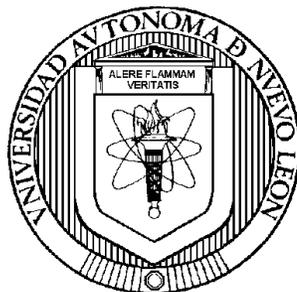


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

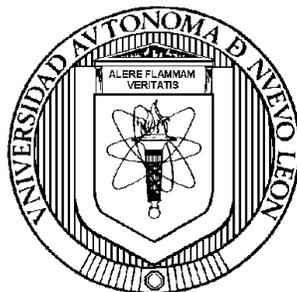
Por

MC. ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

AGOSTO, 2011

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



INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

Por

MC. ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE

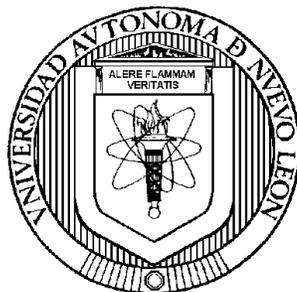
Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

AGOSTO, 2011

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



INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

Por

MC. ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE

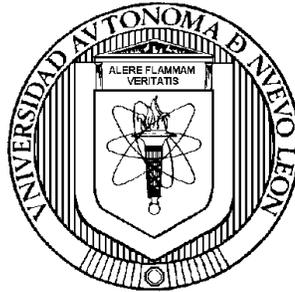
Co-Director de Tesis

DAVID FARABEE, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

AGOSTO, 2011

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



INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

Por

MC. ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

AGOSTO, 2011

INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE
ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Director de Tesis y Presidente

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Secretario

Dra. Lourdes Garza Ocañas

1er. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD

2do. Vocal

David Farabee, PhD

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Querétaro por la oportunidad y apoyo brindado para realizar los estudios del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo brindado para realizar los estudios del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) por la beca proporcionada para realizar los estudios del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, directora de tesis, por su orientación y apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

Al Jurado por su orientación en el desarrollo del presente trabajo.

A los profesores del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por su apoyo en la construcción de conocimiento a lo largo del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Universidad de Guanajuato, Universidade de São Paulo y a la Organización de los Estados Americanos a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas por la oportunidad de inserción en el área de investigación.

A los adolescentes que participaron en el estudio que siempre nos recibieron con atención y disponibilidad.

Dedicatorias

A Dios, mi fortaleza, por su amor fuente de inspiración y motivación para afrontar los momentos de adversidad que se viven al estudiar un Programa de Doctorado.

A mis padres, siempre presentes, vivo ejemplo de trabajo y tenacidad para alcanzar las metas, su respaldo fue esencial para culminar el Programa de Doctorado.

A mis hermanas y hermano, por su cariño, apoyo, motivación, amistad, paciencia y comprensión en todo momento de mi vida, especialmente para estudiar el Programa de Doctorado.

A mi familia, con su actitud positiva a la vida, permitieron acrecentar el deseo de ser y hacer lo mejor para terminar con éxito el Programa de Doctorado

A las amigas y amigos que siempre me apoyaron e incentivaron en todo momento.

RESUMEN

Alicia Álvarez Aguirre
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2011

Título del Estudio: INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

Número de Páginas: 182

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El objetivo del estudio fue verificar la efectividad de una intervención breve para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes. El estudio se desarrolló bajo la perspectiva conceptual de cuatro variables psicosociales: autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia que fueron la base de la intervención breve. Se plantearon cinco hipótesis: 1) el incremento del puntaje de autoestima en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo intervención que en el grupo de control; 2) el incremento del índice de asertividad en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo intervención que en el grupo de control; 3) el incremento del índice de autoeficacia de resistencia en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo intervención que en el grupo de control; 4) el incremento del índice de resiliencia en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo intervención que en el grupo de control y 5) en el seguimiento de tres meses el consumo de tabaco (cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico), alcohol (cantidad de bebidas estándar consumidas en un día típico) y marihuana (cantidad consumida en un día típico) serán menores en el grupo intervención que en el grupo control. Se propuso un diseño cuasiexperimental con dos grupos control ($n_1 = 161$) e intervención ($n_2 = 172$). La muestra fue determinada para una prueba de diferencia de medias, con nivel de significancia de .05, un poder de 90% y un tamaño de efecto de .50, considerando una deserción estimada del 10% y un efecto de diseño de 1.1. El tratamiento consistió en una intervención breve de 12 semanas de duración, con una sesión por semana. La intervención fue diseñada e implementada por enfermería. Para la medición de las variables de estudio se utilizaron cuatro instrumentos de lápiz y papel: 1) Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965); 2) Cuestionario de Confianza Situacional (Annis & Graham, 1987); 3) Cuestionario de Asertividad (Rathus, 1973) y 4) Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993) que reportaron .74, .99, .64 y .96 de consistencia interna. Asimismo se aplicó un Historial de Consumo de Drogas, Cedula de Datos Personales y una prueba química para determinar el consumo de drogas en orina. Para la verificación de las cinco hipótesis planteadas se construyeron índices y se efectuaron contrastes de hipótesis con la prueba Wilcoxon y U de Mann-Whitney. Para dar respuesta al objetivo se realizó Análisis de Covarianza (ANCOVA), se controló el efecto de la interacción de género con grupo respecto a la variable dependiente y se probó la efectividad de la intervención breve propuesta.

Contribuciones y Conclusiones: En base al contraste de hipótesis se puede concluir que existe un efecto significativo entre el grupo (intervención) para las variables autoestima ($F = 4.96$; $gl = 1, 328$; $p < .05$), asertividad ($F = 18.30$; $gl = 1, 328$; $p < .001$) autoeficacia ($F = 6.04$; $gl = 1, 328$; $p < .05$) y resiliencia ($F = 13.52$; $gl = 1, 328$; $p < .001$). Asimismo, la diferencia de medias ajustadas muestra disminución de los índices de las variables en el grupo control mientras que en el grupo intervención las medias se incrementaron significativamente: autoestima (control: $\bar{X} = 53.41$, intervención $\bar{X} = 56.39$), asertividad control: $\bar{X} = 44.66$, intervención $\bar{X} = 48.66$), autoeficacia (control: $\bar{X} = 44.66$, intervención $\bar{X} = 48.66$), y resiliencia (control: $\bar{X} = 54.93$, intervención $\bar{X} = 62.63$). Además los resultados mostraron un efecto significativo de género en las variables asertividad ($F = 8.33$; $gl = 1, 328$; $p < .05$) y resiliencia ($F = 6.88$; $gl = 1, 328$; $p < .05$). Asimismo, la diferencia de medias ajustadas muestra disminución de los índices asertividad (masculino: $\bar{X} = 45.32$, femenino $\bar{X} = 48.01$) y resiliencia (masculino: $\bar{X} = 56.07$, femenino $\bar{X} = 61.50$) en el género masculino. Por lo que se puede afirmar que los adolescentes que recibieron la intervención presentaron un incremento de los índices de las cuatro variables psicosociales comparado con el grupo control en el seguimiento. Por otra parte se concluye que los adolescentes que recibieron la intervención redujeron en mayor medida el consumo de alcohol que los adolescentes que no la recibieron ($U = 130.00$, $p < .001$) donde las medias del grupo control se incrementaron significativamente ($\bar{X}_{T1} = 1.13$, $\bar{X}_{T2} = 2.17$) comparado con el grupo intervención ($\bar{X}_{T1} = 1.25$, $\bar{X}_{T2} = 1.05$) asimismo, la proporción de consumidores de alcohol disminuyó considerablemente de 86% a 15% de la misma forma el promedio de bebidas estándar ingeridas en un día bajó de 1.03 a .25. En relación al consumo de tabaco no se encontró diferencia significativa, sin embargo el número de consumidores de tabaco bajó de 71% a 25% y el promedio de cigarrillos consumidos en un día disminuye de .76 a .38. No fue posible medir el efecto de la intervención sobre el consumo de marihuana en virtud de que ninguno de los participantes refirió consumir esta droga. Este estudio contribuye al avance del entendimiento del fenómeno de la prevención del consumo de drogas en adolescentes y destaca la importancia de incluir las variables psicosociales como el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia en intervenciones para prevenir el consumo de drogas. Se recomienda seguir aplicando la intervención en diferentes escenarios para verificar su efectividad en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	8
Estudios Relacionados	16
Objetivo	30
Hipótesis	30
Definición de Términos	31
Capítulo II	
Metodología	33
Diseño del Estudio	33
Población, Muestreo y Muestra	33
Criterios de Elección	35
Mediciones e Instrumentos	35
Procedimiento de Recolección de Información	40
Resumen de la Intervención	41
Consideraciones Éticas	44
Análisis de Datos	45
Capítulo III	
Resultados	47
Confiabilidad de los Instrumentos	47
Análisis de Factores	47
Estadística Descriptiva	97
Distribución de las Variables	102
Estadística Inferencial	105

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	122
Conclusiones	129
Limitaciones	130
Recomendaciones	131
Referencias	133
Apéndices	
A. Historial de Consumo de Drogas	146
B. Escala de Autoestima	148
C. Cuestionario de Asertividad	149
D. Cuestionario de Confianza Situacional	151
E. Escala de Resiliencia	154
F. Consentimiento Informado del Padre de Familia	156
G. Asentimiento Informado para el Estudiante	160
H. Contenido del Protocolo de Intervención Breve	163
I. Evaluación del Entrenamiento para Facilitadores	169
J. Hoja de Registro para Monitoreo	174
K. Análisis Factorial Escala de Autoestima	178
L. Análisis Factorial Cuestionario de Asertividad	179
M. Análisis Factorial Escala de Autoeficacia	180
N. Análisis Factorial Escala de Resiliencia	181

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Diseño cuasiexperimental dos grupos, dos mediciones	33
2	Confiabilidad de los instrumentos	47
3	Análisis Factorial: Escala de Autoestima medición basal	49
4	Análisis Factorial: Escala de Autoestima medición seguimiento	49
5	Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo control medición basal	50
6	Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo intervención medición basal	51
7	Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo control medición seguimiento	52
8	Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo intervención medición seguimiento	53
9	Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad medición basal	54
10	Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad medición seguimiento	58
11	Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo control medición basal	62
12	Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo intervención medición basal	64
13	Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo control medición seguimiento	66
14	Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo intervención medición seguimiento	68
15	Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia medición basal	71
16	Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia medición seguimiento	73
17	Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo control medición basal	75

Tabla	Página
18 Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo intervención medición basal	76
19 Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo control medición seguimiento	80
20 Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo intervención medición seguimiento	81
21 Análisis Factorial: Escala de Resiliencia medición basal	83
22 Análisis Factorial: Escala de Resiliencia medición seguimiento	85
23 Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo control medición basal	89
24 Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo intervención medición basal	90
25 Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo control medición seguimiento	91
26 Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo intervención medición seguimiento	93
27 Resumen del análisis de factores del instrumento autoestima	95
28 Resumen del análisis de factores del instrumento asertividad	96
29 Resumen del análisis de factores del instrumento autoeficacia	96
30 Resumen del análisis de factores del instrumento resiliencia	97
31 Características sociodemográficas y laborales variables categóricas	98
32 Prevalencia de consumo de alcohol global, lápsica, actual	98
33 Prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual	98
34 Consumo de alcohol y tabaco en padres	99
35 Tipo de bebida de mayor consumo	99
36 Características sociodemográficas y laborales variables continuas	100
37 Características sociodemográficas y laborales variables categóricas por grupo control e intervención	100

Tabla	Página
38 Consumo de alcohol y tabaco en padres por grupo control e intervención	101
39 Tipo de bebida de mayor consumo por grupo control e intervención	101
40 Prueba de Normalidad de las variables continuas y psicosociales grupo control medición basal y seguimiento	103
41 Prueba de Normalidad de las variables continuas y psicosociales grupo intervención medición basal y seguimiento	104
42 Prevalencia de consumo de alcohol por grupo control e intervención medición basal	107
43 Prevalencia de consumo de alcohol por grupo control e intervención medición seguimiento	107
44 Prevalencia de consumo de tabaco por grupo control e intervención medición basal	108
45 Prevalencia de consumo de tabaco por grupo control e intervención medición seguimiento	108
46 Prueba de Wilcoxon para las variables psicosociales grupo control	110
47 Prueba Wilcoxon para las variables psicosociales grupo intervención	110
48 Prueba U de Mann-Whitney para consumo de bebidas en un día típico medición basal y seguimiento para consumidores en el grupo control e intervención	112
49 Prueba U de Mann-Whitney para consumo de bebidas en un día típico medición basal y seguimiento para todos en el grupo control e intervención	112
50 Prueba U de Mann-Whitney para consumo de cigarrillos en un día típico medición basal y seguimiento para consumidores en el grupo control e intervención	113
51 Prueba U de Mann-Whitney para consumo de cigarrillos en un día típico medición basal y seguimiento para todos en el grupo control e intervención	114

Tabla		Página
52	Resumen de la prueba ANCOVA para índice de autoestima	116
53	Medias para el índice autoestima en el grupo control e intervención	117
54	Resumen de la prueba ANCOVA para índice de asertividad	117
55	Medias para el índice asertividad en el grupo control e intervención	118
56	Medias para el índice asertividad por género	118
57	Resumen de la prueba ANCOVA para índice de autoeficacia	119
58	Medias para el índice autoeficacia en el grupo control e intervención	119
59	Resumen de la prueba ANCOVA para índice de resiliencia	120
60	Medias para el índice resiliencia en el grupo control e intervención	120
61	Medias para el índice resiliencia por género	121

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Esquema de relación de conceptos	16
2	Estructura teórica conceptual empírica	32
3	Promedio de los índices para las variables psicosociales	111
4	Estimación de la proporción de consumidores de alcohol y tabaco en la medición basal (M1) y el seguimiento (M2)	114
5	Estimación del consumo promedio de alcohol (bebidas) y tabaco (cigarrillos) en la medición basal (M1) y el seguimiento (M2)	115

Capítulo I

Introducción

En el ámbito internacional y nacional se reporta un creciente consumo de drogas; la morbimortalidad provocada por el uso de drogas es un problema de salud pública que se expresa en la enorme carga de discapacidad; aunado a que en México se reporta que las principales causas de Años de Vida Saludable Perdidos, están relacionados con el consumo de drogas (Plan Nacional de Salud [PNS], 2007). Asimismo, la evidencia identifica que el consumo de drogas entre los adolescentes es un problema complejo vinculado con factores genéticos, psicológicos, legales, normativos, de disponibilidad y sociales (Barroso, Mendes & Barbosa, 2009; Duvicq, Pereira & Carvalho, 2004).

El alcohol y tabaco son las sustancias psicoactivas de mayor consumo en el mundo y las que provocan más graves consecuencias en la salud de la población (Jhoston, 2006; Maddaleno, Morello & Infante, 2003). Estas drogas se consideran como de iniciación, al aumentar el riesgo de uso de drogas ilícitas como la marihuana y cocaína. La evidencia científica describe que la proporción de adolescentes que consume drogas aumenta progresivamente y que el inicio del consumo se realiza antes de los 18 años de edad (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2008; Nuño, Álvarez & Madrigal, 2008).

Los autores vinculan el período de la adolescencia con el consumo de drogas dado que los múltiples cambios que se viven en esta etapa ponen en riesgo a los adolescentes de experimentar conductas no saludables. Los cambios que se observan desde el punto de vista biológico son una aceleración del crecimiento y en la forma del cuerpo, desde lo psicológico una manera diferente de abordar los problemas y de entender la realidad y la vida, que van unidas a las capacidades intelectuales, y desde lo social se da el establecimiento de relaciones distintas con el grupo de sus iguales y con los adultos en la búsqueda de un lugar propio en la sociedad, la búsqueda de una

identidad personal y grupal y la separación gradual de los padres (Becoña, 2002; Guo, Hawkins, Catalano & Abbott, 2001).

En este sentido el inicio precoz del consumo de alcohol y tabaco se relaciona directa o indirectamente con problemas en la adolescencia, como la violencia, los accidentes automovilísticos, el ausentismo escolar, así como el uso de otras drogas e inicio de actividad sexual (Díaz & García, 2008; Dunn, Ilapogu, Naney, Blackwell & Givens, 2008; Ramírez & Andrade, 2005).

Por otra parte los autores describen que los adolescentes que presentan mayor probabilidad de uso de drogas son los que están sometidos a diferentes factores tales como socioculturales (accesibilidad a la droga, bajo apego escolar, asistir a la escuela en turno vespertino, influencia de los medios de comunicación y pares para el consumo y bajo nivel de resiliencia), sociodemográficos (edad, sexo y nivel socioeconómico), familiares (consumo por los padres o hermanos, ambiente familiar disfuncional y permisivo al consumo de drogas), personales (bajo desarrollo de habilidades para tomar decisiones y manejar el estrés así como baja competencia en la comunicación y nivel de asertividad, actitudes y creencias sobre el consumo de los pares y psicológicos (bajos niveles de autoeficacia y autoestima). Además existen factores inductores como los problemas de conducta agresiva y los trastornos mentales (Barroso, Mendes & Barbosa, 2009; Carvajal & Andrade, 2005; Duvicq, Pereira & Carvalho, 2004; Espada, Pereira & García, 2008; Farias et al., 2009; Faulkner, Adlaf, Irving, Allison & Dwyer, 2009; Gómez, Barrueco, Maderuelo, Aparicio & Torrecilla, 2008; Jordán, Souza & Pillon, 2009; Machado & Santos, 2007; Nuño, Álvarez, Madrigal & Rasmussen, 2005).

De los factores antes señalados en el presente trabajo se abordarán el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia dado que estos factores tienen mayor peso en la probabilidad de consumo de drogas entre los adolescentes.

En México la evidencia indica que los adolescentes de 12 a 17 años han fumado alguna vez en su vida, la edad promedio de inicio de consumo es de 13 años. Las

razones que atribuyen los jóvenes al inicio de esta conducta es porque su familia, amigos o compañeros fuman y por curiosidad. Los adolescentes que son fumadores activos refieren fumar 5 cigarrillos al día en promedio, además este grupo experimenta signos de dependencia por ejemplo dar el golpe al cigarro y fumar el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse. Aunado a que la duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes es de dos años (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2008). Este hábito nocivo a la salud es difícil de erradicar y controlar en etapa adulta en razón de ello la evidencia sugiere se realice prevención y eliminación de este hábito en etapa adolescente cuando estos han empezado a consumir cigarrillos, dado que la dependencia física y psicológica a la nicotina es más fuerte conforme avanza la edad (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2006).

Con respecto al consumo de alcohol la Encuesta Nacional de Adicciones (2008) refiere que la proporción de adolescentes que beben altas cantidades es mayor en el grupo de hombres en comparación con las mujeres (2.2% y 0.09% respectivamente) el tipo de consumo que se reporta en este grupo fue el consuetudinario (11:7.1; H: M) y aumenta con la edad. El consumo diario es poco frecuente (menos de .5%) entre este grupo de edad. En la población adolescente el orden de preferencia por tipo de bebida es cerveza (1.45:1.0; H: M), destilados (1.23:1; H: M), bebidas preparadas (1.50:1; H: M) y vino (1.27:1; H: M). Estos datos permiten reflexionar sobre el hecho de que si bien, el consumo de alcohol es más alto en varones el incremento en las mujeres de este hábito nocivo es alarmante si lo comparamos con las encuestas anteriores, en razón de ello se deben establecer estrategias de reducción y eliminación de esta conducta en hombres y mujeres y en especial en adolescentes que se inician.

Los resultados de Reddy et al. (2006) confirman que el inicio del consumo de tabaco y de alcohol antes de los 18 años incrementa la probabilidad de usar otras drogas. Sobre el particular la ENA (2008) reporta que el 14.2% de las personas que empezaron a

fumar antes de los 18 años experimentaron con marihuana y 7.6% con cocaína. Esta misma tendencia se observa para otras drogas. En el caso del alcohol 15.8% de quienes bebieron alcohol antes de llegar a la mayoría de edad experimentó también con otras drogas (4.7%).

De lo anterior se deduce que reforzar las medidas que limitan el consumo de alcohol y tabaco en los menores de edad tiene un impacto importante en la reducción de la probabilidad del uso de otras drogas. Algunos autores consideran que el abuso en el consumo de drogas es en gran medida un problema de naturaleza conductual, es decir se trata de algo que la persona aprende a hacer de la misma forma en que aprende a realizar otras actividades de la vida diaria (Bandura, 1986 a; Becoña, 2007; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006; Werch & DiClemente, 1994).

Desde esta forma de abordar el consumo de drogas la investigadora plantea la posibilidad de intervenir para prevenir y modificar tanto la conducta de riesgo, como propiciar una conducta saludable en la vida de los adolescentes y así disminuir las consecuencias relacionadas al consumo de drogas en el contexto de salud y social, además de favorecer un estilo de vida saludable y sostenible. De las formas de intervención se destacan las de tipo breve, esta modalidad se dirige a personas que no han desarrollado síntomas de dependencia, están diseñadas con base en problemas reales y potenciales relacionados al uso de drogas y que motivan a los individuos a cambiar su comportamiento (Finfgeld, 2005; Hunt, Fagan, Lederman & Stoddard, 2003; Werch, 2001).

El término intervención breve incluye una serie de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, entre otras características. Esta estrategia terapéutica combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo que los pone en riesgo y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos incluso antes de advertir que su estilo de

consumo puede causarles problemas (Guth et al., 2008; Winters, Leitten, Wagner & Oleary, 2007).

La evidencia científica muestra que al reducir el impacto de los factores de riesgo y fortalecer los factores que puedan proteger del inicio de consumo de drogas, es factible prevenir el consumo de drogas en los adolescentes (Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Llanes, 2007; Luis, 2008). Sin embargo, el adolescente no contempla como una prioridad el disminuir los riesgos a su salud con acciones que le impidan experimentar y disfrutar de la satisfacción inmediata. Es por esto que el modificar las conductas de riesgo para promover la salud resulta un desafío. Algunas intervenciones para prevenir el consumo de drogas en adolescentes han mostrado ser efectivas a corto plazo, sin embargo el reto es lograr que se mantengan efectivas a largo plazo. Por lo que es necesario el desarrollo de intervenciones que favorezcan el fortalecimiento de habilidades sociales en el adolescente que lo lleven a mantener en el tiempo una conducta saludable y sostenible.

Por otra parte, las revisiones sistemáticas sobre intervenciones breves de prevención de uso de drogas sugieren que las más efectivas son aquellas que se dirigen a las drogas de iniciación como el alcohol, tabaco y marihuana, más que a otras sustancias ilegales. Las intervenciones con enfoque de prevención universal son más efectivas para los adolescentes de bajo riesgo que para los de alto riesgo. Aunado a que las intervenciones de mayor intensidad y que incluyen sesiones de refuerzo han demostrado ser más efectivas. Asimismo las intervenciones en el ámbito escolar pueden retrasar la edad de inicio de consumo de drogas en los no consumidores y reducir su uso entre los que consumen, sin embargo el efecto tiende a disminuir con el tiempo, además las intervenciones basadas en información tienen menor impacto sobre la conducta de consumo de drogas, (Canning, Millward, Raj & Warm, 2004; Faggino et al., 2008; Thomas & Perera, 2008).

En este sentido el National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2003), destaca que los elementos comunes en las intervenciones preventivas que son efectivas deben

incluir: 1) mejorar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, 2) tratar riesgos específicos a las características de la población, 3) aumentar la competencia académica y social con aptitudes y habilidades de comunicación, relaciones con los compañeros, autoestima, autoeficacia y técnicas para resistir la tentación y el consumo de drogas y 4) fortalecer el compromiso personal contra el abuso de las drogas.

Al respecto esta propuesta considera los conceptos de autoeficacia de resistencia de la Teoría Cognitiva Social de Bandura (1999 b), autoestima de Rosenberg (1965), resiliencia de Wagnild y Young (1993) y asertividad de Rathus (1973), para estudiar el fenómeno de la prevención del consumo de drogas en los adolescentes. La presente investigación está dirigida a verificar la efectividad de una intervención breve para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes que estudian nivel secundaria utilizando un enfoque psicoeducativo.

La importancia de este estudio se apoya en el impacto social y familiar que tiene la participación educativa de la enfermera, este profesional al implementar intervenciones pretende favorecer la salud, al orientar a los adolescentes hacia una postura responsable, a través de un modelo de aprendizaje que permita desarrollar y favorecer una actitud positiva y de protección en los estudiantes ante un problema de salud como lo es la adicción a las drogas. El papel de la enfermera en el proceso educativo puede ser de consultor, al manejar información periódica, o como educador, al facilitar la comunicación y el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores en la prevención de adicciones.

Es decir, la enfermera puede desarrollar actividades para prevenir el uso y abuso de drogas de iniciación, actuando sobre los factores de riesgo y en el fomento de la salud focalizando sobre los factores protectores con metas a favorecer el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia y al desarrollar intervenciones breves para el mantenimiento de conductas saludables y prevenir el desarrollo de hábitos tóxicos como es el consumo de drogas. Por otra parte el presente estudio pretende contribuir a la

generación de conocimiento de enfermería desde la perspectiva de protección al evaluar la efectividad de una intervención en prevención de enfoque psicoeducativo, proponer un marco de referencia pertinente y suficiente además de diseñar y evaluar escalas de medición específicas en adicciones.

Antecedentes.

Esta propuesta requirió de realizar un diagnóstico¹ en los alumnos de 11 a 16 años de edad de escuelas secundarias públicas del área urbana de Monterrey que tuvo como objetivo determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea de uso de drogas lícitas e ilícitas. La selección de la escuela, fue de forma aleatoria a partir de las escuelas registradas en la Secretaria de Educación Pública en el periodo escolar 2009-2010 y la selección de los participantes fue de forma estratificada por asignación proporcional al tamaño de cada estrato por sexo, grado escolar de nivel medio básico y por turno (matutino y vespertino). Los instrumentos utilizados fueron Cédula de Datos Personales (CDP) e historial de uso y dependencia de drogas.

El estudio incluyó 1,199 estudiantes de 5 escuelas, el 52.8% de la población fueron mujeres, el 34.7% se encontraba en primero y el 33.1% en segundo año escolar, el promedio de edad fue de 13 años. Sobre la prevalencia del consumo de drogas se encontró que el consumo de alcohol tiene una prevalencia actual de 22.4%, lápsica de 45.8% y global de 65.7%. Con respecto al consumo de tabaco la prevalencia actual fue de 12.7%, lápsica de 20.6% y global de 30.4%. Por otra parte en el consumo de marihuana la prevalencia actual fue de 1.7%, lápsica de 2.8% y global de 4.1%. Asimismo en el consumo de cocaína la prevalencia actual fue de .3%, lápsica de .5% y global de 1.0%. De la misma forma la prevalencia actual del consumo de inhalables fue de 1.3%, lápsica de

¹ Estudio realizado por el Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

2.7% y global de 3.8% y sobre la prevalencia actual y lápsica de heroína fue de .2% y la global de .3%.

A partir de esta información del contexto se propone evaluar la entrega de un currículo de intervención breve psicoeducativa para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

Marco Conceptual

El marco conceptual que sustenta este estudio comprende los conceptos de autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia, a partir de estos conceptos se explica la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes. En seguida se describen los conceptos.

Autoestima.

El termino autoestima se refiere a la evaluación de sí que una persona hace y mantiene. Incluye actitudes de aprobación o desaprobación y el grado en que una persona se siente valiosa, capaz, significativa y efectiva (Briggs, 1970; Maslow, 1982; Reasoner & Gail, 1991; Voli, 1994). Para estos autores el concepto de autoestima es basado en la convicción de sentimiento de valía personal que significa que la persona es competente para manejar su vida y funcionar adecuadamente dentro del ambiente en el que se encuentra.

En este sentido el concepto de autoestima tiene dos componentes un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal es decir es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades) (Maslow, 1982).

Por otra parte Braden (1991) considera que una de las bases más importantes del autoestima es la autoaceptación relacionada con la consciencia de sí mismo. Por su parte Curry y Jonhson (1992), consideran que el concepto de autoestima comprende tres

intuiciones básicas: 1) Qué tanto las personas piensan y sienten que son importantes, 2) los sentimientos y autoconceptos positivos promueven la confianza, energía y optimismo para ejecutar las tareas de la vida y 3) el autoestima es impulsada por experiencias personales positivas.

Sintetizando el autoestima es la valoración positiva o negativa que la persona hace de sí misma, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y de autoaceptación.

Frente a estas concepciones las características de las persona con alta autoestima es aquella que se valora de forma positiva y además se autoacepta y se siente bien con el tipo de persona que es. Esto implica que será capaz de identificarse y reconocerse como es, con sus habilidades, capacidades, limitaciones y defectos que tiene, diferenciando cuando ha de aceptarlos o si debe intentar su modificación o superación. Además la persona con alto nivel de autoestima se mostrará tolerante consigo misma y con los demás, esta actitud la llevará a actuar con seguridad, sin barreras y defensas en la comunicación con los otros, haciendo compatible la afirmación de sus derechos y necesidades con el respeto a la individualidad de los demás.

Estas formas de actuar de la persona con alta autoestima corresponde con la conducta asertiva, es decir la persona se relaciona con los otros de forma efectiva, sana y equilibrada, hace compatible la expresión de su propio yo, sus propios deseos, opiniones y sentimientos ante los demás con el respeto y valoración de los deseos, creencias y sentimientos de los otros.

En otro orden de ideas Lázarus y Folkman (1986) refieren que un nivel alto de autoestima favorece el afrontamiento del sujeto, en su vida. Esto supone que en situaciones de amenaza o experiencias de fracaso, la persona con alta autoestima tiende a utilizar estrategias para manejar esas situaciones, estrategias que se pueden orientar tanto al dominio de la situación como a la aceptación, evitación o minimización de la misma.

Un factor que influye en los esfuerzos de afrontamiento y su persistencia, es la experiencia respecto a los resultados obtenidos en otras situaciones. La presencia de expectativas de éxito respecto a su conducta, Bandura (1986 a) señala al respecto que las expectativas de éxito determinan la efectividad y persistencia en el afrontamiento. Por lo que las personas con alta autoestima, tienden a recordar más las experiencias de éxito que las de fracaso. Así mismo, en situaciones nuevas, sus expectativas son más de éxito que de fracaso y en situaciones de aprendizaje, estas personas atribuyen el éxito a las propias habilidades y el fracaso a un insuficiente esfuerzo.

Es importante destacar que el autoestima se adquiere a lo largo de la vida de la persona, en contacto con los otros, y que por tanto puede cambiar en este continuo. En el contexto de salud y social que se vive actualmente en la sociedad mexicana donde se presentan profundos cambios sociales, económicos y culturales que exigen rápidas y continuas adaptaciones, el autoestima es uno de los recursos psicológicos más efectivo para adaptarse rápidamente a esos cambios y desafíos.

Para este trabajo el autoestima es definido como el conjunto de sentimientos de valía y capacidad personal en un determinado momento de la vida de los adolescentes.

Asertividad.

El significado de la palabra asertividad se deriva de assertus-aserto assertio aserción, términos considerados sinónimos, aserción desde el punto de vista filosófico es sinónimo de afirmación o enunciado; en lógica moderna equivale a enunciado declarativo o indicativo considerado como una proposición que puede adquirir valor de verdad o falsedad. El término de asertividad alude al acto o efecto de afirmar algo, sin tomar en cuenta si lo que se afirma es cierto o falso.

La asertividad no es reciente, Tomas de Aquino refería algunas de sus características al tratar sobre la prudencia y la magnanimidad. Fue inicialmente descrita con el término propio por Andrew Salter en 1950; se pensaba que era un rasgo de personalidad que tenían sólo algunas personas. Desde la psicología Alberti y Emmons

(1990), la definen como una conducta interpersonal que capacita a una persona para actuar según sus mejores intereses y reafirmarse ante sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros. Estos autores la clasifican en conducta asertiva, no asertiva y agresiva. Para fines del presente trabajo solo se describen las dos primeras.

La conducta asertiva permite obtener las propias metas sin tener que negar los derechos de los otros y sin despreciar o negar a sí mismo ante otros; la conducta asertiva más específicamente está determinada por la habilidad de decir no, pedir favores, hacer requerimientos, expresar sentimientos positivos e iniciar, continuar y terminar una conversación.

