

Lic. Enf. Nancy Bucio Gómez

Autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado

2015



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

Autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol
en estudiantes de pregrado

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta
Lic. Enf. Nancy Bucio Gómez

Santiago de Querétaro, Qro. Septiembre 2015



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

Autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Enf. Nancy Bucio Gómez

Dirigido por:

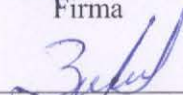
Dra. Alicia Álvarez Aguirre

SINODALES

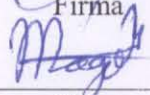
Dra. Alicia Álvarez Aguirre
Presidente


Firma

Dra. Aurora Zamora Mendoza
Secretario


Firma

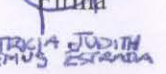
Dra. Verónica Margarita Hernández Rodríguez
Vocal

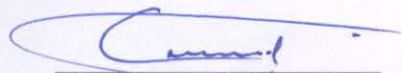

Firma

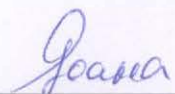
M en C. Mercedes Sánchez Perales
Suplente


Firma

M en C. Patricia Judith Lemus Estrada
Suplente


Firma


M.C.E Ma. Guadalupe Perea Ortiz
Director de la Facultad


Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre, 2015
México

RESUMEN

Introducción: La autoeficacia y resiliencia del adolescente, le permite resistir y afrontar las situaciones de consumo de alcohol. **Objetivo:** Analizar la relación entre autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en los estudiantes de la Licenciatura en la Universidad Tecnológica de México, Campus Ecatepec. **Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal y correlacional. El universo lo conformaron los jóvenes de 18 a 22 años de edad, participaron 174 estudiantes por muestreo probabilístico y selección aleatoria. Para la colecta de datos sociodemográficos y las prevalencias de consumo de alcohol se diseñó una cédula, en la medición de autoeficacia y resiliencia se utilizó la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcery Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. La información fue procesada en el programa SPSS V17 y se obtuvo estadística descriptiva e inferencial. Se contó con la aprobación del Comité de Investigación FEN/UAQ, de la institución educativa y de los participantes. **Resultados:** Predominó el género femenino (70.7%), la edad promedio de los participantes fue de 19.89 (DE=1.157), 31% está incorporado al medio laboral. En relación a las cuatro medidas de prevalencia de consumo de alcohol se observó que 90.2% (IC 95% [86%-95%]) de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, 68.4% (IC 95% [61%-75%]) en el último año, 44.3% (IC 95% [37%-52%]) en el último mes y 21.3% (IC 95% [15%-27%]) en la última semana. El promedio del índice de autoeficacia y resiliencia se encuentra por arriba de 50 puntos y el valor de la mediana fue más alto en quienes no han consumido alcohol alguna vez en la vida. Por otra parte al relacionar la autoeficacia y resiliencia con las variables sociodemográficas y la prevalencia de consumo de alcohol se encontró una relación significativa entre género y resiliencia ($p < .05$), el resto de variables no presentaron significancia estadística. **Conclusión:** En esta población no se encontró una relación entre las variables de estudio como lo indica la evidencia empírica, por lo cual sería recomendable incluir en futuros estudios variables de estructura familiar, autoestima y asertividad para profundizar en la prevención del consumo de alcohol.

(Palabras clave: Autoeficacia, Resiliencia, Alcohol, Adolescentes)

SUMMARY

SUMMARY

Introduction: The self-efficacy and resilience of an adolescent allows him/her to resist and confront situations of alcohol consumption. **Objective:** To analyze the relationship between perceived self-efficacy, resilience and alcohol consumption among under-graduate students of the Universidad Tecnológica de Mexico, Ecatepec Campus. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional, correlational study. The universe was made up of young people between 18 and 22 years of age; 174 students participated by means of probabilistic sampling and random selection. For socio-demographic data collection and the prevalence of alcohol consumption, a document was set up. The General Self-efficacy Scale of Baessler and Schwarzer and the Resilience Scale of Wagnild and Young were used to measure self-efficacy and resilience. Information was processed in the SPSS V17 program, and descriptive and inferential statistics were obtained. Approval was given by the Research Committee of the FEN/UAQ, the educational institution and the participants. **Results:** Females were predominant (70.7%), the average age of the participants was 19.89 (SD=1.157), 31% worked. Regarding the four prevalence measurements for alcohol consumption, it was observed that 90.2% (CI 95% (86%-95%)) of the participants had consumed alcohol at some point in their lives, 68.4% (CI 95% (61%-75%)) during the past year, 44.3% (CI 95% (37%-52%)) in the last month and 21.3% (CI 95% (15%-27%)) during the past week. The average for the self-efficacy and resilience index was above 50 points, and the average value was higher among those who had never consumed alcohol in their lives. Upon relating self-efficacy and resilience with socio-demographic variables and the prevalence of alcohol consumption a significant relationship was found between gender and resilience ($p < .05$); the remaining variables showed no statistical significance. **Conclusion:** In this population, no relationship between study variables, such as indicated by empirical evidence, was found. It would therefore be recommendable in future studies to include family structure, self-esteem and assertiveness variables in order to delve deeper into the prevention of alcohol consumption.

(**Key words:** Self-efficacy, resilience, alcohol, adolescents)



SECRETARÍA
ACADÉMICA

DEDICATORIAS

A DIOS por regalarme la vida, una familia maravillosa y tan bellas oportunidades.

Papá y Mamá con todo mi cariño y amor por hacer todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Israel, por ser un maravilloso hermano, amigo y ejemplo, gracias por siempre darme tu apoyo incondicional.

Hugo, esposo maravilloso, mi complemento perfecto, compañero inseparable de cada reto, gracias por tu apoyo constante y amor incondicional, fuente de alegría, calma y consejo en todo momento.

A mi preciosa hija Paula Sofía, que con su luz ha iluminado mi vida y hace mi camino más claro, da sentido a cada día y con una sola sonrisa alegras mi corazón.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Querétaro y Facultad de Enfermería por darme la oportunidad de estudiar y concluir mis estudios de Posgrado.

A mi directora de tesis, Dra. Alicia Álvarez por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado ser fuente inagotable de inspiración profesional.

A mis profesores durante toda mi formación fuente inagotable de sabiduría y motivación Profesional.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Justificación	3
1.3 Objetivos	5
1.4 Hipótesis	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
2.1 Factores Protectores y de Riesgo	6
2.2 Autoeficacia Percibida	7
2.3 Resiliencia	7
2.3 Consumo de Alcohol	10
2.4 Estudios Relacionados	12
III. METODOLOGÍA	15
3.1 Tipo y Diseño de Estudio	15
3.2 Universo y Muestra	15
3.3 Material y Métodos	16
3.4 Análisis de Datos	17
3.5 Ética del Estudio	18
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	30
LITERATURA CITADA	32
APÉNDICE	37

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Confiabilidad de los instrumentos.	20
4.2	Características sociodemográficas y escolares: variables categóricas.	21
4.3	Características de la autoeficacia de los participantes.	13
4.4	Características resilientes de los participantes: Dimensión competencia personal.	24
4.5	Características resilientes de los participantes: Dimensión aceptación de sí mismo y de su vida.	26
4.6	Medidas de prevalencia de consumo de alcohol.	27
4.7	Índice de autoeficacia y resiliencia en adolescentes,	28
4.8	Correlación entre los índices de las variables autoeficacia, resiliencia y variables sociodemográficas.	28
4.9	Prueba de hipótesis para la relación entre autoeficacia, resiliencia y las medidas de prevalencia de consumo de alcohol.	29

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de toma de decisiones y de adaptación de los jóvenes dentro de la sociedad los lleva a tener una vida sana o a caer en conflictos tales como problemas con la autoridad, rebeldía, alcoholismo y drogadicción, depresión o trastornos alimenticios, entre otros (González, Valdez y Zavala, 2008).

