio	145	20.4	233	32.8	189	26.6	143	20.2
9. Hay personas en mi colonia o barrio que podría ser mala influencia para los niños	231	32.5	220	31.0	145	20.4	114	16.1

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 16 se muestran las características del entorno del barrio relacionadas con el factor seguridad, donde destaca que el 32.5% de los adolescentes expresaron que hay personas en la colonia o barrio que podrían ser mala influencia para los niños, seguido por un 20.9% que menciona que existe abuso de drogas y alcohol en su barrio.

Tabla 17*Características de Entorno de Barrio: Apoyo Social*

Ítems	Muy parecido		Algo parecido		Muy poco parecido		Nada parecido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. La gente en mi colonia o barrio se ayuda la una a la otra.	232	32.7	227	31.9	164	23.1	87	12.3
4. Vigilamos a los hijos de los demás en nuestra colonia	191	26.9	262	36.9	157	22.1	100	14.1
7. Hay gente con la que puedo contar en mi colonia o barrio	271	38.2	223	31.4	112	15.8	104	14.6

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 17 se muestra las características del entorno del barrio en su factor de apoyo social, en donde se muestra que el 36.2% perciben como muy poco o nada parecido que se vigile a los hijos de los demás en su colonia, seguido de 35.4% perciben como muy poco o nada parecido que las personas se ayudan en su colonia.

Tabla 18

Características de Entorno de Barrio: Orgullo

Ítems	Muy parecido		Algo parecido		Muy poco parecido		Nada parecido	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. La mayoría de la gente en mi colonia o barrio tiene bienestar	237	33.4	301	42.4	115	16.2	57	8
5. Me enorgullece vivir en mi colonia o barrio	217	30.6	258	36.3	133	18.7	102	14.4
8. Los edificios y parques de mi colonia o barrio son viejos	198	27.9	222	31.3	156	22	134	18.9

Nota: $n=710$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje.

Con respecto a la tabla 18 evidencia las características del entorno del barrio con su factor de orgullo, en donde se muestra que el 36.3% expresaron tener muy poco o nada de orgullo por su colonia, seguido de un 18.7% perciben que las personas tienen muy poco o nada de bienestar en su colonia.

Tabla 19*Descripción de la resiliencia - Escala de resiliencia de 14 ítems*

Ítems	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	84 (11.8)	38 (5.4)	24 (3.4)	147 (20.7)	112 (15.8)	105 (14.8)	200 (28.1)
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	76 (10.7)	44 (6.2)	36 (5.1)	93 (13.1)	85 (12)	83 (11.7)	293 (41.3)
3. En general me tomo las cosas con calma	83 (11.7)	52 (7.3)	66 (9.3)	149 (21.0)	95 (13.4)	67 (9.4)	198 (27.9)
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	131 (18.5)	58 (8.2)	54 (7.6)	133 (18.7)	90 (12.7)	61 (8.6)	183 (25.8)
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	123 (17.3)	64 (9.0)	83 (11.7)	134 (18.9)	91 (12.8)	62 (8.7)	153 (21.5)
6. Soy resuelto y decidido	111 (15.6)	53 (7.5)	64 (9)	141 (19.9)	101 (14.2)	56 (7.9)	186 (25.9)
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	145 (20.4)	44 (6.2)	48 (6.8)	133 (18.7)	75 (10.6)	70 (9.9)	195 (27.5)
8. Soy una persona disciplinada	88 (12.4)	55 (7.7)	61 (8.6)	126 (17.7)	110 (15.5)	89 (12.5)	181 (25.5)
9. Pongo interés en las cosas.	70 (9.9)	36 (5.1)	52 (7.3)	122 (17.2)	118 (16.6)	105 (14.8)	207 (29.2)
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre que reírme	76 (10.7)	32 (4.5)	43 (6.1)	110 (15.5)	93 (13.1)	102 (14.4)	254 (35.8)
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en momentos difíciles	116 (16.3)	57 (8)	63 (8.9)	109 (15.4)	87 (12.3)	88 (12.4)	190 (26.8)
12. En una emergencia soy alguien en quien gente puede confiar	73 (10.3)	24 (3.4)	35 (4.9)	72 (10.1)	99 (13.9)	105 (14.8)	302 (42.5)
13. Mi vida tiene sentido	121 (17)	51 (7.2)	45 (6.3)	111 (15.6)	76 (10.7)	71 (10)	235 (33.1)
14. Cuando estoy en una situación difícil, puedo encontrar una salida.	94 (13.2)	51 (7.2)	55 (7.7)	121 (17.0)	95 (13.4)	76 (10.7)	218 (30.7)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Con respecto a la tabla 19 muestra la resiliencia percibida de los adolescentes en donde se puede mostrar que, el 42.5% sienten que en una emergencia son alguien en quien pueden confiar, el 41.3% se siente orgulloso de las cosas que ha logrado, así como el 33.1% menciona que encuentra un sentido a la vida y el 30.7% menciona que cuando se encuentran en una situación difícil, pueden encontrar una salida.

Tabla 20

Descripción de autoeficacia ante el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados

Ítems	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 que consumen alcohol es probable que yo esté con ellos sin tomar alcohol.	163 (23.0)	75 (10.6)	94 (13.2)	378 (53.2)
2. Soy capaz de rechazar consumir alcohol.	86 (12.1)	81 (11.4)	110 (15.5)	433 (61.0)
3. Si en una tocada o antro me ofrecieran alcohol, podría decir que no quiero.	90 (12.7)	68 (9.6)	141 (19.9)	411 (57.9)
4. Podría resistir la presión de mis amigos si me invitaran a tomar alcohol.	99 (13.9)	69 (9.7)	136 (19.2)	406 (57.2)
5. Puedo estar en lugares donde se consuma alcohol, sin hacerlo.	97 (13.7)	57 (8.0)	126 (17.7)	430 (60.6)
6. Es probable que en una fiesta me niegue a tomar cerveza o alcohol.	88 (12.4)	75 (10.6)	136 (19.2)	411 (57.9)
7. Si estoy en la calle con mis amigos y me ofrecieran tomar alcohol me es fácil decir que no.	90 (12.7)	72 (10.1)	120 (16.9)	428 (60.3)
8. Si sacara malas calificaciones y me proponen consumir alcohol para sentirme mejor, sería capaz de negarme a hacerlo.	112 (15.8)	53 (7.5)	113 (15.9)	432 (60.8)
9. Prefiero fiestas donde el alcohol o el tabaco no sea lo más importante.	111 (15.6)	66 (9.3)	96 (13.5)	437 (61.5)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Tabla 20

Descripción de autoeficacia ante el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados

(Continuación...)

Ítems	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi Siempre
	<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.	98 (13.8)	47 (6.6)	108 (15.2)	457 (64.4)
12. Considero que utilizó algunos métodos que he aprendido para negarme a consumir alcohol, tabaco o drogas.	97 (13.7)	71 (10.0)	126 (17.7)	416 (58.6)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Con respecto a la tabla 20 se muestran los resultados de la autoeficacia que tienen los adolescentes ante el consumo de alcohol el 60.6% mencionó que puede estar en lugares que se consuma alcohol sin consumirlo, 64.4% de los participantes mencionaron que es probable que en la escuela o entre clases se nieguen a consumir alcohol sin embargo un 23% mencionó que casi nunca están con amigos que consumen alcohol sin tomar alcohol.

Tabla 21

Descripción de autoeficacia ante el consumo de tabaco en adolescentes escolarizados

Ítems	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi Siempre
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
13. Si en un antro, disco o bar me dieran a probar tabaco, sería capaz de negarme a aceptarlo.	90 (12.7)	64 (9.0)	115 (16.2)	441 (62.1)
14. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran tabaco, podría rechazarlo.	90 (12.7)	51 (7.2)	109 (15.4)	460 (64.7)
15. Es probable que en una fiesta me niegue a fumar tabaco (cigarros).	109 (15.4)	55 (7.7)	99 (13.9)	447 (63.0)
16. Si estoy en la calle con mis amigos (as) y me ofrecieran fumar cigarros me es fácil decir que no.	88 (12.4)	67 (9.4)	113 (15.9)	442 (62.3)
17. Soy capaz de rechazar consumir tabaco.	87 (12.3)	61 (8.6)	115 (16.1)	447 (63.0)
18. Puedo estar en lugares donde se fume o consuma tabaco, sin hacerlo.	93 (13.1)	57 (8.0)	115 (16.2)	445 (62.7)
19. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a fumar cigarros.	90 (12.7)	57 (8.0)	124 (17.5)	439 (61.8)
20. Si sacaras malas calificaciones y te proponen consumir tabaco para sentirte mejor, serias capaz de negarte a hacerlo.	92 (13.0)	58 (8.2)	113 (15.8)	447 (63.0)
21. Cuando estoy con amigos (as) que fuman o consumen tabaco es probable que yo esté con ellos (ellas) sin fumar.	94 (13.2)	63 (8.9)	111 (15.6)	442 (62.3)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 21 se describe la autoeficacia ante el consumo de tabaco en adolescentes en donde se muestra que el 64.7% menciona que si en la escuela o entre clases se le ofrece tabaco podría rechazarlo, así mismo el 62.7% menciona que puede estar en un lugar donde fumen tabaco sin consumirlo, en cambio el 15.4% menciona que casi nunca se niega a fumar en una fiesta si se lo ofrecen.

Tabla 22

Descripción de autoeficacia ante el consumo de drogas en adolescentes escolarizados

Ítems	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi Siempre
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
22. Si en una fiesta me dieran a probar drogas sería capaz de rechazarlas.	85 (12.0)	61 (8.6)	99 (13.9)	465 (65.5)
23. Soy capaz de rechazar consumir drogas.	85 (12.0)	49 (6.9)	110 (15.5)	466 (65.6)
24. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran drogas, podría decir que no quiero.	81 (11.4)	42 (5.9)	114 (16.1)	473 (66.6)
25. Es probable que en una fiesta me niegue a consumir drogas (marihuana, cocaína u otras).	86 (12.1)	45 (6.3)	119 (16.8)	460 (64.8)
26. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a consumir drogas.	92 (13.0)	49 (6.8)	107 (15.1)	462 (65.1)

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 22 se muestra la descripción de la autoeficacia ante el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados, donde el 66.6 % menciona que si en la escuela o entre clases le ofrecieron drogas casi siempre podría decir que no, mientras que el 13% de los encuestados mencionaron que casi nunca podría resistir la presión de los amigos si los invitan a consumir drogas.

Tabla 23

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: Cohesión

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
1. Cada miembro de la familia participa en la vida de los demás.	144	20.3	68	9.6	171	24	118	16.6	209	29.4
7. Los miembros de nuestra familia se sienten muy cercanos unos a otros.	106	14.8	79	11.1	151	21.3	150	21.1	224	31.7

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

Tabla 23

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: Cohesión

(Continuación...)

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
13. Los miembros de la familia se apoyan mutuamente unos de otros durante periodos difíciles.	98	13.8	71	40.4	128	18	134	18.9	276	38.9
19. Los miembros de nuestra familia consultan al resto de las decisiones importantes.	123	17.3	75	10.6	190	26.8	132	18.6	190	26.8
25. Nos gusta pasar algo de tiempo libre con los otros miembros de la familia.	105	14.8	79	11.1	155	21.8	140	19.7	231	32.5
31. Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, aún participan de las actividades familiares.	102	14.4	97	13.7	161	22.7	139	19.6	211	29.7
37. En nuestra familia hay un buen equilibrio entre cercanía e independencia.	117	16.5	92	13	179	25.2	126	17.7	196	27.6

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 23 se muestra se muestra la descripción de la cohesión: cohesión familiar en los adolescentes, identificando que el 38.9% está totalmente de acuerdo que los miembros de la familia se apoyan mutuamente durante periodos difíciles, así mismo el 32.5% está totalmente de acuerdo que a los miembros de su familia les gusta pasar algo de tiempo libre con el resto de los miembros de su familia, mientras que el 17.3%

menciona estar totalmente en desacuerdo al responder que los miembros de su familia consultan al resto de las decisiones importantes.

Tabla 24

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: Flexibilidad

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
2. Nuestra familia intenta buscar nuevas formas de tratar los problemas	103	14.5	79	11.1	109	15.4	170	23.9	249	35.1
8. En nuestra familia los padres comparten por igual el liderazgo.	124	17.5	77	10.8	160	22.5	119	16.8	230	32.4
14. La disciplina es justa en nuestra familia.	108	15.2	76	10.7	151	21.3	149	21	226	31.8
20. Mi familia es capaz de ajustarse a los cambios cuando es necesario.	89	12.5	75	10.6	156	22	148	20.8	224	34.1
26. Nos turnamos las tareas del hogar entre nosotros.	111	15.6	87	12.3	153	21.5	114	16.1	245	34.5
32. Tenemos reglas y roles claros en nuestra familia.	105	14.8	86	12.1	174	24.5	135	19	210	29.6
38. Cuando hay problemas, sabemos que llegamos a un acuerdo.	99	13.9	98	13.8	179	25.2	119	16.8	215	30.3

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 24 se muestra la descripción de la cohesión familiar: flexibilidad en donde se muestra que 35.1% de los participantes está totalmente de acuerdo en que su familia intenta buscar nuevas formas de tratar los problemas, así mismo el 34.5% están totalmente de acuerdo en que dentro de la familia se turnan las tareas del hogar, se

puede identificar que el 17.5% menciona que está totalmente en desacuerdo que sus padres compartan por igual el liderazgo, así mismo el 15.2% menciona estar en total desacuerdo con que la disciplina es justa en su familia.

Tabla 25

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: Desunión

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
3. Nos llevamos mejor con gente de fuera de nuestra familia que entre nosotros	185	26.1	99	13.9	146	20.6	122	17.2	158	22.3
9. Cuando estamos en casa parece que evitamos el contacto unos con otros	222	31.3	118	16.6	136	19.2	100	14.1	134	18.9
15. Sabemos muy poco de los amigos de otros miembros de la familia.	132	18.6	95	13.4	190	26.8	122	17.2	171	24.1
21. Cada uno esta solo cuando hay un problema que resolver.	196	27.6	103	14.5	157	22.1	91	12.8	163	23
27. Rara vez nuestra familia hace cosas junta.	174	24.5	129	18.2	146	20.6	103	14.5	158	22.3
33. Los miembros de la familia raras veces se apoyan entre sí.	199	28.0	118	16.6	148	20.8	97	13.7	148	20.8
39. En general cada uno funciona de forma independiente.	107	15.1	99	13.9	204	28.7	126	17.7	174	24.5

Nota: $n=710$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje.

En la tabla 25 se identifica la descripción de la cohesión familiar en adolescentes escolarizados: desunión, en donde se identifica que el 24.5% está totalmente de acuerdo que el general cada miembro de su familia funciona de forma independiente, además el

24.1% están totalmente de acuerdo que saben muy poco de los amigos de otros miembros de la familia, así como el 22.3% están totalmente de acuerdo que se llevan mejor con otra gente que no son de la familia, por otra parte el 31.3% está totalmente en desacuerdo que cuando se encuentran en casa parece que evitan el contacto unos con otros.

Tabla 26

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: Involucramiento

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
4. Pasamos demasiado tiempo juntos	123	17.3	105	17.8	146	20.6	149	21.0	187	26.3
10. Nos sentimos presionados para pasar la mayor parte del tiempo libre juntos.	197	27.7	109	15.4	168	23.7	93	13.1	143	20.1
16. Los miembros de la familia dependen demasiado unos de otros.	132	18.6	141	19.9	188	26.5	107	15.1	142	20.0
22. Los miembros de la familia tienen poca necesidad de tener amigos fuera de la familia.	202	28.5	102	14.4	188	26.5	82	11.5	136	19.2
28. Nos sentimos demasiado juntos unos a otros.	114	16.1	99	13.9	181	25.5	126	17.7	190	26.8
34. Nos sienta mal que los miembros de la familia realicen actividades con otros fuera de la familia.	200	28.2	111	15.6	174	24.5	84	11.8	141	19.9
40. Nos sentimos culpables cuando queremos pasar tiempo lejos de la familia.	137	19.3	106	14.9	196	27.6	104	14.6	167	23.5

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 26 se describe la cohesión familiar en adolescentes escolarizados: involucramiento. Se observa que el 26.8% está totalmente de acuerdo en que se sienten demasiado juntos unos a otros, el 26.3% está totalmente de acuerdo en que pasa demasiado tiempo juntos, el 28.5% mencionan estar totalmente en desacuerdo en que los miembros de la familia tienen poca necesidad de tener amigos fuera de la familia.

Tabla 27

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: rigidez

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
5. Hay consecuencias estrictas en nuestra familia para quien se salta las normas.	156	22.0	108	15.2	165	23.2	126	17.7	155	21.8
11. Hay consecuencias claras cuando un miembro de la familia hace algo mal.	129	18.2	97	13.7	194	27.3	123	17.3	167	23.5
17. Nuestra familia tiene una regla para casi toda situación posible.	162	22.8	107	15.1	170	23.9	115	16.2	156	22.0
23. Nuestra familia está muy organizada.	110	15.5	110	15.5	177	24.9	120	16.9	193	27.2
29. Nuestra familia se siente frustrada cuando hay cambio en nuestros planes o actividades rutinarias.	128	18.0	139	19.6	175	24.6	115	16.2	153	21.5
35. En nuestra familia es importante seguir las normas.	109	15.4	89	12.5	172	24.2	143	20.1	197	27.7
41. Una vez que una decisión está tomada, es muy difícil modificar esa decisión.	134	18.9	106	14.9	208	29.3	110	15.5	152	21.4

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 27 se muestra la descripción de la cohesión familiar en adolescentes escolarizados: rigidez donde se observa que 27.7% está totalmente de acuerdo de que en su familia es importante seguir las normas, así mismo el 27.2% menciona estar totalmente de acuerdo en que su familia está muy organizada, mientras que el 22.8 está totalmente en desacuerdo que su familia tiene una regla para cada situación posible.

Tabla 28

Descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados: caótico

Situaciones que puedes vivir en tu familia	Totalmente en Desacuerdo		Desacuerdo		Indeciso		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
6. En nuestra familia, nunca nos organizáramos.	183	25.8	121	17.0	164	23.1	111	15.6	131	18.5
12. Es difícil saber quién manda.	212	29.9	106	14.9	165	23.2	79	11.1	148	20.8
18. Las cosas que nos proponemos no se hacen.	183	25.7	119	16.8	175	24.6	102	14.4	131	18.5
24. No está claro quién es el responsable de que (actividades, tareas...).	157	22.1	106	14.9	201	28.3	105	14.8	141	19.9
30. No hay liderazgo.	194	27.3	105	14.8	164	23.1	93	13.1	154	21.7
36. Tiene dificultades para controlar quien hace las tareas domésticas.	161	22.7	108	15.2	183	25.8	109	15.4	149	21.0
42. Se siente agitada y desorganizada.	195	27.5	124	17.5	167	23.5	87	12.3	137	19.3

Nota: $n=710$, f =frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 28 se muestra la descripción de cohesión familiar en adolescentes escolarizados; caótico, en donde se muestra que el 21.7% está totalmente de acuerdo en que no hay liderazgo en su familia, además el 20.8% menciona estar totalmente de acuerdo en que es difícil saber quién manda en su casa, además el 19.9% está totalmente de acuerdo en que no es claro quien está a cargo de ciertas actividades en la casa, así como el 19.3% menciona estar totalmente de acuerdo al decir que su familia se siente agitada y desorganizada.

Tabla 29

Descripción del entorno social escolar: bienestar

Situación en la escuela	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Cuando hay alguna emergencia hay alguien para ayudarme	95	13.4	46	6.5	140	19.7	158	22.3	271	38.2
5. El colegio está muy ordenado y limpio	116	16.3	124	17.5	194	27.3	131	18.5	145	20.4
6. Se puede confiar en la mayoría de la gente de este colegio	119	16.8	140	19.7	192	27	118	16.6	141	19.9
7. Los estudiantes realmente quieren aprender	84	11.8	128	18	219	30.8	139	19.6	140	19.7
9. Los estudiantes de origen indígena son respetados	83	11.7	58	8.2	129	18.2	166	23.4	274	38.6
10. Mi curso tiene un aspecto muy agradable	85	12	102	14.4	159	22.4	141	19.9	223	31.4
11. La gente de este colegio se cuida uno a otro	105	14.8	107	15.1	180	25.4	147	20.6	171	24.1
12. Mi colegio es un lugar muy seguro	101	14.2	113	15.9	170	23.9	137	19.3	189	26.6

Nota: $n=710$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje.

En la tabla 29 se encuentra la descripción del entorno social escolar: Bienestar, en donde se muestra que 38.6% menciona que siempre los estudiantes indígenas son respetados, así como el 26.6% siempre su colegio es un lugar seguro, así mismo el 38.2% menciona que siempre cuando hay alguna emergencia.