La conducta no asertiva es esencialmente la negación de sí mismo. La persona no asertiva es inhibida, ansiosa y permite a otros que tomen su responsabilidad por ella; por temor o inseguridad, evita expresar sus derechos ante los demás, y si llega hacerlo, lo hace de una manera en que parece estar disculpando por lo que piensa.

La asertividad también es considerada como un estilo de comunicación efectiva y satisfactoria, cuyos elementos básicos son: respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto, positivo y oportuno y tener control emocional. Compuesta parcialmente por el contenido del mensaje (sentimientos, derechos, opiniones, solicitudes y límites) así como el estilo no verbal del mensaje (contacto visual, postura y expresión facial) (Alberti & Emmons, 1990).

Los rasgos de una persona que posee conducta asertiva incluye el sentirse libre para manifestarse mediante palabras y actos. Puede comunicarse con personas extrañas, familiares y amigos, esta comunicación es siempre abierta y directa, franca y adecuada, tiene una meta en la vida, va tras lo que quiere en contraste con la persona pasiva. Actúa de una forma que considera respetable, al comprender que no siempre puede ganar, acepta sus limitaciones, sin embargo siempre lo intenta con todas sus fuerzas de modo que gane, pierda o empate conserva su respeto propio (Fersterheim & Baer, 1975).

En este sentido la conducta asertiva se entiende como la manifestación clara y directa de lo que los individuos desean y no desean, cuando interactúan con otras personas. Por tanto la asertividad es una habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones, intenciones, posturas, creencias y pensamientos, a través de conducta verbal y no verbal, en el momento y lugar oportuno, de forma pertinente y sin negar los derechos de los demás. La conducta asertiva permite hacer llegar a los demás los propios mensajes, genera sentimientos de seguridad, autoestima y reconocimiento, es una habilidad aprendida mediante el entrenamiento (Rathus, 1973).

Como se mencionó los rasgos de la conducta asertiva pueden ser desarrollados mediante entrenamiento en asertividad. Este entrenamiento se define como una combinación de técnicas conductuales para resolver problemas interpersonales, y que permite reducir la respuesta de ansiedad e incrementar las habilidades sociales (Cooley, 1979) el objetivo del entrenamiento asertivo es proveer a la persona una serie de repeticiones o conductas que le permitan reducir el nivel de ansiedad que presenta en situaciones interpersonales, promover una comunicación más efectiva y respetar sentimientos de autorespeto y dignidad al enfrentarse con otros (Aduna & Bolaños, 1996).

En este trabajo la asertividad es considerada como la capacidad que tiene el adolescente para decir no al consumo de drogas.

Autoeficacia.

Bandura (1986 a) 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 aprensión, 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.

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 (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 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.

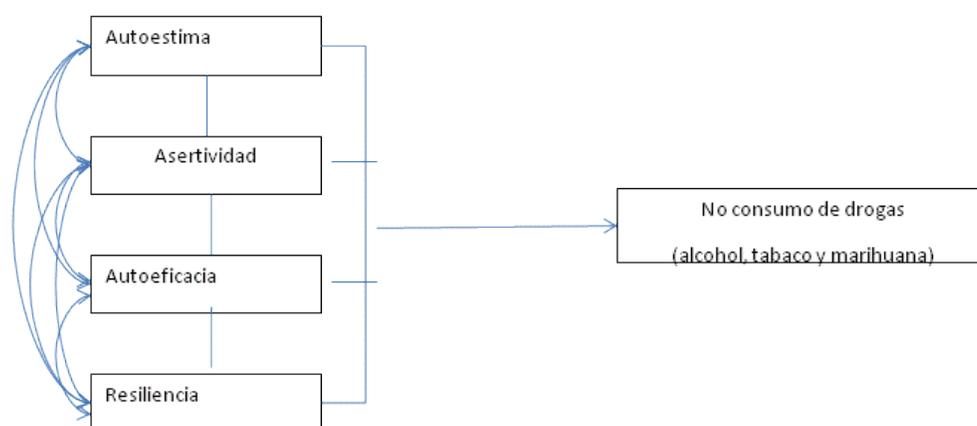
En el presente trabajo se define la resiliencia como la habilidad de poder cambiar las adversidades, que se presentan en la vida y en el entorno del adolescente, con éxito (Wagnild & Young, 1993). Al aplicar este concepto en el área de adicciones, una persona resiliente afronta y evita el consumo de 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 & 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).

En la figura 1 se muestra que las variables autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia tienen efecto sobre la conducta de no consumo de drogas.

Figura 1. Esquema de relación de conceptos



Estudios Relacionados

En esta sección se presentan los estudios de investigación respecto a las variables a estudiar. En primer lugar se revisa el autoestima, posterior a ello la asertividad y autoeficacia seguido de la resiliencia y las intervenciones.

Autoestima.

Musitu, Jiménez y Murgui (2007) analizaron las relaciones entre autoestima (familiar, escolar, social y física) y consumo de sustancias en una muestra de 414 adolescentes españoles. Los resultados indicaron que el consumo de tabaco se relacionó negativa y significativamente con autoestima familiar ($r = - .307, p < .001$) y autoestima escolar ($r = - 0.247, p < .001$). En el caso del consumo de alcohol se relacionó negativa y significativamente con autoestima familiar ($r = - .261, p < .001$), escolar ($r = - .272, p < .001$) y social ($r = .120, p < .05$). Por otra parte el consumo de marihuana

se relaciono de forma negativa con autoestima familiar ($r = -.348, p < .001$), escolar ($r = -.263, p < .001$) y social ($r = -.117, p < .05$), indicando que a mayor autoestima menor consumo de marihuana.

Craciun y Baban (2008) en su estudio realizado en 1562 adolescentes de Rumania, reportaron que el haber probado tabaco se relaciona con un nivel bajo de autoestima ($r = -.05, p < .05$).

Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008) en su estudio realizado en 134 estudiantes mexicanos de secundaria, reportaron que los estudiantes que nunca han consumido tabaco presentan un índice mayor de autoestima ($t = -2.54; p = .012$).

El estudio de Arillo, Thrasher, Rodriguez, Chávez, y Lazcano (2007) realizado en 12,293 estudiantes mexicanos de educación secundaria (12 a 15 años) describe que un bajo nivel de autoestima es un factor asociado a susceptibilidad del hábito tabáquico entre los hombres ($n = 5632, RM = 1.3, IC 95\%, 1.1 - 1.6$).

Martínez, Pedrao, Alonso, López y Oliva (2008) llevaron a cabo un estudio en 359 estudiantes mexicanos de educación secundaria. Entre sus hallazgos reportaron una relación negativa y significativa de cantidad de bebidas consumidas en un día típico y el autoestima ($r_s = -.23, p < .001$), así como de la cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico ($r_s = -.20, p < .001$).

Riquelme, Fraile y Carvahol (2005) relacionaron el nivel de autoestima de 303 escolares (11 y 12 años de edad) con el consumo de sustancias psicoactivas de parte de sus familiares. Los resultados mostraron que un nivel bajo de autoestima en los escolares se relaciona significativamente con el 9.27% del consumo positivo de sustancias en familiares ($p < .05$).

Martínez y Alonso (2003) analizaron la relación entre autoestima y consumo de tabaco, alcohol y marihuana. En una muestra de 243 estudiantes de primer grado ($n = 11.89\%$ años de edad) de Toledo. En sus resultados mostraron una relación significativa ($p < .05$) entre autoestima, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

Contreras, Luna y Arrieta (2008) compararon el nivel de autoestima en 46 adolescentes mexicanos, consumidores y no consumidores de alcohol y tabaco con una edad promedio de 15.19 años. Los resultados muestran que 65.2% de los adolescentes con consumo de alcohol y/o tabaco presentan bajo nivel de autoestima. Mientras que para el grupo de adolescentes sin consumo de alcohol y tabaco sólo el 4.4% presentó un nivel bajo de autoestima, las dos relaciones fueron significativas ($p < .001$).

Vasconcelos, Goncalves, Teixeira y Fernandes (2009) analizaron la relación entre múltiples dimensiones de autoestima (académico, físico, social) y el consumo de alcohol en una muestra de 642 estudiantes adolescentes entre 15 y 23 años de edad ($M = 16.9$ años) de una ciudad de Portugal. En los resultados describen una relación negativa y significativa entre consumo de alcohol y autoestima académico ($r = -.144, p < .01$) y social ($r = .081, p < .05$).

De los estudios analizados se confirma que la autoestima es una variable que se relaciona con el consumo de alcohol, tabaco y marihuana u otra droga. Las relaciones que se presentan entre estas variables es a mayor autoestima menor el consumo de drogas.

Asertividad.

Martínez y Alonso (2007) analizaron la relación entre asertividad y consumo de drogas en una muestra de 243 estudiantes de 12 años de edad pertenecientes a 4 colegios privados de Toledo. Los resultados mostraron que quienes fueron asertivos rechazaron la oferta de tabaco contra los que presentaron conducta no asertiva ($r = .13, p < .05$).

Nichols, Graber, Brooks y Botvin (2006) describen las estrategias asertivas generadas por mujeres adolescentes en una situación de fumar. Las estrategias que mostraron significancia fueron decir no o no gracias ($r = -.12, p < .05$), hacer una declaración en contra del tabaquismo ($r = -.12, p < .05$), y dar una excusa ($r = .13, p < .001$).

Feitosa, Matos, Del Prette Z y Del Prette A (2009) en su estudio sobre desempeño interpersonal en adolescentes portugueses ($n = 477$, edad 10 - 21, $M = 13.81$) compararon la asertividad entre hombres y mujeres en el que se reportó para los hombres ($n = 273$, $M = 13.14$, $DE = 3.35$) y para las mujeres ($n = 204$, $M = 12.96$, $DE = 2.12$).

Choque y Chirinos (2009) evaluaron las habilidades para la vida (asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones) en una muestra de 284 adolescentes escolares, entre 13 y 16 años de edad de Perú, bajo un diseño cuasi experimental con preprueba y posprueba, con grupo de control no equivalente. Los resultados indican diferencias significativas en ambos grupos en las habilidades de asertividad (para el grupo experimental $M = 3.3$, $DE = 1.1$; y para el grupo de comparación $M = 3.0$, $DE = 1.2$, $t = 2.3$, $p < .01$) y comunicación (grupo experimental $M = 3.5$, $DE = 1.2$; grupo de comparación $M = 3.2$, $DE = 1.2$, $t = 1.9$, $p < .04$).

Las investigaciones que abordan la variable asertividad la estudian como un estilo de comunicación efectiva. La evidencia muestra que las personas con características asertivas en su conducta no se involucran en la conducta adictiva.

Autoeficacia.

Olivari y Barra (2005) analizaron la relación entre autoeficacia y la conducta de fumar en 247 adolescentes de Chile. Al analizar por sexo se encontró que en las mujeres que fuman existe una relación significativa entre el consumo de cigarrillos y autoeficacia ($r = -.30$, $p < .01$). Por otra parte en comparación con los fumadores, los no fumadores presentan mayor nivel de autoeficacia ($M_{(fuma)} = 24.18$, $DE_{(fuma)} = 3.36$; $M_{(no\ fuma)} = 25.53$, $DE_{(no\ fuma)} = 2.56$, $t = -3.53$, $p < .01$).

Cortés, Schiaffino, Marti y Fernández (2004) trabajaron con 115 estudiantes adolescentes españoles, estos autores reportaron el autoeficacia como uno de los determinantes para el consumo de tabaco en usuarios experimentados [han comprado

tabaco para ellos ($OR = 15.94$, $IC\ 95\%$, 5.28 - 48.12), aceptarían un cigarro ofrecido por amigos ($OR = 10.13$, $IC95\%$, 4.32 - 23.74)] y en adolescentes fumadores [han comprado tabaco para ellos ($OR = 17.21$, $IC95\%$, 8.15 - 36.35), aceptarían un cigarro ofrecido por amigos ($OR = 7.73$, $IC95\%$, 8.15 - 33.63)].

En el estudio de Nebot, Tomás, Valmayor, López y Juárez (2004) con 729 (70% de la muestra inicial) estudiantes de secundaria de Barcelona, refiere como factor predictivo del inicio de consumo de tabaco una baja autoeficacia para resistir presiones hacia el consumo ($OR = .98$, $IC\ 95\%$, .96 - .99) en los adolescentes del sexo masculino ($n = 362$).

Engels, Hale, Noom y De Vries (2005) analizaron la asociación entre autoeficacia, autoestima y consumo de tabaco en 1861 estudiantes de secundaria. Los resultados muestran una asociación significativa entre autoeficacia y la conducta de fumar en hombres ($\beta = -.31$, $R^2 = .11$, $p < .001$) y mujeres ($\beta = -.27$, $R^2 = .09$, $p < .001$). Por otra parte el autoestima y la conducta de fumar sólo se presentó significativa para las mujeres ($\beta = -.12$, $R^2 = .11$, $p < .001$).

Galliher, Evans y Weiser (2007) en su estudio de predictores sociales e individuales para el uso de sustancias de abuso en adolescentes americanos nativos, reportaron una relación significativa entre autoeficacia y uso de drogas ($r = -.32$, $p < .01$).

Resiliencia.

García y Días (2007) analizaron la relación entre resiliencia y el consumo de drogas en un grupo de 215 adolescentes ($M = 16.13$, $DE = 1.039$) de educación secundaria en Portugal. Los resultados muestran una diferencia significativa entre resiliencia y el consumo de tabaco ($M = 2.13$ entre los individuos que han probado pero no fumaron en el último mes y $M = 1.89$ entre los que han probado y siguen fumando; $F = 3.075$, $p = .048$). En cuanto al consumo de alcohol y resiliencia se presentó una diferencia significativa ($M = 2.23$ en los individuos que prueban frente a $M = 1.98$ en los

que nunca prueban $t = - 2.730, p = .009$). Por otra parte el consumo de medicamentos y resiliencia presentó una diferencia significativa ($\beta = 2.13$ para los individuos que no consumen frente a $\beta = 2.56$ para los que han consumido medicamentos sin prescripción médica $t = - 3.431, p = .001$).

González, Valdez y Zavala (2008) identificaron los factores de resiliencia presentes en una muestra de 200 adolescentes mexicanos de entre 14 y 18 años de edad. Los resultados engloban la resiliencia en seis factores y se encontró diferencia de cada factor de acuerdo al sexo, para los hombres el único factor que mostro significancia estadística fue el de seguridad personal ($\beta = 7.09, DE = 3.15, t = 3.45, p < .001$), y en el caso de las mujeres fueron autoestima ($\beta = 7.66, DE = 2.48, t = 2.13, p < .034$), afiliación ($\beta = 8.71, DE = 1.84, t = 2.13, p < .034$), baja autoestima ($\beta = 7.33, DE = 3.04, t = 3.68, p < .001$), altruismo ($\beta = 8.78, DE = 1.72, t = 2.52, p < .012$), y familia ($\beta = 7.19, DE = 2.84, t = 3.15, p < .002$).

Ostaszewski y Zimmerman (2006) en sus resultados reportaron el efecto predictivo de la resiliencia en adolescentes de una ciudad de Michigan que consumen drogas (alcohol, tabaco y marihuana), estudió por 4 años con una tasa de participación al año de 73% ($n = 624$), y a los 4 años de 63% ($n = 531$) de la muestra original. Los resultados al primer año muestran que la resiliencia explica el 29.3% del uso drogas ($\beta = - 0.123, p < .01$) y este efecto se mantiene a los 4 años ($\beta = - .101, R^2 = .323, p < .05$).

Becoña, Míguez, López Vázquez y Lorenzo (2006) estudiaron la resiliencia en relación con el consumo de alcohol en una muestra de 1,144 participantes de Galicia entre 14 y 25 años de edad. Los resultados indican diferencia significativa ($F_{(4, 1140)} = 3.93, p < .01$) entre el estatus del consumo nunca ($\beta = 55.03, DE = 5.61$), pocas veces ($\beta = 54.98, DE = 5.78$), menos de una vez a la semana

($M = 52.95$, $DE = 6.17$), una o más veces a la semana ($M = 53.73$, $DE = 6.78$) a diario ($M = 52.83$, $DE = 7.74$) y la subescala aceptación de uno mismo y de la vida.

Córdoba, Andrade y Rodríguez (2005) compararon las características de resiliencia entre estudiantes de educación media ($n = 658$), abusadores o dependientes (32.8%) de drogas ilegales, usuarios ocasionales o experimentales (31.2%) y no usuarios (36.0%) con una edad promedio de 14.6 años. Los resultados mostraron que las variables que mejor distinguen a los no usuarios de los usuarios ocasionales y experimentales son apoyo del padre, sentido del humor, orientación al futuro y el grado escolar ($\chi^2 = 481.02$, $p < .001$). Las variables que mejor distinguen a los sujetos abusadores de los no usuarios son el uso de tabaco alguna vez en la vida, la orientación hacia el futuro, la ocupación, el control ante situaciones de riesgo, el grado escolar, el manejo del conflicto en las relaciones interpersonales, la aceptación por parte de la madre y la edad de inicio en uso de alcohol ($\eta^2 = .580$, $\chi^2 = 216.48$, $p < .001$).

De acuerdo con los resultados reportados en los estudios antes mencionados la persona cuya conducta predominan características resilientes no se involucra en la conducta adictiva.

Intervenciones.

La intervención educativa para decir no al uso de tabaco y alcohol [NTA], (Alonso et al., 2008) bajo un diseño cuasi experimental en series de tiempo con mediciones antes y después de la intervención, fue aplicada a 134 estudiantes (2 grupos) de primero de secundaria de 11 a 13 años de edad como grupo experimental y 104 estudiantes (2 grupos) como grupo control. Al final de la intervención disminuyó la proporción del consumo de tabaco y alcohol (privada de 3.4% a 0%, pública de 9.2% a 7.9%).

En cuanto a la variable de autoestima esta se incrementó posterior a la intervención tanto en la escuela privada

($t_{inicial} = 66.10$, $t = -.607$ a $t_{final} = 80.03$, $t = -9.30$), como pública

($t_{inicial} = 59.30$, $t = -.420$ a $t_{tratamiento} = 64.29$, $t = -.674$).

El incremento también se presentó en la variable de autoeficacia para resistir el consumo de tabaco y alcohol

(privada $Mdn_{basal} = 85.40$ a $Mdn_{final} = 91.6$; pública $Mdn_{basal} = 34.3$ a $Mdn_{final} = 60.4$).

La intervención NTA, se desarrollo bajo la perspectiva del modelo de adaptación a la adolescencia derivado del modelo de adaptación de Roy. Consiste en 12 sesiones distribuidas en una sesión por semana, cada una con 50 minutos de duración por un periodo de tres meses. Las sesiones fueron impartidas por 4 profesionales de enfermería. Entre los materiales se incluyó un manual del maestro y manual del estudiante. La intervención NTA favorece el desarrollo de habilidades sociales, como la autoestima, la asertividad, la resistencia y el cambio de percepciones del adolescente acerca de los efectos del consumo de alcohol y tabaco.

El programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas [PIBA] (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008), se fundamenta en la teoría de Aprendizaje Social, consta de cuatro sesiones semanales de forma individual, las principales estrategias utilizadas en las sesiones fueron técnicas de autocontrol y prevención de recaídas. El autoregistro se empleó para monitorear la ingesta de consumo de alcohol y el consumo de drogas durante el tratamiento.

El PIBA se implementó en escuelas de nivel medio superior, la entrega la realizaron cuatro terapeutas con estudios de posgrado en psicología. Esta intervención mide el patrón de consumo de los adolescentes, la autoeficacia y los problemas relacionados al consumo de alcohol y de otras drogas en un periodo de 180 días.

En una muestra no aleatoria, con un diseño de caso único con 25 replicas, los resultados del PIBA mostraron que es un programa efectivo en la reducción del patrón de consumo de alcohol ($t_{línea\ base} = 8.89$, $DE = 3.55$; $t_{tratamiento} = 4.46$, $DE = 3.27$;) y mariguana ($t_{línea\ base} = 18.23$, $DE = 16.62$; $t_{tratamiento} = 1.59$, $DE = 1.06$) y que el cambio

logrado se mantiene hasta 6 meses después de concluido el tratamiento

(Alcohol \bar{x} línea base = 8.89, DE = 3.55; seguimiento = 3.29 DE = 1.35) y marihuana

(\bar{x} línea base = 18.23, DE = 16.62; seguimiento = 1.59, DE = 1.06).

El programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media (Esparza & Pillon, 2004), se basa en el Modelo de Etapas Motivacionales de Componentes Múltiples y la Teoría del Aprendizaje Social. Esta intervención integra el componente de autoestima y asertividad como factores protectores para prevenir el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de secundaria que se encuentran en etapa de precontemplación. Consiste en 6 sesiones de frecuencia semanal con duración de una hora, las sesiones educativas se llevaron a cabo en las instalaciones de la institución educativa por un facilitador con estudios de posgrado en Enfermería previo entrenamiento, además se contó con el apoyo de un observador. El material desarrollado para la intervención incluyó bitácora de procedimientos para el facilitador y un manual para el participante, las estrategias didácticas aplicadas favorecen el objetivo de las sesiones de una manera dinámica, motivacional e interactiva así como las desinhibición grupal.

Al grupo control se le hizo entrega de un tríptico con información acerca de las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco.

Con un diseño cuasi experimental y muestreo aleatorio estratificado se seleccionaron 40 estudiantes para cada uno de los grupos, control y experimental, se cuidó el 10% de deserción. Los resultados reportaron un incremento significativo ($p < .001$) de autoestima (\bar{x} = 63.14_{basal} a \bar{x} = 84.38_{final}) y asertividad (\bar{x} _{basal} = 60.09 a \bar{x} _{final} = 81.26) al finalizar la intervención en el grupo experimental.

La intervención psicosocial sobre cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes (Moral, Rodríguez, Ovejero & Sirvent, 2009), es basada en un enfoque multidimensional de las actitudes, incluye cuatro grupos o modalidades de tratamiento: familiar, experto, informativo y sensibilización básica. Se emplean ocho

sesiones para el desarrollo de la intervención con una periodicidad de una por semana, con seguimiento a los dos y siete meses. Las actividades consisten en información sobre los mitos asociados al alcohol y la percepción del riesgo e ilusiones de invulnerabilidad de los usuarios, así como un entrenamiento de las habilidades sociales y de resistencia a la incitación grupal al consumo y otras actividades sensibilizadoras con discusiones grupales.

Además de estos contenidos en el grupo de intervención familiar se emplean testimonios reales de personas alcohólicas y se promueve una intervención paralela informativa con padres, en el grupo de experto las sesiones son impartidas por un especialista en adicciones, en el caso del grupo informativo las sesiones son impartidas por los profesores y en el grupo de sensibilización básica se incluyen sesiones de concientización sobre los riesgos inherentes al consumo dirigidas por un profesional en adicciones del equipo de investigación.

Para analizar el efecto preventivo de la intervención se utilizó un diseño cuasi experimental, se seleccionaron cuatro centros de enseñanza secundaria mediante un muestreo intencional ($N=755$), la muestra de intervención fue de 141 adolescentes seleccionados intencionalmente esta muestra se dividió en cinco grupos, cuatro de los cuales participaron como grupo experimental con asignación aleatoria a uno de las cuatro modalidades de intervención: familiar ($n = 31$), experto ($n = 30$), informativo ($n = 22$) y sensibilización básica ($n = 30$).

La evaluación de los resultados a los dos meses de terminar la intervención se confirmó la existencia de diferencias significativas en las actitudes globales hacia el alcohol en los 4 grupos experimentales: intervención familiar ($t = 4.022, p < .001$), experto ($t = 4.630, p < .001$) informativo ($t = 1.796, p < .10$) y el de sensibilización básica ($t = 1.470, p < .05$), estos resultados se mantuvieron a los 7 meses de la intervención para tres de cuatro condiciones de tratamiento: intervención familiar

($t = 2.404, p < .05$), experto ($t = 1.611, p < .05$) y el de sensibilización básica ($t = 2.345, p < .05$).

La intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior (Nuño, Álvarez & Madrigal, 2008), diseñada a partir de un diagnóstico previo y con un enfoque de tipo escolar ecológico, es dirigida a estudiantes fumadores, con participación de padres de familia y maestros de la escuela. Esta intervención tiene una duración de un semestre escolar.

La intervención con padres de familia se desarrolló en cinco sesiones, encaminadas a promover la abstinencia del consumo de tabaco en el hogar. Adicionalmente se entregó a cada padre de familia un folleto con información y orientaciones educativas en cada sesión. Por otra parte en la intervención con maestros se administraron cinco sesiones educativas con duración de una hora para capacitar como mediadores de la intervención, para el control de la calidad se elaboró un manual, el equipo capacitador se conformó por un psiquiatra, una doctora en psicología y un psicólogo especializado en adicciones.

En el caso de la intervención con estudiantes, los maestros mediadores administraron 4 sesiones mensuales con duración de 50 minutos, adicionalmente se entregaron materiales de difusión de mensajes antitabaco, proyección de una película o material educativo antitabaco para su discusión interactiva, canje de cigarrillos por goma de mascar por pares no fumadores. La intervención en la escuela consistió en exhibición de un cartel antitabaco ubicado en áreas públicas con cambio mensual de imagen, reforzamiento de las normas escolares con respecto a la prohibición de venta de cigarrillos dentro de sus instalaciones.

En la evaluación del efecto de la intervención participaron seiscientos veintiuno estudiantes en la evaluación basal, mientras que en la evaluación final fueron incluidos quinientos veinticuatro. La intervención tuvo un efecto significativo en la reducción de la proporción de fumadores leves

(de 34%, *IC* 95%, 31.2-38.7 a 16.7%, *IC* 95%, 13.6 - 20.0) así como un incremento del número de no fumadores (de 57.8%, *IC* 95%, 54.0 - 61.7 a 75.3%, *IC* 95%, 71.7 - 79.1). La proporción de fumadores moderados se modificó en menor grado (de 7.2%, *IC* 95%, 5.2 - 9.3 a 7.8%, *IC* 95%, 3.6 -10.2).

Brown et al. (2008) compararon el uso de dos condiciones de tratamiento (entrevistas motivacionales [EM] y consejería breve [CB]) para dejar de fumar en adolescentes hospitalizados en el área de psiquiatría. La EM consistió en dos sesiones individuales durante su hospitalización, además de materiales de autoayuda extensos y hasta 6 sesiones breves telefónicas para el paciente durante los siguientes 6 meses después de salir del hospital. La EM también involucró un componente de participación de los padres, el cual consistió de 4 sesiones de consejería telefónica en el mismo período. Los participantes de CB recibieron entre 5 y 10 minutos de consejería para dejar de fumar, realizada por uno de los investigadores además de recibir materiales de autoayuda limitados.

Ambas intervenciones fueron desarrolladas por psicólogos clínicos con estudios de doctorado y becarios de post-doctorado en psicología. Se elaboraron manuales para el terapeuta bajo la supervisión del autor principal. Ciento noventa y uno adolescentes (62.3% mujeres, \bar{x} = 15.4 años de edad) fueron asignados al azar a EM (n = 116) o CB (n = 75). Los pacientes fueron valorados al ingreso y a 1, 3, 6, 9 y 12 meses de seguimiento. El índice de uso de sustancia en EM durante el seguimiento aumentaron de 8.2% (DE = 18.5) hasta 15.4% (DE = 30.0) de días de uso de sustancias. Mientras que en la CB, los días de uso de sustancias aumentaron de 8.4% (DE = 20.8) hasta 21.4% (DE = 35.2).

Morgan, White y Young-Mun (2008) evaluaron el efecto de las infracciones por consumo de alcohol en el cambio de la forma de beber de estudiantes preuniversitarios, participaron 175 estudiantes (70% hombres) quienes reportaron su consumo de alcohol entre los 30 días antes de la infracción y los 30 días después de la evaluación, los

resultados presentan reducción en el consumo de alcohol para las tres medidas: concentración de alcohol en sangre (CAS), disminuyó de 0.11 ($DE = .10$) hasta .09 ($DE = .09$), bebidas totales disminuyó de 10.6 ($DE = 11.2$) hasta 9.0 ($DE = 11.3$) y frecuencia de uso de alcohol disminuyó de 1.9 ($DE = 1.0$) hasta 1.5 ($DE = 1.1$).

Martin y Copeland (2007) evaluaron la eficacia de una terapia breve de aumento de motivación para reducir el uso de cannabis entre usuarios adolescentes en un estudio controlado aleatorizado. La intervención, descrita en un manual, consiste en dos sesiones con periodicidad de una por semana, tienen un enfoque de no juzgar, énfasis en el compromiso y la aceptación para promover el espíritu de colaboración.

Con la participación de 40 adolescentes (14 a 19 años de edad) distribuidos en igual proporción a una de las dos condiciones (grupo control o intervención breve) por medio de secuencias de tarjetas etiquetadas que se encontraban en sobres opacos sellados, preparados por un investigador independiente, y abierto en presencia del participante. La secuencia al azar se generó en una computadora por un generador de números al azar.

Las medidas de resultados fueron cambios en los días de uso de cannabis, cantidad promedio de cannabis utilizada semanalmente y número de síntomas reportados en el Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorderds (DSM IV). El seguimiento se realizó a tres meses en el 80% de los participantes. El número de días de uso de cannabis disminuyó de un promedio de 64.7 ($DE = 29.4$) hasta 54.4 ($DE = 33.2$). De forma similar la cantidad promedio de cannabis utilizada por semana disminuyo de 88.7 ($DE = 95.4$) hasta 67.2 ($DE = 76.6$), asimismo se encontró una disminución en el numero de síntomas de dependencia reportados de 5.3 ($DE = 1.8$) a 4 ($DE = 2.4$).

Srisuraponont, Sombatmai y Boripuntakul (2006) evaluaron el efecto de dos intervenciones (Intervención breve [BI] y Psicoeducativo [PE]), en 48 estudiantes adolescentes (14 a 19 años de edad) que cumplieron criterios de uso o dependencia de metanfetaminas (MA) en base al DSM IV, los participantes fueron asignados

aleatoriamente al grupo de BI ($n = 24$) o PE ($n = 24$), a quienes se les dio seguimiento a las 8 semanas. Las variables resultado fueron disminución del número de días (por semana) de uso de MA y disminución del número de tabletas usadas de MA (por día cuando la usan).

Cada participante de la BI recibió, dos veces por semana, 20 minutos de consejería durante dos semanas. Los componentes de esta intervención fueron: 1) retroalimentación de los resultados de la evaluación inicial, 2) recomendación para el cambio, 3) negociación de metas y estrategias para el cambio, 4) Seguimiento del tratamiento. Por otra parte los participantes del PE recibieron 15 minutos de sesión informativa sobre los efectos farmacológicos y consecuencias de las MA.

Los resultados a las ocho semanas indicaron que los días de uso de MA disminuyeron significativamente para ambos grupos BI

($_{base} = 2.15$ a $_{final} = .34$, $t = 6.21$, $p < .001$) y PE

($_{base} = 1.71$ a $_{final} = .62$, $t = 4.09$, $p < .001$) de forma similar para el número de tabletas usadas BI ($_{base} = 1.79$ a $_{final} = .19$, $t = 5.75$, $p < .001$) y PE

($_{base} = 1.42$ a $_{final} = .47$, $t = 4.46$, $p < .001$).

Ellickson, McCaffrey, Ghosh (2003) evaluaron la efectividad del proyecto ALERT para reducir el inicio del uso de cigarro y marihuana en 4276 estudiantes de 12 a 14 años de edad, al 91.2% de la muestra se les dio seguimiento por 18 meses. La intervención se basa en el modelo de creencias en salud, la teoría de Aprendizaje Social y la teoría de Autoeficacia, consiste en 11 sesiones mediante técnicas interactivas y actividades en grupos pequeños. El enfoque de la intervención es ayudar a los adolescentes a resistir la presión para el consumo de drogas, cambiar sus creencias sobre el uso de drogas y comprender las consecuencias de usar drogas. Las variables resultado son el uso de alcohol, cigarro o marihuana. La intervención reduce la proporción de nuevos usuarios de cigarro y marihuana (cigarros 25.5% con ALERT y 31.6% con

control, $p < .01$; marihuana 13% con ALERT y 17% con control; $p < .01$) y por otra parte reduce la proporción de quienes han usado cigarros ($p < .01$).