La capacidad de adaptación estará determinada por la fuerza interior y el ambiente en donde se desarrolle el adolescente para enfrentar la adversidad y resistir las situaciones que se presenten, como es el consumo de alcohol, al hacer uso de la resiliencia, término definido como la habilidad de poder cambiar las adversidades, que se presentan en la vida y en el entorno del adolescente, con éxito (Wagnild y Young, 1993), y de la autoeficacia percibida definida como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud (Pender, 2006).

Los factores personales tales como los biológicos, psicológicos y socioculturales de cada persona, desarrollan un papel trascendental en la posibilidad de que ciertos aspectos del ambiente social puedan fungir como factores de protección o de riesgo. Sin embargo, aun cuando los jóvenes puedan estar expuestos a los factores de riesgo para el consumo de alcohol, no todos comienzan a usarlas ni se hacen adictos, aunado a que lo que puede ser un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (Álvarez, 2011; Lemus, 2012; National Institute on Drug Abuse, 2003).

En el área de adicciones la evidencia ha identificado ciertos factores que protegen y/o favorecen el consumo de alcohol en el grupo de jóvenes. Algunos de estos factores son el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia (Norma Oficial Mexicana 028-SSA2 [NOM], 2009; Álvarez, Alonso y Guidorizzi, 2010).

En el presente estudio se abordarán dos de los factores antes mencionados: resiliencia y autoeficacia en los jóvenes de pregrado, el concepto de resiliencia desde la perspectiva de Wagnild y Young y la autoeficacia percibida de Pender. Estos dos conceptos

destacan el rol activo de la persona para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno, entendiendo que el personal de enfermería debe de orientar sus esfuerzos a la prevención de riesgos y promoción continua de hábitos saludables.

1.1 Planteamiento del Problema

El consumo de alcohol es una conducta que afecta principalmente la salud de los jóvenes, además el inicio de consumo se produce cada vez a edades más tempranas. Por otra parte es una sustancia psicoactiva considerada como de iniciación, al aumentar el riesgo de uso de drogas ilícitas.

Diversas investigaciones identifican los factores de protección y de riesgo al consumo de alcohol (Lemus, 2012; Peza, 2012; Perea, 2012), sin embargo, no existe un solo factor que determine el inicio o mantenimiento del consumo de esta sustancia. Los factores de protección reducen o eliminan el riesgo de desarrollar dependencia y los de riesgo aumentan la probabilidad de que el consumo de alcohol pase del uso al abuso y adicción (Armendáriz et al., 2012)

El Observatorio sobre las drogas de la organización de Estados Americanos (OEA), alerta que el crecimiento de consumo de alcohol, marihuana y cocaína entre jóvenes de 12 a 17 años en América Latina, va en aumento, lo que en diez años dará como resultado una población adicta. Así mismo afirmo que “el uso precoz de Alcohol aumenta la probabilidad de una dependencia mayor al alcohol y al uso de drogas”,

En México, se cuenta con diversos estudios realizados por instituciones que señalan el incremento de 2002 a 2011. En la población de 18 a 65 años de edad las prevalencias de consumo de alcohol, alguna vez en la vida pasó de 72%% a 77.1%, en los últimos doce meses de 51.3% a 55.7% y en el último mes de 22.2% a 35.0%. Al analizar los datos por sexo, se observó la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres se mantuvo en 88% y en mujeres creció de 58.8% a 67.0%, la prevalencia del último año en las mujeres pasó de

37.1% a 43.2% y en hombres se mantuvo en 63% y la prevalencia de último mes en mujeres incrementó de 8.5% a 21.2% y en hombres 39.7% a 50.0% (ENA, 2011).

Respecto a la bebida de preferencia, 53.6% de la población masculina de 12 a 65 años de edad y 29.3% de la femenina es la cerveza, seguido de destilados y en tercer lugar los vinos de mesa. Por otra parte el promedio de la edad de inicio del consumo de alcohol es a los 17 años de edad. El consumo diario es poco frecuente, y el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas.

Los factores de protección son la autoeficacia y resiliencia, en este trabajo se considera la autoeficacia percibida en su categoría de resistencia, es decir, el juicio sobre la propia capacidad para evitar el consumo de drogas; se refiere a la propia habilidad percibida por el joven para resistirse a la presión de consumir alcohol, implica resistirse a las presiones o tentaciones interpersonales e intrapersonales para el consumo de alcohol.

En cuanto al concepto de resiliencia en el área de adicciones, una persona resiliente afronta y evita el consumo de alcohol exitosamente, es decir aún y que tenga un entorno favorecedor y se relacione con personas cercanas consumidoras de alcohol el adolescente decide no involucrarse con la conducta adictiva.

A partir de esta información se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado de la Lic. Enfermería de la Universidad Tecnológica de México (UNITEC), Campus Ecatepec?

1.2 Justificación

La importancia de la presente propuesta radica en el apoyo para la institución del contar con un diagnóstico sobre el uso de alcohol en la población estudiantil, específicamente de la licenciatura en Enfermería; como integrantes fundamentales del equipo de salud y figura

significativa de promoción y prevención para salud, este estudio permitirá conocer las características de los jóvenes que están consumiendo alcohol y establecer estrategias que favorezcan su desapego, así mismo se podrá establecer programas permanentes de prevención en las más de 40 licenciaturas que se imparten en la Universidad Tecnológica de México.

Por otra parte al tener en cuenta el concepto de autoeficacia percibida se podrá conocer previamente la capacidad que tienen los jóvenes para resistir el consumo de alcohol. Además, el identificar el nivel de autoeficacia percibida de los jóvenes permitirá establecer acciones que favorezcan el mantenimiento y/o aumento a fin de colaborar en el bienestar y salud de los jóvenes. Como se menciona en la literatura un alto nivel de autoeficacia percibida permite que los estudiantes tomen decisiones con base en su capacidad para realizar acciones en este caso un estudiante con alto nivel de autoeficacia se mantendrá alejado del consumo de alcohol.

La mirada del profesional de Enfermería sumada al conocimiento empírico de la interacción de Autoeficacia Percibida, Resiliencia y Consumo de Alcohol, permitirá el diseño de estrategias como una contribución desde la academia que permitirá entender y abatir problemas relacionados como: disminución de rendimiento académico, deserción y abandono de los estudios, factores que son fundamentales para UNITEC, como una instancia universitaria preocupada por su alumnado, y problemas de salud pública que afectan a la población joven como accidentes, violencia, lesiones autoinflingidas y problemas de salud crónico degenerativos, favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables.

Es factible realizar la presente propuesta ya que se cuenta con los recursos materiales y humanos para ejecutar la propuesta. Por otra parte los resultados del estudio permitirán contribuir en la generación de conocimiento del fenómeno de consumo de alcohol desde la perspectiva de Enfermería y establecer programas de prevención internos.

1.3 Objetivos

General

Analizar la relación entre autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en los estudiantes de la Licenciatura en la Universidad Tecnológica de México, Campus Ecatepec.

Específicos

- Identificar las medidas de prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en los participantes.
- Identificar el índice de autoeficacia percibida y resiliencia en los adolescentes.
- Relacionar los índices de autoeficacia percibida y resiliencia con las características sociodemográficas del adolescente.

1.4 Hipótesis.

- A mayor índice de autoeficacia percibida mayor índice de resiliencia.
- A mayor índice de autoeficacia percibida y resiliencia menor consumo de alcohol.