Tabla 30

Descripción del entorno social escolar: exigencia académica

Situación en la escuela	Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. Los profesores de este colegio son agradables con los estudiantes	65	9.2	70	9.9	168	23.7	204	28.7	203	28.6
3. Trabajo en las tareas escolares	53	7.5	37	5.2	123	17.3	171	24.1	326	45.9
4. Cuando los estudiantes rompen las reglas, son tratados justamente	75	10.6	70	9.9	169	23.8	217	24.1	326	45.9
8. Los profesores me dicen cuando hago un buen trabajo	71	10.0	75	10.6	129	18.2	180	25.4	255	35.9
13. Los profesores hacen un buen trabajo identificando a los desordenados	82	11.5	58	8.2	153	21.5	157	22.1	260	36.6
14. Me siento cómodo hablando con mis profesores de mis problemas	175	24.6	86	12.1	133	18.7	124	17.5	192	27.0

Nota: $n=710$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje.

En la tabla 30 se encuentra la descripción del entorno social escolar: Exigencia académica, en donde se muestra que 45.9% menciona que trabaja las tareas escolares y que los estudiantes cuando rompen las reglas son tratados justamente, así como el 35.9% indica que los profesores hacen un buen trabajo identificando a los desordenados.

Tabla 31*Descripción del consumo de alcohol de acuerdo con el AUDIT*

Frecuencia y cantidad de alcohol (n ^b =180)	<i>f</i>	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)		
Nunca	85	47.2
Una o menos veces al mes	71	39.4
De 2 a 4 veces al mes	15	8.3
De 2 a 3 veces a la semana	7	3.9
4 o más veces a la semana	2	1.2
2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?		
1 o 2	141	78.3
3 o 4	21	11.7
5 o 6	12	6.7
7, 8, o 9	4	2.2
10 o más	2	1.1
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?		
Nunca	144	80.0
Menos de una vez al mes	26	14.4
Mensualmente	5	2.8
Semanalmente	5	2.8

Nota: n^b=muestra de consumidores de alcohol durante el último año, *f*=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 31 se muestran los indicadores de la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, el 39.4% indicó consumir bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, y 8.3% de 2 a 4 veces al mes. Respecto al número de bebidas consumidas en un día típico, el 78.3% mencionó haber consumido de una a dos bebidas alcohólicas y el 11.7% de tres a cuatro bebidas alcohólicas, cabe destacar que el 6.7% indicó consumir más de cinco bebidas alcohólicas. Finalmente, respecto a la frecuencia del consumo de seis a más bebidas alcohólicas se demostró que el 80% respondió que nunca ha consumido esa cantidad y el 14.4% lo ha realizado menos de una vez al mes.

Tabla 32*Descripción de consumo dependiente de acuerdo con el AUDIT*

Consumo dependiente o de riesgo (n ^b =180)	<i>f</i>	%
4. Durante este último año ¿te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?		
Nunca	153	85.0
Menos de una vez al mes	18	10.0
Mensualmente	7	3.9
Semanalmente	2	1.1
5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?		
Nunca	155	86.1
Menos de una vez al mes	14	7.8
Mensualmente	6	3.3
Semanalmente	5	2.8
6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?		
Nunca	137	76.1
Menos de una vez al mes	32	17.8
Mensualmente	6	3.3
Semanalmente	5	2.8

Nota: n^b=muestra de consumidores de alcohol durante el último año, *f*=frecuencia, %=porcentaje

La tabla 32 se reportan los indicadores de consumo de alcohol dependiente, el 85% de los participantes consumidores de alcohol señaló que durante el último año nunca le ocurrió que no pudieron parar de beber una vez que habían empezado, mientras que el 14.4% respondió que menos de una vez al mes se presentó esta situación. El 86.1% de los participantes indicaron que nunca le ocurrió han dejado de hacer algo que debían hacer por beber, mientras que el 76.1% de los participantes declararon nunca haber consumido alcohol a la mañana siguiente después de que consumieron en exceso el día anterior.

Tabla 33*Descripción de consumo dañino o perjudicial de acuerdo con el AUDIT*

Consumo dañino o perjudicial (n ^b =180)	f	%
7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?		
Nunca	138	76.7
Menos de una vez al mes	27	15.0
Mensualmente	8	4.4
Semanalmente	7	3.9
8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?		
Nunca	159	88.3
Menos de una vez al mes	13	7.2
Mensualmente	1	0.6
Semanalmente	7	3.9
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol?		
No	165	91.7
Sí, pero no en el curso del último año	10	5.6
Sí, pero el último año	5	2.7
10. Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber		
No	159	88.3
Sí, pero no en el curso del último año	11	6.1
Sí en el último año	10	5.6

Nota: n^b=muestra de consumidores de alcohol durante el último año, f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 33, se identifican los indicadores del consumo de alcohol perjudicial. El 15% reportó que se siente culpable o tuvo remordimientos por haber bebido menos de una vez al mes, 7.2% olvidaron algo que había pasado cuando estuvieron bebiendo menos de una vez al mes. En lo que se refiere a la pregunta te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol el 5.6% respondió que sí, pero no durante el último año y 2.8% respondió Sí, en el último año. Finalmente, el 5.6 %

indicó que en el último año algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por su forma de beber y le han sugerido que disminuya su forma de beber.

Tabla 34

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Min	Max	D^a	p
Edad	13.33	13.00	0.97	11.00	16.00	5.54	.001
Edad de inicio	11.08	12.00	2.43	3.00	15.00	3.60	.001
Conducta antisocial	27.73	25.00	24.60	0.00	100.00	3.46	.001
Violencia filiofamiliar	10.17	5.00	12.89	0.00	91.67	5.73	.001
Acoso escolar	16.52	10.25	18.86	0.00	100.00	5.07	.001
Ansiedad social	27.18	22.91	21.96	0.00	100.00	2.87	.001
Características del Entorno de barrio	41.23	40.74	21.25	0.00	100.00	2.26	.001
Resiliencia	60.67	61.90	26.37	0.00	100.00	1.80	.003
Autoeficacia alcohol	73.67	87.87	31.50	0.00	100.00	5.37	.001
Autoeficacia tabaco	76.11	96.29	32.80	0.00	100.00	6.99	.001
Autoeficacia drogas	78.14	100.00	33.21	0.00	100.00	9.11	.001
Cohesión familiar	59.35	60.71	28.16	0.00	100.00	2.01	.001
Clima escolar	60.90	60.71	26.48	0.00	100.00	1.86	.002
AUDIT	1.72	0.00	3.76	0.00	30.00	8.70	.001

Nota: Nota. \bar{X} = media, Mdn= mediana, DE = desviación estándar, Min. = Valor mínimo, Máx.= Valor máximo, D^a =distribución con corrección de Lilliefors, n =710.

En la tabla 34 se presenta la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas del estudio, se encontró que la edad tiene una M= 13 (DE=.097), edad de inicio de consumo M= 12 (DE= 2.43), conducta antisocial M= 27.73 (DE= 24.6), violencia filiofamiliar M=10.17 (DE=12.89), acoso escolar M= 16.52 (DE= 21.9), ansiedad social M= 27.18 (DE= 21.96), características del entorno de barrio M= 41.23 (DE= 21.25), resiliencia M 60.6 (DE= 26.37), clima escolar M= 60.9 (DE= 26.48) las variables no presentan normalidad ($p<.05$) por lo que se utilizó estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de estudio.

Resultados para responder objetivos del estudio

En la siguiente sección se muestran los resultados para responder el primer objetivo, que menciona describir los factores de riesgo y de protección en adolescentes por sexo., estos resultados se muestran en la Tabla 34.

Tabla 35

Prueba U de Mann Whitney para la descripción de factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio) y factores protectores (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar, clima escolar) por sexo

Variable	Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Conducta antisocial	Masculino	350	28.90	25.00	25.46	60323.50	.325
	Femenino	360	26.59	20.00	23.71		
Violencia filio parental	Masculino	350	10.47	5.00	13.58	62536.50	.864
	Femenino	360	9.80	5.00	12.18		
Acoso escolar	Masculino	350	17.08	11.53	18.72	59896.00	.225
	Femenino	360	15.98	10.25	19.01		
Ansiedad social	Masculino	350	23.93	20.83	19.25	54289.50	.001
	Femenino	360	30.34	25.52	23.91		
Características del barrio	Masculino	350	39.34	37.03	20.89	55862.00	.009
	Femenino	360	43.06	40.74	21.47		
Resiliencia	Masculino	350	61.49	63.09	25.87	60284.00	.320
	Femenino	360	59.87	59.52	26.85		
Autoeficacia alcohol	Masculino	350	72.59	87.87	31.88	59173.00	.154
	Femenino	360	74.73	89.39	31.13		
Autoeficacia tabaco	Masculino	350	75.74	96.29	33.01	60974.50	.429
	Femenino	360	76.47	100	32.64		
Autoeficacia drogas	Masculino	350	78.36	100	32.92	62555.50	.854
	Femenino	360	77.92	100	33.53		
Cohesión familiar	Masculino	350	60.24	64.28	27.35	60984.00	.452
	Femenino	360	58.48	60.71	28.95		
Clima escolar	Masculino	350	60.25	60.71	26.49	61663.50	.624
	Femenino	360	61.53	62.50	26.48		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*=U de Mann-Whitney, *p*=significancia, *n*=710

En la tabla 35 se describen las variables de factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filiofamiliar, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio) y factores protectores (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar, clima escolar) por sexo. Se encontraron diferencias significativas de la ansiedad social ($U=54289.5$, $p<.001$) y características del barrio ($U=55862.0$, $p=.009$). Las mujeres registraron medias y medianas más altas de ansiedad social y características del barrio que los hombres. Para dar respuesta al segundo objetivo que señala calcular las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes por sexo, los resultados se muestran en la tabla 36 a la 38.

Tabla 36

Prevalencias de consumo de alcohol por sexo

Consumo de alcohol	Masculino (n=271)			Femenino (n=332)			χ^2	Valor de p
	f	%	IC 95%	f	%	IC 95%		
Alguna vez en la vida	158	26.2	[40-50]	164	27.1	[40-51]	.012	.912
En el último año	75	12.4	[17-26]	105	17.4	[24-34]	5.61	.018
En el último mes	25	4.1	[4-10]	41	6.7	[8-15]	3.79	.050
En la última semana	13	2.1	[2-6]	22	3.6	[4-8]	2.17	.140

Nota: f = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza, χ^2 = Chi Cuadrada de Pearson, p = significancia estadística, n=603

En la tabla 36, se muestra las prevalencias del consumo de alcohol, los resultados muestran diferencias de las prevalencias en el último año ($\chi^2=5.61$, $p=.018$) y en el último mes ($\chi^2=3.79$, $p=.050$), destacando prevalencias de consumo de alcohol superiores en las mujeres adolescentes.

En la tabla 37, se muestra las prevalencias del consumo de tabaco, los resultados mostraron que no existen diferencias en las prevalencias de consumo de tabaco entre hombres y mujeres.

Tabla 37

Prevalencias de consumo de tabaco por sexo

Consumo de tabaco	Masculino (n=87)			Femenino (n=99)			χ^2	Valor de p
	f	%	IC 95%	f	%	IC 95%		
Alguna vez en la vida	48	25.8	[10-17]	41	22.0	[8-15]	.875	.350
En el último año	21	11.2	[3-9]	28	15.0	[5-11]	.873	.350
En el último mes	11	6.0	[1-5]	19	10.2	[3-8]	1.99	.157
En la última semana	7	3.8	[1-3]	11	6.0	[1-5]	.800	.371

Nota: f = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza, χ^2 = Chi Cuadrada, p = significancia estadística, n = 186

Tabla 38

Prevalencias de consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína e inhalables) por sexo

Consumo de drogas	Masculino (n=86)			Femenino (n=61)			χ^2	Valor de p
	f	%	IC 95%	f	%	IC 95%		
Alguna vez en la vida	40	27.2	[8-15]	27	18.3	[5-10]	3.20	.073
En el último año	24	16.3	[4-10]	16	10.8	[2-7]	1.94	.163
En el último mes	14	9.5	[2-6]	13	8.9	[2-6]	.073	.786
En la última semana	8	5.4	[1-4]	5	3.6	[0-3]	.794	.373

Nota: f = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza, χ^2 = Chi Cuadrada, p = significancia estadística, n = 147

En la tabla 38, se muestra las prevalencias del consumo de drogas (marihuana, cocaína e inhalables), los resultados mostraron que no existen diferencias en las prevalencias de consumo de drogas entre hombres y mujeres.

Para dar respuesta al tercer objetivo que señala comparar los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes que consumen y no consumen estas sustancias, los resultados se muestran en la tabla 39 a la 41.

Tabla 39

Prueba U de Mann Whitney para las variables conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para el alcohol, cohesión familiar, Clima escolar, por prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida

Variable	Consumo alcohol	n	\bar{X}	Mdn	DE	U	p
Conducta antisocial	No	388	19.80	10	22.7	34539.00	.001
	Sí	322	37.28	35	23.3		
Violencia filio parental	No	388	8.95	3.33	13.39	49586.00	.001
	Sí	322	11.64	8.33	13.39		
Acoso escolar	No	388	15.02	7.69	20.19	48291.50	.001
	Sí	322	18.34	14.10	16.9		
Ansiedad social	No	388	24.10	19.27	21.16	50716.00	.001
	Sí	322	30.8	27.08	22.26		
Características del barrio	No	388	42.19	38.88	23.73	61594.00	.748
	Sí	322	40.07	40.74	17.78		
Resiliencia	No	388	65.23	67.26	28.24	47266.00	.001
	Sí	322	55.18	56.54	22.78		
Autoeficacia alcohol	No	388	74.46	90.90	34.36	51977.00	.001
	Sí	322	72.72	81.81	27.67		
Cohesión familiar	No	388	62.05	67.85	29.51	53076.00	.001
	Sí	322	56.08	57.14	26.13		
Clima escolar	No	388	65.42	67.85	28.01	46958.50	.001
	Sí	322	55.44	56.25	23.42		

Nota: \bar{X} = media, Mdn=mediana, DE=desviación estándar, U=U de Mann-Whitney, p=significancia, n=710

Los resultados de la tabla 39 revelan diferencias significativas en los factores de riesgo de conducta antisocial $U= 34539.00$ $p=001$, violencia filio-parental $U= 49586.00$ $p=001$, acoso escolar $U= 48291.50$ $p=001$ y ansiedad social $U= 50716.00$ $p=001$ según el consumo de alcohol alguna vez en la vida. Se observan medias y medianas más altas de estos factores de riesgo en los adolescentes que han probado el alcohol en comparación con aquellos que nunca lo han hecho. Asimismo, se identifican diferencias significativas en los factores protectores como la resiliencia $U= 47266.00$ $p=001$, la autoeficacia para evitar el consumo de alcohol $U= 51977.00$ $p=001$, la cohesión familiar $U= 53076.00$ $p=001$ y el clima escolar $U= 46958.50$ $p=001$, con medias s más altas entre los adolescentes que nunca han consumido alcohol.

Tabla 40

Prueba U de Mann Whitney para las variables conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para el tabaco, cohesión familiar, entorno, por consumo de tabaco alguna vez en la vida

Variable	Consumo tabaco	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Conducta antisocial	No	621	24.91	20.00	23.62	13113.50	.001
	Sí	89	47.41	50.00	22.31		
Violencia filio parental	No	621	9.44	5.00	12.41	19678.50	.001
	Sí	89	15.26	11.66	14.90		
Acoso escolar	No	621	15.98	10.25	19.11	20983.00	.001
	Sí	89	20.29	16.66	16.62		
Ansiedad social	No	621	26.80	22.91	21.96	25123.00	.165
	Sí	89	29.81	25.00	21.92		
Características del barrio	No	621	41.82	40.74	21.49	23700.50	.029
	Sí	89	37.12	33.33	19.09		
Resiliencia	No	621	62.28	63.09	26.32	19344.00	.001
	Sí	89	49.43	46.42	23.95		
Autoeficacia tabaco	No	621	78.41	100	32.25	16693.00	.001
	Sí	89	60.09	62.96	32.31		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*=U de Mann-Whitney, *p*=significancia, *n*=710

Tabla 41

Prueba U de Mann Whitney para las variables conducta antisocial, violencia filiofamiliar, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para el tabaco, cohesión familiar, entorno, por consumo de tabaco alguna vez en la vida (Continuación...)

Variable	Consumo tabaco	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Cohesión familiar	No	621	60.89	64.28	28.12	20303.50	.001
	Sí	89	48.55	50.00	26.19		
Clima escolar	No	621	62.81	64.28	26.42	17663.00	.001
	Sí	89	47.57	46.42	23.00		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*=U de Mann-Whitney, *p*=significancia, *n*=710

Los resultados de la tabla 41 evidencian diferencias significativas en los factores de riesgo de conducta antisocial ($U=13113.50$ $p=001$), violencia filiofamiliar ($U=19678.50$ $p=001$), acoso escolar ($U=20983.00$ $p=001$) y características del barrio ($U=23700.50$ $p=001$) según la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida. Se destacan medias y medianas más altas en los adolescentes que han probado el tabaco en comparación con los que nunca lo han hecho. También se observan diferencias significativas en factores protectores como la resiliencia ($U=19344.00$ $p=001$), la autoeficacia para evitar el consumo de tabaco ($U=16693.00$ $p=001$), la cohesión familiar ($U=20303.50$ $p=001$) y el clima escolar ($U=17663.00$ $p=001$), con medias y medianas más altas entre los adolescentes que nunca han consumido tabaco.

Tabla 42

Prueba U de Mann Whitney para las variables conducta antisocial, violencia filio parental, acoso escolar, ansiedad social, características del barrio, resiliencia, autoeficacia para drogas, cohesión familiar, entorno, por consumo drogas ilícitas alguna vez en la vida

Variable	Consumo Drogas ilícitas	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Conducta antisocial	No	643	25.54	20.00	23.79	10080.00	.001
	Sí	67	48.73	50.00	22.43		
Violencia filio parental	No	643	9.54	5.00	12.71	13746.00	.001
	Sí	67	16.19	15.00	13.08		
Acoso escolar	No	643	15.79	10.25	18.83	14387.50	.001
	Sí	67	23.51	21.79	17.87		
Ansiedad social	No	643	26.55	21.87	22.04	17010.00	.005
	Sí	67	33.20	30.20	20.38		
Características del barrio	No	643	41.81	40.74	21.65	18022.00	.027
	Sí	67	35.59	33.33	16.00		
Resiliencia	No	643	60.93	61.90	27.01	19459.00	.192
	Sí	67	58.13	57.14	19.09		
Autoeficacia drogas	No	643	78.84	100.00	33.40	17386.00	.003
	Sí	67	71.34	73.33	30.70		
Cohesión familiar	No	643	60.24	64.28	28.53	16558.00	.001
	Sí	67	50.74	50.00	22.88		
Clima escolar	No	643	61.99	62.50	26.78	14989.50	.001
	Sí	67	50.37	48.21	20.83		

Nota: \bar{X} = media, *Mdn*=mediana, *DE*=desviación estándar, *U*=U de Mann-Whitney, *p*=significancia, *n*=710

Los resultados de la tabla 42 muestran diferencias significativas de los factores de riesgo de conducta antisocial ($U=10080.00$ $p=001$), violencia filio parental ($U= 13746.00$ $p=001$), acoso escolar ($U=14387.50$ $p=001$), destacando medias y medianas superiores en los adolescentes que han consumido alguna droga alguna vez en la vida comparado con aquellos que nunca han consumido. Además, se muestran diferencias significativas de los factores protectores como la autoeficacia para evitar el

consumo de drogas ($U=17386.00$ $p=001$), la cohesión familiar ($U= 16558.00$ $p=001$) y el clima escolar ($U=14989.50$ $p=001$), destacando medias y medianas más altas entre los adolescentes que nunca han consumido drogas.

Para dar respuesta al cuarto objetivo que señala analizar la relación de los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características de barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) con el consumo de drogas licitas e ilícitas, los resultados se muestran en la tabla 42 a la 44.

En la tabla 42 a través del Coeficiente de Correlación de Spearman se muestra que existe relación positiva y significativa de los factores de riesgo conducta antisocial ($rs=.306$, $p<.001$), violencia filoparental ($rs=.148$, $p<.001$), acoso escolar ($rs=.116$, $p=.002$), ansiedad social ($rs=.077$, $p=.039$) y características de barrio ($rs=.091$, $p=.015$) con el consumo de alcohol (AUDIT), así mismo se muestra correlación positiva y significativa de la conducta antisocial ($rs=.267$, $p<.001$), la violencia filo parental ($rs=.132$, $p<.001$) y el acoso escolar ($rs=.116$, $p<.001$) con el número de bebidas consumidas en un día típico. Los factores de protección resiliencia ($rs=-.196$, $p<.001$; $rs=-.112$, $p=.003$); autoeficacia ($rs=-.246$, $p<.001$; $rs=-.119$, $p<.001$), cohesión familiar ($rs=-.160$, $p<.001$; $rs=-.074$, $p=.049$) y clima escolar positivo ($rs=-.270$, $p<.001$; $rs=-.146$, $p<.001$) mostraron una relación negativa y significativa con el consumo de alcohol y el número de bebidas consumidas en un día típico respectivamente.

