

Gabriela Peza Cruz

**LA RESILIENCIA ASOCIADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO EN ADOLESCENTES DE PREPARATORIA**

2012



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**LA RESILIENCIA ASOCIADA CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE
PREPARATORIA**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Presenta:

GABRIELA PEZA CRUZ

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Junio del 2012



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

LA RESILIENCIA ASOCIADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y
TABACO EN ADOLESCENTES DE PREPARATORIA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de:
MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Presenta:

Gabriela Peza Cruz

Dirigido Por:

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Sinodales

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Presidente

Dra. Alicia Álvarez Aguirre

Secretario

Dra. Aurora Zamora Mendoza

Vocal

Dra. María Antonieta Mendoza Ayala

Suplente

Dra. María Del Carmen Castruita Sanchez

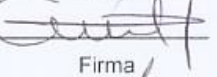
Suplente


M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Director de la Facultad



Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Jesús Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Junio 2012
México

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre resiliencia y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional en una muestra aleatoria de 226 estudiantes de una preparatoria pública del municipio de San Juan del Río, Qro., previo consentimiento informado de las autoridades de la institución. Se aplicó una cédula de datos sociodemográficos y prevalencia de consumo de alcohol y tabaco así como la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), obteniendo en este estudio un Coeficiente de Confiabilidad de 0.94. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva e inferencial, empleando el paquete estadístico SPSS versión 17. Los resultados muestran que el 51.3% de los estudiantes fueron hombres, 94.7% son solteros y 80.5% vive con sus dos padres. La prevalencia de consumo de alcohol fue del 79.6% en los estudiantes que han consumido alguna vez en la vida, 85% en el último año, 49.4% en el último mes y 17.2% en la última semana, El consumo de tabaco en los estudiantes fue del 49.6% alguna vez en la vida, 66.1% en el último año y último mes y 79.5% última semana, todos ellos con un IC 95%. La edad promedio de inicio de consumo fue de 14.06 años ($DE \pm 2.039$) para alcohol y de 14 años ($DE \pm 1.843$) para tabaco. El índice de resiliencia promedio para mujeres fue 62.9974 ($DE \pm 14.6868$) y 63.8227 ($DE \pm 13.0613$) entre los hombres. El índice de resiliencia por semestre no fue estadísticamente significativo. Se encontró relación negativa ($p < .05$), entre resiliencia con las variables prevalencia global de consumo de alcohol, prevalencia global de consumo de tabaco. Otra relación que se encontró fue entre el género y consumo de tabaco, donde las mujeres son quienes más consumen. Se concluye que el incremento en el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de preparatoria, se relaciona con un menor índice de resiliencia, lo que muestra un área de oportunidad para la intervención con programas de promoción y prevención de las adicciones.

(Palabras clave: Consumo de alcohol, Consumo de Tabaco, Resiliencia, Adolescencia).

SUMMARY

OBJETIVE: To determine the relationship between resiliency and alcohol and tobacco consumption among adolescents. **METHODOLOGY:** A descriptive and correlational study was performed, with a random sample of 226 students from a public high school in the municipality of San Juan del Rio, Queretaro. Previous informed consent of the institution's authorities was applied. We used a document instituting the demographic data and the prevalence of alcohol and tobacco consumption. The *Wagnild and Young Resilience Scale* (1993) was applied, obtaining a reliability coefficient of 0.94. For statistical analysis, we used the *Descriptive and Inferential Statistical Program (SPSS)* version 17. **RESULTS:** 51.3% of the students are males, of which 94.7% are single and 80.5% live with both parents. The prevalence of alcohol consumption was of 79.6% in students who have consumed it "some time in their life," 85% consumed it "last year," 49.4% consumed it "last moth" and 17.2% consumed it "last week". Tobacco consumption among students was of 49.6% in "once in a lifetime", 66.1% consumed it "the last year and last month" and 79.5% consumed it "last week". All with a $CI=95\%$. The average age when consumption started was 14.06 years ($DE\pm 2.036$) for alcohol consumption and 14 years ($DE\pm 1.843$) for tobacco consumption. The resilience index average for women was 62.9974 ($DE\pm 14.6868$) and for men was 63.8227 ($DE\pm 13.0613$). **CONCLUSIONS:** The resilience index per semester was not statistically significant. Negative relationship was found ($p<.05$) between the variables of resilience and the overall prevalence of alcohol and tobacco consumption. Another relationship was found between gender and tobacco consumption, whereas women are the ones who consumed the most. It is concluded that increased consumption of alcohol and tobacco in high school students is related to lower rates of resilience, which shows an area of opportunity to promote programs for addiction prevention.

KEY WORDS: (Alcohol, tobacco consumption, resilience and adolescence).

DEDICATORIAS

Gracias **DIOS** por cada momento feliz, por cada momento triste, por cada experiencia vivida, porque ahora comprendo que cada una era necesaria para aprender y reconocer tu infinita bondad, siempre enviándome cada experiencia en el momento indicado.

A mis dos hijos que son el motor de mi vida e inspiración para salir adelante. Por regalarme mucho de su tiempo para poder lograr esta meta.

A mi esposo por su gran apoyo incondicional, su gran amor y paciencia.

A mi padre por enseñarme que los sueños se persiguen con el corazón, porque gracias a su amor, educación, disciplina y esfuerzo soy la persona que soy. Gracias papá.

A mi madre por darme la vida y enseñarme que como mujeres podemos llegar cada vez más lejos.

A mi suegra por siempre estar ahí apoyándome cuando más lo necesito.

A toda **mi familia** por siempre estar ahí apoyándome de alguna u otra manera.

A mis dos compadres por brindarme su apoyo incondicional y enseñarme el valor de la amistad.

A Kary por la atención y cuidados brindados a mis hijos cuando yo no estaba con ellos.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a **TODOS MIS MAESTROS** por contribuir a mi formación profesional.

Gracias a la **Maestra Alejandrina Franco Esguerra** por creer en mí y darme la oportunidad de crecer profesionalmente.

A la **Doctora Alicia Álvarez** por apoyarme incondicionalmente para la realización de esta tesis, gracias por su invaluable apoyo académico y personal. Sin su apoyo no hubiera sido posible lograr esta meta.

A la **Doctora Ma. Alejandra Hernández Castañón** por todas sus enseñanzas, apoyo y comprensión.

ÍNDICE

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice.....	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.2 Justificación	8
1.3 Objetivos	9
1.4 Hipótesis.....	10
II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes.....	12
2.2 Drogas Lícitas	14
2.3 Factores De Riesgo Y Protección Para el Consumo de Drogas Lícitas.....	16
2.4 Resiliencia en Adolescentes	20
2.5 Características de las Personas Resilientes.....	21
2.6 Evaluación de la Resiliencia	28
2.7 Estudios Relacionados.....	29
III. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño de Estudio	34
3.2 Universo y Muestra	34
3.3 Criterios de Selección	34

3.4	Instrumento de Recolección de Datos	35
3.5	Plan de Recolección de Datos	36
3.6	Análisis Estadístico	37
3.7	Ética del Estudio	37
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1	Consistencia Interna del Instrumento.....	39
4.2	Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio.....	39
4.3	Estadística Inferencial de las Variables del Estudio.....	48
V.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	60
VI.	BIBLIOGRAFÍA	64
	APENDICES.....	71
1.1	Operacionalización de variables	71
1.2	Cédula de datos personales y de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco	73
1.3	Escala de Resiliencia	76
1.4	Consentimiento Informado	78

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
2.1	Definiciones del concepto de Resiliencia y principales autores	22
4.1	Confiabilidad del Instrumento del estudio	39
4.2	Características socio-demográficas, escolares y laborales de los participantes en el estudio	41
4.3	Características socio-demográficas y escolares: variables continuas	41
4.4	Apego religioso de los estudiantes de bachillerato participantes del estudio.	42
4.5	Estado civil de los padres de los estudiantes de bachillerato participantes	43
4.6	Actividad física de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio	44
4.7	Frecuencia de consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes participantes	44
4.8	Edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco de los estudiantes participantes	45
4.9	Cantidad de consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de bachillerato participantes	46
4.10	Tipo de bebidas alcohólicas y lugar donde las consumen los adolescentes	47
4.11	Prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio	48
4.12	Prevalencia de consumo de tabaco de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio	49
4.13	Competencia Personal de los estudiantes de bachillerato	51
4.14	Aceptación de uno mismo y de la vida entre los estudiantes de bachillerato	53

4.15	Índice de resiliencia y género de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio	50
4.16	Índice de resiliencia en relación con el semestre que cursan los estudiantes participantes.	54
4.17	Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida en relación al género en los estudiantes de bachillerato participantes	55
4.18	Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida en relación al género en los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio	56
4.19	Correlación entre resiliencia y consumo de tabaco y alcohol de los estudiantes de Bachillerato Escuela Pública en San Juan del Río, Querétaro	59

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa del ciclo vital de grandes cambios que se producen en los aspectos morfológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales (Philip, 1997 y Ríos, 2007); donde hay retos y obstáculos significativos para el adolescente, el cual se enfrenta al desarrollo de su identidad, a la necesidad de conseguir su independencia de la familia pero manteniendo al mismo tiempo la conexión y la pertenencia.

De acuerdo con Piaget citado en Ríos (2007), la adolescencia es la etapa de las operaciones formales permitiéndole progresivamente volverse más crítico del comportamiento del adulto en especial de sus padres, docentes y/o figuras de autoridad, desarrolla además su capacidad de abstracción permitiéndole profundizar en el sistema de representaciones colectivas que le ofrece la cultura en la cual se está desarrollando y gradualmente se ve influenciado por ideas, ideales y valores culturales.

Aunado a lo anterior y como resultado de sus cambios morfofisiológicos, psicológicos y sociales, los adolescentes presentan una inestabilidad emocional propiciándole un período de experimentación, tanteo y errores, caracterizado por no contar con objetivos definidos, conceptos e ideales derivados de la búsqueda de una identidad propia (Shaffer, 2000).

Estas situaciones en su conjunto permiten al adolescente detectar incongruencias en el medio donde se está desarrollando y adoptar conductas o formas de rebelión contra su familia y la sociedad. La necesidad del adolescente de autoafirmarse es la razón por la que el grupo de amigos cobra una importancia muy grande y en especial para que éstos reafirmen su personalidad, aprendan roles y principios sociales de esta forma, el adolescente interacciona con su medio bajo la influencia de cambios biológicos y psicológicos, aunado a esto, surgen la

necesidad de hacer frente a las demandas sociales y culturales. (Callabed citado en Vinaccia, Quinceno, Moreno & Pedro, 2007)

Vinaccia, Quinceno y Moreno (2007), mencionan que cada una de estas fases del desarrollo en el adolescente requiere de estrategias cognitivas y conductuales para lograr una adaptación y una transición efectiva. El adolescente al tener la necesidad de hacer frente a estas demandas y al no desarrollar adecuadamente las anteriores estrategias, asume comportamientos distorsionados, inadaptados y/ problemáticos que pueden tener efectos negativos no solo en su propia vida si no también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad.

En este sentido, las estrategias conductuales y cognitivas necesarias para hacer frente a la etapa de la adolescencia, han sido desarrolladas por la persona durante su más temprana infancia, al verse enfrentados a situaciones problemáticas o adversas tales como dificultades económicas, situación de pobreza, enfermedad, prácticas de crianza incongruentes a su desarrollo, rechazo parental, abuso y/o conflictos familiares que le implican retos y desafíos, a lo que se le conoce como resiliencia (Becoña, 2006, Vinaccia, Quinceno, & Moreno, 2007, Cabanyes, 2010).

Sin embargo, si bien es cierto que mucho se ha documentado acerca de la adolescencia como la etapa de la vida más difícil y vulnerable, en la pubertad suceden cambios determinantes en la transición morfofuncional del ser humano que deja de ser niño sin ser todavía adulto, por lo que resulta ser un período de conflictos, reajustes y adaptaciones de muy variada índole, donde el entorno sociocultural y la influencia de los pares influyen de manera determinante para la construcción de la identidad del futuro adulto, la cual perdurará a lo largo de la vida de la persona (Rodríguez, Díaz & Najera, 2005).

Varios autores consideran a la adolescencia como una de las etapas del ciclo vital con mayor vulnerabilidad y/o susceptibilidad para adquirir conductas riesgosas como lo son el consumo de alcohol y tabaco (Guzman & Alonso, 2008) en tanto otros como Fleiz, Borges, Rojas, Benjet, Medina-Mora (2007), afirman que el consumo de drogas legales como el alcohol y tabaco en los adolescentes es la puerta de entrada para el consumo y/o adicción a drogas ilegales.

Los adolescentes en América Latina de acuerdo a Vinaccia, Quinceno y Moreno (2007) conforman un 30% de la población total, la cual presenta problemáticas como: número creciente de embarazos no deseados, matrimonios y uniones libres a temprana edad, participación en la actividad laboral, están involucrados en la explotación sexual, son participes directos o indirectos de violencia y maltrato en todos sus niveles, la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, consumo cada vez mayor de drogas legales e ilegales, representando graves problemás de salud pública.

En particular, el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes va en aumento progresivo originando con esto problemáticas específicas como embarazos no deseados, enfermedades de trasmisión sexual, accidentes de tránsito, enfermedades como cirrosis hepática, cáncer de vías respiratorias, entre muchos otras (SISVEA, 2009). Es un fenómeno complejo y multifactorial donde intervienen factores individuales, familiares y del entorno (Vicario & Redondo, 2005).

Un concepto que a cobrado relevancia en los últimos años relacionado con los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas lícitas e ilícitas y otras conductas de riesgo, es el de resiliencia, entendida esta como la adaptación exitosa lograda por un individuo a pesar de haber enfrentado situaciones muy adversas o traumáticas durante su infancia. Las personas resilientes consiguen una buena adaptación de adolescentes y adultos, desarrollan competencias de afrontamiento, habilidad de solución de problemás,

autonomía, habilidades sociales y de autorregulación. La resiliencia entonces puede considerarse el gran macrofactor de protección para el no consumo y/o dependencia de las distintas sustancias psicoactivas (Becoña, 2006; Becoña, 2007, Vinaccia, 2007 y Cabanyes, 2010).

Por tal motivo, la finalidad del estudio es determinar la relación entre resiliencia, consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria.