II.- REVISIÓN DE LITERATURA

En el presente capítulo se abordan los aspectos teóricos que fundamentan la investigación, en primer lugar se describen los factores protectores y de riesgo, la autoeficacia percibida y resiliencia, seguido de consumo de alcohol y por último los estudios relacionados.

2.1 Factores Protectores y de Riesgo

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas. Son factores que reducen el impacto del riesgo en la conducta del individuo y que lo motivan al logro de las tareas propias de esta etapa de desarrollo. Los procesos protectores tienen que ver con la manera como enfrentan las situaciones y cambio en la vida.

Los mecanismos protectores se ubican tanto en las personas como en el ambiente en que se desarrollan. Los factores protectores se dividen en factores personales, en los que se distinguen características ligadas al temperamento, particularidades cognitivas y afectivas; factores familiares tales como el ambiente familiar cálido y sin discordias, padres estimuladores, estructura familiar sin disfuncionalidades principales y factores socioculturales, entre ellos el sistema educativo (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

Los factores de riesgo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura. Son factores de riesgo problemas tales como alteraciones psiquiátricas familiares, baja autoestima de los individuos, factores de personalidad, etc. Se han identificado condiciones familiares que pueden ser señaladas como factores de riesgo respecto de determinadas problemáticas de salud relacionados al uso de drogas, alcohol y tabaco como un mecanismo de afrontamiento.

2.2 Autoeficacia percibida

Bandura (1986), establece que las personas luchan por ejercer un control sobre los sucesos que afectan a sus vidas y al ejercerlo son más capaces de hacer realidad los futuros deseados y de evitar los indeseados. La lucha por el control de las circunstancias vitales puede llegar a garantizarles beneficios personales y sociales innumerables. La capacidad para influir sobre los resultados los convierte en predictibles. La incapacidad para ejercer influencia sobre las cosas que afectan adversamente a la propia vida crea apatía o desesperación. La capacidad para producir resultados valiosos y para prevenir los indeseables, por lo tanto, proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal.

El concepto de autoeficacia aporta pautas explícitas sobre el modo de desarrollar y fomentar la eficacia humana. La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir motivarse y actuar de las personas y pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia: experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados psicológicos y emocionales.

En el contexto de situaciones vitales estresantes, las creencias de eficacia pueden servir como recurso personal o factor de vulnerabilidad. Las personas con alto sentido de eficacia percibida confían en sus propias capacidades para dominar diferentes tipos de demandas ambientales, tienden a interpretar las demandas estresantes con confianza, se sienten motivados para activación psicológica y juzgan los sucesos positivos como algo causado por el esfuerzo y los sucesos negativos como algo debido fundamentalmente a las circunstancias externas. Por el contrario, las personas que se caracterizan por una baja autoeficacia percibida tienden a tener juicios de valoración amenazantes ante los sucesos de la vida cotidiana, así como manejar de manera diferente situaciones estresantes y demandas difíciles.

La autoeficacia percibida desempeña un rol importante en el área de las conductas adictivas, ya que influye tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como en el proceso de modificación de conducta de dichos hábitos y también en el mantenimiento de la abstinencia.

En relación a la autoeficacia percibida sobre conductas adictivas, DiClemente, Fairhurst y Piotrowski (1997), describen cinco tipos diferentes de autovaloraciones de eficacia, las cuales son: autoeficacia de manejo, autoeficacia para la conducta de tratamiento, autoeficacia de recuperación, autoeficacia de control y autoeficacia de abstinencia. En base a esta taxonomía Bandura propone las categorías de creencias de eficacia a continuación descritas, la autoeficacia de resistencia, autoeficacia para la reducción del mal, autoeficacia de acción, autoeficacia de manejo y autoeficacia de recuperación. En este trabajo se considera la autoeficacia percibida en su categoría de resistencia, es decir, el juicio sobre la propia capacidad para evitar el consumo de drogas; se refiere a la propia habilidad percibida para resistirse a la presión de consumir drogas, implica resistirse a las presiones o tentaciones interpersonales e intrapersonales para el consumo de drogas.

2.3 Resiliencia

El término resiliencia proviene del vocablo resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar el concepto de resiliencia se ha aplicado en la física y posteriormente se adaptó a las ciencias sociales. En los diccionarios la resiliencia es la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe, la fragilidad de un cuerpo decrece al aumentar la resistencia o la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora (Kotliarenko y col. 1997).

Algunos autores han considerado la resiliencia equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés (Gamerzy, 1985), y a la adversidad (Rutter, 1993). Por su parte

Braveman (2001), la describe como el fenómeno del desarrollo exitoso de una persona bajo condiciones adversas, en este sentido para Luthar, Cicchetti y Becker (2000) la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa. En este sentido, Fergus y Zimmerman (2005) definen la resiliencia como 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.

Para que se manifieste la resiliencia tiene que estar presente tanto factores de riesgo como de protección que ayuden a conseguir un resultado positivo, reducir o evitar un resultado negativo. La resiliencia se centra en la exposición al riesgo en los adolescentes y también se basa más en las capacidades que en los déficits de la persona.

De acuerdo con Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (1997), entre los recursos más importantes con los que cuentan los adolescentes resilientes se encuentran: una relación emocional estable con personas significativas (al menos uno de los padres) con quien se ha desarrollado un vínculo afectivo, ambiente escolar abierto y con límites claros, apoyo social, modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo, responsabilidades sociales dosificadas, competencias cognitivas y características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo, haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva, asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.

Por su parte Kumpfer y Hopkins (1993), considera que son siete factores que componen la resiliencia en los adolescentes: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinismo y perseverancia. Estas características están asociadas con habilidades de afrontamiento tales como, emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y solución de problemas.

En el presente trabajo se define la resiliencia como la habilidad de poder cambiar las adversidades, que se presentan en la vida y en el entorno del adolescente, con éxito (Wagnild y Young, 1993). Al aplicar este concepto en el área de adicciones, una persona resiliente afronta y evita el consumo de drogas exitosamente, es decir aún y que tenga un entorno favorecedor y se relacione con personas cercanas consumidoras de drogas el adolescente decide no involucrarse con la conducta adictiva.

Esta habilidad cambia con el tiempo, se desarrolla de forma específica, es influenciada por los factores de riesgo y de protección a nivel individual y medio ambiente (Tusaie, Puskar y Sereika, 2007). Adicionalmente la resiliencia está determinada por tres aspectos: 1) la existencia de la oportunidad para acceder a las drogas y otros factores que pueden colocar al adolescente en riesgo de consumo, 2) decidir no consumir por una o más razones y 3) tener las competencias sociales suficientes para poner en práctica estrategias de rechazo (Dillon et al., 2006).

2.4 Consumo de alcohol

El uso de alcohol, tiene consecuencias adversas en la salud individual del adolescente, en su desarrollo e integración familiar así como en la estabilidad social. En la actualidad toda la sociedad está expuesta al abuso de alcohol, sin embargo los jóvenes son más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, afectando su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

En la etapa de la juventud, algunos de los factores de riesgo para el abuso de alcohol es la presión de los compañeros o amigos, curiosidad, o bien porque sus familiares consumen (ENA, 2011).

Por lo que el consumo de alcohol es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar el adolescente y decidir consumir o no, en función de sus valores, capacidades,

creencias, contexto sociocultural, familiar, amigos, entre otros. De tal forma que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias (ENA, 2011).

En este sentido, la percepción del riesgo explica el consumo o no de una sustancia psicoactiva en la juventud. Los jóvenes toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre el alcohol, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo.

Por otra parte, el consumo de alcohol no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los jóvenes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad, por lo que la mejora en el bienestar social (aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos), biológico (facilidad de acceso a los servicios de salud) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población (Becoña, 2007).