Síntesis de estudios relacionados.

En síntesis los estudios relacionados entre el consumo de drogas y las variables autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia indica que se relacionan entre sí. Los adolescentes que poseen rasgos de autoestima positiva, conducta asertiva, creencias de alta autoeficacia percibida y recursos resilientes tienen mayor probabilidad de rechazar la oferta del consumo de drogas. Los resultados muestran que a menor índice de autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia mayor es el consumo de drogas.

Las características de las intervenciones revisadas que han mostrado efecto positivo son: dosis entre 5 y 12 sesiones con duración de 50 a 60 minutos con una periodicidad semanal, el seguimiento es entre 1, 2, 4, 6, 7 o 18 meses, cuentan con un fundamento teórico, la entrega de la intervención ha sido por profesionales del área de la salud (Psicología, Psiquiatría y Enfermería) previo entrenamiento, el currículo de la intervención se encuentra en un manual tanto para el facilitador como para el participante.

De acuerdo a lo anterior se planteo como objetivo general e hipótesis:

Objetivo

Verificar la efectividad de una intervención breve para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes.

Hipótesis

1. El incremento del puntaje de autoestima en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.
2. El incremento del índice de asertividad en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.
3. El incremento del índice de autoeficacia de resistencia en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.

4. El incremento del índice de resiliencia en el seguimiento de tres meses será mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.
5. En el seguimiento de tres meses el consumo de tabaco (cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico), alcohol (cantidad de bebidas estándar consumidas en un día típico) y marihuana (cantidad consumida en un día típico) serán menores en el grupo experimental que en el grupo control.

Definición de Términos

Se presentan los términos de las variables del estudio, así como la estructura teórica conceptual empírica (figura 2)

Autoestima: conjunto de sentimientos de valía y capacidad personal en un tiempo dado, desde su percepción positiva y negativa. Se operacionalizó a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).

Asertividad: es la capacidad que tiene el adolescente para decir no al consumo de drogas en tres dimensiones conducta deficitaria, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia. Se operacionalizó mediante el Cuestionario de Asertividad de Rathus (1973).

Autoeficacia: la autoeficacia percibida en su categoría de resistencia, es 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. Se operacionalizó a través del Cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Graham (1978).

Resiliencia: es la habilidad de afrontar el consumo de drogas exitosamente, desde las dimensiones competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida. 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. Se operacionalizó mediante la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993).

Figura 2. Estructura teórica conceptual empírica

Teórica	Autoestima	Asertividad	Autoeficacia	Resiliencia	Consumo de drogas
	Se refiere a la evaluación de sí que una persona hace y mantiene. Incluye actitudes de aprobación o desaprobación y el grado en que una persona se siente valiosa, capaz, significativa y efectiva	Es un estilo de comunicación efectiva y satisfactoria.	Son las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras	Es 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	Ingesta de sustancias psicoactivas que producen dependencia.
Conceptual	Sentimientos de capacidad personal y de valía personal	Capacidad para decir no al consumo de drogas	Capacidad para evitar el consumo de drogas previo a la iniciación del hábito	Capacidad de afrontar el consumo de drogas exitosamente	Cantidad de bebidas estándar o cigarrillos en un día típico.
Indicador empírico	Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).	Cuestionario de Asertividad de Rathus (RAS, 1973).	Escala de Autoeficacia para resistir el consumo de drogas (Annis & Graham, 1978).	Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993).	Prevalencia global Prevalencia lápsica Prevalencia actual

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se especifica el diseño seleccionado, la población, muestreo y muestra, criterios de elección, mediciones e instrumentos, procedimiento de recolección de información, resumen de la intervención, además de las consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue cuasi experimental (Burns & Grove, 2001). En la tabla 1 se presenta el diseño y mediciones. La variable independiente fue el tratamiento que consistió en una intervención de 12 semanas de duración. La variable dependiente, resultado, fue el efecto de la intervención para su medición se consideró la disminución del consumo de alcohol, tabaco y marihuana. El grupo de comparación recibió una intervención informativa sobre valores y noviazgo.

Tabla 1

Diseño cuasiexperimental dos grupos, dos mediciones

Grupo/Tiempo	Tiempo		
	Semana 0	Semana 1-12	Semana 26
Intervención	O ₁	X	O ₂
Comparación	O ₁	W	O ₂

Nota: X=Intervención grupo experimental; O=Observaciones; W=intervención grupo de comparación

Población, Muestreo y Muestra

La población meta estuvo conformada por 14 escuelas de nivel secundaria con 333 adolescentes de 11 a 15 años residentes del área rural del municipio de Jerécuaro Guanajuato, situado al Norte, con el municipio de Apaseo el Alto; al Noroeste, con el estado de Querétaro; al Este con el municipio de Coroneo; al Sureste, con el Estado de

Michoacán; al Sur con el municipio de Tarandacuao; al Suroeste, con el municipio de Acámbaro y al oeste, con el municipio de Tarimoro.

El municipio cuenta con una población de 46,137 habitantes de estrato socioeconómico bajo, distribuidos en más de 14 localidades, la mayoría de los caminos para acceder a estas son terracerías. Las actividades laborales de la población son la siembra de lenteja, maíz y garbanzo así como la cría de ganado ovino y caprino, donde los adolescentes apoyan a su familia por lo que algunos de ellos deben laborar y estudiar. Para adquirir los productos las familias deben trasladarse a la cabecera municipal una o dos veces por mes. La alimentación incluye derivados de lácteos, maíz, frijoles, lenteja, garbanzo y huevo.

La estructura familiar es extendida incluye entre seis y ocho miembros, el adolescente convive con los abuelos paternos o maternos y tíos mismos que se hacen responsables de su educación debido a que los padres han emigrado a Norte América.

El municipio cuenta con 14 escuelas secundarias rurales de gobierno dando oportunidad de acceder a los adolescentes a estudios de secundaria, para algunos de ellos representa el último grado de estudios porque la mayoría de la población joven y adulta emigra a los Estados Unidos de Norteamérica. No todos los integrantes de las familias han tenido acceso a la educación básica, la mayoría sabe leer y escribir, esto limita a los adolescentes cuando necesitan el apoyo para hacer tarea en el hogar. El medio de transporte para llegar a la escuela secundaria es caminando hasta una hora, otros lo hacen por vehículo público mismo que llega a la comunidad a una determinada hora, por lo que el estudiante debe salir con dos horas de anticipación de la escuela para no perder el camión.

Los participantes cursaban el primer año de sus estudios de nivel secundaria en la zona escolar 541. Se seleccionó esta población porque en el plan de estudios se observa que a partir del segundo año se incorpora la materia de educación cívica y ética, la cual incluye contenido sobre adicciones.

El diseño de muestreo fue por conglomerados unietápico en el que la escuela formó el conglomerado. Se realizó un análisis de poder estadístico aplicando la metodología y definiciones sobre el tamaño de efecto de Cohen (1983), el tamaño de muestra se calculó por medio del software *n* Query Advisor 4.0 (Elashof, Dixon, Crede & Futheringham, 2000) para una prueba de diferencias de medias, con nivel de significancia de 0.05, un poder de 90% y un tamaño de efecto 0.50, considerando una deserción estimada del 10% y un efecto de diseño de 1.1. Se obtuvo una muestra de 161 adolescentes para el grupo de comparación y 172 para el grupo de intervención que participaron en el presente estudio.

Criterios de Elección

Se incluyeron en este estudio adolescentes que en la prueba de tamizaje no obtuvieron síntomas de dependencia a alguna droga.

Mediciones e Instrumentos

Se llevaron a cabo mediciones de lápiz y papel así mismo de tipo químico. La descripción de instrumentos se presenta en tres categorías de variables: inclusión, predictivas y de resultados

Variables de inclusión.

En este estudio se consideró como variable de inclusión el nivel de consumo de drogas el cual fue medido por medio de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes, el dato se incluye en el historial de consumo de drogas (Apéndice A).

Variables predictivas.

Se consideraron variables predictivas el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia, así como la participación en la intervención breve. Estas variables fueron medidas a través de instrumentos de lápiz y papel, en seguida se describen las cuatro escalas utilizadas. Como parte del estudio se considero necesario metodológicamente verificar si las dimensiones de los conceptos utilizados se identificaban empíricamente

en las escalas de medición por lo que se realizó un análisis de factores por componentes principales y rotación varimax.

Escala de Autoestima.

El autoestima (Apéndice B) se midió a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), el instrumento evalúa la percepción positiva o negativa que el adolescente tiene de sí mismo. La escala consta de 10 reactivos. Ejemplo de reactivo Siento que tengo muchas cualidades. Las opciones de respuesta corresponden a una escala de Guttman con cuatro categorías de respuestas que van desde 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = desacuerdo, 3 = acuerdo a 4 = totalmente de acuerdo, con un rango de puntaje de 10 – 40, en donde a mayor puntaje, indica más alta autoestima. Esta escala reportó en población anglosajona un Alpha de Cronbach de 0.92, un coeficiente de estabilidad de 0.72 (Silber & Tipper, 1965). La escala de autoestima ha sido aplicada en grupos de adolescentes y en población mexicana con una consistencia interna aceptable (Armendáriz, Rodríguez & Guzmán, 2008; Martínez Pedrao, Alonso, López & Oliva, 2008).

Cuestionario de Asertividad.

El cuestionario de asertividad de Rathus (1973), tiene como objetivo evaluar el comportamiento social autoafirmativo del adolescente, incluye conductas relacionadas con la expresión de opiniones, peticiones o negaciones a determinadas situaciones sociales. Contiene 30 preguntas de respuesta dicotómica de falso y verdadero. Ejemplo de reactivo en realidad la gente se aprovecha con frecuencia de mí. El KR20 varía entre 0.73 y 0.86 en distintas poblaciones latinas como Colombia y Brasil (Salaberría & Echeburúa, 1995; Lodoño & Valencia, 2008; Pasqualli, 1990).

En México se ha aplicado el cuestionario en población adolescente y los resultados han mostrado consistencia interna aceptable (Esparza & Pillon, 2004). Dado que este instrumento mide la asertividad en forma general, para el presente estudio se realizó una adecuación enfatizando el consumo de alcohol, tabaco y marihuana

obteniéndose 29 reactivos. Después de adaptar el cuestionario este se sometió a validez de contenido con grupo de cuatro expertos, quienes analizaron la base conceptual, el instrumento de Rathus (1973) y las adecuaciones a las preguntas dando énfasis al consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Después de realizado el análisis de los expertos, las sugerencias y cambios fueron analizados por la autora principal del estudio revisando consistencias y diferencias entre las sugerencias de cambio por medio de matrices. Posteriormente el instrumento fue piloteado en una muestra de 40 adolescentes obteniendo una consistencia interna aceptable. Antes de aplicar la intervención se obtuvo nuevamente el Alpha de Cronbach y el Análisis de factores para verificar las dimensiones de la asertividad.

El cuestionario original tiene opciones de respuesta dicotómica y también fue adecuado a una escala de Guttman con cuatro categorías de respuestas que van desde 1 = totalmente de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo 4 = totalmente en desacuerdo, con un rango de puntaje de 29 – 116, en donde a mayor puntaje, indica más alta asertividad. (Apéndice C).

Cuestionario de Confianza Situacional.

El cuestionario de confianza situacional (Annis & Graham, 1987), evalúa la capacidad del adolescente para resistir el consumo de drogas en situaciones riesgosas (Apéndice D). El cuestionario está integrado por 39 reactivos que tienen un patrón de respuesta que va desde 1 = seguro que no podría, 2 = no podría, 3 = a veces no podría, 4 = a veces sí podría, 5 = sí podría, y 6 = seguro que sí podría, con un rango de puntaje de 39 a 234, en donde a mayor puntaje indica mayor confianza de resistir el consumo de drogas. La escala tiene dos subescalas; la intrapersonal, en la cual el consumo de drogas involucra una respuesta a un evento que es primariamente de naturaleza psicológica o física.

La subescala intrapersonal se subdivide en cinco categorías: estados emocionales negativos (1 - 3), estados físicos negativos (7 - 13), estados emocionales positivos (17 - 23), prueba de control personal (27 - 33) y los impulsos y tentaciones (36 - 39).

La segunda subescala es la interpersonal, en la cual se involucra una influencia significativa por parte de otra persona; esta subescala se subdivide en tres categorías: problemas sociales en la escuela (4 - 6), presión social para el consumo de drogas (14 - 16) y situaciones sociales positivas (24 - 26 y 34 - 35). El instrumento se ha aplicado en población mexicana obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.96 y 0.97 (Alonso et al., 2008; Martínez Pedrao, Alonso, López & Oliva, 2008).

Escala de Resiliencia.

La escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993), la escala evalúa la competencia personal y de aceptación de sí mismo y de su vida. La escala se conforma por 25 reactivos con escala tipo likert que va desde 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 rango de 25 – 175, donde a mayor puntaje, indica alta resiliencia. La escala está compuesta por dos dimensiones (subescalas) competencia personal, consiste en 17 reactivos (1,2,3,4,5,6 9,10,13,14,15,17,18,19,20,23,24) y la subescala aceptación , de sí mismo y la vida, compuesta por 8 reactivos (7,8,11,12,16,21,22,25). Los autores Heilemann, Lee y Kury (2003), realizaron la traducción a población mexicana en la que citan un alpha de 0.92 de coeficiente de confiabilidad (Apéndice E).

Dado que este instrumento mide la resiliencia en forma general, para el presente estudio se realizó una adecuación enfatizando el consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Después de adaptar el cuestionario este se sometió a validez de contenido con grupo de cuatro expertos, quienes analizaron la base conceptual, el instrumento de Wagnild y Young (1993) y las adecuaciones a las preguntas dando énfasis al consumo

de alcohol, tabaco y marihuana. Después de realizado el análisis de los expertos, las sugerencias y cambios fueron analizados por la autora principal del estudio, revisando consistencias y diferencias entre las sugerencias de cambio por medio de matrices. Posteriormente el instrumento fue piloteado en una muestra de 40 adolescentes obteniendo una consistencia interna aceptable. Antes de aplicar la intervención se obtuvo nuevamente el Alpha de Cronbach y el Análisis de factores para verificar las dimensiones de la asertividad.

Variables control o intervinientes.

La variable sexo fue considerada interviniente debido a que en la literatura muestra que esta variable influye en el consumo de drogas y puede influir en la variable resultado del efecto de la intervención.

Variable resultado.

La variable resultado en este estudio fue la abstinencia y/o reducción del consumo de drogas y se midió por prevalencias de consumo y una prueba química de antidoping en orina, se utilizó la prueba de detección de drogas en orina Instan-View™ que detecta cualitativamente el consumo de 3 drogas (Anfetamina, Marihuana y Cocaína) simultáneamente en cinco minutos después de haber sido activada, los resultados pueden ser negativo, positivo o inválido, de acuerdo a los niveles de detección especificados por SAMHSA (Substance Abuse Mental Health Services Administration).

La prueba es fabricada en E.U.A. certificada por la FDA (U.S. Federal Food and Drug Administration), y la Secretaría de Salud de México; tienen un 99.7% de efectividad. La ventana de detección en orina para anfetaminas es de 2 a 4 días, marihuana de 1 - 10 días (1 a 3 días si el consumo es una vez y hasta 60 días si se ha fumado diariamente por los últimos 2 años) y cocaína 2 a 5 días.

Los reactivos no son considerados residuos peligrosos por lo que se desecharon en la basura común.

Procedimiento de Recolección de Información

En primer lugar se conto con la aprobación de la Comisión de Investigación y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se obtuvo la autorización de la Supervisión de Zona Escolar 541 de la Coordinación de Educación Telesecundaria en el Estado de Guanajuato. Se tuvo una reunión con los directores de las escuelas participantes en la que se les explicó el proyecto y se pidió su apoyo para convocar a los padres de familia a una reunión para exposición del objetivo del proyecto, lectura, explicación del consentimiento informado (Apéndice F) y aseguramiento del anonimato y confidencialidad de la información, después de su aceptación se procedió a programar las fechas de aplicación de instrumentos, antidoping e inicio de la intervención con las autoridades de cada escuela. Previo al levantamiento de los datos se obtuvo el asentimiento de cada uno los participantes (Apéndice G). La aplicación de los instrumentos inicio con la entrega de un sobre amarillo a cada participante con un código de identificación el cual incluyó una cedula de datos personales, historial de consumo de drogas, las escalas de autoestima, autoeficacia, asertividad y resiliencia, estos instrumentos fueron autoaplicados.

Durante la aplicación de los instrumentos se dieron pausas para hacer ejercicios de gimnasia cerebral y disminuir el efecto de cansancio de los participantes. La prueba antidoping se realizó el mismo día de las pruebas de lápiz y papel a cada participante se le proporcionó un vaso contenedor con un código de identificación y se le dio las especificaciones para coleccionar la muestra de orina, el profesor del grupo y una enfermera supervisaron a los participantes durante la colecta de orina, para asegurar que la muestra correspondiera al sujeto, posterior a esto las muestras se trasladaban a un cubículo acondicionado ex profeso para la detección de tres drogas anfetaminas, marihuana y cocaína.

Es importante señalar que antes de iniciar la recolección de datos se realizó una prueba piloto con 100 adolescentes de las mismas edades de la muestra definitiva. A fin

de de probar la aplicación de instrumentos para: (a) identificar componentes de los instrumentos que resulten difíciles de leer o comprender a los adolescentes, (b) determinar si la secuencia de aplicación de los instrumentos es eficaz y fluida, (c) establecer los requisitos de capacitación para los asistentes de investigación que coleccionará los datos y (d) determinar si las mediciones proporcionan datos suficientemente variados. Además de (e) obtener la confiabilidad de los mismos.

Resumen de la Intervención

La intervención breve se diseñó para que los estudiantes fuesen capaces de describir las etapas de las adicciones y enfermedades, las consecuencias y predominio de las adicciones entre los iguales, demuestren comunicación afectiva (asertividad), habilidades de rechazo (autoeficacia de resistencia) y habilidades cognitivas de enfrentamiento (resiliencia) e identifiquen métodos para fortalecer su autoestima. Para verificar su efectividad se desarrolló un diseño cuasi experimental (grupo control y grupo de comparación).

El tratamiento fue la intervención breve, en el grupo de comparación se impartieron 2 sesiones informativas sobre valores y noviazgo, la entrega del currículo estuvo a cargo de 4 facilitadores y se realizaron en 12 sesiones una por semana, cada una de una hora de duración, en un periodo de 12 semanas.

El protocolo de intervención (Apéndice H) abordó el consumo de drogas desde una perspectiva de factores protectores. Tiene dos componentes: educativo y psicológico, el nivel en el que opera cada uno de los componentes es cognitivo y conductual respectivamente. El resultado que se pretende es la abstinencia y/o reducción del consumo de drogas. El componente educativo gira en torno a las sesiones que prevén información sobre objetivos y alcance de la intervención (sesión 1) así como entender el curso y las consecuencias del uso de drogas (sesión 2) además de conocer la forma en que los medios presentan imágenes sociales que influyen en la persona para el uso de drogas (sesión 9).

El componente psicológico está representado por las actividades o ejercicios orientados a promover un incremento en los niveles de autoestima (sesión 3 y 5), autoeficacia de resistencia (sesión 4 y 8), asertividad (sesión 6 y 7) y resiliencia (sesión 11 y 12), para favorecer una conducta de abstinencia o de reducción del consumo de drogas en el adolescente.

Selección y entrenamiento de los facilitadores.

Con la finalidad de garantizar la fidelidad de la intervención, el apego al protocolo, y la comprensión del mismo (Sidane & Braden, 1998), el equipo de intervención recibió entrenamiento por 1 semana. El reclutamiento y selección de los facilitadores se llevó a cabo dos semana antes de la intervención, bajo la responsabilidad de la investigadora principal. Dadas las características de la intervención se estableció como criterio mínimo necesario: 1) tener habilidad para comunicación con los adolescentes, 2) tener experiencia en manejo de grupo y 3) tener capacidad para seguir direcciones.

La difusión de los puestos de facilitadores se hizo mediante contacto personal; los interesados llenaron un cuestionario por medio del cual se identificaron los aspirantes con el mejor perfil. Posterior a esto se realizó una entrevista a fin de explicar las responsabilidades y compromisos que se adquieren al ser facilitador, enfatizar la disponibilidad de tiempo para el entrenamiento y de la necesidad del estricto apego al currículo.

Como se mencionó los facilitadores se entrenaron por 1 semana para desarrollar la intervención de este estudio, el entrenamiento de los facilitadores incluyó los objetivos y contenidos de la intervención, así como, la importancia de su papel como facilitador. El objetivo del entrenamiento fue desarrollar su habilidad como facilitador (Apéndice I).

Un supervisor monitoreó las sesiones sin obstruir la dinámica de las mismas. Al final de cada sesión, los facilitadores llenaron un cuestionario donde reportaron como se

desarrolló la sesión, problemas con la implementación e identificación del apego a las actividades del currículo descritas en el manual (Apéndice J).

Minimización de amenazas a la investigación.

A fin de minimizar las amenazas a la validez interna de la investigación se plantearon las siguientes estrategias: 1) Con el fin de no intervenir de forma directa en el proceso de intervención y con ello evitar la posibilidad de amenaza de compensación de tratamientos (Burns & Grove, 2009), el papel de la investigadora principal se enfocó a proporcionar las orientaciones generales a los participantes de cada tratamiento, entrenar al equipo de intervención, así como supervisar el desarrollo y entrega del protocolo de intervención de cada uno de los grupos. 2) en el caso de la protocolización y estandarización de la intervención se implementó por medio de un manual que fue guía para el desarrollo de la entrega del currículo (Sidane & Braden, 1998). El manual contiene fundamentos de la intervención así como la descripción de su organización y objetivo de la intervención. Además de la descripción de sesiones, estrategias educativas y el programa a ser entregado. El programa se organiza por sesiones, cada una contiene objetivo, tiempo requerido, materiales, estrategias a desarrollar en cada una de las actividades de las doce sesiones. Así mismo se contó con un manual para el participante que incluye las actividades a desarrollar a lo largo de las sesiones. Los materiales que fueron usados para la enseñanza son una adaptación de los materiales del paquete establecido por “NTA/ No al consumo de Tabaco y Alcohol” del Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN/UANL), el componente de tabaco fue adaptado del proyecto “Toward not Tobacco use Institute for Health Promotion and Disease Prevention Research University of Southern California y el componente de alcohol fue diseñado por el Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones (FAEN/UANL), a partir de intervenciones previas.

El entrenamiento se llevó por separado para facilitadores del grupo de comparación y de intervención con el objetivo de no contaminar los tratamientos. Los sujetos fueron seleccionados de manera estricta en base al criterio de inclusión para asegurar la homogeneidad de los grupos.

Criterios de evaluación para la fidelidad de la intervención.

La fidelidad de la intervención fue evaluada previa a la entrega, durante la entrega y posterior a la entrega (Sidane & Braden, 1998). Los criterios considerados fueron una prueba pre y post al entrenamiento de los facilitadores en la que se valoró los conocimientos, habilidades y actitudes respecto a la conducta de consumo de drogas.

Para la entrega de la intervención, los criterios fueron un diagrama de flujo de día, en la que los facilitadores y entrenadora dieron seguimiento del proceso de entrega de la intervención. Adicionalmente se contó con una lista de cotejo de actividades y tiempo de cada sesión con el propósito de monitorizar el apego de los facilitadores al currículo.

Al terminar la sesión los facilitadores respondieron un cuestionario para indagar el grado de cumplimiento de las actividades planeadas, el control del grupo, el respeto entre los participantes y control del tiempo asignado a cada actividad.

Consideraciones Éticas

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 [SSA], 1987). Se tomó en cuenta para la realización del estudio lo establecido en el Capítulo I, artículo 13; se respetó la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los participantes en el estudio, cuidando en todo momento tener un trato respetuoso y cordial, además de asegurar que los contenidos de la intervención no les produzcan ninguna molestia, Artículo 14 fracciones VII y VIII y el Artículo 22 se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la

Universidad Autónoma de Nuevo León y según el Artículo 29 se contó con la autorización de las autoridades de las instituciones educativas seleccionadas.

Se tomó en cuenta lo establecido en el Título II de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos ya que se realizó un estudio cuasi-experimental; y de acuerdo al Artículo 17 se considero esta investigación de riesgo mínimo por lo tanto se estuvo atento a la presencia de alguna molestia emocional previendo para estos casos la suspensión y la reprogramación en caso de que el adolescente acepte, condiciones que no se presentaron.

Del Artículo 21, fracciones I, VI, VII y VIII, el participante recibió una explicación clara y completa del propósito del estudio, se les garantizó que recibieran información a cualquier duda que tuvieron y tenían la libertad de retirarse en cualquier momento sin ninguna repercusión en su actividad escolar (Artículo 20), se les aseguró que no se identificaron a los participantes y se mantuvo la confidencialidad de la información que se proporcionó.

En relación al Artículo 36, se contó con el consentimiento informado de uno de los padres o tutores, como representante de los participantes por tratarse de una investigación en menores de edad, además del asentimiento informado por parte del adolescente.

Se cumplió con el artículo 16 referente a la protección de la privacidad y confidencialidad del estudiante, los autores resguardaron los cuestionarios, los cuales serán destruidos en un año después de haber concluido la intervención.

Análisis de Datos

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 de cada uno de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Posterior a ello se realizó el análisis de factores con la finalidad de identificar dimensiones subyacentes en común. Así mismo se obtuvieron frecuencias, proporciones y porcentajes para las variables categóricas. Para las variables

numéricas se obtuvieron medidas de ubicación, tendencia central y variabilidad. 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, encontrándose significancia en las variables respuesta ($p < .01$), por lo cual se decidió el uso de pruebas no paramétricas o de libre distribución. Para las hipótesis uno, dos, tres y cuatro, se construyeron índices y se efectuaron contrastes de hipótesis con la prueba de Friedman y Wilcoxon, en la hipótesis cinco se efectuó contrastes de hipótesis con la prueba U de Mann-Whitney. Y para el objetivo general se realizó la estadística inferencial a través del Análisis de Covarianza (ANCOVA).

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación agrupados según el tipo de variable. En primera instancia se presenta la confiabilidad de los instrumentos y análisis de factores seguido de la descripción de las características sociodemográficas de la muestra y el reporte de los resultados de las pruebas de distribución de las variables y finalmente los resultados por objetivos e hipótesis.

Confiabilidad de los Instrumentos

La prueba de confiabilidad interna de los instrumentos utilizados en este estudio se estableció por medio del valor del coeficiente de Alpha de Cronbach. En la tabla 2 se muestra que los instrumentos utilizados en el estudio mostraron consistencia interna aceptable de .64 a .99 (Polit & Beck, 2008), excepto el Cuestionario de Asertividad.

Tabla 2

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach	
		Basal	Seguimiento
Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)	1-10	.64	.74
Cuestionario de Asertividad (Rathus, 1973)	1-29	.59	.64
Cuestionario de Autoeficacia (Annis & Graham, 1987)	1-39	.99	.99
Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993)	1-25	.98	.96

Nota: n = 333

Análisis de Factores

El análisis de factores tuvo como objetivo identificar dimensiones subyacentes en común a fin de 1) reducir el número de variables, 2) resumir información y 3) generar puntuaciones compuestas. Previo al análisis de factores se asumen los supuestos de

normalidad, homocedasticidad y linealidad, tamaño de muestra mayor a 50, mínimo de 5 observaciones por cada variable observada y correlaciones mayores a .30.

Se realizó análisis de factores por ejes principales con rotación por el método ortogonal que permite interpretar la varianza total explicada y análisis de factores confirmatorio por máxima verosimilitud desde la matriz de correlaciones, dejando los residuos independientes y los factores relacionados. El nivel de significación de las pruebas de contraste se fijó en .05. En el análisis factorial se consideran significativas a las saturaciones iguales o mayores a .40.

En cada análisis se obtuvo las pruebas de KMO y Bartlett, el estudio de la matriz identidad y la matriz de correlaciones y su significación, estos resultados fueron satisfactorios en los cuatro instrumentos. El orden en que se presentan los resultados de dicho análisis, es en primer lugar la medición basal y en el seguimiento de tres meses de los cuatro instrumentos (autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia) considerando el total de la muestra, así como por grupo control e intervención. En segundo lugar se presenta un resumen del análisis de factores de cada uno de los instrumentos (autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia).

Los resultados de la tabla 3 muestran dos factores que explican el 44.9% de la varianza. El primer factor agrupa las variables yo tengo un buen número de cualidades (2), soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela (1), tengo una actitud positiva de mi mismo (6), estoy satisfecho conmigo mismo(7), soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros (4). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva (alta).

El segundo factor se compone de las variables desearía tener más respeto por mí mismo (8), algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros (10), algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela (9), no tengo mucho de que sentirme orgulloso (5), tengo una actitud negativa de mi mismo (3). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva negativa (baja).

Tabla 3

Análisis Factorial: Escala de Autoestima medición basal

Item	Variabes	F 1	F 2
2	Yo tengo un buen número de cualidades	.680	
1	Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela.	.669	
6	Tengo una actitud positiva de mi mismo	.630	
7	Estoy satisfecho conmigo mismo	.618	
4	Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros	.587	
8	Desearía tener más respeto por mi mismo		.360
10	Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros		.743
9	Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela		.740
5	No tengo mucho de que sentirme orgulloso		.703
3	Tengo una actitud negativa de mi mismo		.622
	% varianza	22.65	22.24
	% acumulado	22.65	44.9

Nota: n = 333

Tabla 4

Análisis Factorial: Escala de Autoestima medición seguimiento

Item	Variable	F 1	F 2
2	Yo tengo un buen número de cualidades	.749	
7	Estoy satisfecho conmigo mismo	.724	
6	Tengo actitud positiva de mi mismo	.721	
5	Tengo mucho de que sentirme orgulloso	.699	
1	Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela.	.683	
4	Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros	.673	
9	Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela		.866
10	Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros		.842
3	Tengo una actitud negativa de mi mismo		.690
8	Desearía tener más respeto por mi mismo		.381
	% varianza	31.83	21.62
	% acumulado	31.83	53.45

Nota: n = 333

Los resultados en la tabla 4 muestran dos factores que explican el 53.45% de la varianza. El primer factor agrupa las variables yo tengo un buen número de cualidades

(2), estoy satisfecho conmigo mismo (7), tengo una actitud positiva de mi mismo (6), tengo mucho de que sentirme orgulloso (5), soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela (1), soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros (4). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva (alta).

El segundo factor se compone de las variables algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela (9), algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros (10), tengo una actitud negativa de mi mismo (3), desearía tener más respeto por mí mismo (8). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva negativa (baja).

Tabla 5

Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo control medición basal

Item	Variables	F1	F2
5	No tengo mucho de que sentirme orgulloso	.690	
9	Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela	.686	
10	Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros	.678	
3	Tengo una actitud negativa de mi mismo	.478	
1	Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela.		.637
2	Yo tengo un buen número de cualidades		.548
6	Tengo una actitud positiva de mi mismo		.543
8	Desearía tener más respeto por mi mismo		-.531
7	Estoy satisfecho conmigo mismo		.522
4	Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros		.500
	% varianza	21.67	19.32
	% acumulado	21.67	40.99

Nota: n = 161

Los resultados de la tabla 5 muestran dos factores que explican el 40.99% de la varianza. El primer factor agrupa las variables no tengo mucho de que sentirme orgulloso (5), algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela (9), algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros (10),

tengo una actitud negativa de mi mismo (3). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva negativa (baja).

El segundo factor incluye las variables soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela (1), yo tengo un buen número de cualidades (2), tengo una actitud positiva de mi mismo (6), desearía tener más respeto por mi mismo (8), estoy satisfecho conmigo mismo (7), soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros (4). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva (alta).