1.1 Planteamiento del Problema

En los últimos veinte años el uso, abuso y dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud y seguridad pública en el mundo de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) su uso y abuso es un fenómeno complejo que tiene consecuencias a nivel individual, de integración familiar y en el desarrollo social. Este problema se ha convertido en un reto para la sociedad por lo que es necesaria la intervención de diferentes disciplinas para poder solucionarlo de acuerdo al Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones [PAEPTA] (SS, 2011).

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008 en México, las causas del consumo de drogas son complejas y tienen muchos factores que afectan de manera sensible a los jóvenes ya que son ellos quienes frecuentemente, por curiosidad, empiezan a probar drogas que algún amigo o compañero les ofrece, y se arriesgan a tener los efectos graves que estas provocan en el organismo, incluyendo la adicción a ellas.

Algunos datos relevantes para nuestra problemática en estudio que se desprenden de la ENA son los siguientes para consumo de tabaco:

- Entre la población de 12 a 65 años de edad, cerca de 14 millones de mexicanos habían fumado tabaco en el último año y poco más de 4 millones eran dependientes.
- Por género se encuentran más fumadores hombres (27.8%) que mujeres (9.9%)
- Existen más fumadores en localidades urbanas (20.4%) que en rurales (11.3%)
- Más del 60% de los fumadores inicio su consumo antes de los 16 años de edad y más de 90% lo hizo antes de los 20 años.
- Se estima que en México mueren 122 personas a diario por causas que se vinculan con el tabaquismo; que es la causa probable de más de 25 enfermedades y padecimientos.
- Se estima también que los fumadores crónicos han de perder entre 20 y 25 años de vida, con la implícita carga económica a sus familias y al sector salud.

En relación con el consumo de bebidas alcohólicas la ENA (2008) reporta que:

- Cerca de 27 millones de mexicanos reportaron poca frecuencia pero en excesiva cantidad cada vez que consumen alcohol.

El consumo de tabaco y alcohol tiene consecuencias negativas como lo señala el PAEPTA (SS, 2011) con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, se estima que su abuso representa el 9% del costo total de la enfermedad en México, y se acompaña de padecimientos como cirrosis hepática, lesiones por accidentes de vehículos a motor, dependencia y homicidios.

En el caso del tabaco; provoca más 60 mil muertes al año por enfermedades como: enfermedad isquémica del corazón, enfisema pulmonar, enfermedad cerebral vascular, cáncer pulmonar las cuales propician considerables

costos anuales para la atención médica de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2009).

Un dato interesante arrojado en la ENA 2008 es que entre 20 y 31% de estudiantes que nunca han fumado, piensan que el siguiente año probarán cigarrillos o productos de tabaco, lo que advierte la vulnerabilidad de la población joven de nuestro país. El alcohol es una droga de inicio y el 63.2% de quienes iniciaron su consumo pasaron a una segunda sustancia (SS, 2009).

Además se dispone de suficiente evidencia en cuanto a que, los efectos del alcohol en jóvenes los hace más propensos que los adultos a observar comportamientos de alto riesgo como a la depresión e intento de suicidio, y a asumir conductas violentas, provocando dificultades frecuentes con la familia, peleas, problemas con la policía, detención de personas estando bajo efectos del alcohol, problemas laborales, pérdida del empleo, violencia y comisión de delitos.

Para más de la mitad de los menores de edad que son detenidos en el Consejo Tutelar de Menores por cometer infracciones, el alcohol es la segunda droga más utilizada después de la marihuana, además, ocho de cada 100 lesionados por causa externa, se encontraba bajo el efecto del alcohol al momento de ingresar a servicio de Urgencias Hospitalarias (SS, 2009). Por su parte, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2011), indica que seis de cada 100 personas mueren al año por cirrosis del hígado, cuarta causa de mortalidad general.

En una revisión sobre la literatura epidemiológica se concluyó que la interacción en el consumo de tabaco y alcohol se debe a un amplio rango de factores biológicos, psicológicos y sociales, incluso se señala que los riesgos estimados a la salud por los efectos combinados del consumo de ambas sustancias es 50% mayor que la suma de los riesgos independientes (Urquieta, Hernández-Avila & Hernández, 2006).

En el estado de Querétaro de acuerdo con la ENA (2008), en los resultados por entidad federativa se encontró que los fumadores activos constituían el 27.5% de la población con una prevalencia mayor que la media nacional que es de 20.6%. El consumo de tabaco en los hombres (40.9%) es mayor con respecto a las mujeres (15.7%). La edad promedio de inicio de consumo de tabaco en la población de 18 a 65 años es de 16.96 años, los fumadores activos iniciaron su consumo diario de cigarrillos a los 16.3 años (los hombres a los 16 años y las mujeres a los 17 años), las dos razones más importantes para el inicio de consumo de tabaco son la curiosidad con un 60% (59.7% de los hombres y 60.5% de las mujeres) y la convivencia con fumadores como son familiares, amigos o compañeros fumadores con un 29.2% de los hombres y el 30.2% de las mujeres; el período en el que fuman con mayor frecuencia es en el transcurso de la tarde y la noche en un 92% de los casos.

Con respecto al consumo diario de alcohol en los hombres (4.0%) esta marcadamente arriba del promedio nacional (1.5%) y en las mujeres (0.3%) está dentro del promedio (0.2% promedio nacional). En cuanto al consumo alto, tanto los hombres (45.9%) como las mujeres (17.8%) se encuentran arriba del promedio nacional. Para el consumo consuetudinario, en los hombres (12.6%) se observa un consumo por arriba del promedio nacional, lo cual también ocurre en el caso de las mujeres (2.5%). Finalmente, en relación con el abuso/dependencia, en el estado se encuentra que los hombres (14.1%) están arriba del promedio nacional que es de 9.7% y las mujeres (3.7%) encontrándose estas por abajo del promedio nacional que es de 5.5%.

Es sumamente importante considerar el impacto que tiene el consumo de alcohol y tabaco en el estado ya que el consumo de ambas sustancias dentro de la población queretana es consistentemente mayor que la media nacional, si se considera que éstas son las drogas de inicio para el consumo de sustancias ilícitas, el impacto en la escuela, trabajo y en salud que el estado afrontaría como

consecuencia de estos problemás de salud pública están afectando no solo al usuario de estas sustancia, sino a la familia, su contexto escolar y laboral y se constituyen en una fuerte carga sanitaria y en el ámbito comunitario, puede ser causa de situaciones de violencia o inseguridad. En este contexto, resulta de suma importancia canalizar mayores esfuerzos a la prevención primaria del problema y así dotar a la comunidad de estrategias efectivas a los distintos segmentos de la sociedad con la intención de disminuir la problemática y de manera especial a la población adolescente ya que es en esta donde principalmente se inicia la adicción.

De acuerdo con lo anterior, queda claro que las adicciones específicamente las legales; el tabaco y alcohol son un grave problema que necesita soluciones inmediatas de un equipo multidisciplinario, dentro del cual se encuentran los profesionales de enfermería, dado que están implicados los aspectos biopsicosociales del ser humano, por lo que deberá abordarse desde estos aspectos de forma integral, además el personal de enfermería como profesional de la salud, tiene la responsabilidad de preservar y/o recuperar la salud de los adolescentes como grupo vulnerable.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre resiliencia, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes de preparatoria?

1.2 Justificación

Las intervenciones sanitarias de promoción y prevención deberán basarse en el conocimiento de la realidad, para poder monitorizar conductas de fuerte influencia en la salud como lo son las adicciones y específicamente de alcohol y

tabaco para lo que se requiere la utilización de fuentes de información sistemáticas que proporcionen datos válidos que proporcionen evidencia empírica para desarrollar programas apegados al contexto social.

El comportamiento del fenómeno de las adicciones demanda acciones precisas y especializadas enfocadas al cuidado de su salud, por lo cual, la integración de equipos multidisciplinarios con profesionales especializados en la atención de los adolescentes, dando respuesta puntual a las demandas de este grupo social.

Este estudio permitió contar con evidencia empírica sobre el comportamiento de este fenómeno en una realidad determinada y por lo tanto, favorecer la implementación futura de intervenciones educativas acordes a los factores identificados como determinantes en el comportamiento adictivo hacia alcohol y tabaco en esta población específica, para establecer modelos que permitan a los profesionales en salud el coadyuvar en la formación de individuos con conductas saludables que garanticen su inclusión productiva en el ámbito social.

Los resultados de este estudio contribuirán al conocimiento científico de enfermería en la línea de prevención y consumo de drogas lícitas y en un futuro puede ser la base para la planeación de intervenciones orientadas en la prevención de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes adolescentes de preparatorias basadas en evidencia empírica.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre resiliencia, consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria pública del municipio de San Juan del Río, Qro.

Objetivos Específicos

- Identificar las características socio-demográficas de los estudiantes de preparatoria de en estudio
- Identificar las tres medidas de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes de preparatoria.
- Identificar la resiliencia en los adolescentes de preparatoria.
- Establecer la relación entre resiliencia y consumo de alcohol por género
- Establecer la relación entre resiliencia y consumo de tabaco por género
- Establecer la relación entre resiliencia y sus dimensiones con el consumo de tabaco y alcohol

1.4 Hipótesis

- El índice de resiliencia en mujeres es más alto en comparación con el de los hombres.
- El índice de resiliencia es más alto en los adolescentes que cursan el sexto semestre de preparatoria en comparación con quienes cursan el segundo y cuarto semestre.
- La prevalencia de consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida es mayor en hombres comparado con la de las mujeres.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

Para tener un marco general de referencia se presenta el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes, la resiliencia y los estudios relacionados con estas dos temáticas.

2.1 Consumo de Alcohol y Tabaco en Adolescentes

El consumo de sustancias psicoactivas hace referencia al hecho o comportamiento particular de entrar en contacto con las drogas (no medicadas), ya sea por vía oral (tragada o másticada), inyectada, fumada, por absorción anal o vaginal. Con el fin de modificar las condiciones físicas o químicas del organismo (OMS, 2002), afectando de este modo, al sistema nervioso central [SNC] y ocasionando, consecuentemente, una alteración en el comportamiento (NIDA, 2008).

Algunos autores como Pérez (2000) y Becoña y Vázquez (2001), han planteado algunas etapas del consumo de drogas y parecen coincidir en que el consumo experimental y social está asociado a ensayos fortuitos, en un lapso de tiempo limitado y con baja frecuencia. Aquí se incluyen las ocasiones en las que se consumen drogas para facilitar el comportamiento social las cuales se describen a continuación:

a) El inicio del consumo suele ocurrir cuando se está en la escuela debido a la curiosidad y la presión ejercida por los iguales en los procesos de socialización. Se inicia casi siempre con bebidas alcohólicas, cigarrillos y marihuana y la cantidad de droga que se consume es relativamente pequeña, ya que con esa dosis el sujeto logra “sentirse bien” y con euforia de acuerdo con lo reportado por Guardia, Surkov y Cardus (2009).

b) Cuando se menciona consumo regular, la cantidad y la frecuencia de consumo se utiliza con el fin de modificar el estado de ánimo, ya que se empieza a necesitar la droga para lograr dicho objetivo. En el consumo de alcohol por ejemplo, aumenta la probabilidad que el adolescente seleccione bebidas con mayor graduación que las que estaba acostumbrado a beber. En esta etapa empiezan a presentarse cambios en el comportamiento relacionados con la escuela (ausentismo en las clases, incumplimiento de tareas), la familia (aislamiento de las actividades), los amigos (aumentan las salidas con aquellos que consumen droga) y su vida personal (son más lábiles emocionalmente y pierden el interés por lo que antes parecían motivarse).

c) El consumo intenso se caracteriza por presentarse al menos una vez al día y existe la tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia del comportamiento. La droga ocupa un lugar prioritario en la vida de la persona y hay un deterioro significativo del funcionamiento en los otros ámbitos. Los individuos se muestran preocupados por no conseguir mantener el estado de ánimo que alcanzan bajo el efecto de la sustancia psicoactiva.

d) Finalmente, en el consumo compulsivo el sujeto necesita ingerir la sustancia varias veces al día y no lo hace socialmente ni por obtener beneficios, sino más bien, para mantenerse en un estado de funcionamiento mínimo adecuado y sentirse “normal”. Se presenta dependencia, lo cual significa que hay tolerancia y que el sujeto no puede interrumpir el consumo sin experimentar malestar fisiológico o alteraciones de funcionamiento psíquico, razón por la cual son frecuentes las recaídas. La persona pierde por completo el control sobre la droga y su vida y la mayor parte del tiempo está consumiendo la sustancia o intentando minimizar los síntomas de la abstinencia.

En los adolescentes, el consumo de tabaco y alcohol puede alternar entre dichas etapas y no desarrollarse de manera secuencial hasta la dependencia. El resultado variará de acuerdo con la interacción entre el poder mismo de la

sustancia (tipo, cantidad y frecuencia) para producir cambios físico-químicos cerebrales así como de las expectativas y los factores de vulnerabilidad personal, las condiciones familiares y sociales y otras circunstancias ambientales (los amigos, el colegio, el estilo de vida, entre otros) en que se realiza el consumo o que se enfrenten en esta etapa de la vida (Becoña & Vazquez, 2001).

Los daños ocasionados por el consumo de drogas son muy variados en base a la revisión de varios autores como OMS (2005), NIDA (2008) y Raby (2011), podrían agruparse de la siguiente manera:

1. Los efectos crónicos sobre la salud, por ejemplo, el daño a ciertos órganos o la aparición de enfermedades (cirrosis, cáncer, enfisema, entre otros).
2. Los efectos físicos que ocasiona directamente la sustancia en un periodo corto de tiempo, cómo la perdida de la coordinación motora, la alteración del juicio, la imposibilidad para mantener la concentración.
3. Los problemas sociales derivados del consumo, como el daño a las relaciones interpersonales, problemas en la escuela (bajo rendimiento, reprobación, deserción) y la desintegración familiar.

2.2 Drogas Lícitas

El alcohol es un depresor del SNC (Guardia, Surkov & Cardus, 2009), y es utilizado para calmar la ansiedad y reducir la tensión, probablemente debido a la liberación del neurotransmisor ácido gama-aminobutírico. Con este nombre se designa a las bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas (Álvarez & Del Río, 2003; NIDA, 2008).