2.4.1 Alcohol.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), el alcohol es considerado una droga por su capacidad de generar tanto dependencia física como psíquica. En el caso de las bebidas alcohólicas, la población adolescente bebe a edades cada vez más tempranas y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad y en el

costo social. Entre los problemas asociados al abuso de estas sustancias se pueden citar: accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta, entre otros (Secretaría de Salud, 2009).

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones [NOM-028-SSA2] (Secretaría de Salud, 2009), señala la clasificación de trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas. De conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] (OPS; 2003), este grupo incluye un conjunto de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero, todos, atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, denominándole F10: Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de alcohol.

Cabe resaltar que la mujer se intoxica más rápido que el hombre con dosis semejantes, debido en parte a que la mujer tiene un 14% menos de agua en el organismo que el hombre y en virtud de que el etanol es soluble en el agua, este se difunde uniformemente en el cuerpo, por ello las mujeres tienen más altas concentraciones de alcohol en la sangre que el hombre, aún y cuando ambos hayan consumido cantidades semejantes. Otro aspecto de importancia es que existe una disminución de la enzima deshidrogenasa alcohólica en la mucosa gástrica de la mujer, en razón de ello el alcohol cuando es consumido, se absorbe en la mucosa y se concentra con mayor rapidez en la sangre (Tapia, 2001).

2.5 Estudios Relacionados

En este apartado se presentan estudios sobre las variables principales de estudio, se describen los estudios relacionados al consumo de alcohol, seguidos de las investigaciones de autoeficacia y por último los estudios donde se incluyen ambas variables.

Armendáriz, et al., (2012), realizaron un estudio acerca de eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, participaron 220 estudiantes entre 17 y 25 años de edad. 50.9% fueron hombres, 92.3% reportó consumo de alcohol alguna vez en la vida, 83.6% en el último año, 53.2% en el último mes y 31.8% en la última semana. Se identificó una diferencia significativa en la prevalencia de consumo de alcohol en la última semana por edad ($U=4391.50$, $p<.05$).

Restrepo, Agudelo, Giraldo (2011). Realizaron un estudio sobre Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios donde se determinó que en cuanto al sexo, las mujeres presentan una prevalencia de consumo de bajo riesgo o abstinencia de alcohol del 80,8% en comparación a los hombres 46,2%, es importante resaltar que en los niveles de riesgo II y III, los hombres presentan una prevalencia más alta en el nivel de riesgo relacionado con el alcohol.

Zaldívar, et al., (2011), realizaron un estudio sobre consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en 506 estudiantes de población universitaria, de los cuales 60.9% fueron mujeres, entre 17 y 35 años de edad con un promedio de 20.9 ($DE=2.4$). 92.7% de los participantes han consumido alcohol en el último año, 86.2% último mes y 71.1% en la última semana.

Piña, Yáñez y Fragoso (2010), realizaron un estudio sobre el riesgo de exposición a la ingesta de alcohol en estudiantes de educación superior. Participaron 198 estudiantes entre 17 y 28 años, con un promedio de 21.21 ($DE=2.32$), de los cuales 75.75% fueron hombres. 16.16% no ha ingerido alcohol, 21.21 ingirió y 62.62% ingiere.

Calderón, Castaño y Urrea (2010), condujeron un estudio sobre consumo de alcohol en universitarios y su relación con los factores de riesgo, participaron 396 estudiantes entre 15 y 49 años de edad de los cuales 60.1% fueron mujeres. 88.6% de los participantes refirieron haber consumido bebidas alcohólicas en algún momento de su vida.

Londoño (2010), realizó un estudio sobre resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios, participaron 140 estudiantes con edades entre los 18 y 34 años, 57% fueron hombres. 95 estudiantes (67.9%) reportaron consumir alcohol de los cuales 53 fueron mujeres. de ambos géneros.

Esping, et al., (2009), efectuaron una investigación sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso al área de Ciencias de la Salud, participaron 440 estudiantes, 77% fueron mujeres, la edad promedio fue de 17.56 (DE=1.54). 80.8% de los encuestados manifestó que ha consumido alcohol en un momento de su vida y 40% consumió en el último mes.

Espada, et al., (2012), llevaron un estudio sobre autoeficacia en 626 estudiantes universitarios, entre 14 y 18 años de edad, 57.8% fueron mujeres. El promedio de autoeficacia fue de 60.69 (DE=18.87).

Blanco (2010), efectuó un estudio sobre creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios. Participaron 273 alumnos, 85.7% fueron mujeres con edad promedio de 22.5 (DE=3.2) años. El promedio de autoeficacia fue de 43.33 (DE=5.65).

Betanzos y Paz-Rodríguez (2013), realizaron un estudio sobre consumo de alcohol, autoeficacia para empleabilidad, compromiso de carrera y sensibilidad emocional en estudiantes universitarios. Participaron 402 alumnos, con una edad promedio de 22.3 años (DE=3.5). La prevalencia de consumo de alcohol fue de 26.4%, en cuanto a las diferencias por género, los hombres mostraron tener mayor consumo que las mujeres: 41.7% vs 21%. El promedio de autoeficacia fue mayor en el grupo de los no consumidores.

III. METODOLOGÍA

En este capítulo se describe el diseño de estudio, universo, muestra y muestreo, así como la descripción de los instrumentos, procedimiento de colecta de datos, ética del estudio y plan de análisis.

3.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y correlacional, donde se incluyen las variables autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol. Asimismo, se estudiaron las relaciones entre las variables antes señaladas con algunas variables sociodemográficas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2 Universo y muestra

El universo lo conformaron los jóvenes de 18 a 22 años de edad, inscritos en una Institución de Educación Superior en el Distrito Federal ($N=174$). El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, el cálculo de tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula para poblaciones finitas: $n = (NZ^2pq) / ((N-1)e^2 + Z^2pq)$. Donde 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 ($n=124$). La selección de los estudiantes fue aleatorizada teniendo como referencia las listas de todos los estudiantes por semestres, de cada grupo se eligieran los estudiantes iniciando en el número de lista tres, en caso de no estar el estudiante sorteado se trabajó con el número inmediato superior.

Criterios de selección.

Cómo criterios de inclusión, se consideró los jóvenes, inscritos en el ciclo escolar 2013-2014 en una Institución de Educación Superior del Distrito Federal (UNITEC), de sexo indistinto y que firmaron consentimiento informado. En relación a los criterios de

exclusión se estableció los jóvenes que no se encontraron en el momento de la colecta de datos. Y respecto a los criterios de eliminación se consideró los instrumentos que no se encontraban contestados en el 100% de las interrogantes.

3.3 Material y Métodos

En este rubro se describen los instrumentos y plan de colecta de datos utilizado en esta investigación.

Instrumentos de recolección de datos.

Para los datos sociodemográficos se diseñó una cédula de datos donde se incluye datos personales: edad, género, con quien vive; datos escolares: grado escolar y laborales: ocupación. Asimismo, en esta sección se consideraron las interrogantes sobre las prevalencia de consumo de alcohol (Apéndice 1).

En la medición de la variable autoeficacia se utilizó la Escala de autoeficacia General versión en español (Baessler y Schwarzer, 1996), que se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert (Totalmente de acuerdo –Totalmente en desacuerdo) donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento. En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Se reporta confiabilidad con un coeficiente alfa arriba de .80 en población mexicana (Apéndice 2).

Por otra parte en la medición de la variable resiliencia se utilizó la Escala de Resiliencia Wanild y Young (1993), validada para población mexicana por Heilemann Lee y Kury (2003), adaptada para el consumo de alcohol y tabaco (Álvarez, 2011), obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.90. La escala se conforma por 25 reactivos que evalúa la competencia personal (17 reactivos: 1,2,3,4,5,6,9,10,13,14,15,17,18,19,20,23,24) y aceptación de sí mismo y de su vida (8 reactivos: 7,8,11,12,16,21,22,25) 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. Su puntaje mínimo es de 25 y máximo de 175, donde a mayor puntaje, mayor resiliencia (Apéndice 3).