Tabla 6

Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo intervención medición basal

Item	Variable	F 1	F 2
1	Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela.	.732	
2	Yo tengo un buen número de cualidades	.727	
7	Estoy satisfecho conmigo mismo	.691	
6	Tengo una actitud positiva de mi mismo	.679	
4	Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros	.623	
8	Desearía tener más respeto por mi mismo	-.425	
10	Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros		.766
9	Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela		.746
5	No tengo mucho de que sentirme orgulloso		.736
3	Tengo una actitud negativa de mi mismo		.721
	% de la varianza	25.83	23.57
	% acumulado	25.83	49.40

Nota: $n = 172$

Los resultados en la tabla 6 muestran dos factores que explican el 49.40% de la varianza. El primer factor agrupa las variables soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela (1), yo tengo un buen número de cualidades (2), estoy satisfecho conmigo mismo (7), tengo una actitud positiva de mi mismo (6), soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros (4), desearía

tener más respeto por mí mismo (8). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva (alta).

El segundo factor se compone de las variables algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros (10), algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela (9), tengo mucho de que sentirme orgulloso (5), no tengo una actitud negativa de mi mismo (3). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva negativa (baja).

Tabla 7

Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo control medición seguimiento

Item	VARIABLES	F 1	F 2
6	Tengo actitud positiva de mi mismo	.750	
2	Yo tengo un buen número de cualidades	.735	
7	Estoy satisfecho conmigo mismo	.725	
1	Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela.	.703	
5	Tengo mucho de que sentirme orgulloso	.688	
4	Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros	.683	
8	Desearía tener más respeto por mi mismo		.354
9	Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela		.898
10	Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros		.898
3	Tengo una actitud negativa de mi mismo		.725
	% de varianza explicada	32.35	23.53
	% acumulado	32.35	55.88

Nota: n = 161

Los resultados en la tabla 7 muestran dos factores que explican el 55.88% de la varianza. El primer factor agrupa las variables tengo una actitud positiva de mi mismo (6), yo tengo un buen número de cualidades (2), estoy satisfecho conmigo mismo (7), soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela (1), tengo mucho de que sentirme orgulloso (5), soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros (4). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva (alta).

El segundo factor se compone de las variables desearía tener más respeto por mí mismo (8), algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela (9), algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros (10), tengo una actitud negativa de mi mismo (3). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva negativa (baja).

Tabla 8

Análisis Factorial: Escala de Autoestima grupo intervención medición seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2
2	Yo tengo un buen número de cualidades	.767	
7	Estoy satisfecho conmigo mismo	.718	
5	Tengo mucho de que sentirme orgulloso	.715	
6	Tengo actitud positiva de mi mismo	.667	
4	Soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros	.665	
1	Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela.	.648	
9	Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela		.806
10	Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros		.754
3	Tengo una actitud negativa de mi mismo		.664
8	Desearía tener más respeto por mi mismo		.441
	% de varianza	30.88	19.94
	% acumulado	30.88	50.82

Nota: n = 172

Los resultados de la tabla 8 muestran dos factores que explican el 50.82% de la varianza. El primer factor agrupa las variables yo tengo un buen número de cualidades (2), estoy satisfecho conmigo mismo (7), tengo mucho de que sentirme orgulloso (5), tengo actitud positiva de mi mismo (6), soy capaz de hacer las cosas igual de bien que la mayoría de mis compañeros (4), soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela (1). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva (alta).

El segundo factor se compone de las variables algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela (9), algunas veces creo que no sirvo para

nada comparado con mis compañeros (10), tengo una actitud negativa de mi mismo (3), desearía tener más respeto por mi mismo (8). Estas variables aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva negativa (baja).

Tabla 9

Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad medición basal

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
9	Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga	.838		
14	Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.	.776		
11	Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas	.760		
15	Yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto	.711		
2	Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad	.701		
3	Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo	-.688		
29	Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada	.670		
16	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.	.667		
24	En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio	-.637		
23	Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.	.628		
7	Hay veces en que provooco abiertamente una discusión	.605		
22	Me siento mal si digo "no" a mis compañeros o amigos que me ofrecen drogas	.586		
13	Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado	.557		
25	Cuando me alagan, no sé qué responder	.486		
27	Si alguien se me cuele en la fila, le llamo abiertamente la atención		.755	
26	Si alguna persona esta fumando cerca de mi le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro		.660	
21	Si alguien ha hablado mal de mí o me he atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras.		.637	
20	Yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas		.590	
28	Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas		.585	
19	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.		.489	
18	Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.		-.442	

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
12	Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas			.717
8	Yo defiendo mi punto de vista sobre no usar drogas			.716
10	Disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos sin necesidad de usar drogas			.688
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué			.624
4	Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad			.582
5	Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me ofrece drogas yo puedo decir no sin sentirme mal			.535
17	Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión.			.360
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo			-.358
	% varianza	22.99	12.06	11.78
	% acumulado	22.99	35.06	46.84

Nota: n = 333

Los resultados de la tabla 9 muestran tres factores que explican el 46.84% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga (9), si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada (14), con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas (11), yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto (15), me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (2), cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo (3), si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada (29), durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso (16), en la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio (24), suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas (23), hay veces en que provocho abiertamente una discusión (7), me siento mal si digo "no" a mis compañeros o amigos que me ofrecen drogas (22), me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado (13), cuando me alagan, no sé qué responder (25). Este primer factor aporta a la dimensión de conducta deficitaria y conducta de sumisión y dependencia.

El segundo factor se compone de las variables: si alguien se me cuela en la fila, le llamo abiertamente la atención (27), si alguna persona esta fumando cerca de mi le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro (26), si alguien ha hablado mal de mí o me he atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras (21), yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas (20), expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas (28), cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello (19), evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (18).

El tercer factor incluye las variables: soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas (12), yo defiendo mi punto de vista sobre no usar drogas (8), disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos sin necesidad de usar drogas (10), cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué (6), yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (4), cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me ofrece drogas yo puedo decir no sin sentirme mal (5), si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión (17), mucha gente parece ser más agresiva que yo (1). Como se puede observar el segundo y tercer factor aportan a la confrontación positiva.

Estos factores evalúan las dimensiones conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia de la percepción de asertividad del consumo de drogas del adolescente.

Los resultados de la tabla 10 muestran tres factores que explican el 38.94% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas (12), yo defiendo mi punto de vista (opinión) sobre no usar drogas (8), disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas (10), cuando mis

compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal (5), cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué? (6), yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (4), si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión (17), mucha gente parece ser más agresiva que yo (1).

El segundo factor se compone de las variables: durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso (16), con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas (11), yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto (15), mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga (9), si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada (14), hay veces en que provoco abiertamente una discusión (7), me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (2), me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado (13), suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas (21), cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo (3).

El tercer factor incluye las variables si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención (25), expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas (26), si alguien ha hablado mal de mí o me culpa por algo que no hice, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras (20), en la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio (22), si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo que vaya a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro (24), cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello (19), cuando me alagan, no sé qué responder (23), si alguien me

ofrece drogas soy incapaz de decir nada (27), evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (18).

Estos factores evalúan las dimensiones conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia de la percepción de asertividad del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 10

Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad medición seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
12	Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas	.762		
8	Yo defiando mi punto de vista (opinión) sobre no usar drogas	.749		
10	Disfruto entablado conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas	.699		
5	Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal	.683		
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué?	.653		
4	Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad	.625		
17	Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión	.442		
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo	-.331		
16	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.		.646	
11	Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas		.564	
15	Yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto		.562	
9	Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga		.544	
14	Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.		.535	
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión		.529	
2	Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad		.522	
13	Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado		.512	
21	Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.		.485	
3	Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo		-.305	
25	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención			.702

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
26	Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas			.616
20	Si alguien ha hablado mal de mí o me culpa por algo que no hice, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras.			.610
22	En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio			.574
24	Si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo que vaya a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro			.573
19	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello			.489
23	Cuando me alagan, no sé qué responder			-.432
27	Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada			-.404
18	Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.			-.352
	% varianza	14.76	12.38	11.79
	% acumulado	14.76	27.15	38.94

Nota: $n = 333$

Los resultados de la tabla 11 muestran tres factores que explican el 49.50% de la varianza. El primer factor agrupa las variables mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga (9), si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada (14), me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (2), durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso (16), con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas (11), en la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio (24), cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo (3), si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada (29), me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado (13), yo no evité a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto (15), hay veces en que provocho abiertamente una discusión (7), suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas (23), me siento mal si digo "no" a mis compañeros o amigos que me ofrecen drogas (22).

El segundo factor se compone de las variables si alguien se me cuela en la fila, le llamo abiertamente la atención (27), si alguna persona esta fumando cerca de mi le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro (26), si alguien ha hablado mal de mí o me he atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras (21), evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (18), cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello (19), expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas (28), cuando me alagan, no sé qué responder (25), yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas (20).

El tercer factor incluye las variables soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas (12), yo defiendo mi punto de vista sobre no usar drogas (8), disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos sin necesidad de usar drogas (10), cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué (6), cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me ofrece drogas yo puedo decir no sin sentirme mal (5), yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (4), mucha gente parece ser más agresiva que yo (1), si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión (17).

Estos factores evalúan las dimensiones conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia de la percepción de asertividad del consumo de drogas del adolescente.

Los resultados de la tabla 12 muestran tres factores que explican el 45.32% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga (9), con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas (11), yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto (15), si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada (14), suelo

quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas (23), si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada (29), cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo (3), me siento mal si digo "no" a mis compañeros o amigos que me ofrecen drogas (22), hay veces en que provoco abiertamente una discusión (7), me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (2), en la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio (24), durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso (16), cuando me alagan, no sé qué responder (25), me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado (13).

El segundo factor se compone de las variables: si alguien se me cuela en la fila, le llamo abiertamente la atención (27), si alguna persona esta fumando cerca de mi le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro (26), yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas (20), expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas (28), si alguien ha hablado mal de mí o me he atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras (21), mucha gente parece ser más agresiva que yo (1), cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello (19), evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (18).

El tercer factor incluye las variables: disfruto entablado conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos sin necesidad de usar drogas (10), soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas (12), yo defiendo mi punto de vista sobre no usar drogas (8), cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me ofrece drogas yo puedo decir no sin sentirme mal (5), yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (4), si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión (17), cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué (6).

Estos factores evalúan las dimensiones conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia de la percepción de asertividad del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 11

Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo control medición basal

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
9	Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga	.859		
14	Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.	.820		
2	Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad	.810		
16	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.	.780		
11	Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas	.723		
24	En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio	-.718		
3	Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo	-.714		
29	Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada	.673		
13	Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado	.673		
15	Yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto	.665		
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión	.616		
23	Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.	.571		
22	Me siento mal si digo "no" a mis compañeros o amigos que me ofrecen drogas	.546		
27	Si alguien se me cuele en la fila, le llamo abiertamente la atención		.770	
26	Si alguna persona esta fumando cerca de mi le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro		.597	
21	Si alguien ha hablado mal de mí o me he atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras.		.587	
18	Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.		-.575	
19	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.		.569	
28	Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas		.559	
25	Cuando me alagan, no sé qué responder		-.545	
20	Yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas		.522	
12	Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas			.722
8	Yo definiendo mi punto de vista sobre no usar drogas			.693

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
10	Disfruto entablado conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos sin necesidad de usar drogas			.692
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué			.663
5	Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me ofrece drogas yo puedo decir no sin sentirme mal			.557
4	Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad			.523
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo			-.382
17	Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión.			.298
	% varianza	25.02	13.07	11.40
	% acumulado	25.02	38.10	49.50

Nota: $n = 161$

Los resultados de la tabla 13 muestran tres factores que explican el 41.64% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas (12), yo defiendo mi punto de vista (opinión) sobre no usar drogas (8), cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué? (6), disfruto entablado conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas (10), cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal (5), yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (4), si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión (17).

El segundo factor se compone de las variables: si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención (25), si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada (27), si alguien ha hablado mal de mí o me culpa por algo que no hice, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras (20), expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas (26), en la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio (22), cuando me alagan, no sé qué responder (23), suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas (21), si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo que

vaya a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro (24), evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (18), cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello (19).

El tercer factor incluye las variables: con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas (11), durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso (16), me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (2), yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto (15), me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado (13), mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga (9), hay veces en que provocho abiertamente una discusión (7), si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada (14), mucha gente parece ser más agresiva que yo (1), cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo (3).

Estos factores evalúan las dimensiones conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia de la percepción de asertividad del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 12

Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo intervención medición basal

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
9	Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga	.795		
11	Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas	.760		
15	Yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto	.739		
14	Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.	.715		
23	Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.	.678		
29	Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada	.657		

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
3	Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo	-.645		
22	Me siento mal si digo "no" a mis compañeros o amigos que me ofrecen drogas	.627		
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión	.586		
2	Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad	.580		
24	En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio	-.534		
16	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.	.534		
25	Cuando me alagan, no se qué responder	.518		
13	Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado	.424		
27	Si alguien se me cuela en la fila, le llamo abiertamente la atención		.738	
26	Si alguna persona esta fumando cerca de mi le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro		.697	
20	Yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas		.660	
28	Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas		.644	
21	Si alguien ha hablado mal de mí o me he atribuido hechos falsos, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras.		.542	
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo		-.424	
19	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.		.381	
18	Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.		-.339	
10	Disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos sin necesidad de usar drogas			.723
12	Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas			.705
8	Yo definiendo mi punto de vista sobre no usar drogas			.676
5	Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me ofrece drogas yo puedo decir no sin sentirme mal			.544
4	Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad			.530
17	Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión.			.506
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué			.463
	% varianza	20.45	12.90	11.96
	% acumulado	20.45	33.35	45.32

Nota: $n = 172$

Tabla 13

Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo control medición seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
12	Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas	.787		
8	Yo definiendo mi punto de vista (opinión) sobre no usar drogas	.708		
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué?	.707		
10	Disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas	.701		
5	Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal	.675		
4	Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad	.619		
17	Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión	.446		
25	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención		.675	
27	Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada		-.653	
20	Si alguien ha hablado mal de mí o me culpa por algo que no hice, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras.		.653	
26	Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas		.615	
22	En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio		.605	
23	Cuando me alagan, no sé qué responder		-.590	
21	Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.		-.583	
24	Si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo que vaya a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro		.539	
18	Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.		-.520	
19	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello		.467	
11	Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas			.625
16	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.			.606
2	Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad			.566
15	Yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto			.548
13	Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado			.547
9	Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga			.539
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión			.536

Continuación

Item	Variabes	F 1	F 2	F 3
14	Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.			.492
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo			.486
3	Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo			-.399
	% varianza	14.98	13.94	12.72
	% acumulado	14.98	28.92	41.64

Nota: $n = 161$

Los resultados de la tabla 14 muestran tres factores que explican el 37.81% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: si alguien ha hablado mal de mí o me culpa por algo que no hice, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras (20), yo definiendo mi punto de vista (opinión) sobre no usar drogas (8), si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención (25), si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo que vaya a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro (24), disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas (10), soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas (12), si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión (17), expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas (26), cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal (5), cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué? (6), cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello (19), mucha gente parece ser más agresiva que yo (1).

El segundo factor se compone de las variables: durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso (16), yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto (15), si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada (27), suelo quedarme callado antes de hacer

el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas (21), si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada (14), mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga (9), con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas (11), hay veces en que provoco abiertamente una discusión (7), me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (2), cuando me alagan, no sé qué responder (23), me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado (13), evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (18).

El tercer factor incluye las variables: en la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio (22), cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo (3), yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad (4).

Estos factores evalúan las dimensiones conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia de la percepción de asertividad del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 14

Análisis Factorial: Cuestionario de Asertividad grupo intervención medición

seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
20	Si alguien ha hablado mal de mí o me culpa por algo que no hice, lo busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	.718		
8	Yo defiando mi punto de vista (opinión) sobre no usar drogas	.696		
25	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención	.686		
24	Si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo que vaya a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro	.674		
10	Disfruto entablado conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas	.660		
12	Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas	.647		
17	Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión	.639		
26	Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas	.638		

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2	F 3
5	Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal	.559		
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué?	.464		
19	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello	.361		
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo	-.306		
16	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.		.683	
15	Yo no evité a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto		.609	
27	Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada		.595	
21	Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.		.582	
14	Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.		.560	
9	Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga		.541	
11	Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros que me ofrecen consumir drogas		.498	
7	Hay veces en que provoco abiertamente una discusión		.485	
2	Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad		.476	
23	Cuando me alagan, no sé qué responder		.429	
13	Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o amigos que me regresen algo que yo les hay prestado		.395	
18	Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.		.335	
22	En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio			-.722
3	Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo			-.504
4	Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad			.499
	% varianza	16.95	13.24	7.61
	% acumulado	16.95	30.20	37.81

Nota: $n = 172$

Los resultados de la tabla 15 muestran dos factores que explican el 78.14% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o echarme un cigarro (38), si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol (28), si me encuentro inesperadamente una botella de licor, vino, cerveza u otra que contiene alcohol o una

cajetilla de cigarros que tanto me gustan (29), si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga (37), si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme (39), si siento pesadez estomacal (33), si me siento con muchas presiones familiares (32), si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (35), si me siento confundido acerca de lo que debo hacer (31), si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas (30), si las presiones están aumentando en la escuela (24), si me siento enfermo (23), si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago(20), si salí con amigos y quiero disfrutar más (36), si otras personas me tratan injustamente (22), si alguien me critica (25), si paso por la esquina donde se reúnen a consumir drogas (19), si yo me convengo de que soy otra persona (10), si no me llevo bien con mis compañeros de clase (34), si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol (17), si me siento enojado porque todo me sale mal (21), si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor (27), si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta (13), si me siento satisfecho con algo que yo realice (26).

El segundo factor integra las variables: si tuve problemas para dormir(3), si tuve una discusión con un amigo (4), si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor (8), si me siento seguro y relajado (6), si yo siento que estoy deprimido (1), si no me siento bien con la presencia de alguien(15), si otras personas interfieren con mis planes (12), si tuve problemas con mis compañeros de la escuela (14), sí creo que otras personas no les caigo bien (5), si todo va saliendo bien (16), si yo creo que las cosas no me van a salir bien(11), si hubo peleas en casa (2), si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar (7), si me acordé que tan bien se siente cuando consume drogas (9), si quiero celebrar con un amigo (18).

Estos factores evalúan la dimensión intrapersonal e interpersonal de la percepción de autoeficacia de resistencia del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 15

Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia medición basal

Item	Variables	F 1	F 2
38	Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o echarme un cigarro.	.844	
28	Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol	.822	
29	Si me encuentro inesperadamente una botella de licor, vino, cerveza u otra que contiene alcohol o una cajetilla de cigarros que tanto me gustan.	.819	
37	Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga	.809	
39	Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	.797	
33	Si siento pesadez estomacal	.792	
32	Si me siento con muchas presiones familiares	.791	
35	Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso	.784	
31	Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.	.780	
30	Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas	.775	
24	Si las presiones están aumentando en la escuela	.767	
23	Si me siento enfermo	.745	
20	Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago	.742	
36	Si salí con amigos y quiero disfrutar más	.740	
22	Si otras personas me tratan injustamente	.737	
25	Si alguien me critica	.723	
19	Si paso por la esquina donde se reúnen a consumir drogas	.707	
10	Si yo me convengo de que soy otra persona	.696	
34	Si no me llevo bien con mis compañeros de clase	.690	
17	Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol.	.689	
21	Si me siento enojado porque todo me sale mal	.687	
27	Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor	.686	
13	Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta	.632	
26	Si me siento satisfecho con algo que yo realice	.600	
3	Si tuve problemas para dormir		.821
4	Si tuve una discusión con un amigo		.803
8	Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor		.801
6	Si me siento seguro y relajado		.790
1	Si yo siento que estoy deprimido		.786
15	Si no me siento bien con la presencia de alguien		.774
12	Si otras personas interfieren con mis planes		.754
14	Si tuve problemas con mis compañeros de la escuela		.729
5	Si creo que otras personas no les caigo bien.		.726
16	Si todo va saliendo bien		.718

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2
11	Si yo creo que las cosas no me van a salir bien		.690
2	Si hubo peleas en casa.		.685
7	Si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar		.652
9	Si me acordé que tan bien se siente cuando consume drogas		.638
18	Si quiero celebrar con un amigo		.625
	% de varianza explicado	42.88	35.26
	% acumulado		78.14

Nota: $n = 333$

Los resultados de la tabla 16 muestran dos factores que explican el 86.16% de la varianza. El primer factor agrupa las variables: si yo creo que solo un trago de bebida que contiene alcohol o un cigarro no me causa problemas (23), si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol (14), si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar (22), si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas (alcohol y tabaco) (8), si voy a una fiesta y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol (21), si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas (alcohol y tabaco) (6), si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro (25), si yo creo que consumiendo drogas (alcohol y tabaco) voy hacer otra apersona (9), si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro (26), si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor (7), si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar (16), si las presiones están aumentando en la escuela (19), si quiero dejar de consumir drogas y creo que con un trago o cigarro no me pasa nada (17), si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme (27), si me siento con muchas presiones familiares (24).

El segundo factor incluye las variables: sí creo que a mis compañeros no les caigo bien (4), si yo creo que las cosas no me van a salir bien (10), si me siento inseguro (5), si mis planes no dan resultado (11), si tuve una discusión con un amigo o compañero de la escuela (3), si siento que estoy deprimido (1), si otras personas me tratan injustamente (18), si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a

sentirme alerta (12), si alguien me critica (20), si quiero celebrar con un amigo (15), si hubo peleas en casa (2), si todo va saliendo bien (13).

Estos factores evalúan la dimensión intrapersonal e interpersonal de la percepción de autoeficacia de resistencia del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 16

Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia medición seguimiento

Item	VARIABLES	F 1	F 2
23	Si yo creo que solo un trago de bebida que contiene alcohol o un cigarro no me causa problemas	.806	
14	Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol	.796	
22	Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar	.794	
8	Si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas (alcohol y tabaco).	.770	
21	Si voy a una fiesta y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol.	.753	
6	Si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas (alcohol y tabaco)	.747	
25	Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro	.742	
9	Si yo creo que consumiendo drogas (alcohol y tabaco) voy hacer otra a persona	.729	
26	Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro	.725	
7	Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor	.711	
16	Si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar	.699	
19	Si las presiones están aumentando en la escuela.	.696	
17	Si quiero dejar de consumir drogas y creo que con un trago o cigarro no me pasa nada	.681	
27	Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	.677	
24	Si me siento con muchas presiones familiares.	.673	
4	Si creo que a mis compañeros no les caigo bien		.844
10	Si yo creo que las cosas no me van a salir bien		.815
5	Si me siento inseguro		.797
11	Si mis planes no dan resultado		.777
3	Si tuve una discusión con un amigo o compañero de la escuela		.737
1	Si siento que estoy deprimido		.713
18	Si otras personas me tratan injustamente		.706
12	Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta		.674
20	Si alguien me critica		.666
15	Si quiero celebrar con un amigo		.661
2	Si hubo peleas en casa.		.656
13	Si todo va saliendo bien		.649
	% varianza	44.81	41.35
	% acumulado	44.81	86.16

Nota: n = 333

Los resultados de la tabla 17 muestran dos factores que explican el 77.41% de la varianza. El primer factor agrupa las variables si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o echarme un cigarro (38), si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol (28), si me encuentro inesperadamente una botella de licor, vino, cerveza u otra que contiene alcohol o una cajetilla de cigarrillos que tanto me gustan (29), si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme (39), si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga (37), si otras personas me tratan injustamente (22), si las presiones están aumentando en la escuela (24), si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas (30), si me siento con muchas presiones familiares (32), si me siento confundido acerca de lo que debo hacer (31), si alguien me critica (25), si siento pesadez estomacal (33), si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (35), si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago (20), si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol (17), si me siento enojado porque todo me sale mal (21), si me siento enfermo (23), si paso por la esquina donde se reúnen a consumir drogas (19), si salí con amigos y quiero disfrutar más (36), si yo me convengo de que soy otra persona (10), si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar (7), si no me llevo bien con mis compañeros de clase (34), si me acordé que tan bien se siente cuando consume drogas (9).

El segundo factor incluye las variables si tuve problemas para dormir (3), si me siento seguro y relajado (6), si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor (8), si todo va saliendo bien (16), si no me siento bien con la presencia de alguien (15), si creo que otras personas no les caigo bien (5), si tuve una discusión con un amigo (4), si yo siento que estoy deprimido (1), si tuve problemas con mis compañeros de la escuela (14), si me siento satisfecho con algo que yo realice (26), si otras personas interfieren con mis planes (12), si yo creo que las cosas no me van a salir bien (11), si

estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor (27), si hubo peleas en casa (2), si quiero celebrar con un amigo (18), si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta (13).

Estos factores evalúan la dimensión intrapersonal e interpersonal de la percepción de autoeficacia de resistencia del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 17

Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo control medición basal

Item	VARIABLES	F 1	F 2
38	Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o echarme un cigarro.	.860	
28	Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol	.852	
29	Si me encuentro inesperadamente una botella de licor, vino, cerveza u otra que contiene alcohol o una cajetilla de cigarros que tanto me gustan.	.848	
39	Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	.839	
37	Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga	.792	
22	si otras personas me tratan injustamente	.748	
24	Si las presiones están aumentando en la escuela	.747	
30	Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas	.745	
32	Si me siento con muchas presiones familiares	.744	
31	Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.	.736	
25	Si alguien me critica	.725	
33	Si siento pesadez estomacal	.721	
35	Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso	.720	
20	Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago	.716	
17	Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol.	.706	
21	Si me siento enojado porque todo me sale mal	.702	
23	Si me siento enfermo	.699	
19	Si paso por la esquina donde se reúnen a consumir drogas	.681	
36	Si salí con amigos y quiero disfrutar más	.677	
10	Si yo me convengo de que soy otra persona	.677	
7	Si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar	.645	
34	Si no me llevo bien con mis compañeros de clase	.633	
9	Si me acordé que tan bien se siente cuando consume drogas	.633	
3	Si tuve problemas para dormir		.795
6	Si me siento seguro y relajado		.794
8	Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor		.793
16	Si todo va saliendo bien		.785

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2
15	Si no me siento bien con la presencia de alguien		.779
5	Si creo que otras personas no les caigo bien.		.774
4	Si tuve una discusión con un amigo		.758
1	Si yo siento que estoy deprimido		.752
14	Si tuve problemas con mis compañeros de la escuela		.737
26	Si me siento satisfecho con algo que yo realice		.725
12	Si otras personas interfieren con mis planes		.719
11	Si yo creo que las cosas no me van a salir bien		.717
27	Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor		.649
2	Si hubo peleas en casa.		.649
18	Si quiero celebrar con un amigo		.635
13	Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta		.624
	% varianza	41.06	36.35
	% acumulado	41.06	77.41

Nota: $n = 161$

Tabla 18

Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo intervención medición basal

Item	Variable	F 1	F 2
33	Si siento pesadez estomacal	.844	
37	Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga	.837	
32	Si me siento con muchas presiones familiares	.833	
38	Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o echarme un cigarro.	.824	
28	Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol	.822	
31	Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.	.818	
35	Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso	.812	
30	Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas	.805	
29	Si me encuentro inesperadamente una botella de licor, vino, cerveza u otra que contiene alcohol o una cajetilla de cigarros que tanto me gustan.	.796	
24	Si las presiones están aumentando en la escuela	.777	
23	Si me siento enfermo	.776	
20	Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago	.772	
36	Si salí con amigos y quiero disfrutar más	.768	
27	Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor	.768	
19	Si paso por la esquina donde se reúnen a consumir drogas	.757	

Continuación

Item	Variable	F 1	F 2
39	Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	.749	
34	Si no me llevo bien con mis compañeros de clase	.741	
10	Si yo me convenzo de que soy otra persona	.737	
22	Si otras personas me tratan injustamente	.728	
26	Si me siento satisfecho con algo que yo realice	.727	
25	Si alguien me critica	.713	
13	Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta	.689	
17	Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol.	.684	
21	Si me siento enojado porque todo me sale mal	.644	
3	Si tuve problemas para dormir		.818
8	Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor		.816
1	Si yo siento que estoy deprimido		.798
4	Si tuve una discusión con un amigo		.798
6	Si me siento seguro y relajado		.773
12	Si otras personas interfieren con mis planes		.766
15	Si no me siento bien con la presencia de alguien		.762
2	Si hubo peleas en casa.		.713
7	Si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar		.696
9	Si me acordé que tan bien se siente cuando consume drogas		.663
14	Si tuve problemas con mis compañeros de la escuela		.656
16	Si todo va saliendo bien		.642
5	Si creo que otras personas no les caigo bien.		.630
11	Si yo creo que las cosas no me van a salir bien		.625
18	Si quiero celebrar con un amigo		.580
	% varianza	44.35	31.43
	% acumulado	44.35	75.78

Nota: $n = 172$

Los resultados de la tabla 18 muestran dos factores que explican el 75.78% de la varianza. El primer factor agrupa las variables si siento pesadez estomacal (33), si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga (37), si me siento con muchas presiones familiares (32), si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o echarme un cigarro (38), si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol (28), si me siento confundido acerca de lo que debo hacer (31), si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (35), si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene

alcohol no causa problemas (30), si me encuentro inesperadamente una botella de licor, vino, cerveza u otra que contiene alcohol o una cajetilla de cigarros que tanto me gustan (29), si las presiones están aumentando en la escuela (24), si me siento enfermo (23), si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago (20), si salí con amigos y quiero disfrutar más (36), si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor (27), si paso por la esquina donde se reúnen a consumir drogas (19), si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme (39), si no me llevo bien con mis compañeros de clase (34), si yo me convengo de que soy otra persona (10), si otras personas me tratan injustamente (22), si me siento satisfecho con algo que yo realice (26), si alguien me critica (25), si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta (13), si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol (17), si me siento enojado porque todo me sale mal(21).

El segundo factor incluye las variables si tuve problemas para dormir (3), si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor (8), si yo siento que estoy deprimido (1), si tuve una discusión con un amigo (4), si me siento seguro y relajado (6), si otras personas interfieren con mis planes (12), si no me siento bien con la presencia de alguien (15), si hubo peleas en casa (2), si salí con amigos y ellos fueron a tomar a un bar (7), si me acordé que tan bien se siente cuando consume drogas (9), si tuve problemas con mis compañeros de la escuela (14), si todo va saliendo bien (16), sí creo que otras personas no les caigo bien (5), si yo creo que las cosas no me van a salir bien (11), si quiero celebrar con un amigo (18).

Estos factores evalúan la dimensión intrapersonal e interpersonal de la percepción de autoeficacia de resistencia del consumo de drogas del adolescente.

Los resultados de la tabla 19 muestran dos factores que explican el 82.71% de la varianza. El primer factor agrupa las variables si yo creo que solo un trago de bebida que contiene alcohol o un cigarro no me causa problemas (23), si estoy en una fiesta y otras

personas están ingiriendo alcohol (14), si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar (22), si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas (alcohol y tabaco) (8), si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro (25), si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas (alcohol y tabaco) (6), si yo creo que consumiendo drogas (alcohol y tabaco) voy hacer otra a persona (9), si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor (7), si voy a una fiesta y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol (21), si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro (26), si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar (16), si hubo peleas en casa (2), si alguien me critica (20), si las presiones están aumentando en la escuela (19), si quiero dejar de consumir drogas y creo que con un trago o cigarro no me pasa nada (17), si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme (27).

El segundo factor incluye las variables si creo que a mis compañeros no les caigo bien (4), si yo creo que las cosas no me van a salir bien (10), si me siento inseguro (5), si mis planes no dan resultado (11), si otras personas me tratan injustamente (18), si quiero celebrar con un amigo (15), si tuve una discusión con un amigo o compañero de la escuela (3), si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta (12), si todo va saliendo bien (13), si siento que estoy deprimido (1), si me siento con muchas presiones familiares (24).

Estos factores evalúan la dimensión intrapersonal e interpersonal de la percepción de autoeficacia de resistencia del consumo de drogas del adolescente.