Su administración es principalmente oral y produce desinhibición conductual y emocional del sujeto y adicción a mediano plazo. La depresión alcohólica ataca por igual a los centros nerviosos. Los primeros efectos

corresponden al sistema reticular y a la corteza cerebral, donde se integran funciones tan complejas como las relativas al comportamiento y como resultado de esta inhibición, se observa una aparente excitación. Con concentraciones más altas de alcohol se deprimen los centros cerebrales que controlan el equilibrio hasta que la inhibición llega al mesencéfalo. Esto se traduce en una falta de coordinación motora, disminución de los reflejos espinales y pérdida de los mecanismos de regulación de la temperatura. Finalmente, si la ingestión de alcohol continúa, sobre viene la muerte por depresión de los centros respiratorios. (Álvarez & Del Río, 2003; OMS, 2005 & NIDA, 2008)

La intoxicación aguda de alcohol es aceptada socialmente y las leyes referentes a su consumo son bastante permisivas. El costo y riesgo social por el abuso de esta sustancia es altísimo por la cantidad de horas invertidas, por las personas intoxicadas, los accidentes ocasionados directa o indirectamente, el costo de la asistencia médica y el deterioro en las relaciones familiares y sociales (Mora-Ríos, Natera, & Juárez, 2005).

Por otra parte, el tabaco se ubica entre los estimulantes del SNC y en términos de la salud, los componentes más relevantes son la nicótica (principal agente adictivo y el monóxido de carbono). La forma más habitual de consumo es fumado (en cigarrillo) pero también puede ser másticado (Tapia & Cravioto, 2001). Según Pérez (2000), cuando se fuma tabaco ocurren varios efectos farmacológicos sobre el sistema cardiovascular, como el aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial, volumen sistólico, gasto cardiaco y flujo sanguíneo coronario; se produce una vasoconstricción cutánea con una disminución asociada de la temperatura cutánea, vasoconstricción sistémica y un aumento del flujo sanguíneo muscular; así mismo, aumentan las concentraciones de dopamina, noradrenalina, glutamato, serotonina y acetilcolina.

Este tipo de reacciones provocan a largo plazo afecciones cardiacas, cerebrovasculares, respiratorias y distintos tipos de cáncer (de laringe, boca, pulmón y de colón) (Tapia & Cravioto, 2001).

Debido a su capacidad adictiva, el fumador habitual tiende a mantener los niveles sanguíneos de nicotina relativamente constantes; cuando estos niveles disminuyen el fumador siente la necesidad de fumar. Si no la satisface puede llegar a desarrollar estados de irritabilidad, nerviosismo, falta de concentración, estrés. Normalmente estos efectos se remiten volviendo a fumar (CONADIC, 2011).

La nicotina es consumida para disminuir el cansancio, la falta de concentración y estados emocionales negativos, como la ansiedad. El ritual de buscar, obtener y, finalmente, fumar un cigarrillo se convierte en un componente estructurado del comportamiento en muchas situaciones de la vida diaria de un fumador hasta convertirse en hábito (Guardia, Surkov & Cardus, 2009).

2.3 Factores De Riesgo Y Protección Para el Consumo de Drogas Lícitas

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas ha ido aumentando la evidencia empírica y teórica de la existencia de algunos factores psicosociales de riesgo. Estos factores son considerados atributos o características individuales (de personalidad y de comportamiento) así como condiciones situacionales o contextuales que incrementan la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de dichas sustancias y que, debido a aquellos se presenten una o varias consecuencias adversas (OMS, 2005 & NIDA, 2008).

Mientras tanto, los factores psicosociales de protección incrementa la probabilidad de que no se presente el consumo de drogas o que si este ocurre, las características individuales y las condiciones del medio ambiente físico y social

impidan que el problema se repita y se vuelva crónico, imposibilitando de este modo, que se deteriore la salud y la calidad de vida. En este caso, los factores tienen la capacidad de favorecer cambios en los hábitos de comportamiento de los individuos y de los grupos afectados.

Es importante tener claro que la relación de estos factores psicosociales con el comportamiento de consumo no es causal, si no que parece más un efecto de suma de las distintas variables que convergen en la vida de la persona y que incrementan o reducen la aparición, agudización o cronicidad del consumo, llegando incluso a producir trastornos por consumo de sustancias (OPS, 2001).

Debido a que los factores psicosociales, tanto de protección como de riesgo, son una cadena de eventos que proporcionan consecuencias benéficas o adversas para la salud, constituyen generalmente, antecedentes que actúan en el tiempo y, en ocasiones, a través de causas intermediarias, afectando la salud.

A continuación se describen los factores psicosociales asociados con el consumo de alcohol y tabaco que tienen un respaldo empírico y teórico que se han encontrado en la revisión de artículos publicados por diversos autores.

- Las alteraciones psicológicas que se refieren a las dificultades en el manejo del estado emocional y afectivo, fluctuaciones en el estado de ánimo, dificultad en el control de las cogniciones. Se considera que la presencia de estas dificultades no necesariamente constituyen trastorno, pero si son algunas de las manifestaciones más típicas de la ansiedad, el estrés y la depresión (Salazar, Varela, Cáceres & Tovar, 2006). Estos problemas emocionales tienen asociación con el consumo de sustancias psicoactivas (Tapia, 2001).

- Los comportamientos perturbadores, que a menudo son socialmente molestos para los demás. Se caracterizan por indisciplina, la impulsividad, la agresividad y la rebeldía con tendencia a transgredir las normas sociales. Estos

comportamientos sugieren la predisposición hacia la inconformidad y el desafío de figuras de autoridad, son predictores de consumo de drogas lícitas e ilícitas. (Rodríguez-Kuri, Díaz-Negrete, Gracia-Gutierrez, Guerrero-Huesca, & Gomez-Maqueo, 2007).

- Las habilidades de autocontrol, que incluyen cualquier conducta controlada exclusivamente por variables (físicas, sociales o cognitiva) sobre las que el individuo puede actuar y con las cuales puede alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias en algún momento podrían resultar adversas para sí mismo. (Guardia, Surkov & Cardus, 2009).

Lo anterior implica que, además, la persona tiene la capacidad para controlar su comportamiento por consecuencias a largo plazo y realiza esfuerzos para no comportarse exclusivamente por reforzadores inmediatos y placenteros. Una persona con autocontrol atribuye a su comportamiento principalmente a factores internos y considera que este es modificable y variable en el tiempo. En la medida que el bajo autocontrol se relaciona con la búsqueda de sensaciones placenteras y la realización de poco esfuerzo personal, se ha identificado como factor de riesgo para el consumo de sustancia psicoactivas de acuerdo a Guardia, Surkov y Cardus (2009).

Las habilidades de afrontamiento y enfrentamiento, que son aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales que se utilizan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Rodríguez, Díaz & Natera, 2005). El afrontamiento implica la capacidad para adaptarse a situaciones inmodificables, mientras que el enfrentamiento permite alterar aquellas que presentan un problema que son susceptibles de cambiar; por eso incluye habilidades de solución de problemás y toma de decisiones en diferentes contextos (Varela & Salazar, 2005). Estas habilidades permiten que las personas se adapten mejor a las circunstancias y logren un adecuado nivel de funcionamiento. Si una persona

carece de estas habilidades o percibe que las situaciones no podrán ser manejadas o cambiadas, la dificultad para solucionar un problema puede generar una situación de malestar y de incapacidad que dificulta cada vez más la posibilidad de resolverlo y la necesidad de recurrir a estrategias como el consumo de drogas (Salazar, Varela, Cáceres & Tovar, 2006).

- Los preconceptos y la valoración de las sustancias psicoactivas comprenden ideas y creencias relacionadas con el consumo de dichas sustancias, así como la percepción del riesgo que las personas tienen frente a ellas y sus posibles efectos, por lo que pueden estar en un continuo entre “pros” y “contras”. de acuerdo a (Salazar, Varela, Cáceres & Tovar, 2006).

- La espiritualidad, que se refiere a las creencias en un ser superior, la concepción trascendente de la vida y el compromiso y las experiencias que tienen las personas con dichas creencias. Las creencias religiosas han sido relacionadas como factores de protección frente al consumo de drogas, tal como afirman (Varela, 2005; Becoña, 2007 & Salazar 2006).

- Las relaciones con personas consumidoras hacen referencia a los vínculos que establecen los jóvenes con quienes ya tienen esta práctica, principalmente amigos, pareja y compañeros. Esta variable es importante porque estas personas tienen sus propias percepciones y realizan una valoración sobre las drogas; estos aspectos podrían influenciar a los otros jóvenes y aumentar la posibilidad de que consuman (Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo & Nerín, 2009).

- Las relaciones interpersonales, que incluyen la cantidad y el grado de satisfacción con las mismas. La insatisfacción con las relaciones interpersonales ha sido relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2007) en tanto las personas no cuentan con apoyo social eficaz o la percepción que tienen de este apoyo social no les permite emplearlo adecuada y oportunamente.

2.4 Resiliencia en Adolescentes

El interés por la resiliencia a cobrado gran importancia en los últimos años sin embargo en el campo de la psicología es antiguo. El termino resiliencia procede del latín de la palabra *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006a).

En base a lo citado por Córdoba-Álvarez, Palos y Rodríguez-Kuri. (2010), se trata de un concepto originalmente utilizado en la física y en la ingeniería que se refiere a la *capacidad de un material para recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora.*

En la *Enciclopedia de la Real Academia Española* se define resiliencia como *“la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe”*, En el diccionario de la Real Academia Española tiene dos definiciones la primera es *f.psicol.* Como la *capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límites y sobreponerse a ellas.*, y la segunda *Mec. Capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación.* Según Córdoba-Álvarez, Palos, Rodríguez-Kuri. (2010) en ingles, el concepto *resilience* define la tendencia de un cuerpo para volver a su estado original, a su capacidad de recuperación.

Algunos autores como Becoña (2006a) afirman que resiliencia es claramente un concepto de la física y de la ingeniería civil, que luego fue adaptado a las ciencias sociales.

De acuerdo a lo publicado en el Estado del Arte en resiliencia editado por la Organización Panamericana de la Salud (Kotliarenco, Cáceres,& Fontecilla, 1997) el término resiliencia fue adoptado a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos.

Según Becoña (2003), el término resiliencia fue adoptado en las ciencias sociales, particularmente en las ciencias de la conducta, para referirse a aquellas personas que logran enfrentar exitosamente el estrés y las condiciones de vida adversas.

En relación a lo anterior el término resiliencia es utilizado en varias áreas del saber definido de distinta forma pero haciendo alusión a una situación adversa pero que logra sobreponerse y no dañarse. Es importante resaltar que existen muchas formas de definir resiliencia desde muy diversas áreas de acuerdo a la bibliografía revisada en donde se cita a diversos autores (Cuadro 2.1).

En el cuadro 2.1 se exponen en forma cronológica algunas de las definiciones que se han desarrollado desde el campo de la psicología de acerca de las definiciones y concepciones sobre resiliencia queda claro que no existen un completo acuerdo sobre la definición, siendo un concepto poco evidente y no claramente definido dada la existencia de múltiples factores implicados a su desarrollo desde disciplinas tan diversas como la medicina, la psicología, la educación, el trabajo social o la epidemiología, entre otras (Cabanyes, 2010).

Por lo tanto para fines de la presente investigación la definición de resiliencia que guía el estudio es la proporcionada por Wagnild y Young (1993) entendiéndose a la resiliencia como la habilidad de poder cambiar las desgracias con éxito, además de que su escala de medición ya fue adaptada para población mexicana.

2.5 Características de las Personas Resilientes.

La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, es decir, le permiten contender con el estrés de la vida cotidiana y con las situaciones difíciles,

sin que necesariamente se refiera a recuperación después de haber experimentado un trauma.

De acuerdo con Mrazek y Mrazek (1987) citado en Palomar y Gómez (2010) existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente:

- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.

Cuadro 2.1 Definiciones del concepto de Resiliencia y principales autores

AUTOR Y AÑO	CONCEPTO
Lösel, Blieneser y Kofler (1989)	Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos
Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer (1990)	Proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura que resulto desde el evento
Garnezy (1991)	La capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante
Rutter (1992)	Un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana" en un medio insano.
Wagnild y Young (1993)	Es la habilidad de poder cambiar las desgracias con éxito
Garnezy (1993)	Es el proceso de o la capacidad para alcanzar una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias desafiantes o amenazadoras.
Institute on Child Resilience and Family (ICCB)	Habilidad para resurgir de la adversidad y acceder a una vida significativa y productiva.
Grotberg (1995)	Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas.
Mangham (1995)	La habilidad para controlar de manera significativa la adversidad o el estrés, puede resultar en un incremento de habilidades para responder a adversidades futuras.
Vanistendael (1995)	Es la capacidad de una persona o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones de vida difíciles.
Suarez Ojeda (1995)	Significa una combinación de factores que permiten a un niños, a un ser humano, afrontar y superar los problemás y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.
Bartelt (1996)	Rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o paradójicamente, reforzado por la adversidad.
Soriano (1996)	La habilidad para reencontrar una condición previa a la aplicación de un estresor dado o a la experiencia de un evento traumático.
Luthar y Cicchetti (2000, 2004)	Un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad.
Másten (2001)	Un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo.
Luthar (2003)	Es la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida.
Másten y Powell (2003)	Patrones de adaptación positiva en el contexto de riesgos o adversidades significativas.
Olson y cols.(2003)	Un resultado de patrones particulares de conductas funcionales a pesar de la exposición al riesgo.
Fergus y Zimmerman (2005)	El proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.
Rutter (2007)	El fenómeno por el que los individuos alcanzan relativamente buenos resultados a pesar de estar expuestos a experiencias adversas.

Fuente: Elaborado a partir de diversos autores.

- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.
- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
- Altruismo se refiere al placer de ayudar a otros.
- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro. (González, Valdez, Oudhof & González, 2009).

De acuerdo con Vanistendael (1997) citado en Palomar y Gómez (2010) existen cinco dimensiones de la resiliencia:

- * Existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado: tiene en general una buena relación con los adultos.
- * Sentido de vida trascendencia: la persona muestra capacidad para describir un sentido y una coherencia en la vida.

- * Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valiosa y merecedora de atención.

- * Presencia de aptitudes y destrezas: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas

- * Sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír, gozar de las emociones positivas y de disfrutar de sus experiencias.

La resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades (multidimensional) en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar los problemas que se les presentan en su vida cotidiana.