Plan de colecta de datos.

Se solicitó autorización al Comité de Investigación del Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, posteriormente a la institución donde se realizó el estudio y a los participantes. La recolección de los datos fue realizada por la investigadora. Se solicitó a la institución educativa las listas de los estudiantes la selección de los participantes. Los jóvenes elegidos, se concentraron en grupos en el área designada por la dirección de la escuela. En un primer momento se les explicó en qué consiste el proyecto y la importancia de su participación, seguido de la firma del consentimiento (Apéndice 4).

Enseguida se procedió a la aplicación de los instrumentos iniciando con la cédula de datos sociodemográficos, autoeficacia percibida y resiliencia. Cada participante recibió un sobre con los documentos, se revisaron las instrucciones y se les solicitó que contestaran el total de preguntas, al concluir el participante entregó el sobre a la investigadora.

3.4 Análisis de datos

Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico para las ciencias sociales – SPSS, versión 17. La consistencia interna del instrumento se determinó a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach (resultados se muestran en el siguiente capítulo), se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables categóricas personales, escolares, ocupación y consumo de alcohol. Así mismo medidas de tendencia central y dispersión de las variables numéricas. Además se realizará 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, por lo que se decidió el uso de pruebas no paramétricas. Se utilizó estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis.

3.5 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, 2009), referente al Título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. De acuerdo con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, prevaleció el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes en la investigación, para lo cual se trató a los adolescentes con respeto y de forma profesional cuidando en todo momento su bienestar, además de llevar a cabo las encuestas dentro de la escuela.

De acuerdo al Artículo 14, fracción V, VI, VII, se contó con el consentimiento informado del participante. La investigación se realizó por un profesional de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del participante. Así mismo se obtuvo la autorización del Comité de Investigación del Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, así como de la Institución de Educación Superior donde se realizará el estudio (Apéndice 6).

Se garantizó el anonimato de los participantes según lo referido en el Artículo 16, para ello los instrumentos no registró datos de identificación, por lo que los instrumentos fueron identificados por un código, el cual sólo manejó la investigadora. De acuerdo al Artículo 17, fracción II, la investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que sólo se aplicó instrumentos de lápiz y papel, los cuales no tienen alguna repercusión de sentimientos o estados emocionales negativos.

En lo que respecta al Artículo 21 fracción I, IV, VI, VII, se les brindó una explicación clara de los objetivos de estudio, y se les indicó que no existían beneficios

inmediatos para ellos, sólo eventualmente se tendría en un futuro, además se le dio respuesta a cualquier duda o aclaración relacionados con la investigación y se reiteró la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que ello le ocasionara algún perjuicio.

En relación con el resguardo de la información, el autor del estudio tiene resguardada la información obtenida, conservándola durante un periodo de 12 meses en un lugar seguro y al que sólo él tiene acceso, después de esa fecha la información será destruida.

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 22, fracción I y II, el consentimiento informado proporcionó la información necesaria al participante sobre el estudio. En relación a lo expuesto en el Capítulo II, Artículo 29, sobre la investigación en comunidades, se solicitó la aprobación de las autoridades de educación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se presentan los resultados y discusión de los mismos derivados del estudio de autoeficacia, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado. En primer lugar se presentan la confiabilidad de los instrumentos, características sociodemográficas de los participantes: variables categóricas y numéricas, posteriormente las características de autoeficacia y resiliencia de los estudiantes, seguidos de las medidas de prevalencia de consumo de alcohol y finalmente las relaciones entre las variables establecidas en las hipótesis.

Cuadro 4.1 Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Autoeficacia	10	.90
Resiliencia	25	.97
Dimensión competencia Personal	17	.96
Dimensión aceptación de sí mismo y la vida	8	.95

Fuente: Instrumentos de Autoeficacia General y Resiliencia 2013

La prueba de confiabilidad interna de los instrumentos utilizados en este estudio se estableció a través del coeficiente de Alpha de Cronbach. En el cuadro 4.1 se muestra que los instrumentos utilizados en el estudio mostraron consistencia interna aceptable de .90 a .97 (Polit y Hungler, 1999).

En el cuadro 4.2 se muestra las características de los 174 estudiantes de pregrado encuestados, predominó el género femenino (70.7%), la edad promedio de los participantes fue de 19.89 (DE=1.157) con un rango entre 18 y 22 años de edad. 69.9% de los participantes solo es estudiante y el 31% de ellos está incorporado al medio laboral, siendo las actividades relacionadas con Atención al Cliente (cajeros, telemarketing, atención al cliente en bancos) la actividad con mayor prevalencia.

Datos similares a los presentados por Zaldivar (2011) y Espingent (2009), en donde la población mayoritaria es femenina con un 60.9%; este dato también se puede relacionar al área de estudio de la población (Licenciatura en Enfermería) que históricamente ha tenido una mayor presencia de género femenino y la edad promedio de la población universitaria fue de 20.9. Cabe destacar que una tercera parte de la población en estudio solo vive con su mamá (31.6%).

De acuerdo con la Fundación México Unido (2011), la desintegración familiar es uno de los principales factores que influyen para que los niños y jóvenes sean presa fácil de las drogas, ya que la necesidad de pertenencia se intensifica durante el periodo de la adolescencia y al no sentirse identificados en su propio hogar, tienden a integrarse a grupos de personas en los que en muchos casos, para ser aceptados, se ven obligados a consumir sustancias tóxicas.

Cuadro 4.2 Características sociodemográficas y escolares: variables categóricas

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	51	29.3
Femenino	123	70.7
Grado Escolar		
Primer Año	99	56.9
Segundo Año	75	43.1
Ocupación		
Estudia	120	69.0
Estudia y trabaja	54	31.0
Tipo de Trabajo		
Area de salud	14	25.9
Atención al cliente	25	46.3
Restaurantes y entretenimiento	12	22.2
Otros	3	5.6
Viven con		
Ambos padres	108	62.1
Solo con mamá	56	31.6
Solo con papá	1	.6
Con abuelos	10	5.7
Fuente: CDP, 2013		<i>n</i> =174

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

En el cuadro 4.3 se muestra la frecuencia y porcentaje de los ítems de la escala de autoeficacia. Se observó que cinco de cada diez pueden resolver problemas difíciles si se esfuerzan lo suficiente. Asimismo cuatro de cada diez se consideran capaces de obtener lo que ellos quieren aunque alguien se oponga, les es fácil persistir en lo que se han propuesto hasta llegar a alcanzar sus metas, tienen confianza en que podrían manejar eficazmente acontecimientos inesperados, pueden superar situaciones imprevistas y resolver la mayoría de los problemas si se esfuerzan lo necesario además, generalmente se les ocurren varias alternativas de cómo resolverlo. Por otra parte tres de cada diez pueden permanecer tranquilos porque cuentan con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles y si se encuentran en una situación difícil, generalmente se les ocurre que deben hacer.

En el cuadro 4.4 se muestran las frecuencias y porcentajes de los reactivos que corresponden a la dimensión “competencia personal” de la escala de resiliencia. Los estudiantes refirieron que ocho de cada diez consiguen terminar sus planes y mantenerse interés en las cosas sin la necesidad de usar alcohol, además refieren que se sienten orgullosos de no consumir alcohol y que el consumir alcohol depende de ellos más que de otras personas. Siete de cada diez manifestaron que pueden valerse por sí mismos para no consumir alcohol, sienten que pueden manejar la situación si un amigo le ofrece consumir alcohol y su confianza en sí mismo le hace evitar a personas que consumen alcohol. Asimismo, están decididos a no consumir alcohol y son disciplinados en su decisión. Seis de cada diez comentaron que pueden apoyar a sus compañeros a salir del consumo de alcohol y que la prevención del consumo de alcohol es muy importante para ellos.