En la tabla 43 a través del Coeficiente de Correlación de Spearman se muestra que existe relación positiva y significativa de los factores de riesgo conducta antisocial ($rs=.214$, $p<.001$), violencia filo parental ($rs=.126$, $p<.001$) y acoso escolar ($rs=.079$,

$p=.002$) con la cantidad de cigarrillos de tabaco. Los factores de protección resiliencia ($rs=-.092, p=.014$) autoeficacia ($rs=-.222, p<.001$), cohesión familiar ($rs=-.114, p=.002$) y clima escolar positivo ($rs=-.141, p<.001$) mostraron una relación negativa y significativa con la cantidad de cigarrillos de tabaco en un día típico.

En la tabla 44 a través del Coeficiente de Correlación de Spearman se muestra que existe relación positiva y significativa de los factores de riesgo conducta antisocial ($rs=.226, p<.001$), violencia filo parental ($rs=.147, p<.001$), acoso escolar ($rs=.139, p=.002$) ansiedad social ($rs=.084, p=.025$) y características de barrio ($rs=.103, p<.007$) con la cantidad de drogas ilícitas consumidas. Los factores de protección cohesión familiar ($rs=-.113, p=.003$) y clima escolar positivo ($rs=-.102, p=.001$) mostraron una relación negativa y significativa con la cantidad de drogas ilícitas en un día típico.

Tabla 43*Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores de riesgo y protectores y consumo de alcohol*

n=710	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Conducta antisocial	1										
2. Violencia filio parental	.466** .001	1									
3. Acoso escolar	.501** .001	.340** .001	1								
4. Ansiedad social	.163** .001	.166** .001	.243** .001	1							
5. Características del barrio	.002 .953	-.045 .227	.064 .091	.133** .000	1						
6. Resiliencia	-.268** .001	-.195** .001	-.162** .001	-.297** .000	.037 .323	1					
7. Autoeficacia alcohol	-.289** .001	-.208** .001	-.133** .000	-.026 .490	.094* .013	.424** .000	1				
8. Cohesión familiar	-.195** .001	-.160** .001	-.067 .074	-.157** .000	.040 .287	.454** .000	.407** .000	1			
9. Clima escolar	-.335** .001	-.224** .001	-.163** .001	-.215** .001	.033 .386	.518** .001	.401** .001	.562** .001	1		
10. Numero de bebidas	.267** .001	.132** .001	.116** .002	.060 .110	.003 .939	-.112** .003	-.119** .001	-.074* .049	-.146** .001	1	
11. AUDIT	.306** .001	.148** .001	.116** .002	.077* .039	-.091* .015	-.196** .001	-.246** .001	-.160** .001	-.270** .001	.558** .001	1

Nota: n=total de la muestra, AUDIT= Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol

Tabla 44*Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores de riesgo y protectores y consumo de tabaco*

n=710	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Conducta antisocial	1									
2. Violencia filio parental	.466** .001	1								
3. Acoso escolar	.501** .001	.340** .001	1							
4. Ansiedad social	.163** .001	.166** .001	.243** .001	1						
5. Características del barrio	.002 .953	-.045 .227	.064 .091	.133** .000	1					
6. Resiliencia	-.268** .001	-.195** .001	-.162** .001	-.297** .001	.037 .323	1				
7. Autoeficacia tabaco	-.220** .000	-.178** .001	-.098** .009	.015 .692	.094* .012	.345** .001	1			
8. Cohesión familiar	-.195** .001	-.160** .001	-.067 .074	-.157** .001	.040 .287	.454** .001	.343** .001	1		
9. Clima escolar	-.335** .001	-.224** .001	-.163** .001	-.215** .001	.033 .386	.518** .001	.315** .001	.562** .001	1	
10. Número de cigarrillos	.214** .001	.126** .001	.079* .035	.015 .697	-.069 .065	-.092* .014	-.222** .001	-.114** .002	-.141** .001	1

Nota: n=total de la muestra

Tabla 45*Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables de factores de riesgo y protectores y consumo de drogas ilícitas*

n=710	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Conducta antisocial	1									
2. Violencia filio parental	.466** .001	1								
3. Acoso escolar	.501** .001	.340** .000	1							
4. Ansiedad social	.163** .001	.166** .001	.243** .001	1						
5. Características del barrio	.002 .953	-.045 .227	.064 .091	.133** .001	1					
6. Resiliencia	-.268** .001	-.195** .001	-.162** .001	-.297** .001	.037 .323	1				
7. Autoeficacia drogas	-.147** .001	-.139** .001	-.065 .085	.063 .092	.118** .002	.330** .001	1			
8. Cohesión familiar	-.195** .001	-.160** .001	-.067 .074	-.157** .001	.040 .287	.454** .001	.357** .001	1		
9. Clima escolar	-.335** .001	-.224** .001	-.163** .001	-.215** .001	.033 .386	.518** .001	.286** .001	.562** .001	1	
10. Cantidad de droga	.226** .001	.147** .001	.139** .001	.084* .025	-.102** .007	-.011 .761	-.059 .115	-.113** .003	-.126** .001	1

Nota: n=total de la muestra.

Resultados para responder las hipótesis del estudio

Para dar respuesta a la primera hipótesis que indica: los factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio muestran efecto positivo sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas, los resultados se muestran de la tabla 46 a la 48.

Tabla 46

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	β	SE	B		LI	LS
Conducta antisocial	.039	.006	.257	.001	.027	.052
Violencia filio parental	.009	.012	.030	.464	-.015	.032
Acoso escolar	-.007	.008	-.035	.379	-.022	.009
Ansiedad social	.012	.006	.067	.066	.000	.024
Características del barrio	-.007	.007	-.038	.303	-.020	.006
$F_{(5, 704)} = 11.78, R^2 = 7.7\%, p < .001$						
Modelo 4	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	β	SE	β		LI	LS
Conducta antisocial	.040	.006	.259	.001	.029	.051
$F_{(2, 707)} = 28.19, R^2 = 7.4\%, p < .001$						

Nota: SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 45 se muestra el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de alcohol (AUDIT), los

resultados mostraron que el modelo fue significativo ($F_{(5, 704)} = 11.78, p < .001$) con una varianza explicada del 7.7%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que la variable que mantiene el efecto positivo sobre el consumo de alcohol (AUDIT) fue la conducta antisocial ($\beta = .040, p < .001$).

Tabla 46

Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Conducta antisocial	.036	.004	72.02	1	.001	1.03	1.02	1.04
Violencia filio parental	-.014	.007	3.58	1	.058	.986	.972	1.00
Acoso escolar	-.004	.005	.605	1	.437	.996	.986	1.00
Ansiedad social	.015	.004	14.81	1	.001	1.01	1.00	1.02
Características del barrio	-.007	.004	2.83	1	.092	.993	.985	1.00
Constante	-1.10	.223	24.55	1	.001	.331		1
Modelo 1	$\chi^2 = 113.5, gl = 5, R^2 = 19.8\%, p < .001$							
Conducta antisocial	.035	.004	74.79	1	.001	1.03	1.02	1.04
Violencia filio parental	-.015	.007	4.05	1	.044	.986	.972	1.00
Ansiedad social	.014	.004	14.50	1	.001	1.01	1.007	1.02
Entorno del barrio	-.007	.004	3.29	1	.069	.993	.985	1.00
Constante	-1.11	.223	24.99	1	.001	.328		
Modelo 2	$\chi^2 = 112.98, gl = 4, R^2 = 19.7\%, p < .001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, n =Total de la muestra

En la tabla 46 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida, los

resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 113.5$, $p < .001$) con una varianza explicada del 19.8%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida fueron la conducta antisocial ($\beta = .035$, $p < .001$), la violencia filio-parental ($\beta = -.015$, $p < .044$) y la ansiedad social ($\beta = .014$, $p < .001$).

Tabla 47

Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Conducta antisocial	.036	.005	43.71	1	.000	1.03	1.02	1.04
Violencia filio parental	.002	.009	.052	1	.819	1.00	.985	1.02
Acoso escolar	-.005	.008	.379	1	.538	.995	.980	1.01
Ansiedad social	.007	.006	1.45	1	.229	1.00	.996	1.01
Características del barrio	-.014	.006	5.22	1	.022	.986	.974	.998
Constante	-2.80	.347	65.28	1	.000	.060		
Modelo 1	$\chi^2 = 67.64$, $gl = 5$, $R^2 = 17.1\%$, $p < .001$							
Conducta antisocial	.035	.005	56.64	1	.000	1.03	1.02	1.04
Entorno del barrio	-.014	.006	5.36	1	.021	.986	.974	.998
Constante	-2.65	.311	72.51	1	.000	.071		
Modelo 2	$\chi^2 = 65.95$, $gl = 2$, $R^2 = 16.7\%$, $p < .001$							

Nota: β = beta, EE = Error estándar, gl = Grados de libertad, OR = Razón de probabilidad, p = Probabilidad, IC = Intervalo de confianza, LI = Límite inferior, LS = Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, n = Total de la muestra

En la tabla 47 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 67.64$, $p < .001$) con una varianza explicada del 17%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las

variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida fueron la conducta antisocial ($\beta=.035$, $p<.001$) y la violencia filio-parental ($\beta=-.014$, $p=.021$).

Tabla 48

Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%		
							LI	LS	
Conducta antisocial	.034	.006	31.65	1	.001	1.03	1.02	1.04	
Violencia filio parental	.001	.010	.007	1	.931	1.00	.981	1.02	
Acoso escolar	.008	.008	.907	1	.341	1.00	.992	1.02	
Ansiedad social	.014	.006	5.43	1	.020	1.01	1.00	1.02	
Entorno del barrio	-.021	.007	8.55	1	.003	.979	.965	.993	
Constante	-3.31	.406	66.55	1	.001	.037			
Modelo 1	$\chi^2 = 63.5$, $gl = 5$, $R^2 = 18.4\%$, $p < .001$								
Conducta antisocial	.037	.005	46.50	1	.001	1.03	1.02	1.04	
Ansiedad social	.015	.006	6.31	1	.012	1.01	1.00	1.02	
Características del barrio	-.020	.007	7.91	1	.005	.980	.966	.994	
Constante	-3.29	.407	65.26	1	.001	.037			
Modelo 2	$\chi^2 = 62.64$, $gl = 3$, $R^2 = 18.2\%$, $p < .001$								

Nota: β = beta, EE = Error estándar, gl = Grados de libertad, OR =Razón de probabilidad, p = Probabilidad, IC =Intervalo de confianza, LI =Límite inferior, LS =Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, n =Total de la muestra

En la tabla 48 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de riesgo: conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 63.5$, $p < .001$) con una varianza explicada del 18.4%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida fueron la conducta antisocial ($\beta=.037$, $p < .001$), ansiedad social

($\beta=.015$, $p=.012$) y características del barrio ($\beta=-.020$, $p<.005$). Con los resultados presentados de la tabla 44 a la 48 se aprueba la hipótesis uno.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que indica: Los factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo muestran efecto negativo sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas, los resultados se muestran de la tabla 49 a la 52.

Tabla 49

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	β	SE			B	LI
Resiliencia	-.001	.006	-.009	.849	-.014	.011
Autoeficacia alcohol	-.012	.005	-.101	.019	-.022	-.002
Cohesión familiar	.001	.006	.007	.884	-.011	.013
Clima escolar	-.025	.007	-.174	.001	-.038	-.011
$F_{(4, 705)} = 10.39$, $R^2 = 5.6\%$, $p < .001$						
Modelo 3	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	β	SE			β	LI
Autoeficacia alcohol	-.012	.005	-.102	.011	-.022	-.003
Clima escolar positivo	-.025	.006	-.174	.001	-.036	-.014
$F_{(2, 707)} = 20.81$, $R^2 = 5.6\%$, $p < .001$						

Nota: SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 49 se muestra el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de alcohol (AUDIT), los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($F_{(4, 705)} = 10.39$, $p < .001$) con una varianza explicada del 5.6%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto

negativo sobre el consumo de alcohol (AUDIT) fueron la autoeficacia ($\beta=-.012, p=.011$) y el clima escolar positiva ($\beta=-.025, p<.001$).

Tabla 50

Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Resiliencia	-.013	.004	12.84	1	.001	.987	.980	.994
Autoeficacia alcohol	.007	.003	5.82	1	.016	1.01	1.00	1.01
Cohesión familiar	.001	.004	.052	1	.819	1.00	.994	1.00
Clima escolar positivo	-.012	.004	10.35	1	.001	.988	.980	.995
Constante	.776	.243	10.16	1	.001	2.17		
Modelo 1	$\chi^2 = 40.79, gl = 4, R^2 = 7.5\%, p < .001$							
Resiliencia	-.013	.004	12.89	1	.001	.987	.980	.994
Autoeficacia alcohol	.007	.003	6.25	1	.012	1.01	1.00	1.01
Clima escolar positivo	-.012	.004	11.83	1	.001	.988	.981	.995
Constante	-.013	.004	12.89	1	.001	.987	.980	.994
Modelo 2	$\chi^2 = 40.74, gl = 3, R^2 = 7.5\%, p < .001$							

Nota: β = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior, R^2 = Coeficiente de determinación, n =Total de la muestra

En la tabla 50 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 40.79, p < .001$) con una varianza explicada del 7.5%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida fueron la resiliencia ($\beta=-.013, p < .001$), autoeficacia ($\beta=-.007, p=.012$) y clima escolar positivo ($\beta=-.012, p < .001$).

Tabla 51

Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Resiliencia	-.007	.005	1.78	1	.182	.993	.983	1.00
Autoeficacia tabaco	-.008	.004	5.48	1	.019	.992	.985	.999
Cohesión familiar	-.001	.005	.041	1	.839	.999	.989	1.00
Clima escolar positivo	-.013	.005	5.67	1	.017	.987	.977	.998
Constante	-.196	.302	.420	1	.517	.822		
Modelo 1	$\chi^2 = 35.63, gl = 5, R^2 = 9.2\%, p < .001$							
Autoeficacia tabaco	-.010	.003	8.97	1	.003	.990	.983	.997
Clima escolar positivo	-.016	.005	11.77	1	.001	.984	.976	.993
Constante	-.368	.273	1.821	1	.177	.692		
Modelo 3	$\chi^2 = 33.67, gl = 2, R^2 = 8.7\%, p < .001$							

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

En la tabla 51 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 35.63, p < .001$) con una varianza explicada del 9.2%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida fueron la autoeficacia ($\beta = -.010, p = .003$) y clima escolar positivo ($\beta = -.016, p < .001$).

Tabla 52

Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de drogas alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Resiliencia	.007	.006	1.620	1	.203	1.00	.996	1.01
Autoeficacia drogas ilícitas	-.005	.004	1.406	1	.236	.995	.987	1.00
Cohesión familiar	-.004	.006	.475	1	.491	.996	.985	1.00
Clima escolar positivo	-.014	.006	5.43	1	.020	.986	.975	.998
Constante	-1.323	.357	13.75	1	.001	.266		
Modelo 1	$\chi^2 = 14.36, gl = 5, R^2 = 4.3\%, p < .001$							
Clima escolar positivo	-.016	.005	11.37	1	.001	.984	.975	.993
Constante	-1.36	.276	24.52	1	.001	.255		
Modelo 3	$\chi^2 = 11.31, gl = 1, R^2 = 3.4\%, p < .001$							

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

En la tabla 52 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección: resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 14.36, p < .001$) con una varianza explicada del 3.4%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que la variable que mantiene el efecto sobre la prevalencia del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida fue el clima escolar positivo ($\beta = -.016, p < .001$). Con los resultados presentados de la tabla 48 a la 51 se aprueba la hipótesis dos.

Para dar respuesta a la tercera hipótesis que indica: Los factores de protección como resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo reducen el efecto de los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio para evitar consumo de drogas lícitas e ilícitas., los resultados se observan de la tabla 53 a la 56.

Tabla 53

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Modelo 1	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	β	SE	B		LI	LS
Resiliencia	.004	.006	.028	.540	-.009	.017
Autoeficacia alcohol	-.012	.005	-.100	.022	-.022	-.002
Cohesión familiar	.001	.006	.005	.911	-.011	.013
Clima escolar	-.017	.007	-.118	.014	-.030	-.003
Conducta antisocial	.032	.007	.211	.001	.019	.045
Violencia filio parental	.007	.012	.023	.566	-.017	.030
Acoso escolar	-.004	.008	-.022	.568	-.020	.011
Ansiedad social	.011	.007	.065	.091	-.002	.024
Características del barrio	-.003	.007	-.017	.647	-.016	.010
$F_{(9, 700)}=8.87, R^2=10.2\%, p <.001$						
Modelo 7	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	Valor de p	IC 95% para B	
	β	SE	β		LI	LS
Autoeficacia alcohol	-.010	.005	-.083	.036	-.019	.000
Clima escolar	-.017	.006	-.122	.003	-.029	-.006
Conducta antisocial	.033	.006	.215	.001	.022	.044
$F_{(3, 706)}=25.48, R^2=9.8\%, p <.001$						

Nota: SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 53 se muestra el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de factores de protección: (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes escolarizados, los resultados mostraron que el modelo fue significativo

($F_{(9, 700)}=8.87, p <.001$) con una varianza explicada del 10.2%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto negativo sobre el consumo de alcohol (AUDIT) fueron la autoeficacia ($\beta=-.010, p=.036$) y el clima escolar positiva ($\beta=-.017, p=.003$), la conducta antisocial mostró un efecto positivo y significativo ($\beta=.033, p<.001$).

Tabla 54

Modelo de Regresión Logística de las variables factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Resiliencia	-.010	.004	5.79	1	.016	.990	.983	.998
Autoeficacia alcohol	.008	.003	6.14	1	.013	1.00	1.002	1.01
Cohesión familiar	.001	.004	.036	1	.850	1.00	.993	1.01
Clima escolar positivo	-.006	.004	2.47	1	.121	.994	.985	1.00
Conducta antisocial	.034	.004	62.17	1	.001	1.03	1.02	1.04
Violencia filio parental	-.013	.007	3.10	1	.078	.987	.973	1.00
Acoso escolar	-.003	.005	.379	1	.538	.997	.987	1.00
Ansiedad social	.010	.004	6.32	1	.012	1.01	1.00	1.01
Características del barrio	-.006	.004	2.16	1	.142	.994	.986	1.00
Constante	-.676	.349	3.74	1	.053	.509		
Modelo 1	$\chi^2 = 126.87, gl = 9, R^2 = 21.9\%, p <.001$							
Resiliencia	-.012	.004	11.14	1	.001	.988	.981	.995
Autoeficacia alcohol	.007	.003	4.80	1	.028	1.00	1.00	1.01
Conducta antisocial	.031	.004	70.69	1	.001	1.03	1.02	1.03
Ansiedad social	.009	.004	5.40	1	.020	1.00	1.00	1.01
Constante	-1.06	.308	11.92	1	.001	.345		
Modelo 6	$\chi^2 = 117.45, gl = 4, R^2 = 20.4\%, p <.001$							

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

En la tabla 54 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de

factores de protección factores de riesgo sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 126.87, p < .001$) con una varianza explicada del 21.9%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de alcohol alguna vez en la vida fueron la resiliencia ($\beta = -.012, p < .001$), autoeficacia ($\beta = -.007, p = .028$), la conducta antisocial ($\beta = .031, p < .001$) y la ansiedad social ($\beta = .009, p = .020$).

Tabla 55

Modelo de Regresión Logística de las variables factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de tabaco alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Resiliencia	-.004	.006	.405	1	.525	.996	.985	1.07
Autoeficacia tabaco	-.009	.004	5.09	1	.024	.991	.983	.999
Cohesión familiar	-.002	.005	.083	1	.774	.998	.988	1.00
Clima escolar	-.008	.006	1.76	1	.184	.992	.981	1.00
Conducta antisocial	.033	.006	34.3	1	.000	1.034	1.02	1.04
Violencia filio parental	.001	.009	.021	1	.886	1.001	.983	1.02
Acoso escolar	-.004	.008	.277	1	.599	.996	.980	1.01
Ansiedad social	.007	.006	1.28	1	.258	1.007	.995	1.01
Características del barrio	-.010	.006	2.29	1	.129	.990	.978	1.00
Constante	-1.537	.458	11.27	1	.001	.215		
Modelo 1	$\chi^2 = 84.77, gl = 9, R^2 = 21.2\%, p < .001$							
Autoeficacia tabaco	-.010	.004	8.03	1	.005	.990	.983	.997
Clima escolar	-.011	.005	5.01	1	.025	.989	.980	.999
Conducta antisocial	.032	.005	43.23	1	.001	1.03	1.02	1.04
Constante	-1.75	.370	22.43	1	.001	.173		
Modelo 7	$\chi^2 = 79.92, gl = 3, R^2 = 20.1\%, p < .001$							

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

En la tabla 55 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de

factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo del tabaco alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 84.77, p < .001$) con una varianza explicada del 21.2%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida fueron la autoeficacia ($\beta = -.010, p = .005$), clima escolar ($\beta = -.011, p = .025$) y la conducta antisocial ($\beta = .032, p < .001$).