Otro autor como Garmezy (1993) citado por Becoña (2007) considera que en una situación vital estresante hay tres factores principales en relación con los individuos:

1. El temperamento y los atributos de personalidad del individuo, donde incluye el nivel de actividad, la capacidad reflexiva cuando afronta nuevas situaciones, las habilidades cognitivas y la responsividad positiva hacia otros.

2. Se encuentra en las familias, especialmente en las más pobres, como cariño, cohesión y presencia de algún cuidado de un adulto (abuela, abuelo u otro) que asume un rol parental en ausencia de padres responsivos o cuando hay problemas maritales entre los padres.

3. La disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas (una madre sustituta, un profesor interesado, una agencia que le ayuda, una institución que le proporciona cuidados, un sacerdote u otros)

En la revisión de Kumpfer y Hopkins en 1993 citado por Becoña (2007) considera que son siete los factores que componen la resiliencia en los jóvenes:

optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoempatía, dirección o misión y determinismo y esperanza.

Polk en 1997 citado por Becoña (2006a) elaboró seis características o atributos: psicosociales, físicos, roles, relaciones, características de solución de problemas y creencias filosóficas, estos fueron combinados creando una clasificación de cuatro patrones la combinación de estos abarcaría completamente el constructo de resiliencia:

I. El patrón disposicional el cual se refiere al patrón de los atributos del físico (factores constitucionales y genéticos que incluyen la inteligencia, salud y el temperamento) y a los atributos psicosociales (la competencia personal y un sentido del self).

II. El patrón relacional se refiere a las características de los roles y relaciones que influyen la resiliencia como: la relación de cercanía y confianza con una red social, darle sentido a las experiencias, tener habilidades para relacionarse con modelos positivos.

III. El patrón situacional se refiere a la respuesta a situaciones estresoras que se manifiesta como habilidades de valoración cognitiva, habilidades de solución de problemas, conocer sus propias capacidades, valorar sus propios alcances y especificar metas acordes, capacidad para reflexionar sobre nuevas situaciones, la flexibilidad, perseverancia, creatividad, entre otras.

IV. El patrón filosófico se manifiesta por las creencias personales, que con la convicción de que la vida tiene un propósito, un significado y vale la pena vivirla.

Una serie de características de la resiliencia cuya integridad o daño indicaban la capacidad resiliente según Harvey citado por Cabanyes (2010) son:

- Control del proceso de recuerdo de las experiencias traumáticas
- Integración de la memoria y los afectos

- Regulación de los afectos en relación al trauma
- Dominio de la sintomatología
- Autoestima
- Cohesión interna(pensamientos, afectos y acciones)
- Establecimiento de vínculos seguros
- Comprensión del impacto del trauma
- Elaboración de un significado positivo.

Werner citado por Cabanyes (2010), considera que la resiliencia en el niño tiene tres grandes componentes:

1. Variables personales: destacan el grado de autonomía y empatía y la capacidad de solución de problemás
2. Variables de la estructura familiar: relaciones de apoyo familiar, seguridad y protección del ambiente familiar
3. Variables del entorno extrafamiliar: las relaciones de apoyo con los iguales, los sistemas de seguridad y protección escolar y social.

Aplicado al campo del abuso de drogas la resiliencia puede definirse por las siguientes capacidades según Kumpfer et al. 1998 citado por Becoña (2006a):

1.La capacidad de recuperarse de eventos de vida traumáticos (la muerte de un padre, el divorcio de los padres, abuso sexual, estar sin hogar, o un evento catastrófico y otros tipos de adversidades para llegar a un eventual restablecimiento o mejora del funcionamiento competente.

2.La habilidad para resistir el estrés crónico, como la pobreza crónica, padres alcohólicos, enfermedad crónica, o violencia domestica, o por el barrio donde vive y para sostener un funcionamiento competente a pesar de las continuas condiciones de vida adversas.

Los modelos de la resiliencia tienen en común la combinación de factores internos y externos que protegen al individuo de la adversidad. En la literatura especializada se describen diversos modelos tales como: compensatorio, protector y del mejoramiento o desafío los cuales han orientado el estudio de la resiliencia en diversas situaciones de adversidad. Así mismo se han construido instrumentos de medición de aspectos vinculados a la resiliencia: el impacto de la adversidad, niveles de adaptación y proceso de elaboración de la adversidad, los cuales han favorecido mayor precisión y delimitación del constructo, aun existen discusiones entre los investigadores respecto a si la resiliencia se puede medir, muchos de ellos consideran que la promoción de resiliencia se sostiene en el supuesto de la capacidad universal de los seres humanos para abordar satisfactoriamente la adversidad. En base a lo anterior los métodos de estudio apuntan a reconocer y analizar aquellos comportamientos que construidos en la interacción, operan como factores protectores del daño en un contexto determinado. Conocer y analizar los anteriores factores de resiliencia, contextualmente delimitados, es el objetivo de las diversas propuestas de medición (Ospina, 2007).

Los constructos teóricos que sustentan los instrumentos distinguen diversos dominios o capacidades de la persona resiliente: fortaleza, resistencia al estrés a través de la reelaboración positiva de las experiencias traumáticas, el fortalecimiento de redes sociales y familiares, la valoración y confianza en sí mismo, entre otras (Becoña 2006a, 2007).

Hay acuerdo entre los especialistas en considerar que la resiliencia no se puede reducir a un conjunto de rasgos personales, pero si refiere a elementos o factores que operan dentro del individuo y que son cultivados a lo largo de su historia personal; se distinguen entonces factores del entorno y factores personales de la resiliencia, en una relación de interdependencia entre los mismos.

2.6 Evaluación de la Resiliencia

Después de una revisión de las diferentes escalas de medición de la resiliencia elaboradas por diversos autores se considero la escala de resiliencia que construyeron Wagnild y Young (1993) la cual tiene el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerando a esta como una característica de la personalidad positiva que permite la adaptación del individuo, está conformada por dos factores cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia; el primer factor se denomina “Competencia personal” e indica auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia, comprende 17 ítems. El segundo factor se le llama “Aceptación de uno mismo y de la vida”, representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable, estos ítems reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad las comprenden los últimos 8 ítems.

Estos dos factores toman en consideración las siguientes características de resiliencia:

- Ecuanimidad: Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y “esperar tranquilo” y tomar las cosas como vengan; por ende se moderan las respuestas extremas ante la adversidad.

- Perseverancia: esta referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento, connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo, permanecer involucrado y aplicar la disciplina.

- Confianza en sí mismo: es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades, también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

- Satisfacción personal: está referida al comprender que la vida tiene un significado y evalua las propias contribuciones.

- Sentirse bien solo: referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias;

quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.

2.7 Estudios Relacionados

Estudio sobre consumo de drogas lícitas

Villatoro, Gaytán, Moreno, Gutiérrez, Oliva y Bretón (2011) realizaron un estudio cuyo objetivo principal fue evaluar las prevalencias del uso de drogas, alcohol y tabaco, así como las tendencias de consumo en la población de estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México, la muestra estuvo conformada por 1,600 estudiantes de ambos niveles educativos. Los resultados encontrados fueron los siguientes: Con lo que respecta al tabaco, el consumo disminuyó de 48.3 a 44.3% y son los hombres quienes tienen el porcentaje más alto (45.9%) en comparación con las mujeres (42.6%). La edad de inicio promedio es de 12.8 años. En el caso del alcohol, el consumo se ha incrementado de 68.8 a 71.4%; se mantuvo similar en las mujeres y en los hombres se incrementó.

El consumo de tabaco alguna vez ha afectado a hombres y mujeres (49.4% y 47.1%, respectivamente). En cuanto al consumo actual, el porcentaje de usuarios/as se redujo a menos de la mitad y es ligeramente mayor el consumo en los hombres (19.7%). Al analizar el consumo de tabaco por nivel educativo, el porcentaje de usuarios/as en secundaria es bajo (35.3%), en comparación con los/as de bachillerato (63.5%) y los/as de escuelas técnicas (65.7%). En el paso de secundaria al bachillerato en general, casi se duplica la cifra de usuarios/as de tabaco. En cuanto a la edad de los/as adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores/as de 14 años o menos, es una tercera parte de los que tienen 18 años o más. Aun así, un porcentaje importante (34.2%) de adolescentes de 17 años (menores de edad) han fumado en el último mes. El cambio más drástico se

presenta de los 14 a los 15 años, ya que aumenta a más de la mitad la proporción de consumidores/as actuales.

Para el Distrito Federal se encontró que el 68.8% de los/as adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo ha consumido en el último mes. Al analizar este consumo según el sexo del/a entrevistado/a, la población masculina (68.2%), como la femenina (69.4%), resultan igualmente afectadas. En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 29.8% de los/as adolescentes han consumido alcohol en el último mes. Para las escuelas de educación media superior, este porcentaje casi se duplica, de manera que en las escuelas de bachillerato técnico el 57.6% de los/as adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en bachillerato el 54.6%.

En cuanto a la edad de los/as adolescentes, el porcentaje de consumidores/as de 14 años o menos es 55.7% y quienes tienen 18 años o más es 86.8%. Asimismo, más de la mitad de los/as adolescentes de 17 años ha bebido alcohol en el último mes.

Asimismo, se observó que el nivel de consumo de ambas sustancias es prácticamente igual entre hombres y mujeres. En el caso específico del abuso de alcohol se encontró un incremento de poco más del 1%, de manera que actualmente 25.2% de los/as adolescentes han consumido por lo menos cinco copas en la misma ocasión durante el último mes previo al estudio.

Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2008), realizaron un estudio sobre consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso, la muestra se conformó por 2,445 alumnos con una edad media de 19 años en donde se encontró que el 17.3% afirmó fumar tabaco a diario y 13.5% ocasionalmente. La edad media de inicio fue de 14 años (DE= 2.27). La prevalencia de tabaquismo fue mayor entre las mujeres (33%) que en los hombres (27%) y el promedio de cigarrillos consumidos por día fue de 12 (DE= 5.76) por

otra parte la edad media de inicio al consumo de alcohol fue de 15.10 años (DE= 1.53). Cabe destacar que los hombres beben alcohol más frecuentemente entre semana, mientras que las mujeres en fin de semana este dato resulto significativo ($p < .001$). En este estudio los estudiantes fumadores probaron por primera vez el alcohol con una media de edad de 14.56 años (DE= 1.55) mientras que aquellos que no fuman lo hicieron a los 15.37 años (DE= 1.43) ($p < .001$).

En un estudio realizado por Nuño-Gutierrez, Álvarez-Nemegyei, Madrigal-De León y Tapia-Curiel (2008) cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre el patrón de consumo de tabaco y algunos factores sociofamiliares y escolares en adolescentes de Guadalajara, México. Con una muestra de 556 adolescentes de una preparatoria pública del area metropolitana obteniendo como resultados que el 48.3% de adolsecetes presentaron un consumo experimental y 9.7% un consumo habitual de tabaco, no hubo diferencia estadísticamente significativa en la proporción hombre/mujer ($p = 0.89$), la edad de inicio para el consumo reportada fue 13.9 a 14.0 años. Además se aprecio asociación entre el consumo habitual de tabaco con mayor edad ($p = .0.0001$) y menor promedio escolar en el semestre inmediato anterior ($p = .0.0001$).

Urquieta, Hernández-Avila y Hernández (2006), realizaron un estudio para identificar aquellos factores económicos y sociodemográficos que influyen en la decisión de los jóvenes de fumar o consumir bebidas alcohólicas, la muestra estuvo conformada por 15, 181 jóvenes de 12 a 21 años de edad resultados mostraron que 22.5% de los hombres mencionaron haber fumado alguna vez en comparación con el 8.9% de las mujeres, con respecto al promedio de días de consumo los hombres fuman 12.41 días y las mujeres 8.5. En relación al número de cigarrillos consumidos por mes fueron 18.3 para el caso de los hombres contra 12.6 de las mujeres ($p < .001$). Adicionalmente el estudio reflejo que la existencia de otros jóvenes mayores que fuman o que ingieren alcohol se asocio con la probabilidad de que los adolescentes de 12 a 15 años consuman ambas sustancias ($p < .05$).

Mora-Ríos, Natera y Juárez (2005), refieren en su estudio que el inicio en el consumo se da a los 14 años, el sexo masculino bebe con más frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres, quienes ingieren una mayor cantidad de copas por ocasión de consumo en comparación con las mujeres ($t = -9.59, p < .001$). Se observó que el consumo alto definido en términos de beber cinco copas o más por ocasión tiende a ser más elevado en el caso de los hombres, mientras que el consumo menor a cinco copas predomina en el caso de las mujeres.

Estudios sobre resiliencia y consumo de alcohol y tabaco

Álvarez, Zamora, Hernández, Sánchez, Barrón y Mendoza (2011), realizaron un estudio de tipo descriptivo correlacional en adolescentes de 11 y 13 años de edad con la finalidad de identificar la resiliencia y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de nivel secundaria en comunidades rurales. En resultados obtenidos no se encontraron diferencias significativas entre la resiliencia y consumo de alcohol ($U = 5103.50, p = .23$), en lo que respecta a resiliencia y consumo de tabaco se reportó diferencias significativas ($U = 9443.00, p = .07$), en cuanto a consumo de tabaco y género ($U = 11793.50, p < .05$) reportando medianas más altas en el género femenino ($Mdn = 83.00$).

Saavedra y Villalta (2008), en su estudio de tipo descriptivo aplicado a 288 jóvenes y adultos entre 15 y 65 años con el objetivo de medir el nivel de resiliencia obtuvieron que el género femenino obtuvo un puntaje más alto que el de los hombres siendo esta diferencia significativa ($t = .73, p < .05$) sin embargo la variable edad no presentó significancia estadística con la variable resiliencia.

Un estudio de resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes realizado por Becoña, Miguez, López, Vázquez y Lorenzo (2006b) donde se estudió la resiliencia en relación con el consumo de tabaco en una muestra de 1,144 personas de 14 a 25 años de edad de Galicia España. La evaluación de la

resiliencia se hizo con la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Obteniéndose como resultados un 62.06% indico nunca haber consumido tabaco.