En el cuadro 4.5 se muestran los resultados de la dimensión de “aceptación de sí mismo y de la vida”, de la escala de resiliencia. Ocho de cada diez indican que son tolerantes, realizan las cosas una a la vez, encuentra algo de que reír sin necesidad de consumir alcohol. Además, mencionaron que está bien si hay personas que no los quieren por no consumir alcohol. Siete de cada diez refieren ser amigos de sí mismos, tomar las cosas tranquilamente y que su vida tiene sentido sin necesidad de consumir alcohol.

Cuadro 4.3 Características de la autoeficacia percibida de los participantes

Ítems	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	7	4.0	17	9.8	75	43.1	75	43.1
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	5	2.3	4	2.3	70	40.2	95	54.6
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	5	2.9	6	3.4	88	50.6	75	43.1
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	3	1.7	3	1.7	97	55.7	71	40.8
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	4	2.3	12	6.9	85	48.9	73	42.0
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	2	1.1	25	14.4	86	49.4	61	35.1
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	2	1.1	15	8.6	96	55.2	61	35.1
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	3	1.7	11	6.3	74	42.5	86	49.4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	3	1.7	16	9.2	96	55.2	59	33.9
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	5	2.9	12	6.9	86	49.4	71	40.8

Fuente: Escala de Autoeficacia 2013

n=174**Nota:** *f*= frecuencia, %= porcentaje.

Tabla 4.4 Características resilientes de los participantes: Dimensión competencia personal

¿Qué tan de 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	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas.	12	6.9	2	1.1	2	1.1	3	1.7	1	.6	13	7.5	141	81.0
2. Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas.	9	5.2	4	2.3	1	.6	11	6.3	17	9.8	49	28.2	83	47.7
3. No consumir drogas depende de mí más que de otras personas.	7	4.0	2	1.1	0	0	0	0	0	0	19	10.9	146	83.9
4. Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí.	3	1.7	5	2.9	1	.6	3	1.7	3	1.7	38	21.8	121	69.5
5. Puedo valerme por mí mismo (a) para no consumir drogas.	7	4.0	1	.6	1	.6	0	0	0	0	27	15.5	138	79.3
6. Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas.	9	5.2	1	.6	0	0	3	1.7	3	1.7	13	7.5	145	83.3
7. Siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece droga.	8	4.6	1	.6	2	1.1	3	1.7	7	4.0	21	12.1	132	75.9

Continuación...

¿Qué tan de 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	%
8. Estoy decidido (a) a no consumir drogas.	6	3.4	1	.6	0	0	5	2.9	5	2.9	26	14.9	131	75.3
9. Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas.	6	3.4	3	1.7	2	1.1	21	12.1	1	6.3	42	24.1	89	51.1
10. Soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas.	6	3.4	1	.6	0	0	6	3.4	3	1.7	20	11.5	138	79.3
11. Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas.	6	3.4	0	0	0	0	2	1.1	4	2.3	16	9.2	146	83.9
12. Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas.	7	4.0	3	1.7	2	1.1	5	2.9	4	2.3	30	17.2	123	70.7
13. Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas.	7	4.0	2	1.1	0	0	7	4.0	7	4.0	31	17.8	120	69.0
14. Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras.	2	1.1	4	2.3	0	0	5	2.9	5	2.9	38	21.8	120	69.0
15. A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera.	5	2.9	3	1.7	1	.6	7	4.0	1	5.7	39	22.4	109	62.6
16. Cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir.	5	2.9	1	.6	0	0	2	1.1	3	1.7	23	13.2	140	80.5
17. Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas.	6	3.4	0	0	2	1.1	0	0	0	0	14	8.0	152	87.4

Fuente: Escala de Resiliencia 2013
 Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

n=174

.Tabla 4.5 Características resilientes de los participantes: Dimensión aceptación de sí mismo y de su vida.

¿Qué tan de 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. Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas.	9	5.2	1	.6	0	0	0	0	4	2.3	18	10.3	142
2. Soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas.	6	3.4	1	.6	0	0	4	2.3	3	1.7	23	13.2	137	78.7
3. Tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas.	5	2.9	2	1.1	0	0	1	.6	5	2.9	23	13.2	138	79.3
4. Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas.	5	2.9	2	1.1	1	.6	2	1.1	4	2.3	16	9.2	144	82.8
5. Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas.	6	3.4	1	.6	0	0	2	1.1	3	1.7	18	10.3	144	82.8
6. Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas.	7	4.0	0	0	0	0	2	1.1	7	4.0	24	13.8	134	77.0
7. No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada.	7	4.0	2	1.1	0	0	8	4.6	4	2.3	37	21.3	116	66.7
8. Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas.	7	4.0	1	.6	1	.6	2	1.1	1	.6	18	10.3	144	82.8

Fuente: Escala de Resiliencia, 2013
 Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

n=174

Para dar respuesta al objetivo uno, que identificó las medidas de prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de consumo de alcohol en estudiantes de pregrado. Los datos se presentan en los cuadros 4.6

Cuadro 4.6 Medidas de prevalencia de consumo de alcohol.

Prevalencia	Consumo de alcohol					IC 95%	
	Sí			No		LI	LS
	<i>n</i>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global	174	157	90.2	17	9.8	.86	.95
Lápsica	174	119	68.4	55	31.6	.61	.75
Actual	174	77	44.3	97	55.7	.37	.52
Instantánea	174	37	21.3	137	78.7	.15	.27

Fuente: Cuestionario de Prevalencia de Consumo 2013

Nota: *n*= muestra , *f*= frecuencia, % = porcentaje, IC95%= Intervalo de Confianza de 95%

El cuadro 4.6 muestra los resultados sobre las cuatro medidas de prevalencia de consumo de alcohol donde se observa que 90.2% (IC 95% [86%-95%]) de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, 68.4% (IC 95% [61%-75%]) en el último año, 44.3% (IC 95% [37%-52%]) en el último mes y 21.3% (IC 95% [15%-27%]) en la última semana. Datos similares a los presentados por Armendáriz, et al., (2012), donde 92.3% reportó consumo de alcohol alguna vez en la vida, 83.6% en el último año, 53.2% en el último mes y 31.8% en la última semana.

Para dar respuesta al objetivo dos que identificó el índice de autoeficacia percibida y resiliencia en alumnos de pregrado, se presenta en el cuadro 4.7, en el que se observa que existen casos de estudiantes que obtuvieron cero puntos en el índice de autoeficacia y resiliencia, es decir estas características no se encuentran presentes en su persona, lo que hace necesario la identificación de estos casos para darles seguimiento. El promedio de ambas variables se encuentra por arriba de 50 puntos y el valor de la mediana fue más alto en el instrumento de resiliencia. Datos diferentes a lo reportado por Blanco (2010), donde el

promedio de autoeficacia fue de 43.33 (DE=5.65) y similar a lo reportado por Espada, et al., (2012), donde el promedio de autoeficacia fue de 60.69 (DE=18.87).

Cuadro 4.7 Índice de autoeficacia y resiliencia.