En la tabla 56 se muestra el Modelo de Regresión Logística de las variables de factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida, los resultados mostraron que el modelo fue significativo ($\chi^2 = 71.39, p < .001$) con una varianza explicada del 20.6%. Al aplicar el procedimiento hacia atrás se observa que las variables que mantienen el efecto sobre la prevalencia del consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida fueron la resiliencia ($\beta = -.013, p = .038$), clima escolar ($\beta = -.011, p = .050$), la conducta antisocial ($\beta = .037, p = .001$), la ansiedad social ($\beta = .016, p = .010$), y las características del barrio ($\beta = -.021, p = .004$). Con los resultados presentados de la tabla 52 a la 55 se aprueba la hipótesis tres.

Tabla 56

Modelo de Regresión Logística de las variables factores de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) y factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) sobre el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en adolescentes escolarizados (procedimiento hacia atrás).

Variable n=710	B	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95%	
							LI	LS
Resiliencia	.016	.006	5.85	1	.016	1.01	1.00	1.02
Autoeficacia drogas	-.005	.005	.960	1	.327	.995	.986	1.00
Cohesión familiar	-.004	.006	.383	1	.536	.996	.985	1.00
Clima escolar positivo	-.008	.006	1.73	1	.187	.992	.979	1.00
Conducta antisocial	.035	.006	29.72	1	.001	1.03	1.02	1.04
Violencia filio parental	.000	.010	.007	1	.933	.999	.980	1.01
Acoso escolar	.009	.008	1.25	1	.263	1.00	.993	1.02
Ansiedad social	.016	.006	6.42	1	.011	1.01	1.00	1.02
Características del barrio	-.021	.007	8.30	1	.004	.979	.965	.993
Constante	-3.29	.589	31.18	1	.001	.037		
Modelo 1	$\chi^2 = 71.39, gl = 9, R^2 = 20.6\%, p < .001$							
Resiliencia	.013	.006	4.321	1	.038	1.01	1.00	1.02
Clima escolar	-.011	.006	3.739	1	.050	.989	.978	1.00
Conducta antisocial	.037	.006	43.51	1	.001	1.03	1.02	1.04
Ansiedad social	.016	.006	6.621	1	.010	1.01	1.00	1.02
Características del entorno barrio	-.021	.007	8.291	1	.004	.979	.965	.993
Constante	-3.42	.593	33.34	1	.001	.033		
Modelo 5	$\chi^2 = 68.45, gl = 5, R^2 = 19.8\%, p < .001$							

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

Capítulo IV

Discusión

Este trabajo tuvo como objetivo analizar el efecto de los factores de riesgo y protección en el consumo y no consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes escolarizados de la frontera norte Tijuana, Baja California, a través de la propuesta de un modelo explicativo. A continuación, se discuten los resultados obtenidos de los objetivos e hipótesis, posteriormente se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

De acuerdo con los datos sociodemográficos en el presente estudio se identificó que la droga de mayor consumo es el alcohol, seguida del tabaco, marihuana e inhalables, resultados que concuerdan con lo expuesto en estudios internacionales (Obando et al, 2014; Larrota & Castellanos 2018), además el inicio de consumo se dio en los 12 a 13 años y el consumo de alcohol supero lo expuesto en las medias nacionales según la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas (INPRFM et al., 2015). Estos resultados podrían explicarse debido a que la muestra del presente estudio se encuentra en la frontera norte con el país, en donde el acceso a sustancias como el alcohol se encuentra menos regulado que en otras áreas geográficas del país, ya que el tránsito de personas, así como la demanda de los productos ayuda a que las supervisiones se lleven a cabo de manera incorrecta en su regulación (Barrera et al., 2022).

Con respecto al primer objetivo que plantea describir los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) en adolescentes por sexo, los resultados mostraron que los varones tienen

medias más altas en conducta antisocial, violencia filiofamiliar y acoso escolar con respecto a las mujeres. Los resultados del estudio, que muestran una mayor prevalencia de conductas antisociales entre los hombres, son consistentes con lo expuesto por diversos autores (Obando et al., 2014; Fitzgerald et al., 2016; LaSpada et al., 2020)., estos hallazgos pueden explicarse por varios factores socioculturales y psicológicos.

En muchas culturas, las conductas antisociales tienden a estar socialmente aceptadas e incluso esperadas en el género masculino. Desde una edad temprana, los niños pueden ser socializados para mostrar comportamientos más agresivos y competitivos, mientras que las emociones como la tristeza o la vulnerabilidad a menudo se desalientan en los varones. Esto puede llevar a que los comportamientos disruptivos y desafiantes se vean como una forma normal de expresar la masculinidad (Aller et al., 2022).

La socialización de género juega un papel crucial, las expectativas culturales tienden a promover la idea de que los hombres deben ser fuertes, independientes y a veces rebeldes. Este marco cultural puede hacer que las conductas antisociales sean no solo más frecuentes, sino también más aceptadas y justificadas en los hombres. Por ejemplo, en algunos contextos, la agresividad y la toma de riesgos son vistas como signos de masculinidad y valor, lo que refuerza estos comportamientos (García et al., 2021).

Los resultados sobre la violencia filiofamiliar en este estudio son consistentes con la literatura, donde se evidencia que los hombres ejercen mayor violencia física hacia sus padres, mientras que las mujeres tienden a ejercer mayor violencia psicológica

(Contreras et al., 2020; Calvete et al., 2014). Estos hallazgos pueden estar relacionados con los estilos de crianza parental, que actualmente son más permisivos.

La violencia física ejercida por los varones puede explicarse por cuestiones culturales, donde se promueve la figura masculina como símbolo de fortaleza, lo que lleva a los adolescentes a expresar sus inconformidades de manera física (Vecina et al., 2021). Por otro lado, la violencia psicológica ejercida por las mujeres puede deberse a su rol más sumiso dentro del entorno familiar, lo que hace menos frecuente la agresión física. En cambio, las mujeres utilizan más la violencia psicológica, que consiste en intimidar a los progenitores mediante palabras o frases hirientes (Arce & Pally, 2021).

En cuanto al acoso escolar, los resultados del presente estudio coinciden con la literatura, que indica que los hombres ejercen acoso escolar con mayor frecuencia que las mujeres (Zagarra et al., 2023; Feijoó et al., 2021). Esto puede deberse a que las mujeres suelen evitar confrontaciones físicas porque se sienten más expuestas, y porque los estilos de socialización difieren: los hombres tienden a socializar a través del enfrentamiento, mientras que las mujeres lo hacen a través de la aceptación (Smith et al., 2019; Rosen & Nofzinger, 2019).

También se identificaron diferencias significativas en la ansiedad social y las características del barrio, con medias más altas en las mujeres. Estos resultados son consistentes con la literatura, que muestra que las mujeres suelen tener mayor ansiedad social que los hombres (Howell & Weeks, 2017; Rodríguez & Pérez, 2020). Esto puede explicarse porque las mujeres están más expuestas a ser juzgadas por sus comportamientos y relaciones, especialmente durante la adolescencia, cuando están

definiendo su identidad. Esta presión social puede generarles mayor ansiedad (Hawkins et al., 2014; Arcand et al., 2020).

Las diferencias significativas en las percepciones de las características del barrio entre hombres y mujeres son consistentes con estudios internacionales, que indican que las mujeres tienden a percibir su entorno como más inseguro en comparación con los hombres (Pinchak & Swisher, 2023; Dawson et al., 2019). Esto puede explicarse por la falta de planificación estratégica en los vecindarios de las ciudades fronterizas, donde la alta demanda de viviendas debido a la migración crea asentamientos desorganizados. Muchas personas que no logran cruzar la frontera se establecen en estas áreas, lo que lleva a la formación de vecindarios con carencias significativas y una percepción generalizada de inseguridad (Chapa & Castillo, 2023).

En relación con lo anterior cabe destacar que el estudio se llevó a cabo en la Zona Este de la ciudad de Tijuana, misma que cuenta con las características que antes se menciona anteriormente, habitantes de estas zonas se resignan a vivir en la frontera por sus intentos fallidos de cruce hacia Estados Unidos y se asientan a la periferia de la ciudad en donde el desarrollo planificado no es una necesidad.

En cuanto a la resiliencia, el estudio muestra que las mujeres tienen un mayor grado de resiliencia en comparación con los hombres, lo que coincide con la literatura existente que sugiere que las mujeres tienen una mayor capacidad para sobreponerse a las adversidades (Bucheli & Martínez, 2022). Esto puede explicarse porque las mujeres suelen tener círculos de apoyo más sólidos, donde pueden ser sinceras, escuchadas y apoyadas. Estos sistemas de apoyo social les proporcionan recursos emocionales y prácticos para enfrentar y superar las dificultades. En contraste, los hombres tienden a

abordar sus problemas de forma más autónoma, lo que puede limitar su capacidad resolutive y, por ende, reducir su resiliencia (Flores & Cortes, 2022).

La autoeficacia en el presente estudio mostró que los hombres tienen mayor autoeficacia en relación con el consumo de alcohol y tabaco, resultados que son consistentes con la literatura (Noh Moo, 2021; Karatay & Bas, 2019). Además, se identificaron puntuaciones más altas de autoeficacia en las mujeres con respecto al consumo de drogas, lo cual también ha sido mencionado en otros estudios (Melo et al., 2021). Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia depende en gran medida de factores relacionados con el desarrollo del adolescente, sus relaciones sociales e incluso familiares. Por tanto, es necesario realizar más estudios para identificar qué otras variables están relacionadas con la resistencia al consumo de alcohol, tabaco y drogas.

El estudio también reveló que los hombres perciben una mayor cohesión familiar en comparación con las mujeres, hallazgo que concuerda con lo expuesto por Gómez et al. (2021). Esto puede explicarse porque, en general, los hombres suelen percibir un ambiente familiar más seguro y unido, con menos exigencias emocionales y sociales que las mujeres. Por otro lado, las mujeres tienden a tener mayores necesidades afectivas, emocionales y sociales, lo que puede influir en su percepción de la cohesión familiar (González et al., 2023). En resumen, estos hallazgos subrayan la importancia de considerar factores protectores sociales, familiares y personales al abordar el consumo de drogas lícitas e ilícitas y el bienestar emocional de los adolescentes. La autoeficacia, la cohesión familiar, la percepción del barrio y la resiliencia son aspectos clave que deben ser estudiados en profundidad para desarrollar intervenciones efectivas.

En respuesta al segundo objetivo, que consiste en calcular las prevalencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes por sexo, se identificó que la prevalencia de consumo de alcohol en el último año presentó una diferencia significativa entre hombres y mujeres, con una mayor frecuencia en el consumo observado en las mujeres. Estos resultados contrastan con lo expuesto en la literatura de otros países, donde la mayor prevalencia de consumo en el último año de alcohol se presenta en los hombres (White, 2020; Longo et al., 2020). Incluso las encuestas nacionales reportan un menor consumo de alcohol en adolescentes mujeres en el último informe sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas (INPRFM et al., 2015).

Esta discrepancia puede deberse a factores culturales específicos de la región fronteriza, donde las mujeres desempeñan roles muy similares a los de los hombres. La dinámica de la frontera puede motivar a las mujeres a buscar igualdad con sus pares masculinos, lo que podría influir en sus patrones de consumo de alcohol (Lube, 2020). Este contexto único podría explicar por qué las adolescentes en esta área particular muestran prevalencias de consumo de alcohol más altas en comparación con las reportadas a nivel nacional y en otros países.

Los resultados del presente estudio subrayan la necesidad de realizar más investigaciones sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas bajo el enfoque de género femenino. Esto es crucial porque, generalmente, el consumo de estas sustancias tiende a tener más implicaciones negativas en las mujeres, incluso con niveles de consumo más bajos en comparación con los hombres. Investigaciones adicionales podrían ayudar a entender mejor las diferencias de género en los patrones de consumo y las

consecuencias, proporcionando una base más sólida para desarrollar intervenciones específicas y efectivas que aborden las necesidades particulares de las adolescentes.

Con respecto al tercer objetivo, que señala comparar los factores de riesgo (conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio) y de protección (resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo) del consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes que consumen y no consumen estas sustancias, los resultados destacaron diferencias significativas entre ambos grupos. En primer lugar, se observó que los adolescentes que han consumido alcohol, tabaco y drogas ilícitas alguna vez en la vida presentan medias y medianas superiores en los factores de riesgo, comparados con aquellos que nunca han consumido estas sustancias. Estos factores de riesgo incluyen una mayor prevalencia de conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad social y percepción de inseguridad en su barrio.

En segundo lugar, también se identificaron diferencias en los factores protectores. Los adolescentes que nunca han consumido drogas lícitas o ilícitas obtuvieron puntuaciones más altas en factores protectores como la resiliencia, la autoeficacia, la cohesión familiar y el clima escolar positivo. Estos factores parecen desempeñar un papel crucial en la prevención del consumo de sustancias. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer los factores de protección y abordar los factores de riesgo en las intervenciones dirigidas a prevenir el consumo de sustancias en adolescentes. Promover un entorno familiar cohesivo, un clima escolar positivo y el desarrollo de habilidades de resiliencia y autoeficacia puede ser fundamental para reducir la prevalencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas en esta población.

Con respecto al cuarto objetivo, se logró identificar que existe una relación significativa entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas con la conducta antisocial. Estos resultados son consistentes con lo encontrado en la literatura tanto a nivel internacional como nacional (Fitzgerald et al., 2016; Larrota & Castellanos, 2018; Obando et al., 2014). Además, los estudios coinciden en señalar la relación entre la violencia filio-parental y el consumo de sustancias, así como las diferencias de medias observadas en estos contextos (Contreras et al., 2020; Calvete et al., 2015; Beckmann et al., 2017).

Estos resultados pueden explicarse por la evolución de los núcleos familiares y los estilos de crianza actuales, que se han relacionado con comportamientos antisociales y el consumo de sustancias (Vera et al., 2021; Cuervo, 2023). La dinámica familiar y las prácticas de crianza juegan un papel crucial en el desarrollo de conductas antisociales y en la predisposición al consumo de sustancias, lo que subraya la importancia de abordar estos factores en las intervenciones preventivas y terapéuticas.

Con respecto a la diferencia de las medias en el consumo de alcohol, tabaco y drogas y el acoso escolar, así como la relación entre el acoso escolar y el consumo de sustancias, estos resultados concuerdan con lo expuesto en la literatura (Azevedo & Martins, 2020; Alcatraz et al., 2015). Además, los hallazgos también coinciden con lo identificado respecto a la ansiedad social (Duperrouzel et al., 2018; Higareda et al., 2021). Estos resultados son especialmente relevantes, ya que subrayan la importancia de realizar intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar el contexto escolar, donde ambos tipos de conductas tienden a desarrollarse con mayor prevalencia. Intervenir en el clima escolar puede contribuir significativamente a reducir tanto el acoso escolar como

el consumo de sustancias entre los adolescentes. Promover un ambiente escolar seguro y de apoyo puede ser clave para prevenir estos problemas y mejorar el bienestar general de los estudiantes.

Con respecto a los factores protectores, se identificó que los adolescentes con mejor resiliencia, cohesión familiar y un clima escolar mostraron menor consumo de alcohol, tabaco y drogas. Estos resultados concuerdan con lo expuesto en la literatura sobre resiliencia (Weidacker et al., 2022; Vicent et al., 2023). Estos hallazgos pueden explicarse porque los adolescentes están en un periodo de constante cambio y adaptación, lo que puede compararse con aquellos que se encuentran en un estado de opresión, reforzando su resiliencia (McKinley et al., 2021).

Asimismo, los resultados sobre la cohesión familiar concuerdan con la literatura, que evidencia que aquellos con mejor cohesión familiar tienden a tener menor consumo de alcohol, tabaco y drogas (Gómez et al., 2021; Mateo, 2018). Se ha demostrado que el entorno familiar cumple un papel fundamental en el desarrollo del adolescente. Estos resultados son importantes para el personal de enfermería, ya que permiten empoderarse en la salud comunitaria y trabajar en el reforzamiento de los núcleos familiares, contribuyendo así a la prevención del consumo de sustancias. En un futuro desarrollar intervenciones dirigidas a mejorar la cohesión familiar y fortalecer la resiliencia y el clima escolar pueden ser cruciales para reducir el consumo de sustancias entre los adolescentes.

Con respecto al clima escolar, diversos estudios muestran resultados similares a los del presente estudio (Gase et al., 2017; Saiz et al., 2019). Estos hallazgos evidencian

la necesidad de que los profesionales de enfermería se involucren permanentemente en el clima escolar.

La evaluación del clima escolar abarca muchos aspectos relacionados con la seguridad y la salud, por lo que implementar estrategias de promoción en esta población permitiría mantener un entorno favorable para los adolescentes y reducir su exposición a factores de riesgo. La presencia continua de enfermeras y enfermeros en las escuelas podría ayudar a identificar y abordar problemas de salud de manera oportuna, fomentar un clima escolar positivo y apoyar programas que promuevan comportamientos saludables entre los estudiantes.

Con respecto a los resultados planteados a través de las hipótesis, se esperaba que los factores de riesgo tuvieran un efecto positivo y significativo sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Neuman (2011) plantea que existen estresores ambientales conocidos, desconocidos y universales que pueden afectar al individuo. En el presente estudio, se encontró que la conducta antisocial, la violencia filio-parental y la ansiedad social tienen un efecto positivo y significativo sobre el consumo de alcohol. Para el tabaco, los factores de riesgo efectivos fueron la conducta antisocial y la violencia filio-parental. En cuanto a las drogas ilícitas, las características del barrio mostraron un efecto significativo. Estos resultados son consistentes con lo expuesto en la literatura (Duperrouzel et al., 2018; Fuentes et al., 2015; Taggart et al., 2018) y concuerdan con la teoría de sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011).

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar diversos factores de riesgo en el desarrollo de intervenciones y estrategias preventivas. La teoría de sistemas de Neuman (2011) sugiere que los individuos son afectados por múltiples estresores

ambientales, factores intra y extra personales y este estudio proporciona evidencia empírica de cómo factores como la conducta antisocial, la violencia filio-parental y las características del barrio influyen en el consumo de sustancias entre adolescentes.

Sin embargo, cabe destacar que el acoso escolar no tuvo ningún efecto significativo en el consumo de ninguna de las sustancias exploradas. Estos resultados difieren de lo encontrado en la literatura (Woolley & Macinko, 2018; Alcatraz et al., 2015; Azevedo & Martins, 2020; Mota et al., 2018). Estos hallazgos podrían explicarse por la atención que se ha brindado al tema del acoso escolar. Sensibilizar a las nuevas generaciones sobre el acoso ha contribuido a disminuir la replicación de esta conducta y a mejorar la convivencia entre adolescentes en su clima escolar. Las campañas de concientización, programas educativos y políticas escolares enfocadas en la prevención del acoso podrían haber reducido significativamente su impacto, lo que a su vez podría haber mitigado su relación con el consumo de sustancias.

Con respecto a la segunda hipótesis, se esperaba que los adolescentes con mayor autoeficacia, resiliencia, cohesión familiar y clima escolar positivo tuvieran menor consumo o no consumieran alcohol, tabaco y drogas. Según la teoría de Neuman (2011), cada individuo posee factores internos de resistencia que ayudan a estabilizar y restaurar su equilibrio.

Los resultados obtenidos muestran que existe un efecto negativo y significativo en el consumo de alcohol (AUDIT) con la autoeficacia y el clima escolar positivo. En cuanto al consumo de alcohol alguna vez en la vida, las variables que mostraron un efecto negativo y significativo fueron la resiliencia, la autoeficacia y el clima escolar positivo. Para el consumo de tabaco, las variables que tuvieron un efecto significativo

fueron la autoeficacia y el clima escolar positivo. Por último, para el consumo de drogas ilícitas, el clima escolar positivo fue la variable que mantuvo un efecto significativo.

Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Seiz et al. (2019), Gase et al. (2017) y Ryaboy (2015), quienes destacan la importancia del clima escolar positivo en la reducción de conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

Estos hallazgos resaltan la importancia del clima escolar, no solo en las relaciones entre adolescentes, sino también en el entorno en el que se desarrollan. Invitan a los profesionales de enfermería a asumir un mayor liderazgo en las unidades escolares, ya que el clima escolar está orientado no solo a las políticas educativas, sino también a la seguridad percibida por los adolescentes. Estos resultados pueden servir de base para que el personal de salud promueva estilos de vida saludables entre estudiantes y profesores, además de impulsar la propuesta de nuevas políticas públicas que sugieran la participación del personal de salud en las instituciones educativas. Las competencias de estos profesionales pueden mejorar significativamente el clima escolar de los adolescentes, contribuyendo a la reducción del consumo de sustancias.