Otro estudio realizado por Becoña, Miguez, López, Vázquez y Lorenzo (2006c) sobre la resiliencia en relación con el consumo de alcohol en una muestra de 1,144 personas de 14 a 25 años de edad de Galicia España. La evaluación de la resiliencia se hizo con la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados encontrados en este estudio fueron que el 75.87% de la muestra un 75.87% ha bebido vino alguna vez en su vida, un 35.31% en los últimos 6 meses, un 68.53% cerveza alguna vez en su vida, un 44.23% en los últimos 6 meses, un 76.83% licores alguna vez en su vida y un 65.03% en los últimos 6 meses. El análisis de las puntuaciones de resiliencia por sexo en función de los tipos de consumo de alcohol (vino, cerveza, copas) tanto alguna vez en la vida como en los últimos 6 meses, indica que no hay ninguna diferencia significativa entre hombres y mujeres. Los resultados del estudio.

Córdova-Alcaraz, Andrade y Rodríguez-Kuri (2005) realizaron un estudio de tipo transversal para identificar las características de resiliencia entre estudiantes jóvenes de 13 a 18 años de edad usuarios y no usuarios de drogas, sus resultados arrojaron que las características resilientes identificadas y que distinguen a estos grupos son manejo de conflicto en relaciones interpersonales ($\beta = 0.92$, $p < .005$), control ante situaciones de riesgo ($\beta = -0.53$, $p < .001$), sentido del humor ($\beta = 0.56$, $p < .05$), orientación al futuro ($\beta = - .043$, $p < .001$) y aceptación de la madre ($\beta = - 0.117$, $p < .05$).

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional (Polit & Hungler, 2000) este tipo de estudio es adecuado dado que se describen las características de los participantes del estudio además de la relación entre la variable resiliencia y consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes de preparatoria.

3.2 Universo y Muestra

La población del estudio estuvo conformada por todos los estudiantes de nivel medio superior registrados en el semestre Agosto Diciembre de 2011 del área urbana del municipio de San Juan del Río, Querétaro. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, el tamaño de muestra se calculó con la fórmula para poblaciones finitas

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)e^2 + Z^2pq}$$

Se consideró un nivel de confianza de 90%, probabilidad a favor de .80, probabilidad en contra de .20 y un error de estimación de .05. Obteniéndose una muestra de 226 adolescentes participantes.

3.3 Criterios de Selección

3.3.1 Criterios inclusión

- Todos aquellos estudiantes de nivel medio superior que estaban inscritos en la escuela seleccionada.

- Todos aquellos estudiantes menores de edad que firmaron el asentimiento informado y contaron con el consentimiento de sus padres.
- Todos aquellos estudiantes que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Todos aquellos estudiantes menores de edad que no firmaron el asentimiento informado, o no cuenten con el consentimiento informado de sus padres para participar en el estudio.
- Todos aquellos estudiantes que no estén de acuerdo en participar en el estudio.

3.3.3 Criterios de eliminación

- Se eliminarán aquellos instrumentos que no se encuentren contestados en el 100% de los reactivos.

3.4 Instrumento de Recolección de Datos

Cada participante llenó una cédula de datos socio-demográficos y prevalencia de consumo de alcohol y tabaco. La cédula se divide en dos secciones la primera se refiere a los datos personales, escolares y laborales se incluyen las variables edad, género, estado civil, con quien vive, escuela, semestre que cursa actualmente y ocupación. La segunda sección se refiere a las cuatro medidas de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco: prevalencia global, lápsica, actual e instantánea.

Además dio respuesta a la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), que evalúa la competencia personal (17 reactivos) y de aceptación de sí mismo (8 reactivos) y de su vida. Conformada por 25 reactivos con escala tipo likert: 1 = siempre estoy en desacuerdo, 2 = casi siempre estoy en desacuerdo, 3 = a veces estoy en desacuerdo, 4 = ni en desacuerdo ni en acuerdo, 5 = a veces estoy en acuerdo, 6 = casi siempre estoy en acuerdo, hasta 7 = siempre estoy en acuerdo. Con un puntaje mínimo de 25 y máximo de 175, donde a mayor puntaje, indica alta resiliencia. Los autores Heilemann, Lee y Kury (2003), realizaron la traducción a población mexicana donde se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.92 como Coeficiente de Confiabilidad.

3.5 Plan de Recolección de Datos

En la recolección de los datos participó la investigadora y dos asistentes previamente capacitados para este fin. Se solicitaron las lista de cada grupo a servicios escolares y se seleccionarán siete estudiantes de cada grupo (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, cuando no se encontro alguno de ellos, se incluyó el alumno de número de lista 40) los cuales se reunieron en un salón designado por la institución, en ese momento se les explicó el objetivo y los términos en que consistió su participación en el estudio. Posteriormente se les solicitó la firma de su asentimiento y se procedió a la aplicación del instrumento y la cédula de datos socio-demográficos y prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, el tiempo fue de aproximadamente 60 minutos. Cada participante recibió un sobre amarillo con los documentos y se les solicitó contestarán el total de preguntas, al concluir la recolección de datos el participante depositó el sobre en una urna ubicada dentro del mismo salón de clases.

3.6 Análisis Estadístico

Para el análisis de la información se generó una base de datos en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS, versión 17. Se procedió a revisar la consistencia interna del instrumento a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach y se obtuvieron las frecuencias, proporciones y porcentajes para las variables categóricas y para las variables numéricas se calcularon medidas de ubicación, tendencia central y variabilidad. Además se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de las variables continuas. Para las hipótesis se construyeron índices y se efectuaron contrastes de hipótesis con las pruebas U de Mann-Whitney, H Kurskal Wallis y r de Spearman.

3.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 2009). Se tomó en cuenta lo establecido en el Título II Capítulo I, artículo 13 respecto la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los estudiantes al explicar claramente la justificación y objetivos de la investigación así como el procedimiento para contestar, se le dio la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración y la libertad de retirar su participación en cualquier momento, sin que por ello se creen perjuicios en sus actividades escolares. Los maestros y directores de las instituciones no tuvieron ninguna información de lo que aconteció durante la aplicación del instrumento y se aclaró que solo los asistentes y/o autor estuvo presente al momento de la recolección de datos.

Para dar cumplimiento al artículo 14 fracción VI, artículo 20, 21 fracciones I, II, IV, VI, VII y VIII se contará con el asentimiento informado por escrito del participante. Se dio cumplimiento al artículo 16 protegiendo la privacidad y confidencialidad de los adolescentes ya que se garantizó el anonimato de los estudiantes al no identificar el instrumento con su nombre.

De acuerdo al artículo 17 fracción I, se considera una investigación de riesgo mínimo, dado que solo se aplicará un instrumento que aborda la conducta relacionada con el consumo de alcohol y tabaco y resiliencia.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de las variables de estudio en primer lugar se presenta la consistencia interna del instrumento, seguida de la estadística descriptiva y finalmente se presenta la estadística inferencial para verificar el alcance de los objetivos del estudio.

La consistencia interna de la Escala de Resiliencia (ER) y las subescalas competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida, se obtuvo un Alpha de Cronbach aceptable para cada una de las subescalas (Polit & Hungler, 2000) reportado en el cuadro 4.1.

4.1 Consistencia Interna del Instrumento

Cuadro 4.1 Confiabilidad del Instrumento del estudio

Escala /Subescalas	Número de Ítems	Alpha de Cronbach
Escala de Resiliencia (ER)	25	.94
Sub escala competencia personal	17	.92
Subescala aceptación de uno mismo y de la vida	8	.81
Fuente: Escala de Resiliencia		n=226

4.2 Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio

Las variables socio- demográficas, escolares y laborales se presentan en el cuadro 4.2 se observa que los participantes son casi de la misma proporción tanto de hombres (51.3%) como mujeres (48.7%). En relaciona al estado civil el mayor porcentaje (94.7%) son solteros, existe una menor proporción de adolescentes que se encuentran en unión libre (4.9%) y casado (.4%).

Con respecto a la variable con quien viven un porcentaje mayor vive con sus dos papas (80.5%) seguido del 10.6% que vive únicamente con su mamá. Es importante resaltar que de acuerdo a Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006), reportan en su estudio que los jóvenes que manifestaron vivir con ambos padres tuvieron menor probabilidad de fumar o beber que aquellos que no vivían con ninguno.

De acuerdo al turno en que asiste a la escuela la mitad de la muestra es del turno matutino y la otra mitad del turno vespertino. Respecto al semestre que cursa el mayor porcentaje es de primer semestre (43.8%) seguido del tercer semestre (35.8%) y por último los de quinto semestre con un 20.4%.

En cuanto a la ocupación la mayoría únicamente estudia (86.7%) y unos pocos (13.3%) estudian y trabajan de los cuales el mayor porcentaje trabaja de ayudante general, seguido de los empleados de mostrador o comerciantes (2.2%), dentro de otros (2.7%) se encuentran auxiliares contables, DJ, bailarín, escaramusa. Se debe considerar que de acuerdo a Lloret, Segura, y Carratalá, (2008) existe una relación directa entre el consumo de drogas y disponibilidad económica.

Siguiendo con las características socio-demográficas y escolares de acuerdo a las variables discontinuas en el cuadro 4.3 se reporta 16.14 años (DE=1.01) de edad promedio de los participantes, 8.03 (D=.79) de calificación promedio y de los participantes que refirieron estudiar y trabajar en promedio se dedican a la actividad laboral 7.06 hrs. (DE=4.2).

Cuadro 4.2 Características sociodemográficas, escolares y laborales de los participantes en el estudio

Variable	F	%
Género		
Másculino	116	51.3
Femenino	110	48.7
Estado Civil		
Soltero	214	94.7
Casado	1	.4
Unión Libre	11	4.9
Con quien vive		
Con mis dos papas	182	80.5
Con mi mama únicamente	24	10.6
Con mi papa únicamente	2	.9
Con familiares	13	5.8
Abuelos	3	1.3
Solo	1	.4
Con mi pareja	1	.4
Ocupación		
Estudia	196	86.7
Estudia y trabaja	30	13.3
Turno		
Matutino	113	50
Vespertino	113	50
Semestre que cursa		
Primer Semestre	99	43.8
Tercer Semestre	81	35.8
Quinto Semestre	46	20.4
Tipo de Trabajo		
Ayudantes generales	18	7.5
Empleados de mostrador	6	2.2
Lava autos	2	.9
Otros	4	2.7

Fuente: Cédula de Datos Personales (CDP) n= 226

Cuadro 4.3 Características socio-demográficas y escolares: variables continuas

Variable	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	Mdn	DE
Edad	15	20	16.14	16.00	1.010
Promedio	5	10	8.03	8	.7968
Horas de Trabajo	2	22	7.06	6	4.266

Fuente: Cédula de Datos Personales (CDP) n= 226

Respecto al apego religioso los participantes reportaron en su mayoría (88.5%) profesa la religión católica, asistiendo a las prácticas religiosas una o dos veces al mes (38.9%) y el 8.4% nunca asiste (cuadro 4.4). Autores como Salazar, Varela, Cáceres & Tovar (2006), tienen la hipótesis de que para quienes los aspectos espirituales no tienen un lugar relevante en sus vidas están en mayor riesgo de consumir drogas legales. Además se han encontrado que hay una alta relación entre los factores espirituales/religiosos y el alto nivel de satisfacción con su vida, mantienen expectativas más optimistas y ausencia de consumo de drogas.

Cuadro 4.4 Apego religioso de los estudiantes de bachillerato participantes del estudio

Variable	<i>f</i>	%
Tipo de religión		
Católica	200	88.5
Testigos de Jehova	6	2.7
Cristianos	8	3.5
Otros	12	5.3
Frecuencia de la práctica religiosa		
Nunca	19	8.4
Una o dos veces al año	53	23.5
Una o dos veces al mes	88	38.9
Una o dos veces a la semana	66	29.2
Fuente: Cédula de Datos Personales (CDP)		n = 226

En el cuadro 4.5 se muestra que la mayor proporción de estudiantes tienen padres casados (76.5%), seguido de unión libre (8.4%). Esta situación es importante considerando que de acuerdo a lo que menciona Lloret, Segura y Carratalá (2008), la familia sigue siendo la principal, o al menos la primera generadora y transmisora de valores, actitudes, creencias, estilos de vida y comportamientos, que contribuyen de forma importante a determinar el modo en que los hijos se relacionan con las drogas.

Cuadro 4.5 Estado civil de los padres de los estudiantes de bachillerato participantes

Variable	f	%
Estado civil de los padres		
Casado	173	76.5
Soltero	8	3.5
Separados	15	6.6
Divorciados	5	2.2
Viudo	6	2.7
Unión libre	19	8.4

Fuente: Cédula de Datos Personales (CDP) n= 226

En el cuadro 4.6 se muestra el 78.8%, de los estudiantes realizan actividad física, siendo las principales fútbol (con el 32.3%) basquetbol y artes marciales en una misma proporción (9.7%). Realizan actividad física una o dos veces por semana el 60.7%, con duración de más de una hora referida por el 51.1%. Es importante mencionar que en un estudio realizado por Villena, Morena, Párraga, Gonzalez, Soriano, & López-Torres, (2009), se menciona que practicar algún deporte de manera habitual puede constituir un factor protector para el inicio de consumo de alcohol y tabaco.

El consumo de drogas lícitas en los estudiantes que se reporta en el cuadro 4.7, el consumo de alcohol el 63.9% consume alguna bebida alcohólica una vez al mes o menos, el 24.4% consume alcohol dos o cuatro veces al mes, el 5.6% consume dos o tres veces por semana y solo el .6% consume alcohol cuatro o más veces por semana. Con respecto al consumo de tabaco, el 40.2% consume tabaco una vez al mes o menos, el 31.3% reporta que nunca, el 12.5% dos o cuatro veces al mes, el 8.9% dos o tres veces por semana y el 7.1% cuatro o más veces por semana.