Los resultados de la tabla 20 muestran dos factores que explican el 74.08% de la varianza. El primer factor agrupa las variables si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro(25), si yo creo que consumiendo drogas (alcohol y tabaco) voy hacer otra a persona (9), si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas (alcohol y tabaco) (6), si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta (12), si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar (16), si me

encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar (22), si me siento con muchas presiones familiares (24), si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas (alcohol y tabaco) (8), si quiero celebrar con un amigo (15), si me siento inseguro (5), si alguien me critica (20), si las presiones están aumentando en la escuela (19), si otras personas me tratan injustamente (18), si yo creo que las cosas no me van a salir bien (10), si todo va saliendo bien (13), si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro (26), si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol (14), si yo quiero probarme a mi mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme (27), si voy a una fiesta y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol (21).

El segundo factor incluye las variables si siento que estoy deprimido (1), si tuve una discusión con un amigo o compañero de la escuela (3), sí creo que a mis compañeros no les caigo bien (4), si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor (7), si hubo peleas en casa (2), si quiero dejar de consumir drogas y creo que con un trago o cigarro no me pasa nada (17), si mis planes no dan resultado (11), si yo creo que solo un trago de bebida que contiene alcohol o un cigarro no me causa problemas (23).

Estos factores evalúan la dimensión intrapersonal e interpersonal de la percepción de autoeficacia de resistencia del consumo de drogas del adolescente.

Tabla 19

Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo control medición seguimiento

Item	Variabes	F 1	F 2
23	Si yo creo que solo un trago de bebida que contiene alcohol o un cigarro no me causa problemas	.836	
14	Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol	.819	
22	Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar	.805	
8	Si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas (alcohol y tabaco).	.781	
25	Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro	.766	
6	Si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas (alcohol y tabaco)	.740	

Continuación

Item	Variable	F 1	F 2
9	Si yo creo que consumiendo drogas (alcohol y tabaco) voy hacer otra a persona	.729	
7	Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor	.728	
21	Si voy a una fiesta y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol.	.719	
26	Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro	.712	
16	Si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar	.705	
2	Si hubo peleas en casa.	.698	
20	Si alguien me critica	.688	
19	Si las presiones están aumentando en la escuela.	.679	
17	Si quiero dejar de consumir drogas y creo que con un trago o cigarro no me pasa nada	.676	
27	Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	.657	
4	Si creo que a mis compañeros no les caigo bien		.864
10	Si yo creo que las cosas no me van a salir bien		.850
5	Si me siento inseguro		.848
11	Si mis planes no dan resultado		.822
18	Si otras personas me tratan injustamente		.715
15	Si quiero celebrar con un amigo		.686
3	Si tuve una discusión con un amigo o compañero de la escuela		.685
12	Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta		.683
13	Si todo va saliendo bien		.652
1	Si siento que estoy deprimido		.648
24	Si me siento con muchas presiones familiares.		.643
	% varianza	43.55	39.16
	% acumulado	43.55	82.71

Nota: $n = 161$

Tabla 20

Análisis Factorial: Escala de Autoeficacia grupo intervención medición seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2
25	Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro	.804	
9	Si yo creo que consumiendo drogas voy hacer otra a persona	.804	
6	Si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas (alcohol y tabaco)	.789	
12	Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta	.783	
16	Si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar	.783	
22	Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar	.780	
24	Si me siento con muchas presiones familiares.	.763	

Continuación

Item	Variable	F 1	F 2
8	Si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas	.762	
15	Si quiero celebrar con un amigo	.744	
5	Si me siento inseguro	.740	
20	Si alguien me critica	.725	
19	Si las presiones están aumentando en la escuela.	.723	
18	Si otras personas me tratan injustamente	.707	
10	Si yo creo que las cosas no me van a salir bien	.703	
13	Si todo va saliendo bien	.697	
26	Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro	.681	
14	Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol	.642	
27	Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme	.614	
21	Si voy a una fiesta y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol.	.599	
1	Si siento que estoy deprimido		.791
3	Si tuve una discusión con un amigo o compañero de la escuela		.778
4	Si creo que a mis compañeros no les caigo bien		.776
7	Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor		.732
2	Si hubo peleas en casa.		.723
17	Si quiero dejar de consumir drogas y creo que con un trago o cigarro no me pasa nada		.717
11	Si mis planes no dan resultado		.695
23	Si yo creo que solo un trago de bebida que contiene alcohol o un cigarro no me causa problemas		.611
	% de varianza explicado	43.50	30.58
	% acumulado	43.50	74.08

Nota: $n = 172$

Los resultados de la tabla 21 muestran dos factores que explican el 73.72% de la varianza. El primer factor agrupa las variables como las cosas (tranquilamente) paso a paso, día a día sin necesidad de consumir drogas (11), soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (8), me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (6), puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (5), mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí (4), realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (12), normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas (7), estoy decidido (a) a no consumir drogas (10), puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (13), siento que puedo manejar la

situación si un amigo o alguna persona de mi edad me ofrece drogas (9), normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (2), soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas (14), no consumir drogas depende de mí más que de otras personas (3), Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (1).

El factor 2 conformó las variables tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (24), usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (16), mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (21), cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir drogas (23), si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien con quien puede contar para apoyarlo a salir de las drogas (18), mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (17), a veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera (20), usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (19), mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (15), no sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada (22), está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (25).

Estos factores evalúan la dimensión competencia personal y aceptación de sí mismo y la vida del adolescente.

Tabla 21

Análisis Factorial: Escala de Resiliencia medición basal

Item	Variables	F 1	F 2
11	Tomo las cosas (tranquilamente) paso a paso, día a día sin necesidad de consumir drogas.	.803	
8	Soy amigo (a) de mí mismo (a) sin necesidad de consumir drogas	.796	
6	Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas	.790	
5	Puedo valerme por mí mismo (a) para no consumir drogas	.786	
4	Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí	.783	
12	Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas	.774	
7	Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas	.772	
10	Estoy decidido (a) a no consumir drogas	.759	
13	Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas	.745	

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2
9	Siento que puedo manejar la situación si un amigo o alguna persona de mi edad me ofrece drogas	.744	
2	Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas	.683	
14	Soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas	.680	
3	No consumir drogas depende de mí más que de otras personas	.676	
1	Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas	.663	
24	Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas		.826
16	Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas		.822
21	Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas		.820
23	Cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir drogas		.811
18	Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien con quien puede contar para apoyarlo a salir de las drogas		.780
17	Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas		.772
20	A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera		.770
19	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras		.758
15	Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas		.739
22	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada		.677
25	Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas		.658
	% de varianza explicado	38.60	35.12
	% acumulado	38.60	73.72

Nota: $n = 333$

Los resultados de la tabla 22 muestran dos factores que explican el 61.68% de la varianza. El primer factor agrupa las variables puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (alcohol y tabaco) (5), mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí (4), tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco) (11), cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (6), realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (12), normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas (7), soy firme en mi decisión de no consumir drogas (alcohol y tabaco) (14), estoy decidido (a) a no consumir drogas (alcohol y tabaco) (10), me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (alcohol y tabaco) (1), no consumir

drogas (alcohol y tabaco) depende de mí más que de otras personas (3), puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) (13), soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco) (8), siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece drogas (alcohol y tabaco) (9), normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) (2).

El factor dos incluye las variables mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (21), usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (alcohol y tabaco) (19), mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (alcohol y tabaco) (17), si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas (alcohol y tabaco) (18), usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (16), cuando estoy con personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) usualmente encuentro una salida para no consumir (23), está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (alcohol y tabaco) (25), tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (24), mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (15), a veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera (alcohol y tabaco) (20), no sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada (22).

Estos factores evalúan la dimensión competencia personal y aceptación de sí mismo y la vida del adolescente.

Tabla 22

Análisis Factorial: Escala de Resiliencia medición seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2
5	Puedo valerme por mi mismo para no consumir drogas (alcohol y tabaco).	.812	
4	Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mi	.771	
11	Tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco)	.767	

Continuación

Item	Variables	F 1	F 2
6	Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco).	.760	
12	Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)	.737	
7	Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas	.735	
14	Soy firme en mi decisión de no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.725	
10	Estoy decidido (a) a no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.713	
1	Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.703	
3	No consumir drogas (alcohol y tabaco) depende de mí más que de otras personas	.701	
13	Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco)	.699	
8	Soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco)	.695	
9	Siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece drogas (alcohol y tabaco)	.677	
2	Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco)	.625	
21	Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)		.760
19	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (alcohol y tabaco)		.735
17	Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (alcohol y tabaco)		.725
18	Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas		.710
16	Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)		.681
23	Cuando estoy con personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) usualmente encuentro una salida para no consumir		.675
25	Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (alcohol y tabaco)		.656
24	Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco).		.655
15	Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas		.646
20	A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera		.621
22	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada		.620
	% varianza	35.52	26.16
	% acumulado	35.52	61.68

Nota: $n = 333$

Los resultados de la tabla 23 muestran los dos factores de la escala de resiliencia que explican en su conjunto el 72.38% de la varianza. El primer factor está compuesto por las variables soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (8), normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas

(2), cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (1), estoy decidido (a) a no consumir drogas (10), mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí (4), tomo las cosas (tranquilamente) paso a paso, día a día sin necesidad de consumir drogas (11), no consumir drogas depende de mí más que de otras personas (3), puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (5), siento que puedo manejar la situación si un amigo o alguna persona de mi edad me ofrece drogas (9), me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (6), normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas (7), realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (12), puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (13), soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas (14).

El factor dos se conformó por las variables usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (16), mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (21), a veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera (20), tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (24), cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir drogas (23), mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (17), si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien con quien puede contar para apoyarlo a salir de las drogas (18), usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (19), mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (15), está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (25), no sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada (22).

Estos factores evalúan la dimensión competencia personal y aceptación de sí mismo y la vida del adolescente.

Los resultados de la tabla 24 muestran los dos factores de la escala de resiliencia que explican en su conjunto el 74.99% de la varianza. El primer factor está compuesto por las variables tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin

necesidad de usar drogas (24), usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (16), cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir drogas (23), mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (21), si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien con quien puede contar para apoyarlo a salir de las drogas (18), usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (19), mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (15), mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (17), a veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera (20), no sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada (22), está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (25), cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (1).

El factor dos se conformó por las variables realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (12), tomo las cosas (tranquilamente) paso a paso, día a día sin necesidad de consumir drogas (11), puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (5), me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (6), mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí (4), soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (8), normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas (7), puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (13), estoy decidido (a) a no consumir drogas (10), siento que puedo manejar la situación si un amigo o alguna persona de mi edad me ofrece drogas (9), soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas (14), normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (2), no consumir drogas depende de mí más que de otras personas (3).

Estos factores evalúan la dimensión competencia personal y aceptación de sí mismo y la vida del adolescente.

Tabla 23

Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo control medición basal

Item	Variables	F 1	F 2
8	Soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas	.773	
2	Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas	.772	
1	Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas	.765	
10	Estoy decidido (a) a no consumir drogas	.762	
4	Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mi	.759	
11	Tomo las cosas (tranquilamente) paso a paso, día a día sin necesidad de consumir drogas.	.759	
3	No consumir drogas depende de mí más que de otras personas	.759	
5	Puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas	.737	
9	Siento que puedo manejar la situación si un amigo o alguna persona de mi edad me ofrece drogas	.729	
6	Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas	.725	
7	Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas	.725	
12	Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas	.707	
13	Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas	.678	
14	Soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas	.677	
16	Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas		.827
21	Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas		.824
20	A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera		.812
24	Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas		.811
23	Cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir drogas		.800
17	Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas		.783
18	Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien con quien puede contar para apoyarlo a salir de las drogas		.762
19	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras		.742
15	Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas		.735
25	Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas		.654
22	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada		.627
	% de varianza explicado	37.14	35.24
	% acumulado	37.14	72.38

Nota: n = 161

Tabla 24

Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo intervención medición basal

Item	Variables	F 1	F 2
24	Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas	.863	
16	Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas	.846	
23	Cuando estoy con personas que consumen drogas usualmente encuentro una salida para no consumir drogas	.840	
21	Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas	.835	
18	Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien con quien puede contar para apoyarlo a salir de las drogas	.827	
19	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras	.789	
15	Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas	.780	
17	Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas	.758	
20	A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera	.724	
22	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada	.703	
25	Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas	.638	
1	Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas	.549	
12	Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas		.825
11	Tomo las cosas (tranquilamente) paso a paso, día a día sin necesidad de consumir drogas.		.824
5	Puedo valerme por mí mismo (a) para no consumir drogas		.824
6	Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas		.824
4	Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí		.811
8	Soy amigo (a) de mí mismo (a) sin necesidad de consumir drogas		.792
7	Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas		.789
13	Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas		.785
10	Estoy decidido (a) a no consumir drogas		.726
9	Siento que puedo manejar la situación si un amigo o alguna persona de mi edad me ofrece drogas		.726
14	Soy disciplinado (a) en mi decisión de no consumir drogas		.661
2	Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas		.578
3	No consumir drogas depende de mí más que de otras personas		.574
	% de la varianza explicado	37.54	37.45
	% acumulado	37.54	74.99

Nota: $n = 172$

Tabla 25

Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo control medición seguimiento

Item	Variables	F 1	F 2
5	Puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (alcohol y tabaco).	.783	
11	Tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco)	.765	
4	Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mi	.748	
10	Estoy decidido (a) a no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.746	
7	Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas	.742	
13	Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco)	.735	
6	Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco).	.728	
8	Soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco)	.717	
1	Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.715	
9	Siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece drogas (alcohol y tabaco)	.707	
12	Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)	.705	
3	No consumir drogas (alcohol y tabaco) depende de mí más que de otras personas	.701	
2	Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco)	.685	
14	Soy firme en mi decisión de no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.663	
21	Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)		.854
17	Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (alcohol y tabaco)		.804
23	Cuando estoy con personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) usualmente encuentro una salida para no consumir		.785
18	Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas (alcohol y tabaco)		.768
19	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (alcohol y tabaco)		.763
16	Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)		.752
24	Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco).		.746
15	Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)		.737
25	Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas		.728
22	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada		.671
20	A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera		.594
	% de varianza explicado	34.53	31.36
	% acumulado	34.53	65.90

Nota: n = 161

Los resultados de la tabla 25 muestran los dos factores de la escala de resiliencia que explican en su conjunto el 65.90% de la varianza. El primer factor está compuesto por las variables puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (alcohol y tabaco) (5), tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco) (11), mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí (4), estoy decidido (a) a no consumir drogas (alcohol y tabaco) (10), normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas (7), puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) (13), cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (6), soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco) (8), me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (alcohol y tabaco) (1), siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece drogas (alcohol y tabaco) (9), realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (12), no consumir drogas (alcohol y tabaco) depende de mí más que de otras personas (3), normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) (2), soy firme en mi decisión de no consumir drogas (alcohol y tabaco) (14).

El factor dos se conformó por las variables mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (21), mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (alcohol y tabaco) (17), cuando estoy con personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) usualmente encuentro una salida para no consumir (23), si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas (alcohol y tabaco) (18), usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (alcohol y tabaco) (19), usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (16), tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (24), mantengo interés en las cosas sin

necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (15), está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (alcohol y tabaco) (25), no sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada (22), a veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera (alcohol y tabaco) (20).

Estos factores evalúan la dimensión competencia personal y aceptación de sí mismo y la vida del adolescente.

Tabla 26

Análisis Factorial: Escala de Resiliencia grupo intervención medición seguimiento

Item	Variable	F 1	F 2
14	Soy firme en mi decisión de no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.837	
12	Realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas	.823	
5	Puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (alcohol y tabaco).	.815	
11	Tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco)	.800	
24	Tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco).	.774	
4	Mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mi	.764	
6	Cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco).	.763	
7	Normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas	.742	
10	Estoy decidido (a) a no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.706	
8	Soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco)	.701	
1	Me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (alcohol y tabaco)	.694	
13	Puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas	.683	
16	Usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)	.660	
3	No consumir drogas (alcohol y tabaco) depende de mí más que de otras personas	.652	
23	Cuando estoy con personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) usualmente encuentro una salida para no consumir	.650	
15	Mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)	.644	
9	Siento que puedo manejar la situación si un amigo o persona me ofrece drogas (alcohol y tabaco)	.578	
17	Mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (alcohol y tabaco)	.548	
21	Mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco)	.468	
2	Normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco)	.433	

Continuación

Item	Variable	F 1	F 2
20	A veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera		.784
19	Usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (alcohol y tabaco)		.772
22	No sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada		.658
18	Si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas (alcohol y tabaco)		.538
25	Está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas		.444
	% varianza	40.27	14.49
	% acumulado	40.27	54.76

Nota: $n = 172$

Los resultados de la tabla 26 muestran los dos factores de la escala de resiliencia que explican en su conjunto el 54.76% de la varianza. El primer factor está compuesto por las variables soy firme en mi decisión de no consumir drogas (alcohol y tabaco) (14), realizo las cosas una a la vez sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (12), puedo valerme por mi mismo (a) para no consumir drogas (alcohol y tabaco) (5), tomo las cosas tranquilamente sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco) (11), tengo suficiente energía para hacer las cosas que tengo que hacer sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (24), mantenerme interesado en la prevención de adicciones es muy importante para mí (4), cuando hago planes siempre los sigo hasta terminarlos sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (6), normalmente soy tolerante sin necesidad de consumir drogas (7), estoy decidido (a) a no consumir drogas (alcohol y tabaco) (10), soy amigo (a) de mi mismo (a) sin necesidad de consumir drogas (alcohol y tabaco) (8), me siento orgulloso (a) de no consumir drogas (alcohol y tabaco) (1), puedo evitar a mis compañeros, amigos o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) (13), usualmente puedo encontrar algo de que reírme sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (16), no consumir drogas (alcohol y tabaco) depende de mí más que de otras personas (3), cuando estoy con personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) usualmente encuentro una salida para no consumir (23), mantengo interés en las cosas sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (15), siento que puedo manejar la

situación si un amigo o persona me ofrece drogas (alcohol y tabaco) (9), mi confianza en mí mismo (a) me hace evitar a personas que usan drogas (alcohol y tabaco) (17), mi vida tiene sentido sin necesidad de usar drogas (alcohol y tabaco) (21), normalmente yo sé cómo afrontar a mis compañeros o personas que consumen drogas (alcohol y tabaco) (2).

El factor dos se conformó por las variables a veces me esfuerzo en hacer las cosas quiera o no quiera (alcohol y tabaco) (20), usualmente puedo ver una situación de muchas maneras (alcohol y tabaco) (19), no sigo pensando en cosas en que no puedo hacer nada (22), si alguno de mis compañeros o amigos consume drogas, soy alguien en quien puede contar para ayudarlo/apoyarlo a salir de las drogas (alcohol y tabaco) (18), está bien si hay personas que no me quieren por no usar drogas (alcohol y tabaco) (25).

Estos factores evalúan la dimensión competencia personal y aceptación de sí mismo y la vida del adolescente.

Enseguida se presenta un resumen del comportamiento de los factores en los instrumentos de las variables psicosociales (tabla 27-30).

Tabla 27

Resumen del análisis de factores del instrumento autoestima

Grupo	Factores	Autoestima Basal		Autoestima seguimiento	
		% varianza	% acumulado	% varianza	% acumulado
General ($n=333$)	F1	22.65	44.9	31.83	53.45
	F2	22.24		21.62	
Control ($n_1=161$)	F1	21.67	40.99	32.35	55.88
	F2	19.32		23.55	
Intervención ($n_2=172$)	F1	25.83	49.40	30.88	50.82
	F2	23.57		19.94	

Nota: % = Porcentaje

Como se muestra en la tabla 27 tanto en la muestra total como en el grupo control e intervención el instrumento agrupa dos factores que explican del 44.9% al 49.40% de la varianza explicada en la medición basal. En la medición a los seis meses el comportamiento es similar explicando del 53.45% al 55.88%.

Tabla 28

Resumen del análisis de factores del instrumento asertividad

Grupo	Factores	Asertividad Basal		Asertividad Seguimiento	
		%	%	%	%
		varianza	acumulado	varianza	acumulado
General ($n=333$)	F1	22.99	46.84	14.76	38.94
	F2	12.06		12.38	
	F3	11.78		11.79	
Control ($n_1=161$)	F1	25.02	49.50	14.98	41.64
	F2	13.07		13.94	
	F3	11.40		12.72	
Intervención ($n_2=172$)	F1	20.45	45.32	16.95	37.81
	F2	12.90		13.24	
	F3	11.96		7.61	

Nota: % = Porcentaje

Como se muestra en la tabla 28 tanto en la muestra total como en el grupo control e intervención el instrumento de asertividad agrupa en tres factores que explican del 45.32% al 49.50% de la varianza explicada en la medición basal. En la medición a los seis meses el comportamiento es similar explicando del 37.81% al 41.64%.

Tabla 29

Resumen del análisis de factores del instrumento autoeficacia

Grupo	Factores	Autoeficacia Basal		Autoeficacia Seguimiento	
		%	%	%	%
		varianza	acumulado	varianza	acumulado
General ($n=333$)	F1	42.88	78.14	44.81	86.16
	F2	35.26		41.35	
Control ($n_1=161$)	F1	41.06	77.41	43.55	82.71
	F2	36.65		39.16	
Intervención ($n_2=172$)	F1	44.35	75.78	43.50	74.08
	F2	31.43		30.58	

Nota: % = Porcentaje

Como se muestra en la tabla 29 tanto en la muestra total como en el grupo control e intervención el instrumento de autoeficacia se agrupa en dos factores que explican del 75.78% al 78.14% de la varianza explicada en la medición basal. En la medición a los seis meses el comportamiento es similar explicando del 74.08% al 86.12%.

Tabla 30

Resumen del análisis de factores del instrumento resiliencia

Grupo	Factores	Resiliencia Basal		Resiliencia Seguimiento	
		%	%	%	%
		varianza	acumulado	varianza	acumulado
General (n=333)	F1	38.60	73.72	35.52	61.68
	F2	35.12		26.16	
Control (n ₁ =161)	F1	37.14	72.38	34.53	65.90
	F2	35.24		31.36	
Intervención (n ₂ =172)	F1	37.54	74.99	40.27	54.76
	F2	37.45		14.49	

Nota: % = Porcentaje

Como se muestra en la tabla 30 tanto en la muestra total como en el grupo control e intervención el instrumento se agrupa en dos factores que explican del 72.38% al 74.99% de la varianza explicada en la medición basal. En la medición a los seis meses el comportamiento es similar explicando del 54.76% al 65.90%.

El análisis de factores permitió identificar dimensiones subyacentes en común y verificar las propiedades psicométricas de los instrumentos aplicados en el presente estudio. Se presenta un resumen comparativo del análisis de factores de cada instrumento con la muestra general, control e intervención ver apéndice (K, L, M, N).

Estadística Descriptiva

A continuación se presentan los datos sociodemográficos de los adolescentes que participaron en el estudio.

En la tabla 31 se muestran los resultados de las características de los adolescentes participantes en el estudio. Respecto al género predominó el masculino (51.4%), 57.4% tienen entre 11 y 12 años de edad, 85% vive con ambos padres, el 19.8% estudia y trabaja, de quienes laboran el 45.5% realiza actividades en el campo seguido de taller y comercio (33.3%).

En relación con las tres medidas de prevalencia de consumo de alcohol, el 86.5% refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 56.5% en el último año y 47.7% en el último mes (Tabla 32).

Tabla 31

Características sociodemográficas y laborales variables categóricas

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	171	51.4
Femenino	162	48.6
Edad		
11 a 12	191	57.4
13	142	42.6
Viven con		
Ambos padres	283	85.0
Con papá	41	12.3
Con mamá	1	.3
Con abuelos	8	2.4
Ocupación		
Estudia y trabaja	66	19.8
Solo estudia	267	80.2
Actividad laboral		
Taller y comercio	22	33.3
Casa	14	21.2
Campo	30	45.5

Nota: n = 333, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Tabla 32

Prevalencia de consumo de alcohol global lápsica, actual

Prevalencia	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Global	288	86.5	45	13.5
Lápsica	188	56.5	145	43.5
Actual	159	47.7	174	52.3

Nota: n = 333, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Tabla 33

Prevalencia de consumo de tabaco global, lápsica, actual

Prevalencia	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Global	237	71.2	96	28.8
Lápsica	212	63.7	121	36.3
Actual	202	60.7	131	39.3

Nota: n = 333, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Respecto al consumo de tabaco 71.2% de los participantes reportaron haber consumido alguna vez en la vida, 63.7% en el último año y 60.7% en el último mes (Tabla 33).

En la tabla 34 se observa la proporción de padres que consumen alcohol y tabaco. 84.7% de los padres de los participantes reportaron consumir alcohol. Por otra parte el 60.7% refirió consumir tabaco.

Tabla 34

Consumo de alcohol y tabaco en padres

Variable	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alcohol	282	84.7	51	15.3
Tabaco	202	60.7	131	39.3

Nota: n = 333, f = Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 35 se muestran las proporciones de tipo de bebida de mayor consumo y preferencia por los adolescentes que han consumido alcohol alguna vez en la vida. El 61.1% prefiere consumir cerveza y el 18.4% bebidas preparadas.

Tabla 35

Tipo de bebida de mayor consumo

Tipo	<i>f</i>	%
Destilados		
Tequila	45	15.6
Bebidas preparadas	53	18.4
Fermentadas		
Cerveza	176	61.1
Sidra	6	2.1
Otra	8	2.8

Nota: n = 288, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Como se muestra en la tabla 36 la edad media de los participantes fue de 12.42 años ($DE = .50$), los participantes reportaron una edad media de edad de inicio de consumo de alcohol de 10.64 años ($DE = 1.35$) y una media de bebidas estándar

consumidas en un día típico de 1.19 ($DE = .78$). Así mismo la edad media de inicio de consumo de tabaco fue de 10.51 años ($DE = .80$) y reportaron consumir en promedio 1.08 cigarrillos ($DE = .36$) en un día típico.

Tabla 36

Características sociodemográficas y laborales variables continuas

Variable	<i>n</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad	333	11	13	12.42	12.00	.50
Edad de inicio alcohol	288	9	13	10.64	11.00	1.35
Edad de inicio tabaco	237	9	13	10.51	10.00	.80
Cantidad de bebidas	288	1	10	1.19	1.00	.78
Cantidad de cigarrillos	237	1	3	1.08	1.00	.36

Nota: M = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar

Tabla 37

Características sociodemográficas y laborales variables categóricas por grupo control e intervención

Variable	Control ($n_1=161$)		Intervención ($n_2=172$)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo				
Masculino	83	51.6	88	51.2
Femenino	78	48.4	84	48.8
Edad				
11 a 12	94	58.4	97	56.4
13	67	41.6	75	43.6
Viven con				
Ambos padres	147	91.3	136	79.1
Con papá	0	0	1	0.6
Con mamá	14	8.7	27	15.7
Con abuelos	0	0	8	4.7
Ocupación				
Estudia y trabaja	36	22.4	30	17.4
Solo estudia	125	77.6	142	82.6
Actividad laboral				
Taller y comercio	16	44.4	6.0	20.0
Casa	2	5.6	12.0	40.0
Campo	18	50	12.0	40.0

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

La tabla 37 muestra los resultados de las características de los adolescentes por grupo de participación. Respecto al grupo control predominó el género masculino (51.6%), 58.4% tienen entre 11 y 12 años de edad, 91.3% vive con ambos padres, el 22.4% estudia y trabaja de ellos el 50% realizan actividades en el campo seguido de taller y comercio (44.4%). En relación al grupo intervención predominó el género masculino (51.2%), 56.4% tienen entre 11 y 12 años de edad, 79.1% vive con ambos padres, el 17.4% estudia y trabaja de ellos el 40% realizan actividades en el campo y casa respectivamente.

Tabla 38

Consumo de alcohol y tabaco en padres por grupo control e intervención

Variable	Control ($n_1=161$)				Intervención ($n_2=172$)			
	Si		No		Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alcohol	149	92.5	12	7.5	133	77.3	39	22.7
Tabaco	104	64.6	57	35.4	98	57.0	74	43.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 38, se reporta la proporción de padres que consumen alcohol y tabaco por grupo. Respecto al grupo control 92.5% de los participantes reportaron que sus padres consumen alcohol y 64.6% tabaco. En relación al grupo intervención 77.3% de los participantes reportaron que sus padres consumen alcohol y 22.7% tabaco.

Tabla 39

Tipo de bebida de mayor consumo por grupo control e intervención

Tipo	Control ($n_1=150$)		Intervención ($n_2=138$)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Destilados				
Tequila	25	16.7	20	14.5
Bebidas preparadas	44	29.3	9	6.5
Fermentadas				
Cerveza	72	48.0	104	75.4
Sidra	1	.70	5.0	3.6
Otra	8	5.3	0.0	0.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 39 se muestra la proporción de tipo de bebida de mayor consumo o preferencia por los adolescentes que han consumido alcohol alguna vez en la vida por grupo de participación. El grupo control reportó que 48% prefiere consumir cerveza y el 29.3% bebidas preparadas. En el caso del grupo intervención se muestra que el 75.4% prefiere consumir cerveza y el 14.5% tequila.

En relación a la prueba cualitativa antidoping para identificar el consumo de marihuana en orina fue negativo para ambos grupos en la medición basal y seguimiento a tres meses.

Distribución de las Variables

Para determinar la normalidad en la distribución de los datos se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los resultados se muestran en las tablas 40 y 41.

En la tabla 40 se muestran los resultados del grupo control en la medición basal y seguimiento en la que los participantes en promedio reportan consumir 1.13 ($DE = .82$) bebidas estándar y consumen en promedio 1.12 cigarrillos ($DE = .43$) en un día típico en la medición basal. Respecto al seguimiento reportaron en promedio consumir 2.17 ($DE = 1.20$) bebidas estándar y consumir en promedio 1.66 cigarrillos ($DE = 1.03$) en un día típico.

Por otra parte la variable autoestima reportó una media de 46.29 ($DE = 10.54$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 53.32 ($DE = 12.66$), la asertividad reportó una media de 57.56 ($DE = 9.7$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 44.67 ($DE = 8.41$), el autoeficacia reportó una media de 44.28 ($DE = 33.38$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 25.96 ($DE = 11.11$) y la resiliencia reportó una media de 64.03 ($DE = 30.16$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 54.75 ($DE = 22.22$). La prueba

de normalidad de Kolmogorov- Smirnov mostro que no existe distribución normal en las variables de estudio.

Tabla 40

Prueba de Normalidad de las variables continuas y psicosociales grupo control medición basal y seguimiento.

Variable	<i>n</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>D</i> ^a
Basal							
Edad	161	11	13	12.41	12.00	.50	.35
Edad de inicio alcohol	150	9	13	10.69	11.00	1.29	.24
Edad de inicio tabaco	119	9	13	10.50	10.00	.81	.32
Bebidas consumidores	150	1	10	1.13	1.00	.82	.53
Bebidas todos	161	0	10	1.06	1.00	.84	.53
Cigarrillos consumidores	119	1	3	1.12	.00	.43	.53
Cigarrillos todos	161	0	3	.83	.00	.61	.53
Autoestima		23	75	46.29	45.00	10.54	.11
Asertividad	161	37	90	57.56	54.02	9.76	.16
Autoeficacia		0	100	44.28	34.87	33.38	.12
Resiliencia		0	100	64.03	70.67	30.16	.12
Seguimiento							
Edad	161	12	13	12.81	13	.36	.35
Edad de inicio alcohol	150	9	13	10.69	11.00	1.29	.24
Edad de inicio tabaco	119	9	13	10.50	10.00	.81	.32
Bebidas consumidores	30	1	4	2.17	2.00	1.20	.27
Bebidas todos	161	0	4	.40	.00	.99	.27
Cigarrillos consumidores	41	1	4	1.66	1.00	1.03	.25
Cigarrillos todos	161	0	4	.42	.00	.89	.25
Autoestima		0	75	53.32	52.50	12.66	.11
Asertividad	161	26	68	44.67	42.59	8.41	.12
Autoeficacia		0	75	25.96	11.11	29.14	.19
Resiliencia		0	75	54.75	65.00	22.22	.20

Nota: *n* = número de casos, *M* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *D* = Estadístico de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, *p* < .01

^a Corrección Lilliefors

En la tabla 41 se muestran los resultados del grupo intervención en la medición basal y seguimiento en la que los participantes reportaron una media de 1.25 (*DE* = .72) bebidas estándar consumidas y en promedio consumen 1.04 cigarrillos (*DE* = .27) en un día típico. Respecto al seguimiento los participantes reportaron una media de 1.05 (*DE* = .22) bebidas estándar consumidas y en promedio consumen 1.31 cigarrillos (*DE* = .59) en un día típico. Asimismo la variable autoestima reporto una media de 48.23 (*DE* = 10.90) en la medición basal y en el seguimiento reporto una media de 56.47

($DE = 11.62$), la asertividad reportó una media de 59.22 ($DE = 9.95$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 48.59 ($DE = 8.72$), el autoeficacia reportó una media de 65.96 ($DE = 29.95$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 64.67 ($DE = 17.87$) y la resiliencia reportó una media de 74.61 ($DE = 28.31$) en la medición basal y en el seguimiento reportó una media de 62.67 ($DE = 15.17$). La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov mostro que no existe distribución normal en las variables de estudio.