Por último, se planteaba que los factores de protección, como la resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo, podrían mitigar el impacto de los factores de riesgo, tales como la conducta antisocial, la violencia filio-parental, el acoso escolar, la ansiedad social y las características del entorno del barrio, en relación con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en los adolescentes. Según la teoría de Neuman (2011), estos factores de resistencia actúan para estabilizar al individuo en su estado de bienestar o en su estado óptimo de estabilidad.

Los resultados obtenidos refuerzan esta perspectiva al mostrar que la presencia y fortaleza de factores protectores como la resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y un clima escolar positivo pueden contrarrestar los efectos negativos de los factores de riesgo en relación con el consumo de sustancias. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para que los profesionales de la salud enfoquen sus intervenciones en el fortalecimiento de estos factores protectores en la vida de los adolescentes. Al hacerlo, se puede mejorar la capacidad de los jóvenes para resistir las presiones y desafíos que pueden llevar al consumo de drogas, contribuyendo así a la prevención y reducción de su uso.

La implementación de intervenciones dirigidas a fortalecer la resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo puede atenuar los efectos negativos de los factores de riesgo presentes en los adolescentes. Es esencial destacar que, si bien este estudio se centró en algunos factores de riesgo específicos, es probable que la misma estrategia sea efectiva para abordar otros factores que se han identificado en la literatura.

Los resultados obtenidos sugieren que fortalecer los aspectos protectores puede tener un impacto significativo en la reducción de los riesgos relacionados con el consumo de sustancias en los adolescentes. Sin embargo, es importante reconocer que los adolescentes están expuestos a una variedad de factores de riesgo que pueden influir en su comportamiento y decisiones. Por lo tanto, las intervenciones deben ser integrales y adaptadas a las necesidades y circunstancias individuales de cada adolescente.

Aunque este estudio proporciona una visión importante sobre los factores protectores y de riesgo específicos relacionados con el consumo de drogas lícitas e

ilícitas en los adolescentes, es fundamental continuar investigando para comprender mejor la interacción entre estos factores, así como el peso de cada factor en lo individual y en su conjunto con otros factores, además el impacto en el comportamiento adolescente. Esto permitirá desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas que en un futuro aborden de manera integral los diversos factores que influyen en el consumo de sustancias en esta población vulnerable.

Conclusiones

En el presente estudio de investigación fue posible responder con los objetivos planteados, se pudo observar que la edad de la población de estudio oscilo entre los 11 años a los 16 con una mayor prevalencia en los que tenían 14 años, hubo mayor prevalencia de mujeres en el estudio, con respecto al grupo al que pertenecían la muestra se mostró homogénea entre los tres grupos, se demostró que la mayoría viven con ambos padres mientras que un porcentaje mínimo vive con otra persona que no sean mama, papa abuelos, tíos, hermanos.

Con respecto a las primeras drogas consumidas y edad de consumo se identificó que el alcohol es la principal droga de inicio, se mostró que la edad con mayor prevalencia de inicio de consumo oscila entre los 12 y 13 años, sin embargo, es importante destacar que existe un número importante que menciono que su inicio de consumo fue antes de los 8 años. Las prevalencias de consumo indicaron que la droga más consumida es el alcohol, seguida del tabaco, marihuana, inhalables y cocaína.

Con respecto a la diferencia de medias de los factores de riesgo y protección se identificó que se mostraron diferencias significativas en ansiedad social, características del entorno del barrio, en donde las mujeres mostraron medias más altas, a su vez se

identificó que las mujeres mostraron mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último año, mostrando una diferencia significativa con los hombres, con respecto al consumo de tabaco y drogas no se identificaron diferencias.

Se logró identificar que hubo diferencias significativas en los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar y ansiedad social con el consumo de alcohol alguna vez en la vida, destacando medias más altas en los adolescentes que habían consumido a diferencia de aquellos que nunca habían consumido. A su vez se muestran diferencias significativas entre los factores protectores como la resiliencia, autoeficacia para evitar el consumo de alcohol, la cohesión familiar y el clima escolar positivo, destacando puntuaciones mayores en las medias de los adolescentes que nunca habían consumido bebidas alcohólicas.

Con respecto al consumo de tabaco se identificó que los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar y características del barrio desfavorable por consumo de alguna vez en la vida, comparado con aquellos que nunca habían consumido. A su vez se muestran diferencias significativas en los factores protectores como la resiliencia, autoeficacia ante el consumo de tabaco, cohesión familiar y entorno clima escolar positivo, presentando medias más elevadas entre los adolescentes que nunca habían consumido tabaco.

Con respecto al consumo de drogas ilícitas (marihuana, cocaína e inhalables) se identificaron diferencias significativas en la conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar y características del entorno del barrio desfavorable con el consumo de drogas alguna vez en la vida, destacando medias y medianas superiores en los adolescentes que han consumido alguna droga alguna vez en la vida, comparados con

aquellos que nunca han consumido. Por otra parte, se mostraron diferencias significativas de los factores protectores como resiliencia, la autoeficacia en el consumo de drogas, cohesión familiar y clima escolar positivo, destacando puntuaciones más elevadas en las medias y medianas en aquellos adolescentes que nunca habían consumido drogas.

Se logro identificar que existe una relación positiva y significativa con los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social y características del barrio con el consumo de alcohol (AUDIT), así mismo muestran una relación positiva y significativa la conducta antisocial, violencia filioparental, el acoso escolar y el número de bebidas consumidas en un día típico. Los factores protectores como la resiliencia, cohesión familiar y clima escolar positivo mostraron relación negativa con el consumo de bebidas en un día típico.

Con respecto al consumo de tabaco se identificó que existe una relación positiva y significativa con los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filioparental y acoso escolar con la cantidad de cigarrillos de tabaco. A su vez los factores protectores que mostraron una relación negativa y significativa con el consumo de tabaco en un día típico fueron resiliencia, autoeficacia en el consumo de tabaco, cohesión familiar y clima escolar positivo.

En cuanto al consumo de drogas (marihuana, inhalables y cocaína) se identificó que existe una relación positiva con los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filioparental, acoso escolar, ansiedad social y seguridad de barrio con la cantidad de drogas consumidas. Se identificaron relaciones negativas y significativas con los factores protectores cohesión familiar y clima escolar positivo.

Se identificó que para los modelos de regresión lineal múltiple la conducta antisocial tuvo efectos sobre el consumo de alcohol (AUDIT), además se identificó que las variables que tienen efecto sobre el consumo de alcohol alguna vez en la vida fueron, conducta antisocial, violencia filio-parental y ansiedad social. Con respecto al consumo de tabaco alguna vez en la vida el modelo mostró que las variables que tiene efecto son conducta antisocial y violencia filio-parental. A su vez para el consumo de drogas ilícitas consumidas alguna vez en la vida las variables que tuvieron efecto fueron la conducta antisocial y entorno de barrio.

Con respecto a los factores protectores se identificó que aquellos que tuvieron un efecto negativo y significativo con el consumo de alcohol (AUDIT) fueron la autoeficacia y el clima escolar positivo, a su vez con respecto al consumo de alcohol alguna vez en la vida se identificó que los factores que causaron un efecto negativo fueron la resiliencia, autoeficacia y clima escolar positivo. Para el consumo de tabaco alguna vez en la vida se identificó que la autoeficacia y el clima escolar positivo tienen un efecto negativo y significativo. En cuanto al consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida se demostró que la variable que tiene un efecto negativo y significativo fue el clima escolar positivo.

Los factores de protección como resiliencia, autoeficacia, cohesión familiar y clima escolar positivo reducen el efecto de los factores de riesgo conducta antisocial, violencia filio-parental, acoso escolar, ansiedad y características del barrio para evitar consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Por lo tanto, las principales variables que se deben tomar en cuenta para las siguientes investigaciones o bien para proponer intervenciones que vayan encaminadas a

aminorar conductas como la conducta antisocial, violencia filioparental. A su vez la resiliencia, autoeficacia y el clima escolar positivo podrían utilizarse como base para intervenciones encaminadas en promover dichas conductas para aminorar el riesgo del consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Recomendaciones

Se recomienda replicar el estudio en diferentes zonas de la frontera y del país para identificar similitudes y diferencias en los factores de riesgo y protección asociados al consumo de sustancias. Esto permitiría conocer el fenómeno en diversas poblaciones.

Se recomienda llevar a cabo estudios en esta población con un enfoque cualitativo, en donde se busque identificar las percepciones y significados que tienen los adolescentes sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas. Así mismo descubrir si los factores de riesgo y protección tienen el mismo sentido que en el presente estudio.

Para mejorar la experiencia de respuesta de los adolescentes, se sugiere utilizar dispositivos electrónicos para la recolección de datos. Esto podría aumentar la participación y la precisión de las respuestas, ya que los adolescentes están más familiarizados con la tecnología.

Se sugiere seguir realizando estudios en donde se aborden las variables de conducta antisocial y violencia filioparental, ya que en el presente estudio se mostró una importante relación y efecto con el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes.

Además de los factores analizados en este estudio, se sugiere explorar otros posibles factores de riesgo y protección que puedan influir en el consumo de sustancias en adolescentes, como el acceso a recursos comunitarios, la calidad de la educación

recibida y la influencia de los medios de comunicación. Esto proporcionaría una comprensión más completa del problema y orientaría el desarrollo de intervenciones más efectivas.

Diseñar en el futuro intervenciones preventivas por parte de enfermería para la implementación de programas integrales que fortalezcan la resiliencia, la autoeficacia y promuevan un clima escolar y familiar positivo. Estas intervenciones deben abordar tanto los factores de riesgo como los factores protectores asociados al consumo de sustancias, proporcionando herramientas y habilidades a los adolescentes para resistir la presión de grupo y tomar decisiones saludables. Además, es fundamental involucrar a padres, autoridades escolares y comunitarias en la implementación de estas intervenciones para crear un entorno de apoyo y colaboración que potencie su efectividad.

A su vez se recomienda utilizar las escalas y cuestionarios que se utilizaron en el presente estudio, ya que presentan una buena consistencia.

Limitaciones del estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Tijuana, Baja California, frontera con Estados Unidos, por las características de la población los resultados no podrán ser generalizados, ya que existen importantes diferencias culturales y sociales con el resto de los adolescentes de otras localizaciones geográficas.

La información sobre el consumo de drogas lícitas e ilícitas y factores de riesgo y protección se basó en autoinformes de los adolescentes, lo que podría estar sujeto a sesgos de memoria y de auto-reporte.

Si bien los estudios transversales son útiles para proporcionar una instantánea de una población en un momento dado, tienen limitaciones importantes en términos de establecer relaciones causales y seguir cambios a lo largo del tiempo.

Referencias

- Melo-Hurtado, D. S., Alvarado Romero, H. R., & Córdoba Rojas, D. N. (2021). Consumo de drogas lícitas en niños escolarizados de 8 a 12 años. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(1), e1832. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662021000100004>
- Bucheli, J. A., & Martínez, S. N. (2022). Resiliencia en estudiantes varones y mujeres de bachillerato del colegio Manuela Sáenz de Quito – Ecuador, en tiempos de COVID-19. *Socialium*, 6(1), 36–47. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2022.6.1.1371>
- González Sotomayor, R., Ruiz Martínez, A. O., González Arratia López Fuentes, N. I., Oudhof van Barneveld, H., & Vázquez Arévalo, R. (2023). Cohesión, flexibilidad y apoyo familiar relacionado con el bienestar psicológico en personas con obesidad. <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1739/1129>
- Flores Galaz, M. M., & Cortés Ayala, M. L. (2022). Resiliencia: Factores Predictores en Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 12(3), 115-128. DOI: [10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.467](https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.467)
- Aguirre, A. Á., Mendoza, A. Z., Castañon, M. A. H., Perales, M. S., Barrón-Ugalde, M., & Mendoza-Ayala, M. A. (2016). Resiliencia y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes adolescentes de comunidades rurales. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 12(1). http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/index.html

- Alcaráz, A. J. C., Altamirano, M. V., & Zubizarreta, E. S. (2015). Características de bullying entre jóvenes estudiantes de secundaria usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(2), 103-120.
- Alimentarios: Comparación entre Adolescentes de Chile y España. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3).
- Amaro Berríos, H. J., & Azaña Velezmoro, V. (2017). Consumo de alcohol y su relación con los roles del bullying en adolescentes.
- Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Conducta Antisocial y Delictiva en adolescentes. *Anales de psicología*, 29(2), 516-522.
- Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M., & Miró-Pérez, C. (2013). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(1), 157–170. [DOI: 10.6018/analesps.30.1.149521](https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521)
- Arcand, M., Juster, R. P., Lupien, S. J., & Marin, M. F. (2020). Gender roles in relation to symptoms of anxiety and depression among students and workers. *Anxiety, stress, and coping*, 33(6), 661–674. [DOI: 10.1080/10615806.2020.1774560](https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1774560)
- Ávila-Navarrete, V. C., León Catachunga, Y., & Gutiérrez-Tamayo, C. A. (julio-diciembre, 2019). Relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia filio-parental en adolescentes. *Drugs and Addictive Behavior*, 4(2), pp. 290-303. [DOI: 10.21501/24631779.3370](https://doi.org/10.21501/24631779.3370)
- Azevedo Da Silva, M. & Martins, SS (2020). Influencias mutuas en la perpetración del acoso y el uso de sustancias entre adolescentes en los Estados Unidos. *The*

Journal of adolescent health: publicación oficial de la Society for Adolescent Medicine, 67(3), 384–391. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2020.04.027](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.027)

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

Psychological Review, 84(2), 195-215.

Barrera-Núñez David A, Rengifo-Reina Herney A, López-Olmedo Nancy, Barrientos-Gutiérrez Tonatiuh, Reynales-Shigematsu Luz Myriam. Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19.

Ensanut 2018 y 2020. *Salud pública Méx*, 64(2), 137-147. DOI: [10.21149/12846](https://doi.org/10.21149/12846).

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York, Freeman.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological science*, 10(3), 214-217.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales en. F. Pajares & Urdan, T. (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (pp. 307-337). Greenwich, Information Age Publishing.

Beckmann, L., Bergmann, M. C., Fischer, F., & Mößle, T. (2021). Risk and Protective Factors of Child-to-Parent Violence: A Comparison Between Physical and Verbal Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3–4), NP1309-1334NP. DOI: [10.1177/0886260517746129](https://doi.org/10.1177/0886260517746129)

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Boubeta, A. R., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., & Folgar, M. I. (2018). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52-62.

- Brown, E. C., Montero-Zamora, P., Cardozo-Macías, F., Reyes-Rodríguez, M. F., Briney, J. S., Mejía-Trujillo, J., & Pérez-Gómez, A. (2021). A comparison of cut points for measuring risk factors for adolescent substance use and antisocial behaviors in the US and Colombia. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 470.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: Una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3, 145–151 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Hawkins, C. A., & Hawkins, R. C. (2014). Codependence, contradependence, gender-stereotyped traits, personality dimensions, and problem drinking. *Universal Journal of Psychology*, 2(1), 5-15.
- Catherine A. Hawkins , Raymond C. Hawkins II (2014). Codependence, Contradependence, Gender-Stereotyped Traits, Personality Dimensions, and Problem Drinking. *Universal Journal of Psychology*, 2(1), 5 - 15. DOI: 10.13189/ujp.2014.020102.
- Calleja, (2016). Bullying y Tabaco: ¿Se Encuentran Asociados? *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2350-2367. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30055-2](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30055-2)
- Callisaya Argani, J. I. (2017). Análisis de la resiliencia de un adolescente en situación de riesgo por consumo de alcohol. *Fides et Ratio-Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 13(13), 41-58.
- Calvete, E., & Orue, I. (2016). Violencia filio-parental: frecuencia y razones para las agresiones contra padres y madres. *Psicología Conductual*, 24(3), 481.
- Calvete, E., Gámez-Guadix, M., Orue, I., González-Diez, Z., de Arroyabe, E. L., Sampedro, R., & Borrajo, E. (2013). Brief report: The Adolescent Child-to-

- Parent Aggression Questionnaire: An examination of aggressions against parents in Spanish adolescents. *Journal of adolescence*, 36(6), 1077-1081.
- Calvete, E., Orue, I., & Gámez-Guadix, M. (2015). Reciprocal longitudinal associations between substance use and child-to-parent violence in adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 124-133.
- Cambron, C., Kosterman, R., Catalano, R. F., Guttmanova, K., & Hawkins, J. D. (2018). Neighborhood, Family, and Peer Factors Associated with Early Adolescent Smoking and Alcohol Use. *Journal of youth and adolescence*, 47(2), 369–382. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0728-y>
- Cambron, C., Kosterman, R., Rhew, I. C., Catalano, R. F., Guttmanova, K., & Hawkins, J. D. (2020). Neighborhood Structural Factors and Proximal Risk for Youth Substance Use. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 21(4), 508–518. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01072-8>
- Candell, C. C. H. (2020). Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas y su relación con la conducta antisocial en adolescentes. distrito de salud 09D08. 2019: Family risk factors in drug use and its relationship with adolescent's antisocial behavior. health district 09d08. 2019. *Más Vita*, 2(3), 54-64.
- Carmona, N. D. M., & Lever, J. P. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141-151.
- Carmona-Torres, J. A., Cangas, A. J., Langer, Á. I., Aguilar-Parra, J. M., & Gallego, J. (2015). Acoso Escolar y su Relación con el Consumo de Drogas y Trastornos

- Carreón, W. S. H. (2020). El apego patológico proclive a conductas antisociales. *Revista electrónica de psicología iztacala*, 23(2), 674.
- Chapa, O. M., & Castillo, J. E. S. (2023). Frontera México-Estados Unidos: Un acercamiento a sus dinámicas de flujos. *Revista de ciencias sociales*, 29(1), 120-138.
- Castro-Jalca, A. D., Jaya-Campos, D. M., & Párraga-Cedeño, A. A. (2023). Consecuencias Físicas y Psicológicas por Consumo de Drogas en Adolescentes. *MQRInvestigar*, 7(4), 388–418.
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.388-418>
- Choi, T. K., Worley, M. J., Trim, R. S., Howard, D., Brown, S. A., Hopfer, C. J., Hewitt, J. K., & Wall, T. L. (2016). Effect of adolescent substance use and antisocial behavior on the development of early adulthood depression. *Psychiatry research*, 238, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.036>
- 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.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coban, F. R., Kunst, A. E., Van Stralen, M. M., Richter, M., Rathmann, K., Perelman, J., ... Kuipers, M. A. G. (2019). Nicotine dependence among adolescents in the European Union: How many and who are affected? *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 41(3), 447–455. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy136>

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. USA, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Contreras, A. U., Blanco, L. Á., & García, M. T. I. (2018). Adaptabilidad y cohesión familiar del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria. *Aula abierta*, 47(2), 237-244.
- Contreras, L., Bustos-Navarrete, C., & Cano-Lozano, M. C. (2019). Child-to-parent violence questionnaire (CPV-Q): Validation among Spanish adolescents. *International journal of clinical and health psychology*, 19(1), 67-74.
- Cornejo, Rodrigo, & Redondo, J M. (2001). El clima escolar percibido por los alumnos de enseñanza media: Una investigación en algunos liceos de la Región Metropolitana. *Ultima década*, 9(15), 11-52. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362001000200002>
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: the abuse of parents by their teenage children*. Ottawa: Health Issues Division.
- Cruz, R. A., King, K. M., Mechammil, M., Bámaca-Colbert, M., & Robins, R. W. (2018). Mexican-origin youth substance use trajectories: Associations with cultural and family factors. *Developmental Psychology*, 54(1), 111.
- Cueva E, N. P., & Guerrero F, S. G. (2016). *Estrategias de Afrontamiento en pacientes dependientes al alcohol y cocaína internos en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones CRA* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).

- Darden, J. T., & Rubalcava, L. (2018). The Measurement of Neighborhood Socioeconomic Characteristics and Hispanic and Non-Hispanic White Residential Segregation in Metropolitan Detroit. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 40(3), 312–329. <https://doi.org/10.1177/0739986318769316>
- Dawson, C. T., Wu, W., Fennie, K. P., Ibañez, G., Cano, M. Á., Pettit, J. W., & Trepka, M. J. (2019). Parental-perceived neighborhood characteristics and adolescent depressive symptoms: A multilevel moderation analysis. *Journal of community psychology*, 47(7), 1568–1590. <https://doi.org/10.1002/jcop.22205>
- De Lira Pérez, R. E., Aguirre, A. Á., Casique, L. C., Alonso, L. D. R. M., & Ayala, M. A. M. (2016). Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo: RIDE*, 6(12), 554-569.
- De-Avila-Arroyo, M. L., Rodríguez-Aguilar, L., Armendáriz-García, N. A., Pérez-Carrillo, V. E., Tenahua-Quitl, I., & Guzmán-Facundo, F. R. (2019). Factores de riesgo y etapas de adquisición del consumo de drogas lícitas en estudiantes mexicanos/ Risk factors and stages of acquisition of lawful drug consumption in mexican students/ Factores de risco e estágios de aquisição do consumo de drogas. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 280–296. Recuperado de <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3761>
- Decena Ochoa, R. E. (2018). Intervención en adolescentes con conductas antisociales. *Instituto de Ciencias Sociales y Administración*.
- Del Hoyo-Bilbao, J., Gámez-Guadix, M., & Calvete, E. (2017). Castigo físico de padres y madres a hijos e hijas y Violencia filio-parental entre adolescentes

españoles. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(1), 108–116.