Cuadro 4.6 Actividad física de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio

Variable	f	%
Realizas alguna actividad física		
No	48	21.2
Si	178	78.8
Tipo de actividad física		
Futbol	73	32.3
Basquetbol	22	9.7
Artes marciales	22	9.7
Caminar o correr	18	8
Voleibol	11	4.9
Gimnasio	10	4.4
Natación	3	1.3
Box	2	.9
Ciclismo	2	.9
Otros	15	6.6
Frecuencia con la que realiza la actividad física		
Una o dos veces al mes	15	8.4
Una o dos veces a la semana	108	60.7
Diario	55	30.9
Tiempo que dedica a realizar la actividad física		
Mínimo 30 minutos	40	22.5
Una hora	47	26.4
Más de una hora	91	51.1

Fuente: Cédula de Datos Personales (CDP) n= 226

Cuadro 4.7 Frecuencia de consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes participantes

Variable	N	f	%
Frecuencia de consumo de alguna bebida alcohólica	180		
Nunca		10	5.6
Una vez al mes o menos		115	63.9
2 o 4 veces al mes		44	24.4
2 o 3 veces por semana		10	5.6
4 o más veces por semana		1	.6
Frecuencia de consumo de tabaco	112		
Nunca		35	31.3
Una vez al mes o menos		45	40.2
2 o 4 veces al mes		14	12.5
2 o 3 veces por semana		10	8.9
4 o más veces por semana		8	7.1

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 226

En el cuadro 4.8 se reporta que la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 14.06 años (DE= 2.039) y la edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue de 14 años (DE= 1.843). Estos resultados en comparación con los encontrados por Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009), en adolescentes españoles, muestran el inicio de consumo de alcohol es un año más tarde (15.10 años), pero igual para el inicio de consumo de tabaco (14 años) Salazar, Varela, Cáceres y Tovar (2006), refieren que la edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 15.1 años. Por su parte, Jiménez-Muro y colaboradores consideran que el inicio en el consumo de tabaco temprano puede actuar como la puerta de entrada para el consumo de alcohol y otras drogas no institucionalizadas, sin embargo, en nuestro estudio el inicio de consumo de tabaco y alcohol se da de manera simultánea, en tanto que Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006), reporta un alta probabilidad de consumir ambas sustancias adictivas a la vez.

La información anterior, se refuerza con lo reportado por Córdova-Alcaráz, Andrade y Rodríguez-Kuri (2010), quienes mencionan que los jóvenes abusadores o dependientes de drogas ilegales comienzan a usar tabaco y/o alcohol a una edad menor en comparación con los no usuarios de ahí que mencionen que varios estudios a nivel mundial y nacional muestran edades cada vez más precoces del inicio en el consumo de alcohol y tabaco.

Cuadro 4.8 Edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco de los estudiantes participantes

Variable	n	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	Mdn	DE
Edad de inicio de consumo de alcohol	180	5	19	14.06	14.59	2.039
Edad de inicio de consumo de tabaco	112	7	19	14.34	14.00	1.843

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 226

Con respecto a la cantidad de consumo, se encontró que el número máximo de copas consumidas por los estu­dian­tes fue de 12 y el máximo de cigarrillos de ocho (cuadro 4.9).

Cuadro 4.9 Cantidad de consumo de tabaco y alcohol en los estudiantes de bachillerato participantes

Variable	N	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	Mdn	DE
Número de copas	180	1	12	2.77	2.00	2.40
Número de cigarros	112	1	8	2.12	2	1.38

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco

En el cuadro 4.10 se muestra que el tipo de bebida alcohólica más consumida por los adolescentes es la cerveza con un 62.8%, después el tequila (23.8%), las bebidas preparadas (vodka, vino, entre otras (12.7%). El tipo de bebida alcohólica que más consumen los adolescentes es la cerveza igual que lo reportado en Salazar, Varela, Cáceres & Tovar (2006), quien menciona que el porcentaje de consumo fue del 88.5% para este tipo de bebida.

Con lo que respecta al lugar donde consumen alcohol los resultados reportan que el 54.4% de los adolescentes consumen alcohol en reuniones o fiestas con amigos, 23.8% en fiestas familiares, 11.6% en casa de amigos, 10% en la calle con amigos y 1.6% en antros.

Lo que se puede observa, es que la mayoría de los estudiantes de nuestro estudio, consumen alcohol en reuniones familiares y con amigos, lo que finalmente normaliza, el consumo ya que estas actividades están “avaladas” por el núcleo familiar, por lo que éste, puede convertirse en un factor de riesgo para el

consumo. Algunos estudios han documentado ampliamente, la influencia de los amigos y la familia en el consumo de alcohol y tabaco como un factor de elevada importancia en el inicio de los adolescentes al consumo de estas sustancias (Salazar, 2006; Urquieta, 2006; Sánchez, 2007; Lloret, 2008; Jimenez-Muro, 2009; Mora-Ríos, Villena, 2009).

Cuadro 4.10 Tipo de bebidas alcohólicas y lugar donde las consumen los adolescentes

Variable	f	%
Tipo de bebidas alcohólicas que consume		
Destilados		
Tequila	43	23.8
Bebidas preparadas	23	12.7
Fermentadas		
Cerveza	113	62.8
Pulque	1	.7
Lugar donde consume bebidas alcohólicas		
Reuniones o fiestas amigos	98	54.0
Fiestas familiares	43	23.8
Casa amigos	21	11.6
Calle amigos	18	10.0
Antros	3	1.6

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 180

Ante esta situación, la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco de los estudiantes de nuestro estudio es alarmante, pues aún cuando por ley estas sustancias adictivas no debieran estar a disponibilidad de menores de 18 años, la realidad muestra una situación completamente diferente, lo que pone en evidencia que en la práctica las regulaciones sanitarias al respecto, carecen de una implementación efectiva.

4.3 Estadística Inferencial de las Variables del Estudio

A continuación se presenta la estadística inferencial con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos y la prueba de las hipótesis empleando las pruebas de U de Mann-Whitney, H Kurskal Wallis. y r de Spearman.

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo que enuncia identificar las tres medidas de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de preparatoria se presentan los cuadros 4.11 y 4.12.

En el cuadro 4.11 se muestra que 79.6% de los estudiantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, el 85% en el último año, el 49.4% en el último mes y el 17.2% en la última semana, todos estos datos con IC 95%. Esto indica un aumento en el consumo de alcohol en la población conforme pasa el tiempo y que la sustancias de mayor consumo por los jóvenes es el alcohol con 79.6% vs tabaco con 49.6%. De acuerdo a lo reportado por Salazar, Varela, Cáceres y Tovar (2006), en estudiantes de entre 15 y 25 años el 97.4% a consumido alcohol alguna vez en su vida, porcentaje superior al encontrado en el estudio.

Cuadro 4.11 Prevalencia de consumo de alcohol de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio

Prevalencia	Consumo de alcohol				IC 95%	
	Sí		No		Límite inferior	Límite superior
	f	%	f	%		
Global	180	79.6	46	20.4	.74	.85
Lápsica	153	85	27	15	.80	.90
Actual	89	49.4	91	50.6	.42	.57
Instantánea	31	17.2	149	82.8	.12	.23

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 226

De acuerdo al consumo de tabaco en el cuadro 4.12 se reporta que el 49.6% de los estudiantes ha consumido tabaco alguna vez en su vida, el 66.1% ha consumido tabaco en el último año, el 66.1% ha consumido tabaco en el último mes y el 79.5% a consumido tabaco en la última semana, todos con un IC 95%. Este dato es superior a lo reportado por Salazar, Varela, Cáceres y Tovar (2006), de 35.6% un consumo de tabaco alguna vez en la vida.

Cuadro 4.12 Prevalencia de consumo de tabaco de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio

Prevalencia	Consumo de tabaco				IC 95%	
	Sí		No		Límite inferior	Límite superior
	f	%	f	%		
Global	112	49.6	114	50.4	.43	.56
Lápsica	74	66.1	38	33.9	.57	.75
Actual	38	33.9	74	66.1	.25	.43
Instantánea	23	20.5	89	79.5	.13	.28

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 226

Con la finalidad de responder al objetivo que señala identificar el nivel de la resiliencia en los adolescentes de preparatoria, se presentan los cuadros 13 y 14 en los que se identificó la tendencia de las respuestas en un rango a veces estoy en acuerdo a siempre estoy en acuerdo. En la dimensión de competencia personal se encontró que 79.2% de los participantes planifican sus actividades, el 85.8% salen adelante de cualquier situación, el 68.7% son independientes y se valen por si mismos (67.7%), el 78.2% mantiene el interés en las cosas, 84.5% se sienten orgullosos de lo que han logrado, el 68.5% se considera tolerante, el 81.4% es amigo de sí mismo, 60.2% realiza una cosa a la vez sin embargo 55.3% maneja muchas cosas a la vez, cabe resaltar que uno de cada cinco está indeciso, 69% analiza las cosas, 77% se considera autónomo, 71.3% dice que puede afrontar situaciones difíciles, 68.6% se considera disciplinado, 86.3% mantiene

interés en las cosas, 85.4% tiene confianza en sí mismo y 87.7% se considera optimista ver cuadro (4.13).

Por otro lado en la dimensión de aceptación de uno mismo y de la vida los estudiantes de reportaron ser alguien en quien la gente puede contar (84.9%), 78.7% analiza las situaciones, 77% se esfuerza en hacer las cosas, 84.5% dijo que su vida tiene sentido, 81.9% encuentran solución a los problemas, 84.1% son activos en las cosas que realizan y 73.8% dijo que está bien si hay personas que no los estiman (ver cuadro 4.14).

Para cumplir con la hipótesis sobre que el índice de resiliencia en mujeres es más alto en comparación con el de los hombres se reporta el cuadro 4.15 en el que se observa que el índice de resiliencia en mujeres es en promedio 62.9974 (DE= 14.6868) mientras que en hombres se reporta que el índice es de 63.8227 (DE= 13.0613), reportando una Mann-Whitney U de 6287 con un valor de $p=.850$. Por lo tanto no existe diferencia significativa entre el índice de resiliencia y género. Estos resultados son diferentes con lo que respecta a lo reportado por Saavedra y Villalta (2008) en donde se reporta un puntaje más alto el género femenino con respecto al masculino ($p < .05$).

Cuadro 4.15 Índice de resiliencia y género de los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio

Género	Resiliencia			U	Valor de p
	Media	Mediana	DE		
Mujeres	62.9974	66.5714	14.6868	6287	.850
Hombres	63.8227	66.5714	13.0613		

Fuente: Escala de Resiliencia (ER) n= 226

Cuadro 4.13 Competencia Personal en estudiantes de bachillerato

¿Qué tan acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Siempre estoy en desacuerdo		Casi siempre estoy en desacuerdo		A veces estoy en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		A veces estoy en acuerdo		Casi siempre estoy en acuerdo		Siempre estoy en acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos.	4	1.8	7	3.1	14	6.2	22	9.7	64	28.3	66	29.2	49	21.7
2. Normalmente salgo adelante de cualquier situación de una manera o de otra.	6	2.7	6	2.7	5	2.2	15	6.6	44	19.5	74	32.7	76	33.6
3. Soy capaz de depender de mi mismo (a) más que de otras personas.	10	4.4	11	4.9	16	7.1	34	15	51	22.6	53	23.5	51	22.6
4. Mantenerme interesado (a) en las cosas es muy importante para mí.	8	3.5	6	2.7	10	4.4	25	11.1	29	12.8	67	29.6	81	35.8
5. Puedo valerme por mi mismo (a).	7	3.1	14	6.2	11	4.9	41	18.1	49	21.7	42	18.6	62	27.4
6. Me siento orgulloso (a) de las cosas que he logrado en mi vida.	7	3.1	4	1.8	9	4	15	6.6	17	7.5	55	24.3	119	52.7
7. Normalmente soy tolerante.	8	3.5	10	4.4	15	6.6	38	16.8	48	21.2	69	30.5	38	16.8
8.Soy Amigo (a) de mi mismo (a).	5	2.2	2	.9	11	4.9	24	10.6	30	13.3	45	19.9	109	48.2
9.Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez.	7	3.1	15	6.6	21	9.3	58	25.7	55	24.3	47	20.8	23	10.2
10. Soy decidido(a) en lo que hago.	5	2.2	5	2.2	15	6.6	27	11.9	39	17.3	61	27	74	32.7

Continuación

¿Qué tan acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Siempre estoy en desacuerdo		Casi siempre estoy en desacuerdo		A veces estoy en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		A veces estoy en acuerdo		Casi siempre estoy en acuerdo		Siempre estoy en acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
11. Tomo las cosas (tranquilo) paso a paso, día a día.	7	3.1	9	4	16	7.1	38	16.8	42	18.6	66	29.2	48	21.2
12. Realizo una sola cosa a la vez.	15	6.6	11	4.9	26	11.5	38	16.8	63	27.9	48	21.2	25	11.1
13. Puedo salir de situaciones difíciles porque he pasado por situaciones difíciles.	5	2.2	5	2.2	15	6.6	40	17.7	45	19.9	53	23.5	63	27.9
14. Soy Disciplinado (a).	6	2.7	7	3.1	13	5.8	45	19.9	47	20.8	71	31.4	37	16.4
15. Mantengo interés en las cosas.	4	1.8	4	1.8	8	3.5	15	6.6	49	21.7	86	38.1	60	26.5
16. Usualmente puedo encontrar algo de que reírme.	5	2.2	6	2.7	5	2.2	12	5.3	23	10.2	56	24.8	119	52.7
17. Mi confianza en mí mismo (a) me hace salir de situaciones difíciles.	4	1.8	7	3.1	5	2.2	17	7.5	49	21.7	57	25.2	87	38.5

Fuente: Escala de Resiliencia

n= 226

Cuadro 4.14 Aceptación de si mismo y de la vida en estudiantes de bachillerato

¿Qué tan acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Siempre estoy en desacuerdo		Casi siempre estoy en desacuerdo		A veces estoy en desacuerdo		Ni en desacuerdo ni en acuerdo		A veces estoy en acuerdo		Casi siempre estoy en acuerdo		Siempre estoy en acuerdo	
	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
18. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar.	5	2.2	2	.9	7	3.1	20	8.8	31	13.7	54	23.9	107	47.3
19. Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras.	5	2.2	4	1.8	9	4.0	30	13.3	47	20.8	60	26.5	71	31.4
20. A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera.	7	3.1	5	2.2	9	4.0	31	13.7	40	17.7	76	33.6	58	25.7
21. Mi vida tiene sentido.	8	3.5	7	3.1	7	3.1	13	5.8	17	7.5	30	13.3	144	63.7
22. No sigo pensando en cosas que no puedo controlar.	12	5.3	13	5.8	11	4.9	62	27.4	53	23.5	49	21.7	26	11.5
23. Cuando estoy en una situación difícil usualmente encuentro una salida.	3	1.3	4	1.8	12	5.3	22	9.7	42	18.6	70	31.0	73	32.3
24. Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer.	3	1.3	8	3.5	11	4.9	14	6.2	40	17.7	73	32.3	77	34.1
25. Está bien si hay personas que no me quieren.	17	7.5	9	4.0	5	2.2	28	12.4	27	11.9	58	25.2	92	40.7

Fuente: Escala de Resiliencia

n= 226

Para dar respuesta a la hipótesis sobre que el índice de resiliencia es más alto en los adolescentes que cursan el sexto semestre de preparatoria en comparación con quienes cursan el segundo y cuarto semestre se presenta lo siguiente:

En base a lo que reporta el cuadro 4.16 el semestre que presenta un promedio de índice de resiliencia más alto es el quinto semestres con un 64.08 (DE= 16.13906) seguido de el tercer semestre con un 64.0776 (DE= 13.47) y el que tiene un promedio más bajo de índice de resiliencia es el primer semestre con un 62.5743 (DE= 13.09), reportando una Kruskal Wallis no significativa con .939 ($p > .05$) en la resiliencia respecto al grado escolar. Estos resultados son lo opuesto a lo encontrado por Becoña (2006 b, c) dado que se reporta que a mayor edad mayor índice de resiliencia.