Tabla 41

Prueba de Normalidad de las variables continuas y psicosociales grupo intervención medición basal y seguimiento

Variable	<i>n</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>D</i> ^a
Basal							
Edad	172	12	13	12.44	12.00	.49	.34
Edad de inicio alcohol	138	9	13	10.59	11.00	1.42	.27
Edad de inicio tabaco	118	9	13	10.53	10.00	.79	.32
Bebidas consumidores	138	1	7	1.25	1.00	.72	.51
Bebidas todos	172	0	7	1.01	1.00	.82	.51
Cigarrillos consumidores	118	1	3	1.04	1.00	.27	.53
Cigarrillos todos	172	0	3	.72	1.00	.53	.38
Autoestima		10	75	48.23	47.50	10.90	.09
Asertividad	172	40	86	59.22	57.47	9.95	.14
Autoeficacia		0	100	65.96	78.72	29.95	.20
Resiliencia		0	100	74.61	84.00	28.31	.18
Seguimiento							
Edad	172	12	13	12.75	13.00	.43	.34
Edad de inicio alcohol	138	9	13	10.59	11.00	1.42	.27
Edad de inicio tabaco	118	9	13	10.53	10.00	.79	.32
Bebidas consumidores	20	1	2	1.05	1.00	.22	.50
Bebidas todos	172	0	2	.12	.00	.34	.50
Cigarrillos consumidores	45	1	3	1.31	1.00	.59	.27
Cigarrillos todos	172	0	3	.34	.00	.65	.27
Autoestima		0	75	56.47	57.50	11.62	.10
Asertividad	172	26	71	48.59	49.07	8.72	.05
Autoeficacia		0	75	64.67	75.00	17.87	.28
Resiliencia		5	75	62.67	68.00	15.17	.20

Nota: *n* = número de casos, *M* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *D* = Estadística de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, $p < .001$

^a Corrección Lilliefors

Estadística Inferencial

Previo a dar respuesta al objetivo e hipótesis planteadas en el estudio, se describe la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco alguna vez en la vida y último año en estudiantes de secundaria rural, se utilizaron tablas de contingencias a través de frecuencias y proporciones, así mismo se calculó la estimación puntual y por Intervalo de Confianza del 95%. Los resultados se muestran en las tablas 42 a la 45.

En la tabla 42, se muestran los resultados de las tres medidas de prevalencia de consumo de alcohol por grupo de participación en la medición basal. Respecto al grupo control, los resultados mostraron que el 93.2% (IC 95% [89%-97%]) de los estudiantes de secundaria rural consumieron alcohol alguna vez en la vida y 64% (IC 95% [56%-71%]) lo hizo en el último año y 57.1% (IC 95% [49%-65%]) en el último mes. Por otra parte en el grupo de intervención 80.2% (IC 95% [74%-86%]) de los participantes reportaron haber consumido alcohol alguna vez en la vida, 49.4% (IC 95% [42%-57%]) en el último año y 39% (IC 95% [11%-16%]) en el último mes. En esta misma tabla se observa que las diferencias de la prevalencia fueron significativas donde se observa que la prevalencia global, lápsica y actual fueron más altas en grupo control que en el de intervención.

En la tabla 43, se muestran los resultados de las tres medidas de prevalencia de consumo de alcohol por grupo de participación en el seguimiento. Respecto al grupo control, los resultados mostraron que el 93.2% (IC 95% [89%-97%]) de los estudiantes de secundaria rural consumieron alcohol alguna vez en la vida y 64% (IC 95% [56%-71%]) lo hizo en el último año y 32% (IC 95% [14%-26%]) en el último mes. Por otra parte en el grupo de intervención 80.2% (IC 95% [74%-86%]) de los participantes reportaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, 49.4% (IC 95% [42%-57%]) en el último año y 11% (IC 95% [6%-16%]) en el último mes.

En esta misma tabla se observa que las diferencias de la prevalencia fueron significativas donde se observa que la prevalencia global, lápsica y actual fueron más altas en grupo control que en el de intervención.

En la tabla 44, se muestran los resultados de las tres medidas de prevalencia de consumo de tabaco por grupo de participación en la medición basal. Al respecto los resultados mostraron que el 73.9% (IC 95% [67%-81%]) de los estudiantes de secundaria rural consumieron tabaco alguna vez en la vida y 67.7% (IC 95% [60%-75%]) lo hizo en el último año y 64.6% (IC 95% [57%-72%]) en el último mes. Por otra parte en el grupo intervención 68.6% (IC 95% [62%-76%]) de los participantes reportaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, 59.9% (IC 95% [52%-67%]) en el último año y 57% (IC 95% [50%-64%]) en el último mes. En esta misma tabla se observa que las diferencias de la prevalencia no fueron significativas, dado que los consumos fueron homogéneos.

Tabla 42

Prevalencia de consumo de alcohol por grupo control e intervención medición basal

Prevalencia	Control ($n_1=161$)				IC 95%		Intervención ($n_2=172$)				X^2	Valor de p		
	Consumo de Alcohol						Consumo de Alcohol							
	Si		No		Si		No							
f	%	f	%	LI	LS	f	%	f	%	LI	LS			
Global	150	93.2	11	6.8	89	97	138	80.2	34	19.8	74	86	11.90	.001
Lápsica	103	64.0	58	36.0	56	71	85	49.4	87	50.6	42	57	7.16	.007
Actual	92	57.1	69	42.9	49	65	67	39	105	61	32	46	11.02	.001

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

Tabla 43

Prevalencia de consumo de alcohol por grupo control e intervención medición seguimiento

Prevalencia	Control ($n_1=161$)				IC 95%		Intervención ($n_2=172$)				X^2	Valor de p		
	Consumo de Alcohol						Consumo de Alcohol							
	Si		No		Si		No							
f	%	f	%	LI	LS	f	%	f	%	LI	LS			
Global	150	93.2	11	6.8	89	97	138	80.2	34	19.8	74	86	11.90	.001
Lápsica	103	64.0	58	36.0	56	71	85	49.4	87	50.6	42	57	7.16	.007
Actual	32	19.9	129	80.1	14	26	19	11.0	153	89.0	6	16	4.99	.025

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

Tabla 44

Prevalencia de consumo de tabaco por grupo control e intervención medición basal

Prevalencia	Control ($n_1=161$)				Intervención ($n_2=172$)				X^2	Valor de p					
	Consumo de Tabaco		IC 95%		Consumo de Tabaco		IC 95%								
	Si	No	LI	LS	Si	No	LI	LS							
	f	%	f	%		f	%	f	%		f	%		LI	LS
Global	119	73.9	42	26.1	67	81	118	68.6	54	31.4	62	76	1.14	.285	
Lápsica	109	67.7	52	32.3	60	75	103	59.9	69	40.1	52	67	2.19	.138	
Actual	104	64.6	57	35.4	57	72	98	57	74	43	50	64	2.02	.155	

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

Tabla 45

Prevalencia de consumo de tabaco por grupo control e intervención medición seguimiento

Prevalencia	Control ($n_1=161$)				Intervención ($n_2=172$)				X^2	Valor de p					
	Consumo de Tabaco		IC 95%		Consumo de Tabaco		IC 95%								
	Si	No	LI	LS	Si	No	LI	LS							
	f	%	f	%		f	%	f	%		f	%		LI	LS
Global	119	73.9	42	26.1	67	81	118	68.6	54	31.4	62	76	1.14	.285	
Lápsica	109	67.7	52	32.3	60	75	103	59.9	69	40.1	52	67	2.19	.138	
Actual	19	11.8	142	88.2	7	17	8	4.7	164	95.3	1	8	5.70	.017	

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 45 se muestran los resultados de las tres medidas de prevalencia de consumo de tabaco por grupo de participación en el seguimiento. Al respecto los resultados mostraron que el 73.9% (IC 95% [67%-81%]) de los estudiantes de secundaria rural consumieron tabaco alguna vez en la vida y 67.7% (IC 95% [60%-75%]) lo hizo en el último año y 11.8% (IC 95% [7%-17%]) en el último mes.

Por otra parte en el grupo intervención 68.6% (IC 95% [62%-76%]) de los participantes reportaron haber consumido tabaco alguna vez en la vida, 59.9% (IC 95% [52%-67%]) en el último año y 4.7% (IC 95% [1%-8%]) en el último mes. Así mismo se observa las prevalencias global y lápsica no mostraron diferencia significativa en los grupos control y de intervención, solamente la prevalencia actual de consumo de tabaco mostro significancia siendo esta prevalencia más alta en el grupo control que en el de intervención.

Para dar respuesta a las hipótesis 1) El incremento del puntaje de autoestima en el seguimiento será mayor en el grupo intervención que en el grupo control. 2) El incremento del índice de asertividad en el seguimiento será mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control. 3) El incremento del índice de autoeficacia de resistencia en el seguimiento será mayor en el grupo intervención que en el grupo control. 4) El incremento del índice de resiliencia en el seguimiento será mayor en el grupo de intervención que el grupo control. Se realizó la estadística inferencial a través de la prueba Wilcoxon como se presentan en las tablas 46 y 47.

En la tabla 46 se reporta la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias en las cuatro variables psicosociales en el grupo control, en las cuales se observa que existen diferencias significativas en las cuatro variables autoestima ($Z = -5.28, p < .001$), asertividad ($Z = -9.14, p < .001$), autoeficacia ($Z = -4.32, p < .001$) y resiliencia ($Z = -3.16, p < .001$).

Tabla 46

Prueba de Wilcoxon para las variables psicosociales grupo control

Variabes	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>Valor de p</i>
Autoestima					
Basal	46.29	45.00	10.54	-5.28	.001
Seguimiento	53.32	52.50	12.66		
Asertividad					
Basal	57.56	54.02	9.76	-9.14	.001
Seguimiento	44.67	42.59	8.41		
Autoeficacia					
Basal	44.28	34.87	33.38	-4.32	.001
Seguimiento	25.96	11.11	29.14		
Resiliencia					
Basal	64.03	70.67	30.16	-3.16	.001
Seguimiento	54.75	65	22.22		

Nota: M = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, Z = Estadístico de la Prueba Wilcoxon, n = 161

En la tabla 47 se reporta la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias en las cuatro variables psicosociales en el grupo intervención, en las cuales se observa que existen diferencias significativas en las cuatro variables autoestima ($Z = -6.27, p < .001$), asertividad ($Z = -8.42, p < .001$), autoeficacia ($Z = -.738, p < .001$) y resiliencia ($Z = -4.89, p < .001$). Con estos datos se responde las hipótesis uno a la cuatro.

Tabla 47

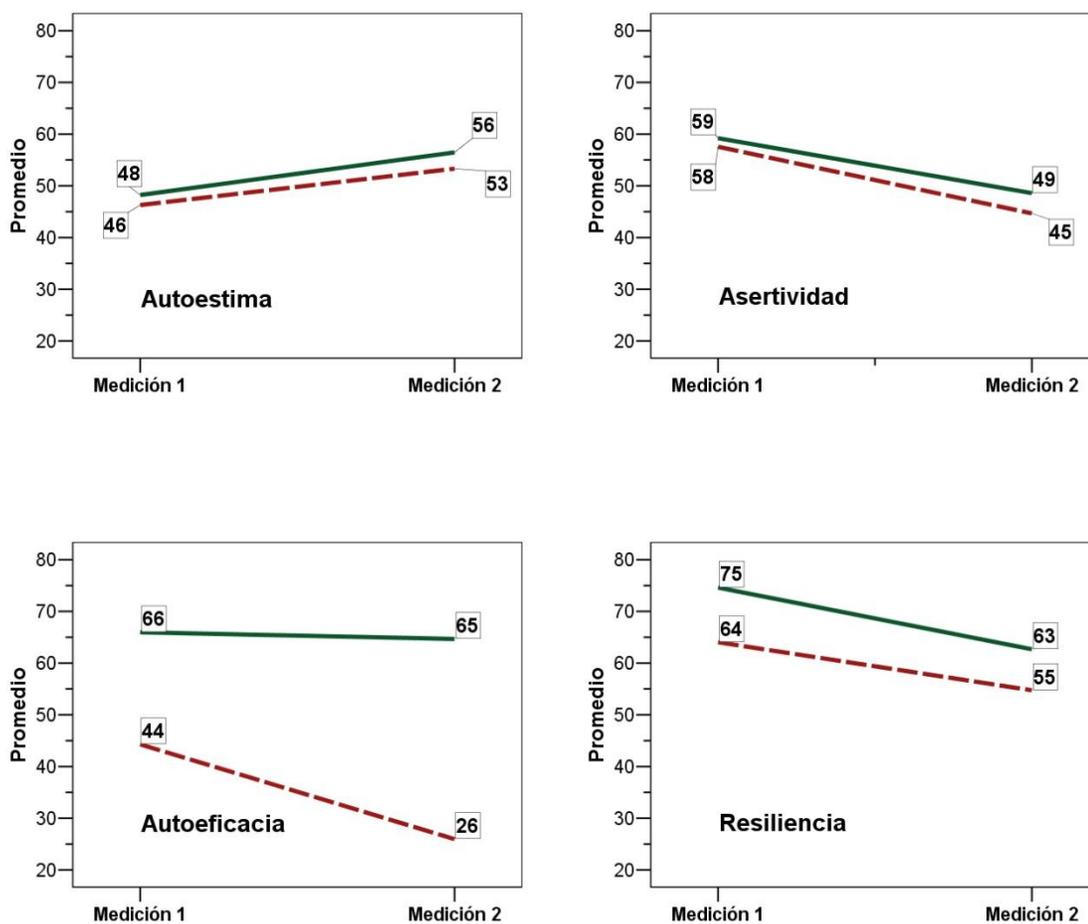
Prueba de Wilcoxon para las variables psicosociales grupo intervención

Variabes	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>Valor de p</i>
Autoestima					
Basal	48.23	47.50	10.90	-6.27	.001
Seguimiento	56.47	57.50	11.62		
Asertividad					
Basal	59.22	57.47	9.95	-8.429	.001
Seguimiento	48.59	49.07	8.72		
Autoeficacia					
Basal	65.96	78.72	29.95	-.783	.434
Seguimiento	64.67	75.00	17.87		
Resiliencia					
Basal	76.61	84.00	28.31	-4.89	.001
Seguimiento	62.67	68.00	15.17		

Nota: M = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, Z = Estadístico de la Prueba Wilcoxon, n = 172

Adicionalmente en la figura 3 se muestran los promedios de los índices de las cuatro variables psicosociales en la medición basal y el seguimiento. En esta figura se observa como los puntajes de las variables disminuyen su valor en el seguimiento de tres meses en ambos grupos, excepto en la variable autoestima. Sin embargo los puntajes en el seguimiento son más altos para el grupo de intervención que el control.

Figura 3. Promedio de los índices para las variables psicosociales



Para responder a la hipótesis cinco que señala, En el seguimiento el consumo de tabaco, alcohol y marihuana serán menores en el grupo intervención que en el grupo control. Se realizó la estadística inferencial a través de la prueba U de Mann-Whitney como se presentan en las tablas de la 48 a la 51.

Tabla 48

Prueba U de Mann – Whitney para consumo de bebidas en un día típico medición basal y seguimiento para consumidores en el grupo control e intervención

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Basal/Bebidas consumidores					
Control	150	1.13	1.00	9176.50	.003
Intervención	138	1.25	1.00		
Seguimiento /Bebidas consumidores					
Control	30	2.17	2.00	130.00	.001
Intervención	20	1.05	1.00		

Nota: n = número de casos, M = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, U = Estadístico de la Prueba Mann-Whitney

En la tabla 48 se muestra el consumo de bebidas en un día típico, los resultados muestran que existe diferencia significativa en la medición basal ($U = 9176.50, p < .001$) y seguimiento ($U = 130.00, p < .001$). Las medias fueron más altas en la medición basal en grupo de intervención y en el seguimiento la media fue más baja en el grupo de intervención. Esto también se observa en la figura 3 y 4 donde la proporción de consumidores de alcohol disminuye de 86% a 15% y el promedio de de bebidas ingeridas en un día típico disminuye de 1.03 a .25.

Tabla 49

Prueba U de Mann – Whitney para consumo de bebidas en un día típico medición basal y seguimiento para todos en el grupo control e intervención

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Basal /Bebidas todos					
Control	161	1.06	1.00	13228.50	.342
Intervención	172	1.01	1.00		
Seguimiento /Bebidas todos					
Control	161	.40	.00	12706.00	.036
Intervención	172	.12	.00		

Nota: n = número de casos, M = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, U = Estadístico de la Prueba Mann-Whitney

En la tabla 49 se muestra el consumo de bebidas en un día típico respecto al total de los participantes en el grupo, los resultados muestran que existe diferencia significativa en el seguimiento ($U = 12706.00, p < .05$), así mismo la media de consumo de bebidas alcohólicas consumidas en el grupo intervención fue de .12 y en el grupo de intervención de .40.

Tabla 50

Prueba U de Mann – Whitney para consumo de cigarrillos en un día típico medición basal y seguimiento para consumidores en el grupo control e intervención

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Basal/Cantidad de cigarrillos consumidores					
Control	119	1.12	1.00	6670.00	.080
Intervención	118	1.04	1.00		
Seguimiento /Cantidad de cigarrillos consumidores					
Control	41	1.66	1.00	787.00	.147
Intervención	45	1.31	1.00		

Nota: n = número de casos, M = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, U = Estadístico de la Prueba Mann-Whitney

En la tabla 50 se reporta el consumo de cigarrillos en un día típico, los resultados muestran que no existe diferencia significativa en la medición basal ($U = 6670.00, p = .080$) y el seguimiento ($U = 787.00, p = .147$).

En la tabla 51 se reporta el consumo de cigarrillos en un día típico respecto a todos los participantes por grupo, los resultados muestran que no existe diferencia significativa en la medición basal ($U = 12760.00, p = .130$) y el seguimiento ($U = 13807.00, p = .954$).

Adicionalmente se realizó un análisis de estimación puntual y por Intervalo de Confianza de 95% para la proporción de consumidores de alcohol y tabaco en la medición basal y el seguimiento. En la figura 4 se muestran estos resultados en donde

disminuye considerablemente de 86% a 15% la proporción de consumidores de alcohol, de la misma forma los consumidores de tabaco disminuyen de 71% a 25%.

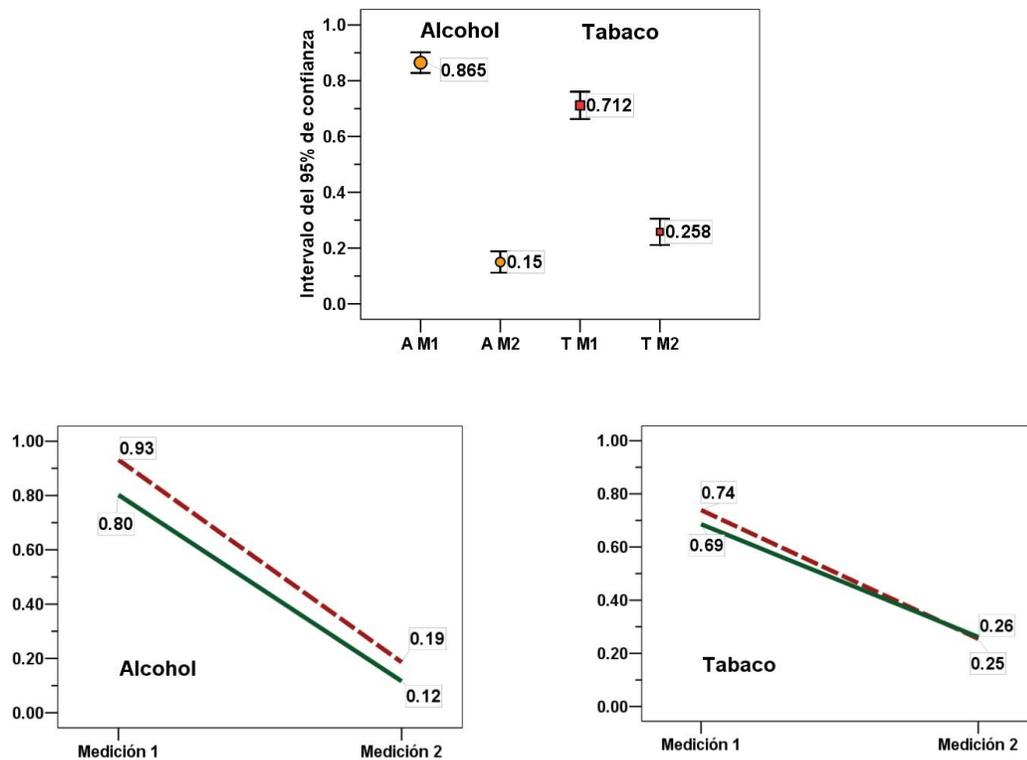
Tabla 51

Prueba U de Mann – Whitney para consumo de cigarrillos en un día típico medición basal y seguimiento para todos en el grupo control e intervención

Variable	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Basal/Cantidad de cigarrillos todos					
Control	161	.83	.00	12760.00	.130
Intervención	172	.72	1.00		
Seguimiento /Cantidad de cigarrillos todos					
Control	161	.42	.00	13807.00	.954
Intervención	172	.34	.00		

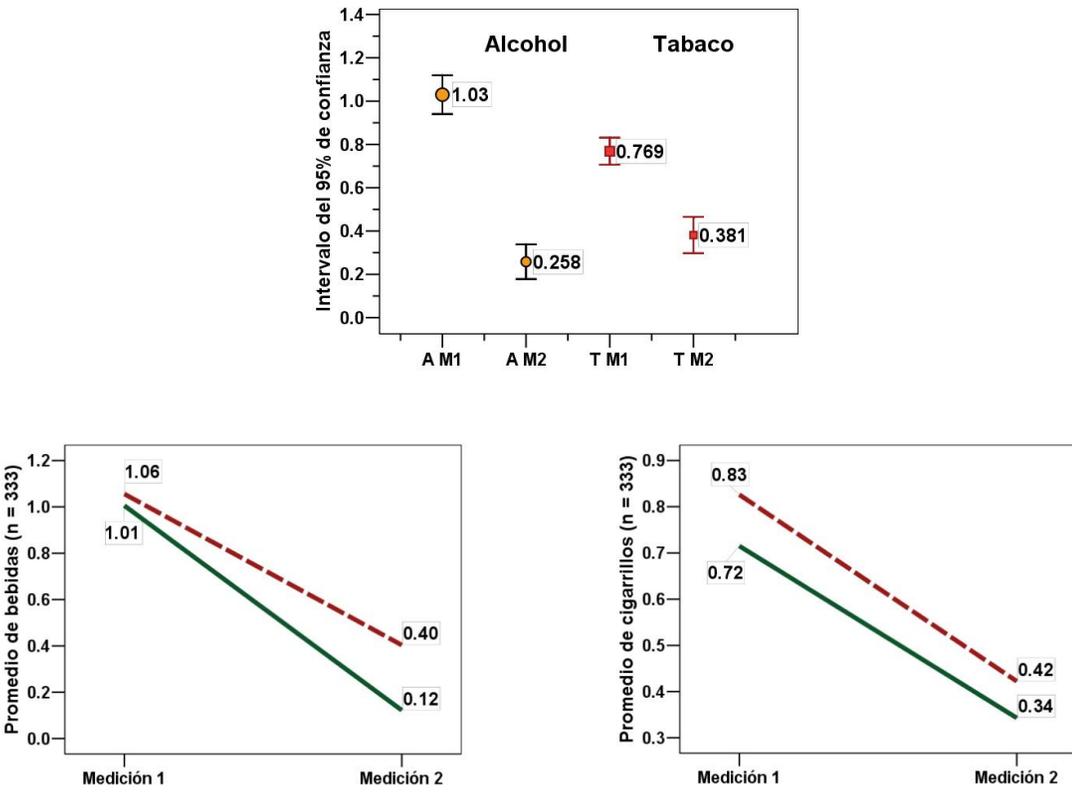
Nota: *n* = número de casos, *M* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *U* = Estadístico de la Prueba Mann-Whitney

Figura 4. Estimación de la proporción de consumidores de alcohol y tabaco en la medición basal (M1) y el seguimiento (M2)



Por otra parte en la figura 5 se muestran los resultados de la estimación puntual e Intervalo de Confianza de 95% del consumo promedio de bebidas y cigarrillos en la medición basal y el seguimiento, en esta figura se observa que el promedio de bebidas ingeridas en un día típico disminuye de 1.03 a .25, de forma similar el promedio de cigarrillos consumidos disminuye de .76 a .38.

Figura 5. Estimación del consumo promedio de alcohol y tabaco en la medición basal (M1) y el seguimiento (M2).



Para verificar la efectividad de la intervención breve para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes. Se realizó la estadística inferencial a través del análisis de covarianza (ANCOVA), se controló el efecto de la interacción de género

con grupo respecto a la variable dependiente y se probó si el grupo de intervención mostró un efecto de tratamiento. Esto se presenta de la tabla 52 a la 61.

En la tabla 52 los resultados del ANCOVA mostraron un efecto significativo de grupo (tratamiento-intervención) en la variable autoestima ($F = 4.96$; $gl = 1, 328$; $p < .05$), y que este efecto no fue afectado por el género; por lo tanto, se sostiene que existe diferencia significativa entre los grupos.

Las medias ajustadas de los grupos son consistentes con los dos tipos de tratamiento pero el grupo intervención mostró mejores resultados. La diferencia de medias ajustadas muestra disminución del índice de autoestima en el grupo control mientras que en el grupo intervención la media se incrementó (Tabla 53).

Tabla 52

Resumen de la prueba ANCOVA para índice de autoestima

Fuente de variación	SC	gl	CM	F	Valor de p
Modelo corregido	1092.78 ^(a)	4	273.19	1.84	0.12
Intercepto	42266.06	1	42266.06	285.69	0
Autoestima	233.01	1	233.01	1.57	0.21
Grupo	734.76	1	734.76	4.96	0.02
Género	25.73	1	25.73	0.17	0.67
Grupo * Género	2.55	1	2.55	0.01	0.89
Error	48525.04	328	147.94		
Total	1055018.75	333			
Total corregido	49617.83	332			

$R^2 = .022$ (R^2 corregido = .010)

Nota: SC = Suma de cuadrados, gl = Grados de libertad, CM = Cuadrado medio, F = Estadístico F

Tabla 53

Medias para el índice autoestima en el grupo control e intervención

Grupo	<i>M</i>	<i>SE</i>	IC 95%	
			LI	LS
Control	53.41 ^(a)	.96	51.52	55.30
Intervención	56.39 ^(a)	.93	54.57	58.22

Nota: ^a Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Índice de autoestima de primera medición = 47.29

Los resultados del ANCOVA mostraron un efecto significativo de género y grupo (tratamiento-intervención) en la variable asertividad, ($F = 8.33$; $gl = 1, 328$; $p < .05$), ($F = 18.3$; $gl = 1, 328$; $p < .001$) respectivamente; por lo tanto, se sostiene que existe diferencia significativa entre los grupos (Tabla 54).

Tabla 54

Resumen de la prueba ANCOVA para índice de asertividad

Fuente de variación	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	Valor de <i>p</i>
Modelo corregido	1996.73 ^(a)	4	499.18	6.93	0
Intercepto	23078.65	1	23078.65	320.50	0
Asertividad	130.35	1	130.35	1.81	0.17
Grupo	1317.72	1	1317.72	18.30	0
Género	599.89	1	599.89	8.33	0.00
Grupo * Género	19.37	1	19.37	0.26	0.60
Error	23618.60	328	72.00		
Total	751748.97	333			
Total corregido	25615.33	332			

$R^2 = .078$ (R^2 corregido = .067)

Nota: *SC* = Suma de cuadrados, *gl* = Grados de libertad, *CM* = Cuadrado medio, *F* = Estadístico *F*

Las medias ajustadas de los grupos son consistentes con los dos tipos de tratamiento pero el grupo intervención mostró mejores resultados. La diferencia de

medias ajustadas muestra disminución del índice de asertividad en el grupo control mientras que en el grupo intervención la media se incrementó (Tabla 55).

Tabla 55

Medias para el índice asertividad en el grupo control e intervención

Grupo	<i>M</i>	<i>SE</i>	IC 95%	
			LI	LS
Control	44.66 ^(a)	.67	43.35	45.98
Intervención	48.66 ^(a)	.64	47.39	49.94

Nota: ^a Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Índice de asertividad de primera medición = 58.42

Las medias ajustadas del índice de asertividad por género muestra disminución del índice de asertividad en el género masculino mientras que en el género femenino la media se incrementó (Tabla 56).

Tabla 56

Medias para el índice asertividad por género

Género	<i>M</i>	<i>SE</i>	IC 95%	
			LI	LS
Masculino	45.32 ^(a)	.65	44.04	46.6
Femenino	48.01 ^(a)	.66	46.70	49.32

Nota: ^a Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Índice de asertividad de primera medición = 58.42

Los resultados del ANCOVA mostraron un efecto significativo de grupo (tratamiento-intervención) en la variable autoeficacia ($F = 6.04$; $gl = 1, 328$; $p < .05$), y que este efecto no es afectado por el género; por lo tanto, se sostiene que existe diferencia significativa entre los grupos (Tabla 57).

Tabla 57

Resumen de la prueba ANCOVA para índice de autoeficacia

Fuente de variación	SC	gl	CM	F	Valor de p
Modelo corregido	130264.59 ^(a)	4	32566.14	57.79	0
Intercepto	210359.89	1	210359.89	373.33	0
Eficacia	3403.13	1	3403.13	6.04	0.01
Grupo	123748.72	1	123748.72	219.62	0
Género	2036.25	1	2036.25	3.61	0.05
Grupo * Género	3.34	1	3.34	0.00	0.93
Error	184817.33	328	563.46		
Total	1018310.18	333			
Total corregido	315081.93	332			

$R^2 = .413$ (R^2 corregido = .406)

Nota: SC = Suma de cuadrados, gl = Grados de libertad, CM = Cuadrado medio, F = Estadístico F

Las medias ajustadas de los grupos son consistentes con los dos tipos de tratamiento pero el grupo intervención mostró mejores resultados. La diferencia de medias ajustadas muestra disminución del índice de autoeficacia en el grupo control mientras que en el grupo intervención la media se incrementó (Tabla 58).

Tabla 58

Medias para el índice autoeficacia en el grupo control e intervención

Grupo	M	SE	IC 95%	
			LI	LS
Control	44.66 ^(a)	.67	43.35	45.98
Intervención	48.66 ^(a)	.64	47.39	49.94

Nota: ^a Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Índice de autoeficacia de primera medición = 58.42

Tabla 59

Resumen de la prueba ANCOVA para índice de resiliencia

Fuente de variación	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>
Modelo					
corregido	8109.11 ^(a)	4	2027.27	5.75	0
Intercepto	161495.85	1	161495.85	458.55	0
Resiliencia	145.34	1	145.34	0.41	0.52
Grupo	4763.99	1	4763.99	13.52	0
Género	2424.27	1	2424.27	6.88	0.00
Grupo * Género	111.67	1	111.67	0.31	0.57
Error	115517.44	328	352.18		
Total	1276554	333			
Total corregido	123626.56	332			

$R^2 = .066$ (R^2 corregido = .054)

Nota: *SC* = Suma de cuadrados, *gl* = Grados de libertad, *CM* = Cuadrado medio, *F* = Estadístico *F*

Los resultados del ANCOVA mostraron un efecto significativo de género y grupo (tratamiento-intervención) en la variable resiliencia ($F = 6.88$; $gl = 1, 328$; $p < .05$) y ($F = 13.52$; $gl = 1, 328$; $p < .001$); por lo tanto, se sostiene que existe diferencia significativa entre los grupos (Tabla 59).