Variable	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	Mdn	DE
Autoeficacia	.00	75.00	57.5862	57.5000	12.70183
Resiliencia	.00	85.71	77.7274	82.2857	15.57583

Fuente: Escala de Autoeficacia y Escala de Resiliencia 2013 n=174

Para dar respuesta al objetivo tres que relacionó los índices de autoeficacia percibida y resiliencia con las características sociodemográficas de los estudiantes de pregrado, se presenta el cuadro 4.8

Cuadro 4.8 Correlación entre los índices de las variables autoeficacia, resiliencia y variables sociodemográficas

	Autoeficacia	Resiliencia	Género	Yo vivo con	Edad	Qué año cursas	Ocupación
Autoeficacia	1						
Resiliencia	.038 (.615)	1					
Género	.026 (.738)	-.268 (.000)	1				
Yo vivo con	.060 (.433)	.094 (.218)	.013 (.866)	1			
Edad	.080 (.292)	.052 (.496)	-.078 (.306)	.003 (.974)	1		
Qué año cursas	.106 (.163)	-.008 (.912)	-.127 (.095)	-.046 (.546)	.127 (.095)	1	
Ocupación	-.066 (.388)	-.119 (.118)	.059 (.437)	.005 (.949)	.078 (.309)	.068 (.370)	1

Fuente: Escala de Autoeficacia Percibida y Escala de Resiliencia 2013 n=174

En el cuadro 4.8 se muestra no existe una relación significativa entre autoeficacia y resiliencia, además de que no existe una relación significativa entre las variables sociodemográficas y la autoeficacia ($p > .05$). Por otra parte se encontró una relación negativa entre el género y la variable resiliencia.

En el cuadro 4.9 se muestran los resultados de las diferencias de medias de las variables autoeficacia y resiliencia por las cuatro medidas de prevalencia. Donde se identificó que no existe una relación significativa entre estas variables, por lo cual se rechaza la hipótesis propuesta. Sin embargo, se observa que el promedio de autoeficacia es mayor en el grupo de los participantes que no han ingerido alcohol alguna vez en la día. Datos similares a lo reportado por Betanzos y Paz-Rodríguez (2013), donde reportaron que el promedio de la autoeficacia fue mayor en el grupo de los no consumidores.

Cuadro 4.9 Prueba de hipótesis para la relación entre autoeficacia, resiliencia y las medidas de prevalencia de consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Autoeficacia				Valor de <i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>Mdna</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	
Global					
Sí	57.51	57.50	11.98	1145.500	.337
No	58.23	62.50	18.53		
Lápsica					
Sí	57.73	57.50	12.02	3238.500	.912
No	57.27	57.50	14.17		
Actual					
Sí	56.55	57.50	12.77	3399.000	.308
No	58.40	57.50	12.65		
Instantánea					
Sí	56.01	57.50	15.21	2478.500	.836
No	58.01	57.50	11.96		
Consumo de alcohol	Resiliencia				Valor de <i>p</i>
	<i>Media</i>	<i>Mdna</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	
Global					
Sí	77.62	82.28	16.06	1258.000	.698
No	78.65	81.71	10.29		
Lápsica					
Sí	77.50	82.28	16.73	3022.000	.416
No	78.21	81.71	12.84		
Actual					
Sí	75.94	81.71	18.34	3270.000	.158
No	79.13	82.85	12.89		
Instantánea					
Sí	77.96	82.28	13.84	2485.500	.857
No	77.66	82.28	16.05		

Fuente: Escalas de Autoeficacia, Resiliencia y Cuestionario de Prevalencia de Consumo 2013 *n*=174

IV. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La presente investigación surgió de la pregunta ¿cuál es la autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado de la Lic. Enfermería de la Universidad Tecnológica de México, Campus Ecatepec?, a continuación se discuten los resultados, se presentan las conclusiones y se hacen sugerencias.

El estudio permitió verificar empíricamente los conceptos de autoeficacia, resiliencia y consumo de alcohol en 174 estudiantes de pregrado. Los resultados obtenidos reflejaron que los estudiantes de pregrado tienen diferentes índices de autoeficacia percibida, se encuentran por arriba de la media en referencia. El instrumento utilizado demostró consistencia estadística por lo cual es ampliamente recomendado para futuras investigaciones.

Así mismo los resultados obtenidos no permitieron confirmar las hipótesis planteadas de que a mayor índice de autoeficacia mayor índice de resiliencia y que a mayor índice de autoeficacia y resiliencia menor consumo de alcohol, sin embargo, permitieron conocer estas dos variables en la comunidad en estudio.

Es de llamar la atención que la edad de inicio del consumo de alcohol está en los 16.6 años, esto hace evidente que es necesario trabajar de manera intensa en estrategias de protección a la salud en adolescentes, trabajando fuertemente en las características internas de fortaleza y capacidad de toma de decisiones. El área de la salud y la enfermería en específico; deben de integrar programas sólidos que contribuyan a garantizar estas cualidades en los adolescentes, involucrando de manera directa a las dos figuras de autoridad con mayor reconocimiento por el adolescente: los Padres y/o Tutores y las Escuelas.

En primera instancia se podría sugerir ante la oportunidad que tiene la Universidad Tecnológica de México de implementar programas de desarrollo de fortalezas en autoeficacia percibida y resiliencia en vinculación con el Centro de Apoyo al Desarrollo

Escolar (CADE) y de prevención de consumo de sustancias nocivas para la salud, contribuyendo al no consumo y desapego de ellas. Aunado a lo referido por García *et al.* (2011), en cuanto a instrumentar acciones que fortalezcan la concepción de peligrosidad del consumo y los beneficios que les representa el mantenerse alejados de las adicciones.

A partir de estos resultados, se presentan oportunidades para que el equipo académico de la Lic. en Enfermería en coordinación con el alumnado construyan intervenciones permanentes en beneficio de este aspecto a través de campañas continuas de identificación de consumidores y canalización a instancias correspondientes; prevención y sensibilización a alumnos y padres de familia respecto a los riesgos y complicaciones del consumo; de igual manera en vinculación con los responsables de la Lic. en Mercadotecnia y Publicidad se iniciará una campaña visual en contra del consumo de sustancias tóxicas. En este ámbito Calderón (2011), sustenta que la intervención en el medio escolar en la prevención del consumo de alcohol, siempre en el marco de un trabajo multidisciplinar, es muy eficaz, consiguiendo además una alta satisfacción profesional y un acercamiento a los adolescentes.

Lo anterior implica, como lo señaló Álvarez *et al.* (2011), que el profesional de enfermería como integrante del grupo interdisciplinario implemente acciones que fortalezcan los factores de protección en este grupo de edad. Estas acciones podrían dirigirse a las habilidades sociales e intelectuales, relaciones significativas y toma de decisiones de los adolescentes. Donde el autoeficacia y resiliencia son ejes principales para que se desarrollen estas habilidades.

Los resultados de esta investigación no dejan clara la influencia que tiene la autoeficacia percibida y la resiliencia en el consumo de alcohol, por lo cual sería recomendable realizar investigaciones que contemplen establecer las relaciones de la estructura familiar y autoestima, para profundizar en los detonantes primarios del apego al alcohol.