<https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.259601>

Dias, M. P. F. (2010). Composição e estrutura da comunidade de peixes em um trecho do rio Cachoeira Grande, na reserva ecológica da Michelin, Igrapiuna, Bahia, Brasil.

Díaz García, N., & Moral Jiménez, M. D. L. V. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2). 110-130.

Díaz Gamarra, P. del P., Yaque Rueda, L. M., & Estrada Alomía. E. (2019). Estudio psicométrico del cuestionario de conducta antisocial - delictiva en estudiantes de secundaria - UGEL N.º 2 Lima. *PsiqueMag*, 8(1), 61–78.

<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v8i1.188>

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: improving the linkage from theory to method. *Nursing science quarterly*, 4(2), 83–87.

<https://doi.org/10.1177/089431849100400209>

Duperrouzel, J, et al. (2018): "The association between adolescent cannabis use and anxiety: a parallel process analysis." *Addictive behaviors* 78 107-113.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.005>

Elamouri, F. M., Musumari, P. M., Techasrivichien, T., Farjallah, A., Elfandi, S., Alsharif, O. F., ... & Kihara, M. (2018). “Now drugs in Libya are much cheaper than food”: A qualitative study on substance use among young Libyans in post-revolution Tripoli, Libya. *International Journal of Drug Policy*, 53, 23-31.

Encuesta Nacional del consumo de Drogas en Estudiantes Alcohol 2014.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239257/ENCODE_ALCOHOL_2014.pdf

Encuesta Nacional del consumo de Drogas en Estudiantes Drogas 2014.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239256/ENCODE_DROGAS_2014.pdf

Encuesta Nacional del consumo de Drogas en Estudiantes Tabaco 2014.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239258/ENCODE_TABACO_2014.pdf

Enríquez, M. F. (2015). El acoso escolar Erráez, J. C. P., & Pozo, E. P. G. (2020).

Strategies for coping with the stress of the relapse to the use of drugs in adolescents. *Más Vita*, 2(3 Extraord), 55-65.

Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>

Fernández de Araújo, L., & Bermúdez, M. D. L. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276.

Fitzgerald, A., Maguire, J., & Dooley, B. (2016). Substance misuse and behavioral adjustment problems in Irish adolescents: Examining contextual risk and social proximal factors. *Substance Use & Misuse*, 51(13), 1790-1809.

- Fletcher G.S. (2021) *Epidemiología Clínica 6ª Edición en Español de la obra original en lengua inglesa Clinical Epidemiology. The essentials, 6th editions*, de Robert H. Fletcher, Susanne W. Fletcher, publicada por Wolters Kluwer.
- Fonseca-Pedrero, E., de Drogas, C., & de Salud Mental, R. (2018). Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(6), 205-16.
- Furr-Holden, C. D. M., Lee, M. H., Johnson, R., Milam, A. J., Duncan, A., Reboussin, B. A., ... & Ialongo, N. S. (2015). Neighborhood environment and marijuana use in urban young adults. *Prevention Science*, 16, 268-278.
- Gallegos-Guajardo, J., Ruvalcaba-Romero, N. A., Castillo-López, J., & Ayala-Díaz, P. C. (2016). Funcionamiento familiar y su relación con la exposición a la violencia en adolescentes mexicanos. *Acción psicológica*, 13(2), 69-78.
- Gálvez N, J. L., Tereucan A, J. C., Muñoz N, S., Briceño O, C. A., & Mayorga M, C. (2014). Propiedades psicométricas del cuestionario para evaluar clima social del centro escolar (CECSCE). *Liberabit*, 20(1), 165-174.
- Gamarra V, E. C. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario clima social del centro escolar en adolescentes de instituciones educativas de Lima Sur.
Recuperado de: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/434>
- Garaigordobil, M. (2017). Conducta antisocial: conexión con bullying/cyberbullying y estrategias de resolución de conflictos. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 47-54.
- García, N D, & Moral-Jiménez, M de la V. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(2), 110-130. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.2.6>

Gardea, D., López, K. S., Alonso, B. A., Alonso, M. T. & Alonso, M. M. (2015).

Violencia escolar y consumo de alcohol en adolescentes en etapa de secundaria.

Revista de enfermería Herediana. 8 (2), 3-10.

Gase, L. N., Gomez, L. M., Kuo, T., Glenn, B. A., Inkelas, M., & Ponce, N. A. (2017).

Relationships among student, staff, and administrative measures of School

Climate and student health and academic outcomes. *The Journal of School*

Health, 87(5), 319–328. <https://doi.org/10.1111/josh.12501>

Gase, L. N., Gomez, L. M., Kuo, T., Glenn, B. A., Inkelas, M., & Ponce, N. A. (2017).

Relationships among student, staff, and administrative measures of school

climate and student health and academic outcomes. *Journal of school*

health, 87(5), 319-328.

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., ... & Mayo, N.

(2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression,

anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-

analysis. *JAMA psychiatry*, 76(4), 426-434.

Goings, T. C., Salas-Wright, C. P., Howard, M. O., & Vaughn, M. G. (2018). Substance

use among bi/multiracial youth in the United States: Profiles of psychosocial risk

and protection. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(2), 206-214.

Gomes, M. C., Granville-Garcia, A. F., Neves, E., Dutra, L., Ferreira, F. M., & Paiva, S.

M. (2021). Family and contextual factors associated with licit drug use in

adolescence. *Revista de saude publica*, 55, 95. <https://doi.org/10.11606/s1518->

[8787.2021055003531](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003531)

- Gómez Ortiz, O., Zea, R., Ortega Ruiz, R., & Romera, E. M. (2020). Percepción y motivación social: elementos predictores de la ansiedad y el ajuste social en adolescentes. *Psicología educativa: revista de los psicólogos de la educación*.
- Gómez-Velásquez, S., Matagira-Rondón, G., Agudelo-Cifuentes, M. C., Berbesi-Fernández, D. Y., & Morales-Mesa, S. A. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Universidad y Salud*, 23(3), 198-206.
- González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S., y 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>
- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113264. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
- Gutiérrez, V. (2007). Batería de Instrumentos para la evaluación del clima escolar en escuelas primarias. Instituto Nacional para la evaluación. México.
- Guzmán-Ramírez, V., Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., Alonso-Castillo, B. A., López-Cisneros, M. A., & Cisneros-Zaleta, B. H. (2015). Crianza parental, dificultades interpersonales y consumo de drogas. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 11(2), 70-77.
- Halladay, J. E., MacKillop, J., Munn, C., Jack, S. M., & Georgiades, K. (2020). Cannabis Use as a Risk Factor for Depression, Anxiety, and Suicidality:

Epidemiological Associations and Implications for Nurses. *Journal of addictions nursing*, 31(2), 92–101

Hammerton, G., Mahedy, L., Murray, J., Maughan, B., Edwards, A. C., Kendler, K. S., ... & Heron, J. (2017). Effects of excessive alcohol use on antisocial behavior across adolescence and early adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 857-865.

Harvey, J., Chadi, N., Canadian Paediatric Society, & Adolescent Health Committee. (2016). Preventing smoking in children and adolescents: Recommendations for practice and policy. *Paediatrics & child health*, 21(4), 209-214.

Hengartner, M. P., Angst, J., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2020). Cannabis use during adolescence and the occurrence of depression, suicidality and anxiety disorder across adulthood: Findings from a longitudinal cohort study over 30 years. *Journal of affective disorders*, 272, 98–103.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.126>

Higareda-Sánchez, J. J., Rivera, S., Reidl, L. M., Flores, M. M., & Romero, A. (2021). Consumo de alcohol y rasgos de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(2).

Hinshaw, A. S. (1979). Problems in doing research. Theoretical substruction: an assessment process. *Western Journal of Nursing Research*, 1(4), 319-324.

Hodder, R. K., Freund, M., Bowman, J., Wolfenden, L., Gillham, K., Dray, J., & Wiggers, J. (2016). Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. *BMJ open*, 6(11), e012688. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012688>

- Horta, C. L., Horta, R. L., Mester, A., Lindern, D., Weber, J. L. A., Levandowski, D. C., & Lisboa, C. S. D. M. (2018). Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 123-140.
- Hosseini, S., & Oremus, M. (2019). The Effect of Age of Initiation of Cannabis Use on Psychosis, Depression, and Anxiety among Youth under 25 Years. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(5), 304–312.
<https://doi.org/10.1177/0706743718809339>
- Howard, E., Howell, B. & Brainard, E. (1987). *Handbook for conducting school climate/improvement projects*. Indiana: The Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- Howell, A. N., & Weeks, J. W. (2017). Effects of gender role self-discrepancies and self-perceived attractiveness on social anxiety for women across social situations. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(1), 82-95.
- Iglesias-Moré, S., & Gómez-García, A. M. (2021). Persons with substance abuse disorders and other addictions: Coping with the COVID-19 pandemic. *MEDICC review*, 23(2), 55-63.
- Ibabe, I., & Jaureguizar, J. (2011). ¿Hasta qué punto la violencia filio-parental es bidireccional? *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(2), 265–277.
Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/122841>
- Rechea Alberola, C., & Cuervo García, A. L. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar (informe final).
- Ibarra I, & Vargas-Valle, D. (2021). La reconfiguración familiar de los migrantes deportados en la frontera norte de México. *Norteamérica*, 16(1), 121-145. Epub 25 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.22201/cisan.24487228e.2021.1.434>

Iglesias, E. B., Durán, A. L., & del Río, E. F. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 13(1), 59-72.

Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud (2018). Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. (OPS/NMH/19-012).

Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones & secretaria de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] 2016-2017: Reporte de alcohol*. México, D.F.

https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf

Jorge, E., & González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66.

Kandel, D. B., Griesler, P. C., & Hu, M. C. (2015). Intergenerational patterns of smoking and nicotine dependence among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 105(11), e63-e72. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302775>

Karatay, G., & Baş, N. G. (2019). Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. *Ciencia & saude coletiva*, 24, 1317-

1326. Kazdin, A.E. y Buela-Casal, G. (2002). *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Klimenko, O., Álvarez, N., Gutiérrez, Y., Velásquez, C. (2018). Factores de riesgo y protección frente al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de un

- colegio rural del departamento de Antioquia. *Revista Katharsis*, 26: 52-68,
Disponible en DOI: <https://doi.org/10.25057/25005731.1085>
- Komeily, A., & Srinivasan, R. S. (2016). What is neighborhood context and why does it matter in sustainability assessment?. *Procedia Engineering*, 145, 876-883.
- Lacal, P. L. P. (2009). Teorías de Bandura aplicadas al aprendizaje. *Innovación y experiencias educativas*, 54, 1-8.
- Larrosa, S. L. (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 14(1), 159-166.
- Larrota, D. K. & Castellanos, L. A. (2018). *Relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas y conductas antisociales en estudiantes de noveno grado de la Escuela Normal Superior de Piedecuesta*. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/20.500.11912/5253>.
- LaSpada, N., Delker, E., East, P., Blanco, E., Delva, J., Burrows, R., ... & Gahagan, S. (2020). Risk taking, sensation seeking and personality as related to changes in substance use from adolescence to young adulthood. *Journal of adolescence*, 82, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.04.011>
- Leal, R., & Vásquez, L. (2016). Influencia de los estilos de crianza y la resistencia a la presión de grupo sobre el consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Cajamarca. *Revista Perspectiva*, 17(1), 33-45.
- Lee, C. K., Corte, C., Stein, K. F., Feng, J. Y., & Liao, L. L. (2020). Alcohol-related cognitive mechanisms underlying adolescent alcohol use and alcohol problems: Outcome expectancy, self-schema, and self-efficacy. *Addictive behaviors*, 105, 106349.

- Leyton-Leyton, I. (2020). Convivencia escolar en Latinoamérica: una revisión de literatura latinoamericana (2007-2017). *Revista Colombiana de Educación, 1*(80).
- Li, X., Borodovsky, J. T., Kasson, E. M., Fentem, A., & Cavazos-Rehg, P. A. (2021). An analysis of within-subject and population level risk related to substance use and mental health outcomes among adolescents in the PATH study. *Drug and alcohol dependence, 218*, 108385.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108385>
- Lipari, R. N., Ahrnsbrak, R. D., Pemberton, M. R., & Porter, J. D. (2017). Risk and protective factors and estimates of substance use initiation: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. *CBHSQ data review*.
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S., & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry research, 290*, 113172. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Longo, L. M., Martin, J. L., Zamboanga, B. L., Milroy, J. J., & Wyrick, D. L. (2020). Ethnic, gender, and seasonal difference in heavy drinking and protective behavioral strategies among student-athletes. *Journal of ethnicity in substance abuse, 19*(2), 253–270. <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1520172>
- López, L. G., Olivares, J., & Villarroel, P. E. V. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos, de evaluación validados para población de lengua española. *Revista latinoamericana de psicología, 35*(2), 151-160.

- Lozano Villarreal, T. M., & Urquiaga Sánchez, M. E. (2021). *Evidencias de validez de la escala de síndrome de ansiedad COVID-19 (C-19ASS) en Jóvenes y Adultos Peruanos*. Universidad César Vallejo..
- Lube Guizardi, M. (2020). Las mujeres y las regiones fronterizas latinoamericanas. Movilidades, violencias y agencias. ISSN 0251-3552, N°. 289, 2020 (Ejemplar dedicado a: Fronteras latinoamericanas. Más allá de los límites), págs. 70-80
- Lundahl, L. H., & Cannoy, C. (2021). COVID-19 and Substance Use in Adolescents. *Pediatric clinics of North America*, 68(5), 977–990.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.05.005>
- Magaz, A. M., Chorot, P., Sandin, B., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (2011). Estilos de apego y acoso entre iguales (bullying) en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 207–221.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10362>
- Magaz, A., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M. & Sandín, B. (2016). Evaluación del bullying como victimización: Estructura, fiabilidad y validez del cuestionario de acoso entre iguales (CAI). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 21 (2), pp. 77-95.
- Malacas, C., Alfaro, P., & Hernández, R. M. (2020). Factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes de nivel secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 20(2), 20-27.
- Malta, D. C., Machado, Í. E., Felisbino-Mendes, M. S., Prado, R. R. D., Pinto, A. M. S., Oliveira-Campos, M., ... & Assunção, A. Á. (2018). Use of psychoactive

- substances among Brazilian adolescents and associated factors: National School-based Health Survey, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21, e180004.
- Martinez, M. L. Neighborhood context and the development of African American children. Garland Publishing, Inc.; New York: 2000.
- Mateo, I. M., Esteban, C. R., & García, J. J. L. (2021). Bullying, pertenencia a bandas y consumo de drogas en adolescentes. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (173), 69-78.
- Mateo-Crisóstomo, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Ramírez, G. H., & Victorino-Barra, A. (2018). Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2).
- McKinley, C. E., Roh, S., & Lee, Y. S. (2021). American Indian Alcohol Use from a Sex-Specific Wellness Approach: Exploring Its Associated Physical, Behavioral, and Mental Risk and Protective Factors. *Journal of evidence-based social work* (2019), 18(1), 32–48. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1799648>
- Mehanović, E., Virk, H. K., Akanidomo, I., Pwajok, J., Prichard, G., van der Kreeft, P., & Vigna-Taglianti, F. (2020). Correlates of cannabis and other illicit drugs use among secondary school adolescents in Nigeria. *Drug and alcohol dependence*, 206, 107457.
- Melo-Hurtado, D. S & Jaimes-Valencia, M. L. (2015). Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 118-131.
- Mena, I., & Valdés, A. M. (2019). Clima social escolar.

- Méndez-Sánchez, M. del P., Peñaloza-Gómez, R., & García-Méndez, M. (2021). Relaciones interpersonales en medios virtuales, personalidad y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 21(2), 29–43. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i2.537>
- Mmari, K., Lantos, H., Blum, R. W., Brahmbhatt, H., Sangowawa, A., Yu, C., & Delany-Moretlwe, S. (2014). A global study on the influence of neighborhood contextual factors on adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), S13-S20.
- Molero Jurado, M. del M., Pérez Fuentes, M. del C., Gázquez Linares, J. J., & Barragán Martín, A. B. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención Familiar*, 24(2). <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.2.59151>
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. In Plan Nacional Sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Muñoz, J. M., & Orozco, J. B. (2018). Resiliencia y consumo de drogas. Un estudio en jóvenes costarricenses. *Revista de Ciencias Sociales*, (159).
- Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(2), 175–210. <https://doi.org/10.1037/a0026407>
- Musitu, G. & Cava, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.

- Mustonen, A., Niemelä, S., McGrath, J. J., Murray, G. K., Nordström, T., Mäki, P., Miettunen, J., & Scott, J. G. (2018). Adolescent inhalant use and psychosis risk - a prospective longitudinal study. *Schizophrenia research*, *201*, 360–366.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.013>
- Nakawaki, B., & Crano, W. (2015). Patterns of substance use, delinquency, and risk factors among adolescent inhalant users. *Substance use & misuse*, *50*(1), 114–122. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.961611>
- Nasaescu, E., Ortega Ruiz, R., Llorent, V. J., & Zych, I. (2020). Conductas antisociales en niños y adolescentes: Un estudio descriptivo/Antisocial Behaviors in Children and Adolescents: A Descriptive Study.
- National institute on drug abuse (2020). 2020, junio 2. ¿Cuál es el alcance del consumo de tabaco y su costo para la sociedad?. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/cual-es-el-alcance-y-el-impacto-del-uso-del-tabaco> en 2021, February 27.
- National institute on drug abuse NIDA. 2020, Mayo 25. ¿Cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores de protección?. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa> en 2021, March 20
- National institute on drug abuse NIDA. 2020, Septiembre 2. El uso indebido de drogas y la adicción. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas> en 2021, November 17

- Navas-Martínez, M. J., & Cano-Lozano, M. C. (2022). Profile of the victimized aggressors in child-to-parent violence: differences according to the type of victimization. *International journal of clinical and health psychology*, 22(2), 100302. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100302>
- Neuman B., & Fawcett, (2011) The Neuman Systems Model. Pearson education, Inc... publishing as Pearson
- Neuman, B. (1996). The Neuman systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 67-70.
- 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).
- Noh-Moo, P. M., Ahumada-Cortez, J. G., Valdez-Montero, C., Gámez-Medina, M. E., & López-Cisneros, M. A. (2020). Violencia filioparental y su relación con el consumo de drogas en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Investigación En Adicciones*, 6(1), 34–44. <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.1.05>
- Obando, D., Trujillo, A., & Trujillo, C. A. (2014). Substance use and antisocial behavior in adolescents: The role of family and peer-individual risk and protective factors. *Substance use & misuse*, 49(14), 1934-1944.
- Ober, A. J., Miles, J. N., Ewing, B., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2013). Risk for inhalant initiation among middle school students: understanding individual,

- family, and peer risk and protective factors. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(6), 835–840. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.835>
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I., & Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 85-97.
- Olson, D. H. (1989). Circumplex model of family systems VIII: Family assessment and intervention. En D.H. Olson, C.S. Russell y D.H. Sprenkle (Eds). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families.*, 7-40
- Olweus, D. (1993). Acoso escolar, “bullying”, en las escuelas: hechos e intervenciones. *Centro de investigación para la Promoción de la Salud, Universidad de Bergen, Noruega*, 2, 1-23.
- Orcasita L T, Lara, V Suárez, A, & Palma, D M. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe*, 35(1), 33-48., 2022, disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2018000100033&lng=en&tlng=es.
- Ordóñez, M. C. O., Oleas, J. C. M., & de Lourdes Pacheco, M. (2016). Estudio Descriptivo: Perfil Psicológico del Niño Víctima de Acoso Escolar. *Revista Médica HJCA*, 8(2), 108-116.
- Organización Panamericana de la Salud (2018). Informe de la situación mundial del Alcohol y la Salud Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ortiz, M. I., & Márquez, M. O. (2018). Factores de riesgo en adicciones y su relación con actividades deportivas y recreativas. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (34), 71-79.
- Palacios D, J R. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de búsqueda de sensaciones para adolescentes en México (IBS-Mx). *International Journal of Psychological Research*, 8(1), 46-60. Retrieved October 17, 2022, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-20842015000100005&lng=en&tlng=es.
- Parra L, G. P. (2020). La funcionalidad familiar y el consumo de alcohol. análisis de un caso. Disponible en <https://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15227>
- Patiño M, J., Gras P, M. E., Salamó A, A., Arboix P, M. & Font-Mayolas, S. (2021). Acoso escolar en estudiantes de secundaria: consumo de alcohol, percepción de salud y calidad de las relaciones familiares en agresores y/o víctimas. *Health and Addictions, Salud y Drogas*. 21(1), 76-90.
- Pedrosa, E. M. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>
- Pereira, R., Loinaz C, I., Hoyo B, J. D., Arrospide, J., Bertino, L., Calvo, A., ... & Gutiérrez, M. M. (2017). Propuesta de definición de violencia filio-parental: Consenso de la sociedad española para el estudio de la violencia filio-parental (SEVIFIP). *Papeles del Psicólogo*, 38, (3), 216-223.