Las medias ajustadas de los grupos son consistentes con los dos tipos de tratamiento pero el grupo intervención mostró mejores resultados. La diferencia de medias ajustadas muestra disminución del índice de resiliencia en el grupo control mientras que en el grupo intervención la media se incrementó (Tabla 60).

Tabla 60

Medias del índice de resiliencia para el grupo control e intervención

Grupo	<i>M</i>	<i>SE</i>	IC 95%	
			LI	LS
Control	54.93 ^(a)	1.49	52.00	57.87
Intervención	62.63 ^(a)	1.44	59.79	65.47

Nota: ^a Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Índice de Resiliencia de primera medición = 69,50

Las medias ajustadas del índice resiliencia por género muestra disminución del índice de resiliencia en el género masculino mientras que en el género femenino la media se incrementó (Tabla 61). Con estos datos se responde al objetivo general.

Tabla 61

Medias para el índice de resiliencia por género

Género	<i>M</i>	<i>SE</i>	IC 95%	
			LI	LS
Masculino	56.07 ^(a)	1.44	53.23	58.90
Femenino	61.50 ^(a)	1.47	58.59	64.40

Nota:^a Las covariables que aparecen en el modelo se evalúan en los siguientes valores: Índice de resiliencia de primera medición = 58.42

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica de los conceptos teóricos de autoestima, asertividad, autoeficacia, resiliencia y consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Estos conceptos fueron la base de la intervención breve aplicada en el grupo de intervención de 172 adolescentes y de 161 adolescentes participantes del grupo control de 14 escuelas secundarias rurales de un municipio del Estado de Guanajuato.

Respecto al análisis de factores los resultados mostraron que el instrumento de autoestima agrupa dos factores que explican del 44.9% al 53.45% de la varianza explicada, tanto en la muestra total como en el grupo control e intervención en las dos mediciones. Estos factores aportan al concepto de autoestima desde la perspectiva positiva y negativa como lo enuncia Rosenberg (1965).

En relación con el instrumento de asertividad el análisis de factores mostró que se agrupa en tres factores que explican del 37.81% al 49.50% de la varianza explicada para la muestra total y los grupos control e intervención en las dos mediciones. Los factores aportan a las dimensiones de conductas deficitarias, confrontación positiva y conducta de sumisión y dependencia como lo refiere Rathus (1973).

Respecto al instrumento de autoeficacia el análisis de factores mostró que se agrupa en tres factores que explican del 74.08% al 86.12% de la varianza explicada tanto en la muestra total como en los grupos control e intervención en las dos mediciones. Los factores aportan a la dimensión intrapersonal e interpersonal como lo describe Annis y Graham (1987).

Acercas del instrumento de resiliencia el análisis de factores mostró que se agrupa en dos factores que explican de 54.76% al 74.99% de la varianza explicada para la muestra total y los grupos control e intervención en las dos mediciones. Los factores

aportan a las dimensiones de competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida como lo explican Wagnild y Young (1993).

El perfil demográfico de los participantes del grupo intervención refleja que el 51.2% son del sexo masculino, el 56.4% tienen de 11 a 12 años de edad. En tanto el 51.6% del grupo control son del sexo masculino y el 58.4% tienen de 11 a 12 años de edad. Estos datos concuerdan con el hecho de que los participantes están inscritos en primer año de secundaria en una escuela rural. Además se observa que es menor la proporción de adolescentes femeninas que tienen acceso a los estudios secundarios en el área rural, esto es característico de colectivos y grupos tradicionales en México, donde todavía se considera que el rol de la mujer es el hogar y el desarrollo de trabajo doméstico derivado de su condición de género (INEGI, 2010; Landero, Álvarez & Castilla; 2001).

Respecto a con quienes vive el adolescente se encontró que en el grupo de intervención los adolescentes casi en el 30% viven en hogares monoparentales, en el grupo control el 8.7% también vive en este tipo de hogares. Probablemente este hecho se asocia a que en el área rural de México los varones jefes de familia emigran a Norteamérica en busca de mejores oportunidades de trabajo para poder enviar recursos a sus familias. Sin embargo en México se observa cada vez más una transición de familias nucleares a familias monoparentales donde la mujer es cabeza de familia, responsabilizándose del cuidado y manutención de los hijos (INEGI, 2005).

De los participantes del grupo de intervención el 17.4% trabajan y el 22.4% del grupo control también trabaja aparte de estudiar. Esto concuerda con el hecho de que una proporción importante de familias son sostenidas por la madre de familia y el trabajo de estos adolescentes representa una fuente de ingresos para el sostenimiento de las familias. Entre las ocupaciones a lo que se dedican es en primer lugar en el campo, en labores domésticas en casas y en talleres y comercio en pequeño, este tipo de actividad laboral concuerda con sus escasos estudios. Además en el área rural es culturalmente aceptado que

los niños y adolescentes se empleen en actividades del campo en la agricultura, en virtud del valor cultural de que la tierra es pertenencia e identidad (Rodríguez & Ramírez, 2004).

En relación con el consumo de alcohol y tabaco por parte de los padres, se observa que el 77.3% de los adolescentes del grupo intervención refirieron que sus padres consumen alcohol y el 57.0% consumen tabaco. En el grupo control el 92.5% de los padres consumen alcohol y el 64.6% consumen tabaco según sus hijos adolescentes. Este hallazgo refleja que son los padres varones los consumidores de estas sustancias, lo cual es congruente con sociedades rurales tradicionales donde el consumo de alcohol y tabaco es una conducta aceptada socialmente en los varones y se limita en las mujeres. Es importante destacar que los adolescentes no reportaron consumo de marihuana por parte de ninguno de sus padres. Según Natera, Mora y Tiburcio (1999), han encontrado que el consumo de alcohol en los padres de familia es un factor que se asocia con el consumo de los hijos, por ello fue importante conocer el consumo en los progenitores referido por los adolescentes.

Los adolescentes que participaron en las dos condiciones de tratamientos iniciaron el consumo de alcohol y tabaco a los 10 años de edad esto es menor comparado con la media nacional. Es importante destacar que mientras menor sea la edad de inicio en el consumo de drogas legales, es mayor el riesgo de llegar a consumir otras drogas ilícitas y en un lapso de cinco años pueden convertirse en poliusuarios de drogas (ENA, 2008).

Respecto al tipo de bebida de mayor consumo o preferencia por los adolescentes que han consumido alcohol alguna vez en la vida, el grupo control reportó cervezas (48%) y bebidas preparadas (29.3%). En el caso del grupo intervención cerveza (75.4%) y tequila (14.5%). Esto es similar a lo reportado en la Encuesta Nacional (ENA, 2008). En este sentido el consumo de etanol en diversas formas y presentaciones se asocia con el contexto y la cultura seca (tequila) y húmeda (cerveza) del alcohol asociado con el clima y la altura de las localidades (Tapia, 2001; Menéndez, 1992)

En relación con la prueba cualitativa antidoping para identificar el consumo de drogas en orina fue negativo para ambos grupos pre y post a la intervención esto es contrario a lo documentado en encuestas nacionales ya que se ha reportado consumo de marihuana, cocaína y otras drogas antes de los 18 años de edad (ENA, 2008). Este resultado es importante dado que fue congruente con el auto reporte de los adolescentes.

Sobre el patrón de consumo de los adolescentes previo a la intervención el grupo control reportó consumir en promedio una bebida estándar y un cigarrillo en un día típico. El grupo de intervención reportó consumir en promedio una bebida estándar y un cigarrillo en un día típico. Por otra parte posterior a la intervención, el grupo control reportó en promedio consumir dos bebidas estándar y un cigarrillo ($DE = 1.03$) en un día típico y el grupo intervención reportó una media de una bebida estándar consumidas y un cigarrillo en un día típico. Estos datos si bien no disminuyeron sino que se mantuvieron en el grupo de intervención si hubo un incremento en el grupo control, lo cual podrían indicar que cuando no se interviene en grupos de adolescentes para la reducción del uso de alcohol y tabaco se incrementará el consumo.

Asimismo, las diferencias de las tres medidas de prevalencia de consumo de alcohol en ambos grupos en la medición basal y en el seguimiento fueron significativas y respecto al consumo de tabaco la prevalencia actual mostró significancia siendo esta prevalencia más alta en el grupo control que en el de intervención. Estos resultados eran esperados y son comparables con programas de intervención breve (Wagner, 2006; Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez & Salazar, 2008; Nuño, Álvarez & Madrigal, 2008; Brown et al., 2008; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008).

En relación al efecto de la intervención breve para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes los resultados mostraron un efecto significativo de grupo (intervención) en las cuatro variables psicosociales autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia. Las medias de los grupos son consistentes con los dos tipos de tratamiento pero el grupo intervención mostró mejores resultados. La

diferencia de medias ajustadas muestra disminución de los índices de autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia en el grupo control mientras que en el grupo intervención las medias de las cuatro variables psicosociales se incrementaron. Estos resultados son comparables con programas de prevención (Alonso et al., 2008; Esparza & Pillon, 2004; Martin & Copeland, 2007; Ellickson, McCaffrey & Ghosh, 2003). Asimismo esto refleja que las variables psicosociales estudiadas son factibles de modificación por medio de una intervención breve y que los métodos empleados en la intervención incrementan la efectividad en esta población.

El autoestima como variable psicosocial fue desarrollada como una habilidad social dentro de la intervención breve lo cual favoreció en los participantes del grupo de intervención el incremento de su aprecio a sí mismo y el reconocimiento de sus capacidades. Este factor de protección también se ha encontrado como predictor de un menor consumo de alcohol y tabaco en aquellos adolescentes con alta autoestima (Álvarez, Alonso & Zanetti, 2010; Arillo, Thrasher, Rodríguez, Chávez & Lazcano, 2007; Craciun & Baban, 2008).

Respecto a la asertividad que fue otra variable psicosocial de la intervención breve psicoeducativa permitió que los adolescentes tuvieran un repertorio más amplio de estrategias y mensajes de comunicación que evitara la confrontación negativa con los pares pero que si estableciera los límites de la conducta (Alberti & Emmons, 1990).

Otra estrategia utilizada en la intervención que fortalece la asertividad de los adolescentes fue el comunicar un mensaje asertivo por medio de una carta a una persona significativa en su vida que fuera consumidor de alcohol o tabaco y que ellos desearan un cambio en esta conducta. Los mensajes en su mayoría estaban dirigidos a un familiar cercano (padre, hermanos, tíos y abuelo), y las cartas estaban escritas evidenciando los conceptos de la intervención como el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia. Se ha documentado que los aprendizajes son significativos cuando el adolescente se apropia del conocimiento y hace una aplicación concreta (mensajes) en su entorno y

como parte de su vida cotidiana donde se busca hacer una transformación o cambio (Vigotsky, 1979)

En relación con la variable autoeficacia como factor de protección, incluido en la intervención psicoeducativa, y algunos de las estrategias didácticas del currículo favorecieron la capacidad de resistir la presión del consumo de drogas, haciendo uso de sus estrategias de asertividad (Galliher, Evans & Weiser, 2007; Nebot, Tomás, Valmayor, López & Juárez, 2004).

La resiliencia, variable que fue incluida en la intervención breve, ha mostrado ser un factor protector en diversos escenarios y grupos, parece ser que este factor al incluirse en una intervención tiende a incrementarse con el tiempo (Tusaie, Puskar & Sereika, 2007). Por otra parte la resiliencia es una habilidad que se ha recomendado se incluya en las intervenciones breves dirigidas a prevenir el consumo de drogas, debido a que esta se incrementa no solo con el tiempo sino en el uso de esta en cada situación de riesgo en que se le presente al adolescente, además de que parece ser existe un vínculo de que la resiliencia incrementa el autoestima y la capacidad de resistencia a la tentación del consumo de drogas (CICAD, 2005)

Respecto al efecto de género en las cuatro variables psicosociales se encontró un efecto de género en las variables asertividad y resiliencia. Las medias del índice de asertividad y resiliencia por género muestran disminución en el género masculino mientras que en el género femenino la media se incrementó. Probablemente estas diferencias pueden explicarse en función del rol de género en el sentido de que las premisas socioculturales y los escenarios de socialización asignan un papel de protección a la mujer, lo cual implica que ella considere tener más fortaleza (asertividad y resiliencia) para afrontar y tomar decisiones sobre los problemas que se le presenten (Díaz-Guerrero, 2010). En este mismo sentido se destaca que la autoestima y la autoeficacia no mostraron efecto de género, pero sí de grupo probablemente porque sean otros los factores que muestren las diferencias.

En relación al patrón de consumo de alcohol, tabaco y marihuana los resultados reflejan que existe diferencia significativa en la variable consumo de bebidas en un día típico en la medición posterior a la intervención donde las medias del grupo control se incrementaron comparado con el grupo intervención. Estos resultados en el grupo control pueden deberse a que el consumo de alcohol en las comunidades rurales desde la perspectiva antropológica resalta el papel del alcohol en la cohesión social y tiende a minimizar las consecuencias del consumo (Natera & Tiburcio, 2007). Estos hallazgos permiten identificar que la intervención breve psicoeducativa favoreció el incremento de la resiliencia y de la asertividad así como la disminución del consumo de alcohol.

En relación al consumo de tabaco no se encontró diferencia significativa, en la variable cantidad de cigarrillos consumidos en un día típico en virtud de que las medias y medianas fueron homogéneas en ambos grupos y la cantidad de cigarrillos consumidos casi no varió. Sin embargo el número de consumidores disminuyó en ambos grupos en el de control en un 81% y en el de intervención en 92%. El hábito del consumo de tabaco es de los más difíciles de modificar debido al gran potencial adictivo de la nicotina por ello es probable que quienes no dejaron de consumir se mantengan con este hábito, por una probable dependencia física o psicológica.

Respecto al consumo de marihuana no se reportó consumo en ambos grupos de estudio y esto es diferente a lo reportado por la ENA (2008) en grupos de adolescentes urbanos (2.04%), sin embargo no existen reportes de consumo de marihuana en grupos de adolescentes rurales. Por lo anterior no fue posible identificar si la intervención breve tiene algún efecto sobre la disminución de consumo de marihuana.

Adicionalmente se puede señalar que la intervención breve psicoeducativa aplicada en este estudio, es efectiva en relación con los resultados esperados, cuando se combinan, sesiones grupales, estrategias interactivas, con uso de materiales didácticos de autoinstrucción específicos para adolescentes en contextos determinados, y que se administre de forma semanal dejando una actividad de enlace entre cada sesión, afín de

mantener el interés y la permanencia del adolescente en la intervención (Canning, Millward, Raj & Warm, 2004; Faggino et al., 2008; Tomas & Perera, 2008).

Una bondad del presente estudio fue la metodología utilizada para la entrega del currículo de la intervención breve en cual se considero: 1) protocolización y estandarización de la intervención en manuales para el facilitador y el participante, 2) entrenamiento de facilitadores con la finalidad de garantizar la fidelidad de la intervención y el apego del protocolo, 3) evaluación de la fidelidad de intervención previo, durante y posterior a la entrega de la intervención por medio de prueba pre y post al entrenamiento de los facilitadores, diagrama de flujo de día y lista de cotejo en el seguimiento del proceso de la entrega y un cuestionario sobre el grado de cumplimiento de las actividades planeadas, control del tiempo y respeto entre los participantes (Sidane & Braden, 1998).

Por otra parte la dinámica de la intervención y las estrategias utilizadas en su implementación implico interacción constante del facilitador con el adolescente, buscando fortalecer el autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia por medio de procesos de aprendizaje significativo, al utilizar materiales adecuados y motivadores para los adolescentes de área rural, flexibles, auto-aplicables y con dinámicas de participación, que los llevaran a desarrollar la conducta de no consumo de drogas. Además que contribuyeron a mantener el interés de los participantes en cada unas de las sesiones (Vigostky, 1979).

Desde una perspectiva teórica, las variables autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia se consideran como antecedente de la conducta de no consumo de drogas; los hallazgos de la presente investigación evidencia que al incluir estas variables en la intervención permiten disminuir el consumo de alcohol en los adolescentes.

Conclusiones

El estudio tuvo como objetivo verificar la efectividad de una intervención breve para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes, con base en

los hallazgos del estudio es posible concluir que es factible, disminuir el consumo de alcohol y favorecer el autoestima, asertividad, auto eficacia y resiliencia en los adolescentes mediante una intervención breve psicoeducativa que promueve la conducta de prevención del consumo de drogas. Sin embargo no tuvo efecto en la disminución del consumo de tabaco; y no fue posible medir su efecto en consumo de marihuana en virtud del no consumo de esta droga.

Los instrumentos aplicados conservaron en el presente estudio las características psicométricas descritas en los estudios originales que respaldan su construcción.

No se presentó tasa de deserción, un problema característico de los estudios de intervención y la posibilidad de controlarla es mínima.

La intervención breve psicoeducativa representa una alternativa viable para abordar la prevención del consumo de drogas y promover una conducta de no consumo de alcohol.

Los hallazgos muestran que la intervención breve es de fácil aplicación y es potencialmente útil para favorecer la conducta de no consumo de alcohol entre los adolescentes, así como favorecer su autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia.

Asimismo los hallazgos resultan importantes para el personal de las instituciones educativas, porque la intervención breve es una estrategia de corta duración que no requiere que los participantes le dediquen de muchas horas por semana, por lo que no afecta a sus actividades escolares

Limitaciones

Una probable amenaza a la validez es la capacidad de generalización limitada por una muestra con características específicas como lo es la población del área rural. Por lo que los resultados del presente estudio solo pueden ser aplicados a poblaciones de condiciones similares a la estudiada.

El consumo de alcohol y tabaco fue medido por auto-reporte.

Recomendaciones

Se recomienda evaluar el efecto de las variables psicosociales autoestima, asertividad, autoeficacia y resiliencia en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes y plantear modelos para favorecer la conducta de no consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes estudiantes de nivel secundaria en el área rural.

Se propone identificar las características de los adolescentes para quienes es efectivo el tratamiento, lo que hace necesario la incorporación de nuevas variables como apoyo de amigos, dinámica familiar, estrés relacionado a la etapa de adolescente, participación de la escuela y profesores, percepción de la familia y adolescentes acerca del consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

En virtud de los resultados de que la intervención no disminuyó substancialmente el consumo de tabaco, se recomienda estudiar en aquellos adolescentes que continuaron el consumo de tabaco que significado le atribuyen a esta conducta mediante una aproximación cualitativa para en el futuro incorporar estos elementos en intervenciones preventivas.

Asimismo se sugiere desarrollar estudios experimentales que incluyan seguimientos a los 12, 18 y 24 meses para evaluar si el efecto de la intervención breve se mantiene en un plazo de tiempo mayor así como la inclusión de reforzamientos.

En el contexto de la conducta de prevención de consumo de drogas es imprescindible incorporar tratamientos desarrollados con bases empíricas además de evaluar la efectividad y duración en escenarios reales, por lo que se sugiere diseminar la intervención breve mediante talleres interactivos entre los profesionales de la salud, educación, trabajo social y psicología.

Cabe mencionar que aún con los resultados obtenidos el presente estudio es necesario realizar estudios con otros grupos poblacionales y comparar la intervención breve con otras intervenciones por ejemplo consejo breve, con el propósito de

determinar qué tipo de intervención es más efectiva dependiendo de las características de los participantes.

Se sugiere que en futuras intervenciones se considere incluir a la familia afín de sensibilizarla respecto a los daños que se asocian al consumo de alcohol y tabaco y la forma en que esto afecta a la familia, así como de las habilidades necesarias para mantenerse libre del consumo de alcohol y tabaco.

Se recomienda seguir utilizando los instrumentos Escala de Autoestima, Cuestionario de Confianza Situacional y Escala de Resiliencia, aplicadas en este estudio dada la consistencia interna aceptable mostrada.

Dado que en el análisis factorial se observó que algunos ítems del Cuestionario de Asertividad tienen un comportamiento inesperado se sugiere realizar un estudio más detallado.

Se recomienda seguir aplicando la intervención en diferentes escenarios para verificar su efectividad en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana.

Referencias

- Aduna, A. & Bolaños, J. (1996). *Curso para reducir la ansiedad ante la participación en grupo (escolar y social)*, Editorial Trillas. México.
- Alberti, R. & Emmons, M. (1990) *Viviendo con autoestima: como fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona*. Editorial Pax México.
- Alonso, M.M., Esparza, S.E., Frederickson, K., Guzmán, F.R., López, K. S. & Martínez, R.M. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey, México. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 1(10), 79-92.
- Álvarez, A., Alonso, M.M., Zanetti, A.C. (2010). Consumo de Alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino Americana de Enfermería*, 18(Spec), 634-40.
- Annis, H., Graham, J. (1987). *Situational Confidence Questionnaire* Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Arillo-Santillan, E., Thrasher, J., Rodríguez-Bolaños, R., Chávez-Ayala, R. & Lazcano-Ponce, E. (2007). Susceptibilidad al consumo de tabaco en estudiantes no fumadores de 10 ciudades mexicanas. *Salud pública de México*, 49(suppl 2), 170-181.
- Armendáriz, N.A., Rodríguez, L. & Guzmán F.R. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas*, 4(1), 1-16.
- Bandura, A. (1986 a). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social & Clinical Psychology* 4(3) 359-373.
- Bandura, A. (1999 b). *Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España . Desclee de Brouwer.
- Barroso, T., Mendes, A. & Barbosa, A. (2009). Análisis del fenómeno del consumo de alcohol entre adolescentes: estudio realizado con adolescentes del 3° ciclo de escuelas públicas. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 17(3), 1-8.

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007) Bases Psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 1(28), 1-8.
- Becoña, E. Miguez, C., López, A., Vázquez, J. & Lorenzo, C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y Drogas*, 6(1), 89-111.
- Braden, N. (1991). *Como mejorar su autoestima*. Barcelona: Editorial Paidós
- Braverman, M.T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*, 7(2),1-12.
- Briggs, D. (1970). *Your Child's Self Esteem*. New York: Doubleday.
- Brown, R., Strong, D., Abrantes, A., Myers, M., Ramsey, S. & Kahler, Ch. (2009). Effects on substance use outcomes in adolescents receiving motivational interviewing for smoking cessation during psychiatric hospitalization. *Addictive Behaviors*, 34, 887-891.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Health Development Agency.
- Carvajal, L. M. & Andrade, D. (2005). La escuela básica en la prevención del consumo de alcohol y tabaco: retrato de una realidad. *Revista Latino Americana de Enfermería*, 13(número especial), 784-789.
- Choque-Larrauri, R. & Chirinos-Cáceres, J. (2009). Eficacia Del programa habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. *Salud Pública*, 11(2), 169-181.
- Cohen, J. & Cohen P. (1983). *Applied Multiple Regression Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.) Hillsdale. N.J. Laurance Erlbaum.

- Contreras, C., Luna, D. & Arrieta, P. (2008). Auto-concepto del adolescente y sin consumo de tabaco y alcohol. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 51(6), 239-242.
- Cooley, M. (1979). Interests of assertivenss trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 26(2), 173-175.
- Córdova, A., Andrade, P. & Rodríguez, K. (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.
- Cortes, M., Schiaffino, A., Marti, M. & Fernández, E. (2004). Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19(1), 36-44.
- Craciuln, C. & Baban, A. (2008). Exploring smoking in romanian adolescents: prevalence, predictors and meanings of smoking. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 12(4), 435-52.
- Curry, N. & Johnson, C. (1992). *Beyond Self-Esteem*. Washington: National Association for the Education of Young Children.
- Díaz, B. & García-Aurrecoechea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana Salud Pública*, 24(4), 223-232.
- Díaz-Guerrero, R. (2010). *Psicología del Mexicano. Descubrimiento de la Etnopsicología* (6a. ed.). México: Trillas.
- 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.

- Dunn, M., Ilapogu, V., Naney, C., Blackwell, R. & Givens, C. (2008). Self-reported substance use and sexual behaviors among adolescents in a rural state. *Journal of School Health*, 78(11), 587-593.
- Duvicq, C. G., Pereira, N. & Carvalho, A. M. (2004). Consumo de drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y riesgo. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 12(número especial), 345-51.
- Elashoff, D.J Dixon, J.W., Crede, M.K.& Fotheringham N.(2000).nQuery Advisor (version 4.0)Copyrigh(Software estadístico para PC).Los Angeles,C:Statistical Solutions.
- Ellickson PL, McCaffrey DF, Ghosh-Dastidar B. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. *American Journal Public Health*; 93:1830–6.
- Engels, R., Hale, W., Noom, M. & Vries H. (2005). Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1883-1893.
- Espada, J. P., Pereira, J. R. & García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Esparza, S. & Pillon. S. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 12(Especial), 324-32.
- Faggino, F., Vigna-Taglianti, FD., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. & Lemma, P. (2008). Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible em <http://www.update-software.com>.

- Farias, J. C., Najas, M. V., Loch, M. R., Oliveira, E., De Bem M. F. & Lopes A. (2009). Comportamentos de risco a saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(4), 344-352
- Faulkner, G., Adlaf, E., Irving, H., Allison, K. & Dwyer, J. (2009). School disconnectedness: identifying adolescents at risk in Ontario, Canada. *Journal of School Health*, 79(1), 312-318.
- Feitosa, F.B., Matos, M.G., Prette, Z.A.P. & Prette, A. (2009). Desempenho acadêmico e interpessoal em adolescentes portugueses, psicologia em Estudo, Maringá, 14(2), 259-266.
- Fensterheim, H. & Baer, J. (1975). *No diga Si cuando quiera decir No*. Barcelona: Grijalbo.
- 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.
- Finfgeld-Connett, D. (2005). Alcohol Brief Interventions. *Annual Review of Nursing Research*, 23, 363-386.
- Galliher, R., Evans, C. & Weiser, D. (2007). Social and individual predictors of substance use for native American youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 16(3), 1-16.
- García, J. & Dias, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autoregulación y consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 7(2), 309-332.
- 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.
- Gómez-Cruz, G., Barrueco-Ferrero, M., Maderuelo-Fernández, A., Aparicio-Coca, I. & Torrecilla-García, M. (2008). Factores predictores de la conducta en alumnos de enseñanza secundaria. *Anuario de Pediatría*, 68(5), 454-461.

- González, A., Valdez, M. & Zavala B. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1) 41-52.
- Guo, J., Hawkins, D. J., Hill, K. & Abbott R. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal S Alcohol*, 62(6), 754-62.
- Guth, S., Lindberg, S., Badger, G., Colleens, T., Rose, G. & Helzer, J. (2008). Brief Intervention in alcohol dependent versus nondependent individuals. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69,243-250.
- Hawkins, J.; Catalano, R.; & Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1–26.
- 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
- Hunt, M. K., Fagan, P., Lederman, R., Stoddard, A. & et al. (2003). Feasibility of implementing intervention methods in adolescents worksite tobacco control study. *Tabacco Control*, 12,40-6.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2005). Indicadores demográficos. Recuperado 20 de Junio del 2011 de <http://www.inegi.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2010). Indicadores demográficos. Recuperado 20 de Junio del 2011 de <http://www.inegi.gob.mx>
- Jhonston, O. (2006) *Bachman monitoringthe future national results on adolescents drug us.: Overview of key finding*. Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Jordán., M.L., Souza, J.R. & Pillon, S.C. (2009). Uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 17(2), 1-7.
- Kotliarenco, M.A., 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.
- Landero, R., Alvarez, J. & Castilla, A. (2001). La inserción laboral de obreras y catedráticas mexicanas y el impacto en su realización personal y la dinámica familiar. *Revista de psicología social*, 16(2), 209-228.
- Lazaruz, R. & Folkman (1986). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
- Llanes, J. (2007). Observaciones para dar una atención integral en la problemática de las adicciones. *Liber Addictus*, 96(marzo-abril), 9:1-9.
- Lodoño, C. & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. 11(1), 155-162.
- Luis, M. (2008). *La promoción de salud y la prevención de las adicciones a nivel del individuo, familia y comunidad. El fenómeno de las drogas en las Américas y en el mundo*. CICAD/OEA, SENAD y EERP/USP: Brasil, 1-15.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575.
- Machado, E. M. & Santos, M. A. (2007). Adolescencia y el uso de sustancias psicoactivas: el impacto del nivel socioeconómico. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 15(especial), 1-7.
- Maddaleno, M., Morello, P., Infante-Espinola, F. (2003) Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública Mex*, 43,132-139.
- Martin, G. & Copeland, J. (2007). The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 34, 407-414.

- Martínez, K., Pedroza, F., Vacío, M., Jiménez, A. & Salazar, M. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 247-264.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G. & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 2(31), 119-27.
- Martínez-Lorca, M. & Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*. 15(2), 145-158.
- Martínez-Maldonado, R., Pedrao, L. J., Alonso-Castillo M.M., López-García, K. S. & Oliva-Rodríguez, N.N. (2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria de área urbana y rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 16(especial), 1-8.
- Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la Naturaleza Humana*. México: Trillas.
- Menéndez, E. *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto al alcoholismo en México*. México: CIESAS.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J., Ovejero, A. & Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programas de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21(3), 207-220.
- Morgan, T., White, H. & Young-Mun E. (2008). Changes in drinking before a mandated brief intervention with college students. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 69, 286-290.
- Musitu, G., Jiménez, T., Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias em adolescentes: um modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49(1), 3-10.
- Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con problemas de adicciones . *Salud Mental*, 22, 114-120

- Natera, G., Tiburcio, M. (2007). Tailoring an intervention model to help indigenous families cope with excessive drinking in central México. *Salud Mental*, 30(6), 32-42.
- 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.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Bachman monitoring the future national results on adolescent drug use. Overview of key finding*. Maryland.
- Nebot, Z., Tomás, Z., Valmayor, S., López, M. J. & Juárez, O. (2004). Factores asociados con el inicio del tabaquismo: seguimiento a los 3 años de una cohorte de escolares. *Archivo Bronconeumol*, 40(11), 495-501.
- Nichols, T., Graber, J., Brooks-Gunn, J. & Botvin, G. (2006). Ways to say No: Refusal skill strategies among urban adolescents. *American Journal Health Behavior*, 30(3), 227-236.
- Nuño, B., Álvarez, J., Madrigal, E. & Rasmussen, B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes en una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental*, 5(28), 64-70.
- Nuño-Gutiérrez, B., Alvarez-Nemegyei, J. & Madrigal de-León, E. (2008). Efecto de una intervención antitabaco en estudiantes de enseñanza media superior en Guadalajara, México. *Salud Mental*, 31(3), 181-188.
- Olivari, M. & Barrera, A. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*, 23(2), 5-11.
- Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2005) *Lineamientos Hemisférico de la CICAD en Prevención escolar*. Washington: CICAD.

- Ostaszewski, K. & Zimmerman, M. (2006). The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: a longitudinal study of resiliency. *American Journal of Community Psychology*, 38, 237-249.
- Pasqualli V. (1990). Escala de Asertividad Rathus-Ras: Adaptación Brasileira. *Psic.: Teoria y Pesqui*; 6(3).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5thed). Pearson: Prentice Hall, N. J. Upper Saddle River.
- Polit, D. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8thed). Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ramírez, M. & Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latino Americana de Enfermería*, 13(número especial), 813-818.
- Rathus S. (1973) A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Reasoner, R & Gail, D. (1991). *Building Self Esteem for Students*. California Estados Unidos: Consulting Psychologist Press Inc.
- Reddy-Jacobs, C., Téllez-Rojo, M. M., Meneses-González, F., Campuzano-Rincon, J. & Hernández-Avila, M. (2006). Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Pública de México*, 48(suppl), 83-90.
- Riquelme N.B.P., Fraile C.G.D., Carvalho A.M.P. (2005). Influencia Del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 13(especial), 798-805.
- Rodríguez, M. & Ramírez, P. (2004). *Psicología del mexicano en el trabajo*. (2da Ed.). México: McGraw-Hill.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.

- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.
- Salaberría, K. & Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 151-179.
- Salter, A. (1950). Conditioned Reflex Therapy: The Direct Approach to the Reconstruction of Personality. *The Journal American Medical Association*, 142(7), 520.
- 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, Plan Nacional de Salud (2007-2012). México
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México).
- Sidani S. & Braden C. *Evaluating nursing interventions. A theory-driven approach*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- Silber, E. & Tippett, J. (1965). Sel-esteem clinical assessment and measurement validation *Psychological Reports*, 16(3), 1017-1071.
- Srisurapanont, M., Sombatmai, S. & Boripuntakul, T. (2006). Brief intervention for students with methamphetamine use disorders: a randomized controlled trial. *The American Journal on Addictions*, 16, 111-116.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2da Ed.). México, D.F.: Manual Moderno.
- Thomas, R. & Perera, R. (2008). Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>.

- Tusaie K, Puskar K, Sereika SM. (2007) A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal Nursing Scholarship*, 39(1), 54-60.
- Vasconcelos-Raposo, J. Goncalves, O. Teixeira, C. & Fernandes, H.M. (2009). Relação entre dimensões do autoconceito e consumo de álcool em alunos. *Motricidade*, 5(1), 51-76.
- Vigotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica/Grigalbo.
- Voli, F. (1994). *Autoestima para padres*. Madrid. Editorial San Pablo.
- Wagner, E. (2006). Adolescents' behavior and lifestyle evaluation (ABLE): Brief intervention for Hispanic high school drinkers. Documento presentado en el 1er Congreso Internacional Psicología del Desarrollo. Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.
- Wagnild, G. M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Werch, C. & DiClemente, C. (1994) A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research Theory and Practice*, 9(1), 37-46.
- Werch, C. (2001). Preventive Alcohol Interventions Based on a Stage of Acquisition Model. *Am J. Health Behavior*, 25(3), 206-216.
- Winters, K., Leitten, W., Wagner, E. & O'leary, T. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health*, 77(4), 196-206.

Apéndices

Apéndice A

Historial de Consumo de Drogas

El propósito de esta encuesta es conocer el consumo de drogas en jóvenes como tú. Tus respuestas se mantendrán en secreto. No pondremos tu nombre en esta encuesta. Es anónima confidencial, por favor contesta todas las preguntas, lo más cercano a tu realidad. No dejes de contestar ninguna. Esta no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas y no se harán juicios sobre ti.

Instrucciones: Coloca **Si o No** según sea tu caso, en las columnas: alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes.

Drogas	Alguna vez en la vida	En el último año	En el último mes	En el último mes cuantos días consumiste	Edad que tenias cuando iniciaste a consumir por primera vez
1. Alcohol (vino, cerveza, licor, tequila, bebida preparada)					
2. Tabaco (cigarrillos)					
3. Marihuana (mota, hierba, porro, yerba, churro)					
4. Cocaína (coca, nieve, dama blanca, talco, crack, crac).					
5. Inhalables Solventes volátiles (gas de la risa, aerosoles, líquidos de limpieza, thinner, éter, pegamento, gasolina, removedores de esmalte para uñas y pinturas)					
6. Heroína					
7. Otra (especificar)					

8. En un día típico ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes? (anota la cantidad) ____Bebidas
Nunca bebí una bebida alcohólica_____
9. ¿Cuál fue la bebida alcohólica que tomaste en la última ocasión que bebiste?
- a) Nunca bebí una bebida alcohólica_____
 - b) Cerveza_____
 - c) Vino_____
 - d) Vodka_____
 - e) Licor_____
 - f) Champagne o Sidra_____
 - g) No recuerdo_____
 - h) Otras_____
10. En un día típico ¿Cuántos cigarros consumes? (anota la cantidad) ____Cigarros
Nunca he fumado un cigarro_____

Apéndice B

Escala de Autoestima

En las siguientes oraciones marca con una (X) la opción según qué tan de acuerdo te sientes con relación en cada una de ellas.

Preguntas	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				
2. Yo tengo un buen número de cualidades positivas				
3. Tengo una actitud negativa de mi mismo				
4. Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				
5. No tengo mucho de que sentirme orgulloso				
6. Tengo una actitud positiva de mi mismo.				
7. Estoy satisfecho conmigo mismo				
8. Desearía tener más respeto por mí mismo.				
9. Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				

Apéndice C

Cuestionario de Asertividad

En las siguientes oraciones marca (X) que tan de acuerdo te sientes con relación a cada una de las afirmaciones.

Preguntas	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo.				
2. Me da pena pedir cosas a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.				
3. Cuando la comida que me han servido no está hecha a mi gusto me quejo				
4. Yo respeto los derechos de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.				
5. Cuando mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otra persona me ofrece drogas yo puedo decir "no" sin sentirme mal.				
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber ¿por qué?				
7. Hay veces en que provooco abiertamente una discusión.				
8. Yo defiendo mi punto de vista sobre no usar drogas.				
9. Mis compañeros, amigos u otra persona me obligan a consumir algún tipo de droga.				
10. Disfruto entablando conversación con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad sin necesidad de usar drogas				
11. Con frecuencia no sé qué decir a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad u otras personas que me ofrecen consumir drogas.				
12. Soy capaz de pedir cosas a los demás sin necesidad de usar drogas.				
13. Me da pena pedirles a mis compañeros de escuela o mis amigos que me regresen algo que yo les haya prestado				
14. Si uno de mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad me molesta, no digo nada.				

Preguntas	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
15. Yo no evitó a mis compañeros o amigos que consumen drogas por miedo a parecer tonto/a.				
16. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme nervioso.				
17. Si mi maestro dice algo que es incorrecto, yo expondría públicamente mi opinión.				
18. Evito discutir sobre el tema de drogas con mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad.				
19. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.				
20. Yo expreso abiertamente mis sentimientos sobre no usar drogas.				
21. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.				
22. Me siento mal si digo "no" a mis compañeros de escuela o mis amigos o personas de mi edad que me ofrecen probar drogas				
23. Suelo quedarme callado antes de hacer el ridículo si mis compañeros están hablando de drogas.				
24. En la tiendita de la escuela o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.				
25. Cuando me alagan, no sé qué responder.				
26. Si alguna persona esta fumando cerca de mí le digo vayan a fumar a otra parte o bien que apague su cigarro.				
27. Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención.				
28. Expreso mis opiniones con facilidad respecto a la prevención del uso de drogas				
29. Si alguien me ofrece drogas soy incapaz de decir nada.				

Apéndice D

Cuestionario de Confianza Situacional

Por favor lee cuidadosamente las oraciones y marca (X) la opción que más se acerque a tu caso. En cada pregunta complementa con la frase “voy a estar seguro de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga”, con las diferentes opciones de respuesta:

- Seguro que no podría.
- No podría
- A veces no podría
- A veces sí podría
- Sí podría
- Seguro que sí podría

Voy a estar seguro/segura de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces sí podría	Sí podría	Seguro que sí podría
1. Si yo siento que estoy deprimido.						
2. Si hubo peleas en casa.						
3. Si tuve problemas para dormir.						
4. Si tuve una discusión con un amigo.						
5. Si creo que otras personas no les caigo bien.						
6. Si me siento seguro y relajado.						
7. Si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas.						
8. Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor.						
9. Si me acordé que tan bien se siento cuando se consumen drogas.						
10. Si yo creo que consumiendo drogas voy hacer otra apersona						
11. Si yo creo que las cosas no me van a salir bien.						
12. Si otras personas interfieren con mis planes						
13. Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta.						
14. Si tuve problemas con mis compañeros de la escuela o amigos .						
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien.						

Voy a estar seguro/segura de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
16. Si todo va saliendo bien						
17. Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol						
18. Si quiero celebrar con un amigo						
19. Si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar o drogarse.						
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago						
21. Si me siento enojado porque todo me sale mal.						
22. Si otras personas me tratan injustamente.						
23. Si me siento enfermo.						
24. Si las presiones están aumentando en la escuela.						
25. Si alguien me critica.						
26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice.						
27. Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor.						
28. Si voy a una quinceañera y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol.						
29. Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar o probar otra droga.						
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas.						
31. Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.						
32. Si me siento con muchas presiones familiares.						
33. Si siento con indigestión (pesadez estomacal).						
34. Si no me llevo bien con mis compañeros de clase.						
35. Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (nervioso).						

Voy a estar seguro/segura de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más.						
37. Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga.						
38. Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro.						
39. Si yo quiero probarme a mi mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme.						

Apéndice E

Escala de Resiliencia

Instrucciones: Señala (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 ayudarlo/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 F

Consentimiento Informado del Padre de Familia

Titulo del Proyecto: Intervención Breve para la prevención del Consumo de Drogas en adolescentes

Investigadora Responsable: MC. Alicia Alvarez Aguirre

Prologo: Estamos interesados en conocer las características que puedan influir en el consumo de tabaco, alcohol y drogas en los estudiantes de secundaria del estado de Nuevo León, por lo que estamos invitando a participar a su hijo(a) en este estudio, si usted acepta, su hijo dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible dentro de sus actividades escolares y participará en una Intervención de prevención de consumo de drogas. Antes de decidir si quiere o no que su hijo(a) participe necesita saber el propósito del estudio, cuáles son los riesgos y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para que su hijo(a) participe. Este procedimiento se llama consentimiento informado, este instructivo le explicará el estudio, si usted decide autorizar que su hijo participe, le pediremos que firme esta forma de consentimiento. Una copia de él se le entregará a usted.

Propósito del Estudio: Esta Intervención tiene como objetivo prevenir el uso de alcohol tabaco y marihuana en adolescentes que estudian secundaria en el estado de Nuevo León.

La intervención estará diseñado con la finalidad de generar e intercambiar conocimientos, prevenir el consumo de drogas de los estudiantes a través del fortalecimiento de habilidades sociales y conductas saludables a la salud.

La información que su hijo(a) comparta será usada en primer lugar como parte de un programa que ayudara a otros adolescentes para prevenir el consumo de drogas. Por tal

motivo, la información que su hijo(a) nos proporcione será de gran utilidad. Por favor lea esta forma y haga todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento para que su hijo sea parte del grupo de estudio.

Descripción del Estudio/ Procedimiento

- Si usted acepta que su hijo participe en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado.
- Se le aplicará a su hijo(a) cinco cuestionarios y formará parte de una intervención
- Los cuestionarios y la intervención serán aplicados dentro de la escuela y se protegerá a su hijo(a) cuidando en todo momento su privacidad, no identificándolo por su nombre, ni dirección.
- La intervención en el que su hijo(a) participará tendrá una duración de 12 semanas, las cuales se distribuirán a una sesión por semana, con duración de una hora cada una.
- La intervención se llevará a cabo en un área específica de la escuela, por lo que se le asignará un horario y una fecha que no interfieran en las actividades principales de clase de su hijo.
- Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en las calificaciones y trato de los maestros con su hijo(a).
- Las preguntas que se le harán a su hijo serán acerca del consumo de tabaco, alcohol y marihuana, en la intervención se realizarán actividades de prevención acerca de estos temas.
- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que su hijo deje de participar, no tendrá ningún perjuicio en sus actividades escolares.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con la participación de su hijo en el estudio. Si su hijo se siente indisposto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse en el momento que él (ella) lo decida.

Beneficios esperados:

En este estudio no existe un beneficio personal para que su hijo(a) participe, sin embargo en un futuro con los resultados de este estudio se implementarán programas de prevención para el beneficio de los adolescentes.

Alternativas:

La única alternativa para este estudio implica que su hijo(a) no participe en el estudio.

Costos:

No hay ningún costo para que su hijo(a) participe en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que conocerán que su hijo participo en el estudio son usted, su hijo y los responsables de la intervención. Ninguna información sobre su hijo será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada de su hijo. Recuerde que los cuestionarios que su hijo(a) contestaran son anónimos y la información es confidencial.

Derecho de Retratar:

La participación de su hijo(a) en este estudio es voluntaria, la decisión de que su hijo (a) participe o no participe no afecta su relación actual con ninguna institución de

salud o educativa. Si usted decide que su hijo(a) participe está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada los derechos de su hijo(a).

Preguntas:

Si usted tiene alguna pregunta sobre los derechos de su hijo(a) como participante de este estudio por favor comuníquese con los responsables del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería en particular con la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres que los puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en este estudio y se colecte información sobre mi hijo. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a).

Firma del Padre o Tutor

Firma y nombre del Primer Testigo

Parentesco: _____

Dirección: _____

Alicia Alvarez Aguirre
Autora de la investigación

Firma y nombre del Segundo Testigo

Parentesco: _____

Dirección: _____

Apéndice G

Asentimiento Informado para el Estudiante

Título del Proyecto: " Intervención Breve para la prevención del Consumo de Drogas en adolescentes.

Autora del Estudio: MC. Alicia Álvarez Aguirre.

Introducción

La Maestra Alicia Álvarez Aguirre está interesada en conocer aspectos de salud que afectan a los adolescentes. Por lo anterior me invita a participar en una intervención que consiste en participar en 12 sesiones educativas de 1 hora cada una, así como dar respuesta a 4 instrumentos y una cédula de datos que abordan aspectos relacionados con el uso de alcohol, tabaco y drogas. Además me informó que este estudio le servirá como requisito para obtener su grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Antes de decidir si quiero participar, me informará el propósito del estudio, cuales son los riesgos, los posibles beneficios, el procedimiento y lo que debo realizar después de dar mi consentimiento. Este proceso se llama "asentimiento informado". Sí doy mi asentimiento para participar, se me pedirá que firme esta forma de asentimiento.

Propósito del Estudio

Esta Intervención tiene como objetivo prevenir el uso de alcohol tabaco y marihuana en adolescentes que estudian secundaria en el estado de Nuevo León.

Procedimiento

Si yo acepto participar en el estudio, se me pedirá que realice lo siguiente:

Contestar una cédula de datos y cinco instrumentos con la mayor sinceridad posible apegada a mi realidad, los cuales me llevarán aproximadamente 1 hora con 30 minutos y que se aplicarán sin que interfiera en mis actividades académicas.

Participar en una intervención de 4 sesiones educativas durante un mes

Al final de la intervención y a los tres y seis meses posteriores se contestaran nuevamente los instrumentos que conteste en un principio

Riesgos e Inquietudes

Me informa que no existen riesgos serios relacionados con mi participación en este estudio. Sin embargo, si me siento incómodo al contestar las preguntas, puedo retirar mi consentimiento en el momento que yo lo desee, los datos que proporcione serán confidenciales y que la información no se dará a conocer de forma individual, además se me explica que no corro ningún riesgo académico o personal al contestar los instrumentos.

Beneficios

Se me informa que no hay un beneficio personal, escolar, económico ni de otro tipo por participar en este estudio y no hay costo para mí.

Participación Voluntaria y Confidencialidad

Las únicas personas que sabrán que yo estoy participando en este estudio es la autora del mismo y mis padres. Ninguna información sobre mí o dada por mí en los instrumentos será distribuida a otras personas. Los resultados del estudio se presentarán de forma grupal y no de manera individual. Participar en el estudio no afecta mi relación actual o futura con la institución educativa en la que yo curso. Si yo decido participar, estoy en libertad de dejar de responder en cualquier momento.

Preguntas

Si tengo alguna pregunta, inquietud o algo sobre la forma de realizar el estudio me puedo comunicar a la UANL con:

Raquel Alicia Benavides Torres PhD. presidenta del Comité de Ética

Dirección: Avenida Gonzalitos No. 1500Nte. Col Mitras Centro

C.P. 64460 Monterrey, N.L., México

Teléfono: 83-48-18-47 Ext. 111

Sentimiento Informado

La Maestra Alicia Álvarez Aguirre me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente de dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Firma y nombre del Primer Testigo

Parentesco:_____

Dirección:_____

Alicia Alvarez Aguirre
Autora de la investigación

Firma y nombre del Segundo Testigo

Parentesco:_____

Dirección:_____

*Apéndice H***Contenido del Protocolo de Intervención Breve**

Sesión 1	
Escuchar de manera efectiva e información de tabaco alcohol y marihuana	
Propósito	Descripción
Presentar la intervención, practicar el escuchar de manera efectiva y proporcionar información básica sobre el uso de drogas.	Los participantes son introducidos a la intervención, de qué trata y por qué su escuela lo está implementando. A través de discusión, juegos y actividades de trabajo individual o grupal, se les da la oportunidad de mejorar sus habilidades para escuchar y aprender acerca del predominio del uso de tabaco entre los iguales.
Sesión 2	
El curso y las consecuencias del uso de tabaco, alcohol y marihuana	
Propósito	Descripción
Informar a los participantes sobre las etapas de la adicción, las consecuencias del uso de drogas así como las habilidades en la toma de decisiones	Los participantes aprenden acerca del curso de la adicción a las drogas mediante demostración e identifican las consecuencias asociadas con el uso de drogas

Sesión 3	
Autoestima	
Propósito	Descripción
Mejorar la autoestima de los participantes para que se sientan con más poder de resistir las presiones de los compañeros.	Los participantes practican técnicas que incrementan su autoestima al enfocarse en sus cualidades positivas, mediante discusiones en grupo.
Sesión 4	
Autoeficacia	
Propósito	Descripción
Mejorar la autoeficacia para que los participantes se sientan con mayor seguridad para poder resistir el uso de tabaco, alcohol y marihuana o las presiones de los compañeros.	Los participantes aprenden habilidades para mostrarse más autoeficaces hacia la resistencia del uso de tabaco, alcohol y marihuana, enfocándose en soluciones propuestas por ellos a través de discusión grupal.

Sesión 5	
Ser honesto contigo y cambiando pensamientos negativos	
Propósito	Descripción
Motivar a los participantes a que se alejen de la conformidad con los comportamientos que no son saludables, como el uso de tabaco y alcohol.	Mediante la discusión de grupo y hojas de trabajo, los participantes aprenden técnicas para ayudarlos a ser honestos con ellos mismos y que no se sientan presionados a hacer cosas que quizás no quiera hacer.
Sesión 6	
Comunicación efectiva	
Propósito	Descripción
Mejorar las habilidades de comunicación para que los participantes se puedan expresar claramente, preguntarles por lo que quieren y resistir presión de pares (amigos y compañeros)	Los participantes aprenden los componentes necesarios de la comunicación efectiva mediante discusión, juego y hojas de trabajo.

Sesión 7	
Entrenamiento de asertividad y habilidades de enfrentamiento	
Propósito	Descripción
Proveer a los participantes habilidades para rechazar ofrecimiento de drogas, así como, afrontar la influencia de pares.	Se les da varias estrategias para rechazar y afrontar influencias de pares al uso de drogas. El aprendizaje es obtenido mediante pláticas demostración y practica.
Sesión 8	
Practica de habilidades de rechazo asertivas	
Propósito	Descripción
Practicar habilidades de rechazo asertivas	Los participantes practican asertivamente el rechazo de ofrecimiento para usar drogas usando las diferentes técnicas. Se utiliza como apoyo didáctico un video que muestra la práctica de resistencia a la presión para consumir drogas.

Sesión 9	
Anunciando imágenes	
Propósito	Descripción
Enseñar los hechos detrás de las imágenes del uso de drogas representadas en los medios de publicidad y de reforzar conocimientos acerca de las verdaderas consecuencias del uso de tabaco y alcohol, para que los estudiantes tengan mejor capacidad de tomar opciones saludables.	Mediante el uso de anuncios publicitarios impresos, video y discusión en clase, los estudiantes se les mostraran las diferentes maneras en que los anuncios tratan de vender su producto (alcohol, tabaco).
Sesión 10	
Activismo social: abogando para el no uso de drogas	
Propósito	Descripción
Practicar siendo un defensor del no uso de drogas	Los participantes son entrenados en cómo hacer frente al no uso de drogas al escribir cartas a amigos o miembros de la familia que usan drogas.

Sesión 11	
Mi proyecto de vida	
Propósito	Descripción
<p>Los participantes reflexionan respecto a ¿Qué quiere llegar a ser cuando sea adulto?</p> <p>Realizando su plan a futuro</p>	<p>Los participantes piensan en su proyecto con apoyo de hojas de trabajo donde llenaran espacios planteando sus metas a corto, mediano y largo plazo, así como cuales serán los medios para lograrlos y pensarán también en posibles obstáculos que se les llegaran a presentar.</p>
Sesión 12	
Compromiso público	
Propósito	Descripción
<p>Proveer una oportunidad a los participantes de hacer un compromiso público de no usar drogas y practicar algunas de las habilidades de toma de decisiones y de comunicación aprendidas en la sesiones anteriores</p>	<p>Los participantes son grabados en un video contestando preguntas acerca del uso de tabaco y alcohol y haciendo un compromiso de no usar drogas o de reconsiderar su uso y consecuencias. Esto está hecho en el contexto de un reportaje de noticias en donde cada uno de los participantes serán entrevistados.</p>

*Apéndice I***Evaluación del Entrenamiento para Facilitadores**

Fecha	Edad	Sexo	Escolaridad	Profesión
-------	------	------	-------------	-----------

Instrucciones: Por favor sea lo más objetivo posible a fin de enriquecer las sesiones de la intervención en la que participaste, con tus comentarios, procura no dejar preguntas sin contestar.

1. Los Objetivos del entrenamiento fueron claros

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

2. Se lograron los objetivos del entrenamiento

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

3. La estructura temática del entrenamiento es adecuada

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

4. Se trataron todos los temas programados en el entrenamiento

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

5. Los contenidos del entrenamiento son suficientes para el manejo de esta
intervención.

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

6. Los temas del entrenamiento trataron con suficiente profundidad para aprender el manejo de la intervención.

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

7. La duración del entrenamiento fue suficiente

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

8. Durante el entrenamiento adquirí conocimientos suficientes para la aplicación de la intervención.

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

9. Durante el entrenamiento adquiriré habilidades suficientes para la aplicación de la intervención

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

10. Durante el entrenamiento adquiriré actitudes suficientes para la aplicación de la intervención

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

11. Las actividades permiten poner en práctica en escenarios reales los contenidos teóricos

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

12. El instructor tuvo suficiente dominio del tema

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

13. El instructor ofreció retroalimentación oportuna

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

14. El instructor fomentó la interacción con los participantes

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

Totalmente desacuerdo _____

15. El instructor propició la interacción entre los estudiantes.

Totalmente de acuerdo _____

De acuerdo _____

Neutral _____

En desacuerdo _____

*Apéndice J***Hoja de Registro para Monitoreo**

Instrucciones: Por favor sea lo más objetivo posible a fin de enriquecer la intervención con sus comentarios y amplíe sus respuestas procurando no dejar preguntas sin contestar.

Fecha	Nº Sesión	Institución	Facilitador:	Observador:
-------	-----------	-------------	--------------	-------------

Facilitador

1. ¿Cumplió con el propósito de la sesión?

Si _____ NO _____

Observaciones:

2. ¿Utilizó todos los materiales para la sesión?

Si _____ NO _____

Observaciones:

3. ¿Fomentó la participación?

Si _____ NO _____

Observaciones:

4. ¿Aclaró dudas?
Si _____ NO _____

Observaciones:

5. ¿Interactuó con los estudiantes?
Si _____ NO _____

Observaciones:

6. ¿Mantuvo a los estudiantes atentos?
Si _____ NO _____

Observaciones:

7. ¿Realizó conclusiones para cerrar la sesión?
Si _____ NO _____

Observaciones:

Alumnos

1. ¿Se mostraron interesados por la sesión?
Si _____ NO _____

Observaciones:

2. ¿Participaron en todas las actividades?
Si _____ NO _____

Observaciones:

3. ¿Se observaron fatigados durante la sesión?

Si _____ NO _____

Observaciones:

4. ¿Estuvieron atentos y en orden?

Si _____ NO _____

Observaciones:

5. ¿Existió algo en donde tuvieran dudas?

Si _____ NO _____

Observaciones:

Ambiente

1. 13. ¿Existieron interrupciones?

Si _____ NO _____

Observaciones:

2. 14. ¿El lugar era el adecuado para la sesión?

Si _____ NO _____

Observaciones:

3. ¿La iluminación y la ventilación eran adecuadas?

Si _____ NO _____

Observaciones:

4. ¿Existieron ruidos externos?
Si _____ NO _____

Observaciones:

5. ¿Asistieron personas ajenas? ¿Quiénes?
Si _____ NO _____

Observaciones:

6. ¿Se contó con los recursos necesarios para la sesión?
Si _____ NO _____

Observaciones:

7. ¿Cuánto duro la sesión?
Si _____ NO _____

Observaciones:

Apéndice K

Análisis Factorial Escala de Autoestima

Item	Muestra general (<i>n</i> = 333)				Grupo control (<i>n</i> ₁ = 161)				Grupo intervención (<i>n</i> ₂ = 172)			
	Basal		Seguimiento		Basal		Seguimiento		Basal		Seguimiento	
	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2
1	.66		.68			.63	.70		.73		.64	
2	.68		.74			.54	.73		.72		.76	
3		.62		.69	.47			.72		.72		.66
4	.58		.67			.50	.68		.62		.66	
5		.70	.69		.69		.68			.73	.71	
6	.63		.72			.54	.75		.67		.66	
7	.61		.72			.52	.72		.69		.71	
8		.36		.38		-.53		.35	-.42			.44
9		.74		.86	.68			.89		.74		.80
10		.74		.84	.67			.89		.76		.75

Apéndice L

Análisis Factorial Cuestionario de Asertividad

Item	Muestra general (n = 333)						Grupo control (n ₁ = 161)						Grupo intervención (n ₂ = 172)					
	Basal			Seguimiento			Basal			Seguimiento			Basal			Seguimiento		
	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3	F 1	F 2	F 3
1			-.35	-.33					-.38			.48			-.42			-.30
2	.70				.52		.81					.56	.58					.47
3	-.68				-.30		-.71					-.39	-.64					-.50
4			.58	.62					.52	.61					.53			.49
5			.53	.68					.55	.67					.54	.55		
6			.62	.65					.66	.70					.46	.46		
7	.60				.52		.61					.53	.58					.48
8			.71	.74					.69	.70					.67	.69		
9	.83				.54		.85					.53	.79					.54
10			.68	.69					.69	.70					.72	.66		
11	.76				.56		.72					.62	.76					.49
12			.71	.76					.72	.78					.70	.64		
13	.55				.51		.67					.54	.42					.39
14	.77				.53		.82					.49	.71					.56
15	.71				.56		.66					.54	.73					.60
16	.66				.64		.78					.60	.53					.68
17			.36	.44					.29	.44					.50	.63		
18		-.44				-.35		-.57				-.52		-.33				.33
19		.48				.48		.56				.46		.38		.36		
20		.59				.61		.52				.65		.66		.71		
21		.63			.48			.58				-.58		.542				.58
22	.58					.57	.54					.60	.62					-.72
23	.62					-.43	.57					-.59	.67					.42
24	-.63					.57	-.71					.53	-.53			.67		
25	.48					.70		-.54				.67	.51			.68		
26		.66				.61	.59					.61		.69		.63		
27		.75				-.40	.77					-.65		.73				.59
28		.58				.56	.55					.56		.64				.56
29	.67				.65		.67				.65			.65				.65

Apéndice M

Análisis Factorial Escala de Autoeficacia

Item	Muestra general (n = 333)				Grupo control (n ₁ = 161)				Grupo intervención (n ₂ = 172)			
	Basal		Seguimiento		Basal		Seguimiento		Basal		Seguimiento	
	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2	F 1	F 2
1		.78		.71		.75		.64		.79		.79
2		.68		.65		.64	.69			.71		.72
3		.82		.73		.79		.68		.81		.77
4		.80		.84		.75		.86		.79		.77
5		.72		.79		.77		.84		.63	.74	
6		.79	.74			.79	.74			.77	.78	
7		.65	.71		.64		.72			.69		.73
8		.80	.77			.79	.78			.81	.76	
9		.63	.72		.63		.72			.66	.80	
10	.69			.81	.67			.85	.73		.70	
11		.69		.77		.71		.82		.62		.69
12		.75		.67		.71		.68		.76	.78	
13	.63			.64		.62		.65	.68		.69	
14		.72	.79			.73	.81			.65	.64	
15		.77		.66		.77		.68		.76	.74	
16		.71	.69			.78	.70			.64	.78	
17	.68		.68		.70		.67		.68			.71
18		.62		.70		.63		.71		.58	.70	
19	.70		.69		.68		.67		.75		.72	
20	.74			.66	.71		.68		.77		.72	
21	.68		.75		.70		.71		.64		.59	
22	.73		.79		.74		.80		.72		.78	
23	.74		.80		.69		.83		.77			.61
24	.76		.67		.74			.64	.77		.76	
25	.72		.74		.72		.76		.71		.80	
26	.60		.72			.72	.71		.72		.68	
27	.68		.67			.64	.65		.76		.61	
28	.82		.80		.85		.83		.82		.81	
29	.81		.79		.84		.80		.79		.80	
30	.77		.75		.74		.79		.80		.76	
31	.78		.76		.73		.82		.81		.77	
32	.79		.77		.74		.83		.83		.78	
33	.79		.77		.72		.81		.84		.78	
34	.69		.67		.63		.73		.74		.68	
35	.78		.76		.72		.82		.81		.77	
36	.74		.72		.67		.75		.76		.73	
37	.80		.78		.79		.81		.83		.79	
38	.84		.82		.86		.83		.82		.83	
39	.79		.77		.83		.71		.74		.78	

Apéndice N

Análisis Factorial Escala de Resiliencia

Item	Muestra general (n = 333)				Grupo control (n ₁ = 161)				Grupo intervención (n ₂ = 172)			
	Basal		Seguimiento		Basal		Seguimiento		Basal		Seguimiento	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2	F1	F2
1	.66		.70		.76		.71		.54		.69	
2	.68		.62		.77		.68			.57	.43	
3	.67		.70		.75		.70			.57	.65	
4	.78		.77		.75		.74			.81	.76	
5	.78		.81		.73		.78			.82	.81	
6	.79		.76		.72		.72			.82	.76	
7	.77		.73		.72		.74			.78	.74	
8	.79		.69		.77		.71			.79	.70	
9	.74		.67		.72		.70			.72	.57	
10	.75		.71		.76		.74			.72	.70	
11	.80		.76		.75		.76			.82	.80	
12	.77		.73		.70		.70			.82	.82	
13	.74		.69		.67		.73			.78	.68	
14	.68		.72		.67		.66			.66	.83	
15		.73		.64		.73		.73	.78		.64	
16		.82		.68		.82		.75	.84		.66	
17		.77		.72		.78		.80	.75		.54	
18		.78		.71		.76		.76	.82			.53
19		.75		.73		.74		.76	.78			.77
20		.77		.62		.81		.59	.72			.78
21		.82		.76		.82		.85	.83		.46	
22		.67		.62		.62		.67	.70			.65
23		.81		.67		.80		.78	.84		.65	
24		.82		.65		.81		.74	.86		.77	
25		.65		.65		.65		.72	.63			.44

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato a Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN BREVE PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA EN ADOLESCENTES

Biografía: Alicia Álvarez Aguirre, nacida en la ciudad de Celaya, Guanajuato el día 09 de Abril de 1977, hija del Sr. Humberto Álvarez Lara y la Sra. Ma. Concepción Aguirre Negrete.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Guanajuato como Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el 2000. Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro como Maestra en Ciencias de Enfermería en el 2004. Egresada de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, como Especialista en Investigación sobre el Fenómeno de Drogas con apoyo de la CICAD/OEA en el 2009. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y del Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP), para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León período 2008– 2011.

Experiencia profesional: Enfermera en el Hospital San José de Querétaro (2000 – 2004). Profesor de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (2004-2011). Coordinadora de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (2006 y 2008), Jefe de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (2007). Investigador Anfitrión del Verano de la Ciencia Región Centro (2006-2008). Miembro activo desde el 2007 de la cartera de Evaluadores Externos del Consejo Mexicano para la Acreditación del Enfermería, A. C. Miembro activo desde el 2008 de Sigma Theta Tau Internacional, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha.

e-mail: alvarez_ali@yahoo.com.mx