Cuadro 4.16 Índice de resiliencia en relación con el semestre que cursan los estudiantes participantes.

Semestre	Resiliencia			H	Valor de p
	Media	Mediana	DE		
Primero	62.57	65.14	13.09	.93	.33
Tercero	64.07	65.71	13.47		
Quinto	64.08	68.28	16.13		

Fuente: Escala de Resiliencia (ER) n= 226

Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006), considera que es probable que conforme adquieren mayor edad los jóvenes se encuentran mejor orientados hacia el futuro y reconocen con más claridad los riesgos de fumar y/o consumir alcohol, como lo sugiere el enfoque sociológico de las conductas de riesgo o la economía conductual.

En base a la hipótesis la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida es mayor en hombres comparado con la de las mujeres se presenta los cuadros 4.17.

En base a lo reflejado en los resultados el consumo de alcohol alguna vez en la vida es mayor en mujeres con un 82.7% con respecto a los hombres que representa el 76.7% (Chi-Square de Pearson de $p>.05$) cuadro 4.17. En el estudio realizado por Salazar, Varela, Cáceres y Tovar, (2006) a adolescentes colombianos también se encontró que el mayor porcentaje de adolescentes que consumían alcohol eran mujeres (50.8%). Villatoro (2011) reporta que tanto hombres como mujeres resultan igualmente afectados en el consumo de alcohol (71.4%). Aspecto que puede estar relacionado con el cambio de patrón de consumo de alcohol es la modificación de los roles y comportamiento según el género, especialmente el femenino ya que las mujeres han ido asumiendo conductas que antes eran más típicas en los hombres, además las mujeres han ido accediendo a situaciones que aparentemente rompen las diferencias y dan la apertura a la igualdad de género. También el consumo de alcohol está ligado principalmente a actividades de ocio, eventos sociales o celebraciones.

Cuadro 4.17 Prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida en relación al género en los estudiantes de bachilleratoparticipantes

Género	Consumo de alcohol alguna vez en la vida				IC 95%		X ²	Valor de p
	Si		No		Límite inferior	Límite superior		
	f	%	F	%				
Mujeres	91	82.7	19	17.3	.76	.90	.263	.170
Hombres	89	76.7	27	23.3	.69	.85		

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 226

De acuerdo a lo reportado el consumo de tabaco alguna vez en la vida es mayor en hombres con un 57.8% con respecto a las mujeres que representa el 40.9% (Chi-Square de Pearson de .011 con un valor de $p>.05$) cuadro 4.18. Esta prevalencia es con respecto a lo reportado por Jiménez-Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009) mayor con respecto a los adolescentes

españoles ya que éstos reportaron una prevalencia general de tabaquismo mayor en las mujeres (33%) en comparación con los hombres (27%).

Los resultados del estudio también son muy parecidos a los reportados por Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006), en donde se tienen como resultados que en los jóvenes entre 12 y 21 años de edad los hombres parecen estar más dispuestos a fumar que las mujeres (22.5%) mencionó haber fumado alguna vez, lo que contrasta con el 8.9% de las mujeres que mencionaron haberlo hecho.

Asimismo Urquieta, Hernández-Ávila y Hernández (2006), reportó que los hombres parecen estar más dispuestos a fumar que las mujeres (22.5% y 8.9% respectivamente), Villatoro (2011) también reporta que los hombres (16.8%) tienen un consumo ligeramente mayor que las mujeres (14.9%).

Cuadro 4.18 Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida en relación al género en los estudiantes de bachillerato participantes en el estudio

Género	Consumo de tabaco alguna vez en la vida				IC 95%		X ²	Valor de p
	Sí		No		Límite inferior	Límite superior		
	F	%	f	%				
Mujeres	45	40.9	65	59.1	.32	.50	.011	.008
Hombres	67	57.8	49	42.2	.49	.67		

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco n= 226

Estas cifras reportadas en el estudio realizado a jóvenes de zonas urbanas marginadas de México en comparación a las obtenidas en nuestro estudio son mucho más altas, lo que sugiere que los adolescentes de San Juan del Río están consumiendo más estas drogas lícitas como son el alcohol y el tabaco.

Para dar respuesta al objetivo que establece la relación entre resiliencia y sus dimensiones con el consumo de alcohol y tabaco se realizó la prueba de Correlación de Spearman, mostrándose a seguir las relaciones significativas ($p > .05$) (Cuadro 4.19).

Existe relación negativa ($p < .05$), entre resiliencia con las variables prevalencia global de consumo de alcohol, prevalencia global de consumo de tabaco alguna vez en la vida. La dimensión de competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida, es decir a menor resiliencia mayor el consumo de tabaco, donde quienes consumen tabaco tienen menor resiliencia.

Estos resultados son diferentes a lo reportado por Becoña (2006b), donde se menciona que la resiliencia y la dimensión de sí mismo no muestran diferencia significativa, sin embargo la dimensión competencia personal sí existe relación donde los que consumen alguna vez en la vida, tienen más resiliencia y competencia personal.

En otro estudio Becoña (2006c), reportó que las personas que no consumen alcohol tienen una mayor puntuación en las dimensiones de resiliencia, pero no en resiliencia general. Sin embargo en el presente estudio el consumo de alcohol se relacionó con resiliencia general y no con sus dimensiones.

Adicionalmente se observa que existe relación positiva y significativa entre consumo de tabaco y alcohol con las cuatro medidas de prevalencia, es decir a mayor consumo de tabaco mayor consumo de alcohol.

Muchos estudios experimentales sugieren que cuanto mayor sea la dependencia a la nicotina, mayor es el consumo de alcohol, o que el alcohol ejerce un estímulo inespecífico en varias áreas comportamentales aumentando el consumo de cigarrillos.

El consumo de alcohol y tabaco así como de cualquier sustancia adictiva está relacionado entre otros factores, con la percepción del riesgo y el acceso al producto, un efecto preventivo es el aumento de costo del producto recomendado por distintas instituciones de salud pública. En cuanto a la percepción de riesgo los jóvenes consideran que la enfermedad y la muerte son fenómenos muy lejanos en sus vidas por lo que no valoran los riesgos que conlleva el consumo de estas sustancias. Por lo tanto el alto nivel de tolerancia y permisividad hacia el consumo de tabaco y alcohol que ha habido en los últimos años contribuye a una menor percepción del riesgo que supone consumir estas sustancias.

Cuadro 4.19. Correlación entre resiliencia y consumo de tabaco y alcohol de los estudiantes de Bachillerato Escuela Pública en San Juan del Río, Querétaro

VARIABLES		Resiliencia	Dimensión Competencia personal	Dimensión Aceptación de sí mismo y de la vida	Prevalencias Alcohol				Tabaco				
					Global	Lápsica	Actual	Instantánea	Global	Lápsica	Actual	Instantánea	
Resiliencia		1											
Dimensión Competencia personal		.976** .001	1										
Dimensión aceptación de sí mismo y de la vida		.898** .001	.781** .001	1									
Prevalencia alcohol	Global	-132* .047	.130 .059	-.117 .080	1								
	Lápsica	-.076 .314	-.074 .324	-.068 .368		1							
	Actual	-.072 .489	-.028 .707	-.092 .219		.415** .001	1						
	Instantánea	-.090 .231	-.083 .268	-.090 .232		.192** .010	.461** .001	1					
Prevalencia Tabaco	Global	-.194** .003	-.171* .010	-.212** .001	.457** .001	.144 .054	.287** .001	.243** .001	1				
	Lápsica	-.155 .102	-.138 .146	-.170 .073	.046 .632	.368** .001	.139 .146	.048 .616		1			
	Actual	-.023 .808	-.013 .894	-.041 .665	.097 .311	.254** .007	.308** .001	.208* .030		.474** .001	1		
	Instantánea	-.036 .706	.004 .963	-.111 .2643	.069 .473	.108 .260	.229* .016	.278** .003		.271** .004	.223** .001	1	

Fuente: Cédula de Prevalencia de Consumo de Alcohol y Tabaco Escala de Resiliencia

n= 226

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados anteriores no solo permiten profundizar en el conocimiento de los factores individuales y ambientales que pueden constituir una protección para el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes sino que contribuyen a enriquecer el campo de evidencia empírica sobre los aspectos que deben priorizarse en el trabajo preventivo.

Dentro de las estrategias abordadas por el programa de acción específico para la prevención y tratamiento de las adicciones es el fortalecimiento de la resiliencia, pero también es importante que se trabaje en cuanto al ambiente donde las costumbres y tradiciones que rodean a los adolescentes y la normalización del consumo de alcohol y tabaco, son factores de riesgo para que se presente el problema.

Las influencias ambientales constituyen un factor preponderante para el consumo de tabaco y alcohol. Como principales influencias del ambiente destacan la presión de amigos, la inducción del medio familiar y/o la tolerancia del medio escolar y social al consumo de estas drogas socialmente lícitas.

La familia, escuela y medio social son tres elementos del sistema social que están en constante comunicación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en el sistema, el primero y mejor agente de socialización lo constituye la familia a partir de ella se desarrollan normas de conducta en su relación con los demás, costumbres, valores dominantes de la sociedad, modelos en general y la interpretación de los modelos en función a la clase social cultural y subcultural a los que pertenece, haciendo que el adolescente aprenda y asuma

roles, hábitos, normás, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad, comunidad y grupo a través de una evolución del aprendizaje, en este caso en torno al consumo de alcohol y tabaco.

Como lo menciona Becoña (2006 b y c) la aceptación social del consumo de alcohol y tabaco constituye una limitante para que los adolescentes desarrollen resiliencia frente a estas sustancias.

Por otra parte, la disponibilidad de estas sustancias a pesar de que por ley no deberían consumirlas es otro elemento más del medio ambiente, que se debe ser cambiado en programas y políticas de salud.

Varios estudios a nivel mundial y nacional muestran edades cada vez más precoces del inicio en el consumo de alcohol y tabaco. En este estudio se refleja como los jóvenes inician en el consumo de tabaco y alcohol cada vez en edades más tempranas.

Las propuestas deben ser enfocadas no solo a prevenir el consumo de alcohol y tabaco, sino también a rescatar los valores humanos y sociales. Es una tarea difícil y compleja pues envuelve el acto de restablecer sentido para la vida social, restableciendo valores y normás éticas basadas en el reto a las personas y a sus diferencias en un ambiente permisido para el consumo de estas sustancias. En este sentido la familia debe tener calidad de vida teniendo la familia debe tener calidad de vida tomando a sus miembros en cuanto al cuidado de la persona y sujeto activo, los factores familiares, los hábitos, costumbres y tradiciones e ideologías familiares pueden ser variables para el primer contacto con el alcohol y el tabaco. Los mensajes familiares y sociales que el adolescente percibe

contribuyen para la iniciación en el consumo de estas sustancias en el grupo de estudio.

Por lo anterior los programas preventivos tendrán que dirigirse al fortalecimiento de la resiliencia en los jóvenes pero también hacia costumbres y tradiciones de la sociedad para modificar la percepción positiva que la sociedad le atribuye al consumo de alcohol y tabaco. Estos programas deben alentar a incrementar la supervisión las actividades de sus hijos y eliminar la permisividad del consumo de alcohol y tabaco en el hogar o en reuniones con amigos o familiares.

Por lo tanto se retoma lo propuesto por Jiménez-Muro et al. (2008) quienes consideran que el inicio del consumo de alcohol y tabaco esta ligado a la propia familia en acontecimientos y/o fiestas señaladas debido al contexto cultural. Se debe revisar el problema actual de permisividad de consumo de alcohol en la calle así como la sanción de la venta a menores de edad.

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio se sugiere lo siguiente:

Establecer una vinculación con las autoridades de las instituciones educativas para implementar y difundir acciones de promoción y prevención sobre el fenómeno de las drogas.

Elaborar un programa de intervención específico para la población adolescente en estudio.

Elaboración de intervenciones en el área familiar con los padres.

Gestionar ante la Secretaria de Educación Pública la implementación de programás educativos de promoción y prevención donde se incluyan temáticas sobre drogas impartidas por un equipo multidisciplinario en el cual el profesional de enfermería juega un papel muy importante de liderazgo. En este sentido se propone recuperar propuesto por la ONU en los objetivos del Milenio donde se considera a los profesionales de enfermería como motores de desarrollo esenciales para lograr estos objetivos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, A. A., Zamora M. A., Hernández C. M. A., Sánchez, P. M., Barrón U. M. & Mendoza A. M. A. (2011). Resiliencia y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes adolescentes de comunidades rurales. *Revista Anuario de Investigaciones en Adicciones*. 1 (10).
- Álvarez, F. & Del Río, C. (2003). Farmacología del alcohol. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. Fernández (dirs.) Manual SET del alcoholismo. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías y Editorial Medica Panamericana, S. A.
- Becoña, E. & Vazquez, F. (2001). Consumo problemático de sustancias. En Vicente Caballo(dir.) *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Transtornos generales*. Madrid: Siglo XXI.
- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. (2006a). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 11 (3), 125 - 146.
- Becoña, I. E., Miguez, M. C., López D, A., Vázquez D, M. J. & Lorenzo P, M. C. (2006b). Resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes. *Prevención del tabaquismo* , 8 (3), 98 - 107.
- Becoña, I. E., Miguez, M. C., López D, A., Vázquez D, M. J., & Lorenzo, M. C. (2006c). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas*, 6 (1), 89-111.
- Becoña, E. (2007) Resiliencia y consumo de drogas: una revisión, *Adicciones*, 19 (1), 89-101.
- Calleja, N., & Aguilar, J. (2008). Por qué fuman los adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones* , 20 (4), 387- 394.