- Pinchak, N. P., & Swisher, R. R. (2022). Neighborhoods, Schools, and Adolescent Violence: Ecological Relative Deprivation, Disadvantage Saturation, or Cumulative Disadvantage? *Journal of youth and adolescence*, 51(2), 261–277. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01551-8>
- Pimentel-Jaimes, J. A., Telumbre-Terrero, J. Y., Ruiz-Gómez, G. M., Higuera-Sainz, J. L., & Bautista-Álvarez, T. M. (2015). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 6(2), 36-49.
- Píngel E, J. C., & Guerrero P, E. P. (2022). Estrategias de afrontamiento ante el estrés de la recaída al consumo de drogas en adolescentes: Strategies for coping with the stress of the recall to the use of drugs in adolescents. *Más Vita*, 2(3 Extraord), 55–65. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0041>
- Pittenger, S. L., Moore, K. E., Dworkin, E. R., Crusto, C. A., & Connell, C. M. (2018). Risk and Protective Factors for Alcohol, Marijuana, and Cocaine Use Among Child Welfare-Involved Youth. *Children and youth services review*, 95, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.09.037>
- Polit, D. E. & Beck, Ch. T. (2018). *Investigación en enfermería, fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9na edición*. Wolters Kluwer.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1997). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of

- substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population. Washington, DC: University of Washington.
- Pon, J. R. C., Zúñiga, J. O., Lara, G. A. G., Moreno, R. A. M., Zúñiga, V. F. V., & Valiserra, M. C. (2018). Factores familiares y psicosociales asociados al rendimiento académico de escolares rurales de Chiapas, México. *Uaricha*, *15*(35), 17-31.
- Puebla, E., & Duarte, E. (2016). Consumo de drogas y violencia escolar: diagnóstico de los alumnos en una secundaria pública urbana. *Revista Adicción y Ciencia*, *4*(3), 1-15.
- Puente, S. M., & Birkbeck, C. H. (2017). Conducta antisocial adolescente bajo un enfoque integrador de tres teorías criminológicas1. *Revista de ciencias sociales*, *23*(3), 76-88.
- Rabe-Jabłońska, J., & Bieńkiewicz, W. (1994). Anxiety disorders in the fourth edition of the classification of mental disorders prepared by the American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS-IV--options book. *Psychiatria polska*, *28*(2), 255-268.
- Rechea Alberola, C., & Cuervo García, A. L. (2010). Menores agresores en el ámbito familiar (informe final).
- Redondo, L. M., Martínez, G. S., Otero, A. G., & Fernández, M. D. R. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y modificación de conducta*, *23*(88), 255-282.
- Riva, K., Allen-Taylor, L., Schupmann, W. D., Mphele, S., Moshashane, N., & Lowenthal, E. D. (2018). Prevalence and predictors of alcohol and drug use

- among secondary school students in Botswana: a cross-sectional study. *BMC public health*, 18(1), 1-14.
- Rivero, N., Martínez-Pampliega, A., & Olson, D. H. (2010). Spanish adaptation of the FACES IV questionnaire: Psychometric characteristics. *The Family Journal*, 18(3), 288-296.
- Rodríguez-Aguilar L., Vázquez-Puente E.O., Guzmán-Facundo F.R., Esparza-Almanza S.E., & López-García K.S. (2022). Capítulo 5. Estilos de socialización parental, acoso escolar y consumo de alcohol en adolescentes. Salud mental y adicciones en población vulnerable. Primera edición en Ediciones Comunicación Científica
- Rodríguez-Rios, L., Cabiya-Morales, J. J., Sánchez-Cardona, I., & Cruz-Santos, A. A. (2020). Consumo de Marihuana en Adolescentes Puertorriqueños: Factores Protectores Frente a una Mayor Accesibilidad. *Revista Caribeña De Psicología*, 4(1), 45–54. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i1.1709>
- Rodríguez Gonzales, V. S., & Pérez Martinto, P. C. (2020). Niveles de ansiedad social en adolescentes de una institución educativa de tembladera en Perú. *Revista Científica Pistemia*, 4(1). <https://doi.org/10.26495/re.v4i1.1312>
- Rodzlan Hasani, W. S., Míaw Yn, J. L., Saminathan, T. A., Robert Lourdes, T. G., Ramly, R., Abd Hamid, H. A., ... & Mohd Yusoff, M. F. (2019). Risk Factors for Illicit Drug Use Among Malaysian Male Adolescents. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(8_suppl), 48S-56S.
- Romero, N. A. R., Guajardo, J. G., & Nava, J. M. F. (2017). Competencias socioemocionales como predictoras de conductas prosociales y clima escolar

positivo en adolescentes. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado: RIFOP*, 31(88), 77-90.

Romero-Méndez, C. A., Cancino-Padilla, D., & Rojas-Solís, J. L. (2020). Análisis exploratorio sobre violencia filio-parental en una muestra de adolescentes mexicanos. *Psicoespacios*, 14(24), 38–57.

<https://doi.org/10.25057/21452776.1297>

Rosen, NL & Nofziger, S. (2019). Niños, acoso y roles de género: cómo la masculinidad hegemónica da forma al comportamiento de acoso. *Cuestiones de Género*, 36 (3), 295-318.

Rueda, E. F. (2020). Perfil psicosocial de adolescentes consumidores de drogas: un análisis de las diferencias de género. *Revista. Española de. Drogodependencia*, 55-71.

Ruíz, A. O., Hernández, M. I., Mayrén, P. J. D. J., Vargas Santillán, M., & Lourdes, D. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-117.

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.

Sánchez , Castaño, Guillermo, Sierra, Semenova Vásquez, Nadia, Salas, Buitrago, Jesy, & Torres. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *CES Psicología*, 12(3), 1-18. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.1>

- Sánchez-Perales, M., Álvarez-Aguirre, A., Mendoza-Ayala, M., Hernández-Castañón, M., Bañuelos-Barrera, Y., & Rocha-Rodríguez, M. (2013). Resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes estudiantes de la ciudad de Morelia. *CIENCIA@ UAQ*, 6(2), 1-8.
- Santos, M. J., Matas, A., Alcalá, M. J., & Leiva (2021). Perfiles de estudiantes y violencia filioparental: una identificación a través del análisis jerárquico lineal. *Revista Prisma Social*, (33), 261–288. Recuperado a partir de <https://revistaprismasocial.es/article/view/4219>
- Schlesinger P, A, Pescador V, B, & Roa C, L A. (2017). Neurotoxicidad alcohólica. *Revista Med*, 25(1), 87-101. <https://doi.org/10.18359/rmed.2924>
- Schneider, R., Randolph, G. W., Dionigi, G., Wu, C. W., Barczynski, M., Chiang, F. Y., ... & Dralle, H. (2018). International neural monitoring study group guideline 2018 part I: staging bilateral thyroid surgery with monitoring loss of signal. *The Laryngoscope*, 128, S1-S17.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Seisdedos, N. (1988). Cuestionario A-D (conductas antisociales-delictivas). Madrid: TEA Ediciones.
- Shih, R. A., Parast, L., Pedersen, E. R., Troxel, W. M., Tucker, J. S., Miles, J., Kraus, L., & D'Amico, E. J. (2017). Individual, peer, and family factor modification of neighborhood-level effects on adolescent alcohol, cigarette, e-cigarette, and

marijuana use. *Drug and alcohol dependence*, 180, 76–85.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.014>

Sierra-Barón, W. (2020). Evaluación del clima escolar. *El tercer maestro* United Nations on Drugs and Crime, Drug use and health consequences 2020.

https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf

Siordia, C., Saenz, J. On the Relationship Between Neighborhood Perception, Length of Residence and Co-Ethnic Concentration. *Applied Spatial Analysis and policy* 6, 267–284 (2013). <https://doi.org/10.1007/s12061-013-9084-9>

Soriano-Sánchez, J., & Jiménez-Vázquez, D. (2022). Predictores del consumo de alcohol en adolescentes: una revisión sistemática de estudios transversales. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(4), 73–86.

<https://doi.org/10.35622/j.rep.2022.04.006>

Smith, P. K., López-Castro, L., Robinson, S., & Görzig, A. (2019). Consistency of gender differences in bullying in cross-cultural surveys. *Aggression and violent behavior*, 45, 33-40.

Stewart, S. L., Toohey, A., Celebre, A., & Poss, J. W. (2021). Abuse, Mental State, and Health Factors Pre and during the COVID-19 Pandemic: A Comparison among Clinically Referred Adolescents in Ontario, Canada. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10184.

<https://doi.org/10.3390/ijerph181910184>

Tabernero, C., Luque, B., & Cuadrado, E. (2019). A Multilevel Study of Alcohol Consumption in Young Adults: Self-Efficacy, Peers' Motivations and Protective

- Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2827. doi:10.3390/ijerph16162827
- Taggart, T., Brown, A. L., & Kershaw, T. (2018). Neighborhood contexts and marijuana use among urban dwelling emerging adult men. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 944–951. <https://doi.org/10.1177/1557988317753222>
- Tagiuri, R. I. (1968). The concept of organizational climate. en R. I. Tagiuri y G.H. Litwin (Eds.). *Organizational climate: Exploration of a concept* (pp. 11-34). Boston: Harvard. University.
- Tardivo, G., Suárez-Vergne, Álvaro, & Díaz Cano, E. (2021). Cohesión familiar y covid-19: los efectos de la pandemia sobre las relaciones familiares entre los jóvenes universitarios madrileños y sus padres. *RIPS: Revista De Investigaciones Políticas Y Sociológicas*, 20(1). <https://doi.org/10.15304/rips.20.1.7087>
- Tena-Suck, A, Castro-Martínez, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P, Fuente-Martín, & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- United Nations on Drugs and Crime (2018), Word Drug Report, 2019. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- United Nations on Drugs and Crime. (2023), Informe mundial sobre las drogas 2023 Disponible en: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_ExSum_Spanish.pdf

- Urbalejo Castorena, O. L. (2021). La marca espacial de la migración en el Este de Tijuana. Apuntes sobre crecimiento urbano y exclusión en una ciudad (des)ordenada. *Investigaciones Geográficas*, (61), 44–56.
<https://doi.org/10.5354/0719-5370.2021.61791>
- Urbano A., Álvarez L., & Iglesias M. (2018). Adaptabilidad y cohesión familiar del alumnado de Educación Secundaria Obligatoria. *Aula Abierta*, 47(2), 237–244.
Disponible en: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.2.2018.237-244>
- Valadez-García, J. A., & Oropeza-Tena, R. (2020). Evaluación de la Intervención Preventiva para Estudiantes Adolescentes en Riesgo (IPEA-R) en estudiantes de secundaria. *Health and Addictions/Salud & Drogas*, 20(2), 157–169.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v20i2.550>
- Van Ouytsel, J., Torres, E., Choi, H. J., Ponnet, K., Walrave, M., & Temple, J. R. (2017). The associations between substance use, sexual behaviors, bullying, deviant behaviors, health, and cyber dating abuse perpetration. *The Journal of School Nursing*, 33(2), 116-122.
- Vecina, M. L., Chacón, J. C., & Piñuela, R. (2021). Child-to-parent violence and dating violence through the moral foundations theory: ¿same or different moral roots? *Frontiers in psychology*, 11, 597679.
- Varela, J J., Torres-Vallejos, J, González, C, & García, Oriana. (2020). La percepción de apego con la escuela como un factor protector para conductas antisociales en escolares Chilenos. *Psykhé (Santiago)*, 29(2), 1-12. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1416>

- Velázquez G, M. R., & Méndez, R. J. (2015). Juventud, readaptación y sueños truncados: Centro de Diagnóstico para Adolescentes de Tijuana, Baja California. *Frontera norte*, 27(54), 53-72. Recuperado en 16 de octubre de 2022, Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722015000200003&lng=es&tlng=es.
- Vergara-Castañeda, A., Lobato-Lastiri, M. F., Díaz-Gay, M., & del Rosario Ayala-Moreno, M. (2020). Cambios en el comportamiento alimentario en la era del COVID-19. *Revista Latinoamericana de Investigación Social*, 3(1), 27-30.
- Vincent, W., Del Río-González, A. M., Neilands, T. B., & Bowleg, L. (2023). Resilience and Its Limits: The Roles of Individual Resilience, Social Capital, Racial Discrimination, and Binge Drinking on Sexual Behavior Among Black Heterosexual Men. *Archives of sexual behavior*, 52(4), 1419–1434. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02488-0>
- Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. *Manual de Modificación de conducta*, 229-264.
- Vrijen, C., Wiertsema, M., Ackermans, M. A., van der Ploeg, R., & Kretschmer, T. (2021). Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 147(3), e2020034751. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-034751>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178
- Wang, Y. C., Yu, J. C., Chen, J. Y., & Wang, Z. Z. (2018). Factors associated with illicit drug use intention in secondary vocational school students based on theory of

triadic influence. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 39(7), 925-930.

Weidacker, K., Kim, S. G., Buhl-Callesen, M., Jensen, M., Pedersen, M. U., Thomsen, K. R., & Voon, V. (2022). The prediction of resilience to alcohol consumption in youths: insular and subcallosal cingulate myeloarchitecture. *Psychological medicine*, 52(11), 2032–2042. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003852>

Werner, E. E. (1982). *Vulnerable, but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth* (R. S. Smith, Ed.). McGraw-Hill. Disponible en: <https://archive.org/details/vulnerablebutinv00emmy>

Wiafe, S., Mihan, A., & Davison, C. M. (2021). Neighborhood-Level Influences and Adolescent Health Risk Behaviors in Rural and Urban Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7637.

White A. M. (2020). Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol research: current reviews*, 40(2), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01>

Woolley, N., & Macinko, J. (2018). Bullying involvement and substance use among Brazilian adolescent students. *Revista panamericana de salud pública*, 42, e95.

World drug report 2020. (s/f). United Nations : World Drug Report 2020. Recuperado el 18 de julio de 2024, de <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html>

World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Yahya, A. S., Khawaja, S., & Chukwuma, J. (2020). COVID-19 and a Potential Rise in Bullying Behaviors. *The primary care companion for CNS disorders*, 22(3), 20com02642. <https://doi.org/10.4088/PCC.20com02642>.
- Zegarra-Chapoñan, R., Zeladita-Huaman, J. A., Cuba-Sancho, J. M., Castillo-Parra, H., Moran-Paredes, G. I., & Cárdenas-Niño, L. (2023). Asociación entre los estilos de crianza y el rol de los adolescentes peruanos en el acoso escolar, 2019. *Revista Cuidarte*, 14(1).
- Zhao, Z., Liu, G., Nie, Q., Teng, Z., Cheng, G., & Zhang, D. (2021). School climate and bullying victimization among adolescents: A moderated mediation model. *Children and Youth Services Review*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2021.106218>
- Zuckermann, A., Gohari, M. R., de Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, S. T. (2019). Factors associated with cannabis use change in youth: Evidence from the COMPASS study. *Addictive behaviors*, 90, 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.048>

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales e Historial de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (CDPHCATD).

Indicaciones: Lea atentamente cada pregunta y conteste o marque con un “X” según corresponda

I. Datos personales

- 1.- Edad_____ años cumplidos
- 2.- Sexo: Masculino_____ Femenino_____
- 3.- Año escolar que cursa: Primero _____ Segundo _____ Tercero _____
- 4.- Con quien vive: Ambos padres _____ solo con la Mamá _____ solo con el papa_____
Abuelo (a)_____ Tío (a)_____ Hermano (a)_____ Otro_____
- 5.- ¿Cuál fue la sustancia que consumiste por primea vez en tu vida: () alcohol,
() tabaco, () marihuana, () cocaína e () inhalantes?
- 6.- ¿A qué edad consumiste por primera vez la sustancia seleccionada? _____ años

II. Historial de consumo de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína e inhalantes).

Consumo de alcohol

1. Has consumido alguna bebida con alcohol alguna vez en tu vida Sí ___ No ___
2. Has consumido alguna bebida con alcohol en el último año Sí ___ No ___
3. Has consumido alguna bebida con alcohol en el último mes Sí ___ No ___
4. Has consumido alguna bebida alcohólica en la última semana si___ No___
5. Edad en que consumiste por primera vez una bebida alcohólica _____años
6. Cuantas bebidas consumes en un día típico o especial _____

Consumo de tabaco

7. Has fumado cigarro alguna vez en tu vida Si___ No___
8. Has fumado cigarro en el último año Si___ No___

9. Has fumado cigarro en el último mes Si__ No__
10. Has fumado cigarro en la última semana Si__ No__
11. Edad en que consumiste por primera vez cigarrillos _____ años
12. Cuantos cigarrillos consumo en un día típico o especial _____

Consumo de marihuana

13. Has consumido marihuana alguna vez en tu vida Si__ No__
14. Has fumado marihuana en el último año Si__ No__
15. Has consumido marihuana en el último mes Si__ No__
16. has consumido marihuana en la última semana Si__ No__
17. Edad en que consumiste por primera vez marihuana _____ años
18. Cuantas fumadas (toques) realizas en un día típico o especial _____

Consumo de cocaína

19. Has consumido cocaína alguna vez en tu vida Si__ No__
20. Has Consumido cocaína en el último año Si__ No__
21. Has consumido cocaína en el último mes Si__ No__
22. Has consumido cocaína en la última semana Si__ No__
23. Edad en que consumiste por primera vez _____ años
24. Cuanto es tu consumo (toques) en un día típico o especial _____

Consumo de inhalantes

25. Has consumido inhalantes alguna vez en tu vida Si__ No__
26. Has consumido inhalantes en el último mes Si__ No__
27. Has consumido inhalantes en la última semana Si__ No__
28. Edad en que inhalaste por primera vez _____ años
29. Cuantas inhaladas (toques) realizas en un día típico o especial _____

Apéndice B

Cuestionario de identificación de trastorno debido al consumo de Alcohol (AUDIT) (Barbor et al., 2001)

Instrucciones: Las siguientes preguntas son sobre **SU CONSUMO DE ALCOHOL** en el **ÚLTIMO AÑO**, subraya la respuesta que más se acerca a tu realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos).</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año, (4) Si, el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año, (4) Si, el último año</p>

Apéndice C

Cuestionario de Conductas Antisociales

Instrucciones: A continuación, se presentan algunas acciones que usted puede llevar a cabo en su vida cotidiana, responda sí o no según corresponda.

Conductas antisociales	Si	No
1. Alborotar o silbar en una reunión, lugar público o reunión de trabajo		
2. Salir sin permiso (del trabajo, casa o colegio)		
3. Entrar en un sitio prohibido (jardín o casa vacía)		
4. Ensuciar las calles/ aceras, rompiendo botellas o volcando cubos de basura		
5. Decir “groserías” o palabras fuertes		
6. Molestar o engañar a personas desconocidas		
7. Llegar tarde al trabajo, colegio o reunión		
8. Hacer trampa (en exámenes, competencia importante, información de resultados)		
9. Tirar basura en el suelo (cuando hay contenedor cerca)		
10. Hacer graffitis en lugares prohibidos (pared, banco, mesa, etc)		
11. Tomar frutas de un jardín o huerto que pertenece a otra persona		
12. Romper o tirar al suelo cosas que son de otra persona		
13. Gastar bromas pesadas a la gente, como empujar dentro de un charco o quitar la silla cuando van a sentarse		
14. Llegar, a propósito, más tarde de lo permitido (casa, trabajo, obligación).		
15. Arrancar o pisotear flores o plantas de un parque o jardín.		
16. Llamar a la puerta de alguien y salir corriendo		
17. Comer cuando está prohibido en el trabajo, cine, clase, etc.		

18. Contestar mal a un superior o autoridad (trabajo, clase o calle).		
19. Negarse a hacer las tareas encomendadas (trabajo, clase o casa)		
Pelearse con otros (golpes insultos o palabras ofensivas).		

Apéndice D

Cuestionario de Violencia Filio parental

Indique con qué frecuencia ha llevado a cabo cada una de las siguientes conductas contra su padre o su madre

0= nunca 1= alguna vez 2 = bastantes veces 3= casi siempre

Conductas contra padre y/o madre	Madre				Padre			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. Grite a mis padres cuando estoy enojado	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Amenazarlos en pegarles, aunque no llegue a realizarlo	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Insultarles con palabras maldicientes a mis padres	0	1	2	3	1	2	3	4
4. Chantajearles para conseguir lo que quiero	0	1	2	3	1	2	3	4
5. Tomarles dinero sin permiso	0	1	2	3	1	2	3	4
6. Hacer algo para fastidiarlos	0	1	2	3	1	2	3	4
7. Desobedecer en algo le pidieron y que era importante para ellos	0	1	2	3	1	2	3	4
8. Empujar o pegarle en una pelea	0	1	2	3	1	2	3	4
9. Golpee con algo que pudiera hacerles daño	0	1	2	3	1	2	3	4
10. Dar una patada, puñetazo, a mis padres	0	1	2	3	1	2	3	4

Apéndice E

Cuestionario de Acoso entre Iguales (CAI)

Instrucciones: A continuación, encontraras una serie de frases sobre formas de comportarse contigo de tus compañeros de tu escuela. Tu tarea consiste en marcar con un **X** la respuesta que indique lo que a ti te ha ocurrido durante este año escolar. A cada pregunta hay que dar solo una respuesta.