LITERATURA CITADA

- Álvarez, A. (2011). *Intervención breve para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes*. Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Álvarez, A., Alonso, M.M. & Guidorizzi, AC. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en Adolescentes, *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18, 634-40.
- Armendáriz, NA., Villar MA., Alonso, M.M, Alonso, BA., Oliva NN. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investig Enferm Imagen Desarr*, 14(2), 97-112.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Betanzos, N. & Paz-Rodríguez, F. (2013). Consumo de alcohol, autoeficacia para empleabilidad, compromiso de carrera y sensibilidad emocional en estudiantes universitarios de Morelos. *Salud Pública de México*, 55(1), 1-2.
- Blanco Blanco, Ángeles (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *RELIEVE*, 16 (1), 1-7.
- Blanco, A. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *RELIEVE*, 16(1), 1-28.
- Calderon, GA., Castaño, GA., & Urrea, AM. (2011). Consumo de alcohol en universitarios y su relación con los factores de riesgo, en estudiantes de la Fundación Universitaria

- DiClemente, C. Fairhurst, S. & Piotrowski, N. (1997). *Self-efficacy theory, research and application*. New York. Ed. J. Maddox.
- Dillon, L., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G. & Smith, N. (2006). *Risk, Protective Factors and Resilience to Drug Use: Identifying Resilient Young People and Learning from their Experience*. London: Home Office.
- EL UNIVERSAL (2012). *Aumenta consumo de drogas desde los 12 años: OEA*
Recuperado: el 20 noviembre del 2013, de
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/832003.html>
- Espada, JP., González, MT., Orgilés, M., Carballo, JL. & Piqueras, JA. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Educación & Psychology*, 10(1), 355-370.
- Espig, H., Navarro, M., Romaguera, F. & Cerro, E. (2009). Consumo e alcohol en estudiantes universitarios de nuevo ingreso a escuelas de Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Cadabobo (Sede Carabobo). *Salus online*, 13 (1), 44-56.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 26, 1-26.
- Garmezy, N. (1985). *Stress resistant children: the search for protective factors*, in Stevenson, J.E. (ed) *Recent Research in Developmental Psychopathology*, pp.213-33. Oxford: Pergamon Press.
- González, A., Valdez, M. & Zavala B. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- Heilemann, M., Lee, K. & Kury, F. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of NursinMeasurement*, 11 (1), 61-71

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. Ed.). México, D.F.: McGrawHill.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kumpfer, K. & Hopkins, R. (1993). Prevention: Current research and trends. *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16, 11-20.
- Lemus, P. (2012). *Autoestima, resiliencia y consumo de drogas lícitas en adolescentes*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Londoño, C. (2010). Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de psicología*, 26(1), 27-33.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575.
- National Institute on Drug Abuse.(2003). *Preventing drug use among children and adolescents, a research-based guide for parents, educators, and community leaders*. (2thed). National Institute on Drug Abuse.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Managements of drinking problems* (Regional Publications, European Series, No. 32). Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados de la Salud (CIE-10)* (10 ed.). Washington, USA.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5thed). Pearson: Prentice Hall, N. J. Upper Saddle River.
- Perea, MG. (2012). *Autoestima y estilos de afrontamiento del adolescente ante las drogas*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Querétaro.

- Peza, G. (2012). *La resiliencia asociada con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Piña, EZ., Yañez & P. Fragoso, LE. (2010). Riesgo de exposición a la ingesta de alcohol en estudiantes de educación superior en San Luis Potosí, México. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 11 (1), 1-5.
- Polit, D. Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6 ed). McGraw Hill Interamericana, México
- Restrepo L, Agudelo G, Giraldo MT, Sánchez L. (2011). Factores de contexto asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista CES Salud Pública*, 2, (2), 136-147
- Fundación México Unido (2011). *Factores internos y sociales son el detonante para que los jóvenes y niños penetren en las adicciones*. Recuperado: el 23 septiembre del 2013, de <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/adicciones/496628.html>
- Secretaría de Salud. (2007). *Reglamento de la ley general en materia de investigación a la salud*. México, D.F.
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, NOM-028-SSA2, 2009. Recuperado el 11 de abril del 2009, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2da Ed.).México, D.F.: Manual Moderno.
- Tusaie, K., Puskar K. & Sereika, S. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60.
- Wagnild, G. M. & Young, H.M. (1993).Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Zaldívar, F., López F., García, JM.&Molino, A. (2011). Consumo autoinformado de alcohol y otras drogas en población universitaria española. *ElectronicJournal of ResearchPsychology*, 9(1), 113-132.

Apéndice

Apéndice 1

1. Cédula de datos sociodemográficos y prevalencia de consumo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
JEFATURA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA



I. Datos generales

1. Género: Femenino:_____ Masculino:_____
2. Yo vivo con:
 - a. Mi papá y mamá_____
 - b. Con mi mamá _____
 - c. Con mi papá _____
 - d. Con mis abuelos _____
3. Cuántos años tienes:_____ años
4. Qué año cursas: 1_____ 2_____ 3_____ Grupo A_____ B_____ C_____
- 5.Cuál es tu ocupación
 - a. Solo estudio_____
 - b. Estudio y trabajo eventualmente _____
6. Si trabajas en que trabajas_____

II. Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol

1. ¿Has consumido Alcohol alguna vez en la vida? Sí _____ No_____
2. ¿A qué edad iniciaste a consumir alcohol? _____ años
3. ¿En el último año has consumido alcohol? Sí _____ No_____
4. ¿En el último mes has consumido alcohol? Sí _____ No_____
5. ¿En la última semana has consumido alcohol? Sí _____ No_____
6. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?
 1. Nunca
 2. Una vez al mes o menos
 3. 2 ó 4 veces al mes
 4. 2 ó 3 veces por semana
 5. 4 ó más veces por semana

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

8. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consumes?

Cerveza	Tequila	Caribe cooler	Michelada	Otra:
---------	---------	---------------	-----------	-------

9. ¿Dónde consumes alcohol? _____

10. ¿Con quién consumes alcohol?

a. Familiares _____ b. Amigos _____ c. Otros _____

Apéndice 2

2. Escala de Autoeficacia General

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene afirmaciones acerca de su capacidad para organizar y ejecutar actividades. Favor de contestar lo más apegado a su situación y recuerde que no hay respuestas buenas y malas, correctas o incorrectas. Trate de no pasar por alto ninguna de ellas. Indique con una cruz la preferencia de cada enunciado.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga				
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

Apéndice 3

3.-Escala de Resiliencia

Instrucciones: Señala con una (X) que tan desacuerdo o en acuerdo estas de las siguientes frases.

¿Qué tan de 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 sin necesidad de usar drogas.							
2. Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas.							
3. No consumir drogas depende de mí más que de otras personas.							
4. Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí.							
5. Puedo valerme por mí mismo (a) para no consumir drogas.							
6. Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas							
7. Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas.							
8. Soy amigo (a) de mí mismo (a) sin necesidad de consumir drogas.							
9. Siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece drogas.							
10. Estoy decidido (a) a no consumir drogas.							
11. Tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas.							
12. Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas.							

¿Qué tan de 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
13. Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas.							
14. Soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas.							
15. Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas.							
16. Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas.							
17. Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas.							
18. Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarle/apoyarlo a salir de las drogas.							
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 sin necesidad de usar drogas.							
22. No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada.							
23. Cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir.							
24. Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas.							
25. Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas.							

Apéndice 4

4. Consentimiento Informado

FOLIO: _____

FECHA: ____/____/_____

Compañero Estudiante:

La presente investigación lleva por título“ AUTOEFICACIA PERCIBIDA, RESILIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE PREGRADO”, Por lo que solicito de tu participación, la cual cabe mencionar es voluntaria y confidencial, esta información será utilizada para fines de estudio.

Es importante mencionar que en cualquier momento puedes retirarte o negarte a seguir participando si así lo consideras.

Si estás de acuerdo en participar favor de llenar el presente formato.

Yo _____ he sido informado de los objetivos de esta investigación y acepto participar voluntariamente.

Firma

Gracias por tu participación.

Apéndice

5. Autorización de Colecta de Datos por la UNITEC



Ecatepec, Estado de México a 20 de Septiembre de 2013

LIC. NANCY BUCIO GOMEZ
Director Académico de Lic. En Enfermería
Presente

Por este conducto le informamos que **NO EXISTE INCONVENIENTE** para que aplique las cédulas de recolección de datos en los alumnos a su cargo, referentes al tema de investigación:

"Autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado"

Sin más por el momento, quedo a su disposición.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Juan Romero Santaella". The signature is written in a cursive style and is positioned above the printed name of the signatory.

ING. JUAN ROMERO SANTAELLA
Director Divisional