- Cabanyes, T. J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4, 145-151.
- Córdova-Alcaráz, A. J., Andrade, P. & Rodríguez-Kuri, S. E. (2010). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Universidad Regiomontana*, 10 (5), 101-122.
- Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C. & Medina-Mora, M. E. (2007). Uso de alcohol, Tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30 (5), 63 - 73.
- Guardia J., Surkov, S. & Cardus, M.(2009). Neurobiología de la adicción. En: Cesar Pereiro (comp.), Manual de adicciones para médicos especialistas en formación (37- 130), España: Sociodrogalcohol.
- González, A. L. P., Valdez J. L., Oudhof H. & González S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(3), 247-253.
- Guardia J., Surkov, S. Cardus, M.(2009). Neurobiología de la adicción. En: Cesar Pereiro (comp.), Manual de adicciones para médicos especialistas en formación (37- 130), España: Sociodrogaalcohol.
- Guzman F. F. R. & Alonso C. M. M. (2006) Factores riesgo y consumo de drogas en bandas juveniles *Desarrollo Científico de Enfermería*, 14(1), 409-414.
- Heilemann, M.; Lee, K. & Kury F; (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11 (1), 61-71.
- Jimenez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. & Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Washintong, D.C. Organización Panamericana de la Salud.

- Lloret, D., Segura, M. C. & Carratalá, E. (2008). Relaciones y reacciones familiares y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes en población rural. *Salud y drogas*, 8 (2), 119 - 135.
- Mora-Ríos J., Natera, G. & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28, 82-90.
- National Institute on Drug Abuse.NIDA. (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. NIDA.
- Nuño-Gutierrez, B. L., Álvarez-Nemegyei, J., Madrigal-De León, E. A. & Tapia-Curiel, A. (2008). Factores asociados a los patrones de consumo de tabaco en adolescentes escolares. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1 (46), 19 - 26.
- Ospina Muñoz, D. E. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXV (1), 58 - 64.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas Washington DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). Por una juventud sin tabaco. Adquisición de habilidades para una vida saludable. Washintong, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2007) Alcohol y Salud Publica en las Americas. Un caso para la accion.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ospina Muñoz, D. E. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXV (1), 58 - 64.
- Palomar, J. & Gomez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27 (1), 7-22.

- Perez, A. (2000). *El libro de las drogas*. (7ª ed.). Santafe de Bogota : Carrera
- Philip, R. F. (1997) *Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital* (2da. ed.) México, D:F: Pearson Prentice Hall.
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Raby, C. A. (2011) *Drogas. Trascendencia personal, social y del consumo* (1ra. ed.). Santiago de Chile: Manual Moderno.
- Ríos Saldaña, M. R. (2007). *Intervención psicológica para adolescentes. Ambitos educativos y de la salud*. Bogota, Colombia: psicom editores.
- Rodríguez-Kuri, S. E., Diaz Negrete, D. B., Gracia-Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero-Huesca, J. A. & Gomez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la teoria de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Menta*, 30, 68-81.
- Rodríguez, L., Díaz, F. J. & Najera, M. M. (2005). Genesis del alcoholismo en estudiantes adolescentes. *Revista Digital* (80).
- Saavedra G. E. & Villalta P. M. (2008) Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. [versión electrónica*] LIBERABIT 31-48. Recuperado en octubre del 2011 en <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a05v14n14.pdf>
- Salazar, I. C., Varela, M. T., Cáceres de Rodríguez, D. & Tovar, J. R. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual* , 14 (1), 77 - 101.
- Sánchez M. I., Moreno, M.C., Muñoz, M. V., Pérez P. J. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y correlacional. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 305-324.

- Secretaría de Salud. (2009). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. D.F.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones[CONADIC], Dirección General de Epidemiología [DGE], Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2009). *Encuesta Nacional de Adicciones* [ENA 2008].
- Secretaría de Salud SS (2011) Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones 2011-2012, México, D.F SS.
- Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia(5^{ta} ed.) México, D.F: Thomson.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA. (2009) Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.[versión electrónica] Recuperado octubre 2011 http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2da Ed.). México, D.F.: Manual Moderno.
- Tapia, R. & Cravioto, P. (2001). *Epidemiología del consumo de tabaco* (2da. ed.). México, D.F: El Manual Moderno, S.A.
- Urquieta, J. E., Hernández-Avila, M. & Hernández, B. (2006). El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Pública de México* , 48, S30-S40.
- Varela, M. & Salazar, I. (2005). Análisis de factores de riesgo y de protección para el consumo de SPA ilegales en jóvenes. *III Congreso Latinoamericano de Psicología Clínica y de la Salud*. La Habana Cuba.
- Vicario, H. & Redondo, R. (2005) Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral IX(2)*, 137-155.

- Villatoro, V. J., Gaytán, F. F, Moreno, L. M., Gutiérrez, L. M., Oliva, R. N. & Bretón, C. M., et al. (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes 2009. *Salud Menta*, 34, 81-94.
- Villena F. A., Morena R. S., Párraga M. I., Gonzalez, M. D., Soriano, F. H. & López-Torres H. J. (2009). Factores Asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes. *Revista Clínica Médica Familiar*. 7 (2), 320 - 325.
- Vinaccia, S., Quinceno, J. M. & Moreno S. P. E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*. (16), 139-146.

APENDICE

APENDICES

1.1 Operacionalización de variables

Las variables principales consideradas en la investigación se agrupan en:

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN
Sociodemográficas	Son las características de la población que afectan a las actitudes, las conductas o los riesgos relacionados con el abuso de sustancias. Estos factores pueden tener una influencia indirecta, pero no por ello menos poderosa (CONADIC).	Se refiere a los datos personales, escolares y laborales que describen el perfil del participante	Personales (edad, género, estado civil, con quien vive) Escolares (escuela, promedio, semestre) Laborables (ocupación)	Nominal

Consumo de drogas	Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. (OMS)	Es la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol alguna vez en la vida, en el último año, último mes y última semana.	Prevalencia global Prevalencia lápsica Prevalencia actual Prevalencia instantánea	Nominal
Resiliencia	Habilidad de poder cambiar las desgracias con éxito (Wagnild y Young, 1993).	Es la capacidad para abordar satisfactoriamente la presión al consumo de alcohol y tabaco.	Competencia personales Aceptación de uno mismo y de la vida	Ordinal

1.2 Cédula de datos personales y de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco

Folio _____

CÉDULA DE DATOS PERSONALES Y DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Instrucciones: A continuación se te harán algunas preguntas sobre tus datos personales y tu consumo de alcohol y tabaco, favor de contestar lo más apegado a tu situación y recuerda que no hay respuestas buenas y malas, correctas o incorrectas. Te recuerdo que toda la información será confidencial.

I. DATOS PERSONALES

1. ¿Cuántos años tienes?: _____

2. Género: ___ Femenino ___ Masculino

3. Estado Civil:

___ Soltero ___ Divorciado
___ Casado ___ Viudo
___ Separado ___ Unión libre

4.- ¿Con quién vives?

___ Con mis papas ___ Abuelos
___ Únicamente con mi mama ___ Con amigos o compañeros
___ Únicamente con mi papa ___ Solo
___ Con familiares (hermanos, tios)

5.- ¿Que religión profesas?

___ Católica ___ Criatianos
___ Testigos de Jehová ___ Otros (especifica)

6.- Frecuencia con la que asistes a las prácticas religiosas

___ Nunca ___ Una o dos veces al mes
___ Una o dos veces al año ___ Una o dos veces a la semana

7.- ¿Cual es el estado civil de tus papas?

___ Soltero ___ Divorciado
___ Casado ___ Viudo

Separado Unión libre

8.- ¿Qué semestre de preparatoria cursas?

Primero Tercero Quinto
 Segundo Cuarto Sexto

9.- ¿Qué promedio llevas hasta el momento?

10. Ocupación:

Estudio Estudio y trabajo

(Si solo estudias pasa a la pregunta 13)

11. Si actualmente trabajas ¿Cuál es tu ocupación? _____

12. ¿Cuántas horas utilizas para trabajar? _____

13. ¿Realizas alguna actividad física o deporte?

Si No (Si tu respuesta es no pasa a la siguiente sección)

14. ¿Qué tipo de actividad física o deporte realizas? _____

15. ¿Con que frecuencia realizas la actividad física o deporte?

Una o dos veces al mes Una o dos veces a la semana Diario

16. ¿Qué tiempo dedicas a la actividad física o deporte?

Mínimo 30 minutos Una hora Más de una hora

II. Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol

1. ¿Has consumido Alcohol alguna vez en la vida? SI _____ NO _____ (Si tu respuesta es no pasa a la siguiente sección)

2. ¿A qué edad iniciaste a consumir alcohol? _____

3. ¿En el último año has consumido alcohol? SI NO

4. ¿En el último mes has consumido alcohol? Si NO

5. ¿En la última semana has consumido alcohol? SI NO

6. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

Nunca 2 o 3 veces por semana

Una vez al mes o menos 4 o más veces por semana

2 o 4 veces al mes

7. Cuando consumes alcohol en un día habitual ¿Cuántas bebidas alcohólicas

consumes?_____

8. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consumes?_____

9. ¿Dónde consumes alcohol? _____

III. Datos sobre Consumo de Tabaco

10. ¿Has consumido tabaco alguna vez en la vida? ___SI ___NO (Si tu respuesta es no pasa a la siguiente sección)

11. ¿A qué edad iniciaste a consumir tabaco? _____

12. ¿En el último año has consumido tabaco? ___SI ___NO

13. ¿En el último mes has consumido tabaco? ___SI ___NO

14. ¿En la última semana has consumido tabaco? ___SI ___NO

15. ¿Con que frecuencia consumes tabaco?

___Nunca _____2 o 3 veces por semana

___ Una vez al mes o menos _____4 o más veces por semana

___2 o 4 veces al mes

16. Cuando consumes tabaco en un día habitual ¿Cuántos cigarros consumes?

1.3 Escala de Resiliencia

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

¿Qué tan acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Siempre estoy en desacuerdo	Casi siempre estoy en desacuerdo	A veces estoy en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	A veces estoy en acuerdo	Casi siempre estoy en acuerdo	Siempre estoy en acuerdo
1. Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos.							
2. Normalmente salgo adelante de cualquier situación de una manera o de otra.							
3. Soy capaz de depender de mi mismo (a) más que de otras personas.							
4. Mantenerme interesado (a) en las cosas es muy importante para mí.							
5. Puedo valerme por mi mismo (a).							
6. Me siento orgulloso (a) de las cosas que he logrado en mi vida.							
7. Normalmente soy tolerante.							
8. Soy Amigo (a) de mi mismo (a).							
9. Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez.							
10. Soy decidido(a) en lo que hago.							
11. Tomo las cosas (tranquilo) paso a paso, día a día.							

¿Qué tan acuerdo o en desacuerdo estás con estas frases?	Siempre estoy en desacuerdo	Casi siempre estoy en desacuerdo	A veces estoy en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	A veces estoy en acuerdo	Casi siempre estoy en acuerdo	Siempre estoy en acuerdo
12. Realizo una sola cosa a la vez.							
13. Puedo salir de situaciones difíciles porque he pasado por situaciones difíciles.							
14. Soy Disciplinado (a).							
15. Mantengo interés en las cosas.							
16. Usualmente puedo encontrar algo de que reírme.							
17. Mi confianza en mi mismo (a) me hace salir de situaciones difíciles.							
18. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede contar.							
19. Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras.							
20. A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera.							
21. Mi vida tiene sentido.							
22. No sigo pensando en cosas que no puedo controlar.							
23. Cuando estoy en una situación difícil usualmente encuentro una salida.							
24. Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer.							
25. Está bien si hay personas que no me quieren.							

1.4 Consentimiento Informado

Titulo del Estudio: **RESILIENCIA ASOCIADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE PREPARATORIA**

Introducción

La Licenciada Gabriela Peza Cruz está interesada en ***Determinar la relación que existe entre resiliencia, consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes de preparatoria***, para lo cual se solicita mi participación en este estudio, si yo acepto, daré respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario que yo me encuentre disponible. Antes de decidir si quiero participar o no, la Lic. Gabriela Peza Cruz me informará el propósito del estudio, los posibles riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, si yo decido participar, se me pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Propósito

El estudio tiene como propósito desarrollar una tesis de posgrado para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Procedimientos

Si acepto participar en el estudio se me pedirá que dé respuesta a las preguntas de a una cédula de datos personales y un instrumento, con la mayor sinceridad posible, los cuales me llevaran aproximadamente de 30 a 40 min. No interfiriendo con mis actividades cotidianas.

Los cuestionarios serán aplicados en el salón que la institución designe y se me informa que se protegerá mi privacidad, no identificándome por mi nombre, ni dirección.

Además se me informa que si decido no participar en el estudio no tendré ninguna repercusión de cualquier ámbito.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio. Si yo me siento indispuesto o no deseo seguir contestando los instrumentos puedo retirarme en el momento que yo lo decida.

Beneficios esperados

En este estudio no existe un beneficio personal por participar, en un futuro con los resultados de este estudio se podrá diseñar y aplicar programas de prevención para evitar y/o reducir el consumo de drogas en jóvenes.

Participación Voluntaria y Confidencialidad

La única persona que conocerá que yo participo en el estudio, es la autora del estudio. Ninguna información sobre mi será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Se me recuerda que los cuestionarios que yo conteste son anónimos y que la información es confidencial.

Preguntas

Si tengo alguna pregunta sobre mis derechos como participante de este estudio me podré comunicar con la Dra. Aurora Zamora Mendoza Presidenta de la Comisión de Ética, que puedo localizarla en la Jefatura de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UAQ, localizada en Centro Universitario, Cerro de las campanas s/n Col. Las Campanas, Santiago de Querétaro Qro., al teléfono 1921200 ext. 5710.

Consentimiento para participar en el estudio de Investigación

La Lic. Gabriela Peza Cruz me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del Participante

Firma del Investigador Principal

Fecha