CAI-Conductas de Acoso (CAI-CA)	NUNCA (1)	POCAS VECES (2)	MUCHAS VECES (3)
1. Me pegan collejas			
2. Me pegan puñetazos			
3. Me pegan patadas			
4. Me pegan con objetos (por ejemplo, palos, tijeras, piedras, etc.)			
5. Me insultan			
6. Me impiden jugar con ellos			
7. Me amenazan con que me pegan			
8. Me dejan de hablar			
9. Me llaman con un nombre que no me gusta (cuatro ojos, bola, enano, palillo, etc.)			
10. Me amenazan con objetos (por ejemplo, palos tijeras, piedras, etc.)			
11. Me mandan callar			
12. Me acusan de cosas que no he dicho o hecho			
13. Me empujan			

14. Les dicen a otros que no estén o que no hablen conmigo			
15. Me dicen que se van a "chivar de mi"			
16. Me esconden cosas			
17. Les prohíben a otros que jueguen conmigo			
18. Me gritan			
19. Me rompen cosas			
20. Me roban cosas			
21. Me impiden jugar con otros niños			
22. Se ríen de mi cuando me equivoco			
23. Me ocultan a donde van			
24. Me ponen la zancadilla			
25. Me pellizcan			
26. Me tiran del pelo			
27. Me envían mensajes de móvil o correos electrónicos para insultarme o amenazarme			
28. Cuando chateo con otros niños, se meten conmigo			
29. Me hacen fotos o me graban con el móvil mientras se meten conmigo			
30. Se burlan colgando fotos o videos sobre mí en internet			
31. Me mienten para que no vaya con ellos			
32. Me tiran cosas (por ejemplo, pelotas de papel, cosas de clase, piedras, etc.)			

33. Me amenazan para que diga cosas que no quiero			
34. No quieren hacer trabajos conmigo			
35. Me amenazan con contar cosas de mi o de mi familia			
36. No se quieren sentar conmigo			
37. Hacen cosas para molestarme (se ponen en medio, no me dejan pasar, me despeinan, cada vez que pasan por mi lado me tocan, etc.)			
38. Me hacen gestos			
39. Me amenazan para que haga cosas que no quiero (darles dinero, dejarles copiar mis deberes, hacer bromas pesadas y otras cosas)			

Apéndice F

Escala Detección de Ansiedad Social en Adolescentes [EDASA] (Olivares & García-López, 1998)

Instrucciones: Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, contesta cada frase tan sinceramente como puedas. Marca tu elección (SI o NO) con una X.

Hay personas que se ponen nerviosas cuando están con gente que no conocen bien.

Esto les ocurre si están con una o más personas extrañas o poco conocidas. No importa el lugar. Se pueden sentir mal en una fiesta, en la escuela o simplemente mientras se habla en un grupo, aunque ello no le obligue a uno a participar.

1. ¿Te ocurre algo de esto a ti? SI____ NO____
2. ¿Generalmente te preocupa cuando tienes que decir
o hacer algo porque piensas que ello te puede poner SI____ NO____
en evidencia ante los demás?
3. Teniendo en cuenta el cuadro de SITUACIONES que te presentamos más abajo, nos gustaría que valoraras el grado de nerviosismo que sientes en esas situaciones, la frecuencia con que te pasa y en qué medida interfiere en tu vida cotidiana el miedo y la evitación que estas situaciones te generan. Para ello, usa las escalas que te presentamos a continuación.

¿con que frecuencia intentas evitar (no hacer) esta situación?	¿Qué grado de nerviosismo te produce esta situación?	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana?
1 = Nunca	1 = Ninguno	1 = Ninguno
2 = Pocas Veces	2 = Un Poco	2 = Un Poco
3 = Algunas Veces	3 = Bastante	3 = Bastante
4 = Bastantes Veces	4 = Mucho	4 = Mucho
5 = Siempre	5 = Muchísimo	5 = Muchísimo

Por favor, tacha con una X el número que mejor te describa en cada situación.

SITUACIONES	¿Con que frecuencia intentas evitar (no hacer) esta situación?	¿Qué grado de nerviosismo te produce esta situación?	¿Cuánto ha interferido en tu vida cotidiana?
1. Iniciar una conversación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. Mantener una conversación	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Ir a fiestas o reuniones sociales	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Hablar en publico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Escribir, comer o beber delante de la gente	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Defender mis derechos ante otras personas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Relacionarme con figuras de autoridad	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Relacionarme con personas del sexo opuesto	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Apéndice G

Escala de Características del Barrio (ECB)

Instrucciones: A continuación, se presentan algunos enunciados que tienen que ver con el entorno en donde vives, tu colonia o barrio, responde si lo que se te pregunta suena...

1. (MP) Muy parecido a mi colonia
2. (AP) Algo parecido a mi colonia o barrio.
3. (MPP) Muy poco parecido a colonia o barrio-
4. (NP) Nada parecido a colonia o barrio.

Características del barrio	MP (1)	AP (2)	MPP (3)	NP (4)
1. Le gente en mi colonia o barrio se ayuda la una a la otra.				
2. La mayoría de la gente en mi colonia o barrio tiene bienestar.				
3. Hay abuso de drogas y alcohol en tu colonia o barrio.				
4. Vigilamos a los hijos de los demás en nuestra colonia.				
5. Me enorgullece vivir en mi colonia o barrio.				
6. Es peligrosa mi colonia o barrio.				
7. Hay gente con la que puedo contar en mi colonia o barrio.				
8. Los edificios y parques en mi colonia son viejos.				
9. Hay personas en mi colonia que podrían ser mala influencia para los niños				

Apéndice H

Escala de Resiliencia (Wignild & Young, 1993).

Escala de resiliencia de 14-items (ER-14)

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de los números.

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

Apéndice I

Escala de Autoeficacia ante Conductas de Riesgo en Adolescentes (Palacios, 2015).

Instrucciones: 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).

Nos interesa saber lo que tú piensas, haces y sientes de acuerdo con lo siguiente:	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Muchas veces (3)	Casi Siempre (4)
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
12. Considero que utilizó algunos métodos que he aprendido para negarme a consumir alcohol, tabaco o drogas.	1	2	3	4
13. Si en un antro, disco o bar me dieran a probar tabaco, sería capaz de negarme a aceptarlo.	1	2	3	4
14. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran tabaco, podría rechazarlo.	1	2	3	4
15. Es probable que en una fiesta me niegue a fumar tabaco (cigarros).	1	2	3	4
16. Si estoy en la calle con mis amigos (as) y me ofrecieran fumar cigarros me es fácil decir que no.	1	2	3	4

17. Soy capaz de rechazar consumir tabaco.	1	2	3	4
18. Puedo estar en lugares donde se fume o consuma tabaco, sin hacerlo.	1	2	3	4
19. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a fumar cigarros.	1	2	3	4
20. Si sacaras malas calificaciones y te proponen consumir tabaco para sentirte mejor, serias capaz de negarte a hacerlo.	1	2	3	4
21. Cuando estoy con amigos (as) que fuman o consumen tabaco es probable que yo esté con ellos (ellas) sin fumar.	1	2	3	4
22. Si en una fiesta me dieran a probar drogas sería capaz de rechazarlas.	1	2	3	4
23. Soy capaz de rechazar consumir drogas.	1	2	3	4
24. Si en la escuela o entre clases me ofrecieran drogas, podría decir que no quiero.	1	2	3	4
25. Es probable que en una fiesta me niegue a consumir drogas (marihuana, cocaína u otras).	1	2	3	4
26. Podría resistir la presión de mis amigos (as) si me invitaran a consumir drogas.	1	2	3	4

Apéndice J

Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar [FACES IV]

(Olson, 2010)

Instrucciones: A continuación, se presentan situaciones que puedes vivir en tu familia, responde según se presente en tu hogar.

1. (TD) Totalmente en Desacuerdo
2. (GD) Generalmente en Desacuerdo
3. (I) Indeciso
4. (GA) Generalmente de Acuerdo
5. (TA) Totalmente de Acuerdo

Situaciones que puedes vivir en tu familia	TD	GD	I	GA	TA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Cada miembro de la familia participa en la vida de los demás.					
2. Nuestra familia intenta buscar nuevas formas de tratar los problemas					
3. Nos llevamos mejor con gente de fuera de nuestra familia que entre nosotros					
4. Pasamos demasiado tiempo juntos					
5. Hay consecuencias estrictas en nuestra familia para quien se salta las normas.					
6. En nuestra familia, parecería que nunca nos organizáramos.					

7. Los miembros de nuestra familia se sienten muy cercanos unos a otros.					
8. En nuestra familia los padres comparten por igual el liderazgo.					
9. Cuando estamos en casa parece que evitamos el contacto unos con otros					
10. Nos sentimos presionados para pasar la mayor parte del tiempo libre juntos.					
11. Hay consecuencias claras cuando un miembro de la familia hace algo mal.					
12. Es difícil saber quién manda en nuestra familia.					
13. Los miembros de la familia se apoyan mutuamente unos de otros durante periodos difíciles.					
14. La disciplina es justa en nuestra familia.					
15. Sabemos muy poco de los amigos de otros miembros de la familia.					
16. Los miembros de la familia dependen demasiado unos de otros.					
17. Nuestra familia tiene una regla para casi toda situación posible.					
18. En nuestra familia las cosas que nos proponemos no se hacen.					
19. Los miembros de nuestra familia consultan al resto de las decisiones importantes.					
20. Mi familia es capaz de ajustarse a los cambios cuando es necesario.					

21. Cada uno esta solo cuando hay un problema que resolver.					
22. Los miembros de la familia tienen poca necesidad de tener amigos fuera de la familia.					
23. Nuestra familia está muy organizada.					
24. No está claro quién es el responsable de que (actividades, tareas...) en nuestra familia.					
25. Nos gusta pasar algo de tiempo libre con los otros miembros de la familia.					
26. Nos turnamos las tareas del hogar entre nosotros.					
27. Rara vez nuestra familia hace cosas junta.					
28. Nos sentimos demasiado juntos unos a otros.					
29. Nuestra familia se siente frustrada cuando hay cambio en nuestros planes o actividades rutinarias.					
30. No hay liderazgo en nuestra familia.					
31. Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, aún participan de las actividades familiares.					
32. Tenemos reglas y roles claros en nuestra familia.					
33. Los miembros de la familia raras veces se apoyan entre sí.					
34. Nos sienta mal que los miembros de la familia realicen actividades con otros fuera de la familia.					
35. En nuestra familia es importante seguir las normas.					

36. Nuestra familia tiene dificultades para controlar quien hace las tareas domésticas acordadas.					
37. En nuestra familia hay un buen equilibrio entre cercanía e independencia.					
38. Cuando hay problemas, sabemos que llegamos a un acuerdo.					
39. En general cada uno funciona de forma independiente.					
40. Nos sentimos culpables cuando queremos pasar tiempo lejos de la familia.					
41. Una vez que una decisión está tomada, es muy difícil modificar esa decisión.					
42. Nuestra familia se siente agitada y desorganizada.					

Apéndice K

Cuestionario Entorno Social Escolar.

Instrucciones: A continuación, se presentan 14 oraciones, marque con una X lo que mejor describa su situación en la escuela.

Situación en la escuela	Nunca (1)	Casi nunca (2)	Algunas veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
1. Cuando hay alguna emergencia hay alguien para ayudarme					
2. Los profesores de este colegio son agradables con los estudiantes					
3. Trabajo en las tareas escolares					
4. Cuando los estudiantes rompen las reglas, son tratados justamente					
5. El colegio está muy ordenado y limpio					
6. Se puede confiar en la mayoría de la gente de este colegio					
7. Los estudiantes realmente quieren aprender					
8. Los profesores me dicen cuando hago un buen trabajo					
9. Los estudiantes de origen indígena son respetados					

10. Mi curso tiene un aspecto muy agradable					
11. La gente de este colegio se cuida uno a otro					
12. Mi colegio es un lugar muy seguro					
13. Los profesores hacen un buen trabajo identificando a los desordenados					
14. Me siento cómodo hablando con mis profesores de mis problemas					



Apéndice L
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
 Facultad de Enfermería
Consentimiento Informado
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Modelo explicativo sobre factores de riesgo y protección del consumo de drogas en adolescentes escolarizados

Autores/Estudiante: ME. Carmen Ivette Hernández Vergara

Director de tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

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 del consumo de tabaco, alcohol y drogas. 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. Carmen Ivette Hernández Vergara como requisito parcial de sus estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería que cursa en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

La presente investigación del modelo explicativo sobre factores de riesgo y protección del consumo de drogas en adolescentes escolarizados que se llevara a cabo en diferentes escuelas secundarias de la Ciudad de Tijuana con adolescentes que decidan

participar con su autorización (Asentimiento informado, Apéndice L) y con el consentimiento de sus padres que autorizaran la participación del menor

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 se responderán 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 la violencia filio parental, acoso experimentado en la secundaria donde estudia, se abordará el nivel que experimenta de ansiedad, las características del entorno en donde vive. Así mismo se abordará cuestiones sobre su capacidad para sobreponerse a las adversidades (resiliencia), capacidad de resistir no consumir drogas (autoeficacia), su relación familiar y la evaluación de su clima escolar.

Los riesgos que implica la participación de su hijo en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas hiciera sentir un poco incómodo(a) a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla y abandonar el estudio en el momento que él así lo decida aun que el padre o tutor haya autorizado su participación.

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 de esta ciudad.

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: Carmen Ivette Hernández Vergara al correo adolescentebajacalifornia@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: investigación.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 M

Asentimiento informado de menores de edad

Título del Proyecto: Modelo explicativo sobre factores de riesgo y protección del consumo de drogas en adolescentes escolarizados.

Estudiante Investigador: ME. Carmen Ivette Hernández Vergara

Director de Tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo

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 9 cuestionarios y un apartado de información general.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya 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 ____.

Apéndice N

Tríptico

LAS MODERNAS

- La American Psychiatric Association considera entre las adicciones conductuales modernas a la adicción a internet y las nuevas tecnologías; el trastorno por juegos de apuestas o ludopatía; la adicción por los juegos en línea; la adicción al sexo, al trabajo o al ejercicio; las compras compulsivas; entre otras.

LUDOPATÍA Es el deseo irrefrenable de apostar en juegos de azar

Puede generar problemas interpersonales, económicos o legales, bajo desempeño académico o laboral, y cuadros clínicos tales como ansiedad o depresión.

Incluso puede llevar al consumo de sustancias o generar ideación, pensamiento o intento suicida.

ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Presenta el riesgo de convertirse en un refugio; contra el miedo o sufrimiento que produce enfrentar determinados problemas. Se caracteriza por:

- Permanecer conectado a internet más tiempo del que se tenía previsto
- Evitar lugares de conexión lenta o sin conexión
- Interrumpir el sueño, la alimentación y el ocio
- Intentos infructuosos de limitar el tiempo de uso del celular, Tablet o PC
- Descuidar las relaciones, el estudio, el trabajo y salud
- Revisar el celular de forma casi automática, incluso en situaciones inapropiadas
- Miedo a perderse algo por no revisar el celular o las redes sociales

PÍNGUE WATCHING:

Implica ver varios capítulos de una misma serie de televisión durante al menos 4 horas seguidas

PREVENCIÓN

- Integrar a la familia en un ambiente de comunicación, respeto y confianza.
- Establecer lazos de afecto y convivencia positiva con familiares, grupos de amigos, vecinos, maestros etc...
- Reconocer a nuestros hijos los logros, habilidades y capacidades personales.
- Crear el hábito del estudio, lectura y participación en actividades fuera de la escuela.

ADICCIONES
TE INFORMAMOS SOBRE ELLAS

¿QUÉ SON?

La Organización Mundial de la Salud define la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación.

Es una enfermedad progresiva y fatal, caracterizada por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad.

¿Qué características presentan?

- ✓ Necesidad de consumir cada vez más o de invertir mayor tiempo y/o recursos en la actividad para conseguir el efecto deseado.
- ✓ Síntomas displacenteros cuando no se consume o no se realiza la actividad.
- ✓ La sustancia o actividad se convierte en lo más importante en la vida de la persona.
- ✓ Abandono de actividades sociales, laborales y recreativas.
- ✓ Disminución del rendimiento en una o más áreas
- ✓ Baja tolerancia a la frustración.
- ✓ Ansiedad y/o depresión.

LAS TRADICIONALES

TABACO

Entre los efectos nocivos del consumo de tabaco están:

- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular y pulmonar
- Problemas dérmicos
- Complicaciones odontológicas
- Complicaciones en el embarazo

El humo del cigarrillo contiene más de 4000 sustancias químicas dañinas (nicotina, monóxido de carbono, alquitrán, cianuro, formal, cromo y plomo, entre otras), de las cuales, 60 son cancerígenas.

ALCOHOL

Su consumo excesivo puede generar alteraciones motoras, fallos en la memoria, envejecimiento prematuro, deterioro del juicio, problemas para concentrarse, dificultades de aprendizaje, alteraciones del sueño y cirrosis.

BINGE DRINKING

Consumo de grandes cantidades de alcohol en un periodo corto de tiempo (2 horas) para estar ebrio o sentir los efectos de la bebida.

MARIHUANA

Es la droga ilegal de mayor uso por los jóvenes en todo el mundo. Su consumo deteriora la memoria, disminuye la flexibilidad mental, reduce la capacidad de aprendizaje, y aumenta la dificultad para sostener la atención. En adolescentes, duplica la probabilidad de sufrir esquizofrenia; además, aumenta la probabilidad de tener infecciones pulmonares y cáncer, también genera la pérdida de interés en todas las actividades.

AL ALCANCE DE TODOS

INHALANTES

Son productos químicos respirables (pegamentos, disolventes, etc.) que producen vapores psicoactivos que, en poco tiempo, pueden producir pérdida del contacto con el ambiente que rodea a la persona; pérdida del control; comportamiento violento; náuseas y vómitos.

ADemás: Pueden ocasionar daños en el cerebro, los pulmones, los riñones, los órganos sexuales, el sistema nervioso, los músculos y los huesos, así como muerte por intoxicación, asfixia o hipotermia.

TRANQUILIZANTES

Son las sustancias de mayor consumo entre estudiantes. Luego de la marihuana.

Su consumo genera:

- Distorsión del habla
- Problemas de concentración y memoria
- Confusión
- Dolor de cabeza y mareos
- Sequedad en la boca
- Disminución de la presión arterial
- Problemas motrices
- Respiración lenta

BEBIDAS ENERGÉTICAS

Contienen altas dosis de cafeína y azúcar, que genera el aumento de energía percibido, el cual suele ser de efecto rápido y de corta duración.

Su consumo excesivo puede generar:

- Dolor de cabeza
- Insomnio, nerviosismo y cambios de humor
- Deshidratación
- Taquicardia, arritmias e hipertensión
- Problemas en la dentadura

Resumen Autobiográfico

ME. Carmen Ivette Hernández Vergara

Candidata para obtener el grado de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Tesis: MODELO EXPLICATIVO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

LGAC: Prevención de Adicciones Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacida en Nuevo Casas Grandes, Chihuahua, el 21 de febrero de 1992, hija de la Sra. María del Carmen Vergara Quintana y el Sr. Tito Hernández Rentería.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la División Multidisciplinaria de Nuevo Casas Grandes, de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (2010-2014). Egresada de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua. (2017-2019).

Experiencia profesional: Enfermera general en “Hospital Clínica Dublán” (2014-2017) (2019-2020). Profesor por asignatura en la División Multidisciplinaria de Nuevo Casas Grandes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (2015-2017 y 2019-2020). Enfermera general en el Hospital regional de Nuevo Casas Grandes (2019-2020). Profesor de Tiempo completo en la Universidad Autónoma de Baja California en la Facultad de Ciencias de la Salud (2020 a la fecha). Responsable del Centro de Simulación en la Facultad de Ciencias de la salud, actualmente responsable de seguimiento de egresados y servicio social profesional de estudiantes de licenciatura en enfermería y responsable del comité de atención a la violencia y el acoso en la Facultad de Ciencias de la Salud. Miembro del Capítulo Tau Alpha de la Sociedad de Honor de Sigma Theta Tau (Actual). Miembro del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Baja California AC (Actual). Miembro de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Enfermeras Formadores de Recursos humanos en salud S.C (Actual)

Correo electrónico: ivette.hernandez90@uabc.edu.mx