



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FORTALEZAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD
DE MÉXICO Y CULIACÁN QUE PRESENTAN
DIFERENTES NIVELES DE CONSUMO DE ALCOHOL**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MÉNDEZ NAVA JUAN EDUARDO

DIRECTOR:

DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL

REVISOR:

DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

SINODALES:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
DRA. MARCELA BEATRIZ GONZÁLEZ FUENTES
MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ

Tesis apoyada por el proyecto CONACYT
“Programa de promoción de la salud en estudiantes de secundaria”
(24754)



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., mayo 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Quiero agradecer primeramente a mis padres Tere y Arturo por todo lo que han hecho por mí, por su cariño, sus consejos, por cada palabra que me ayudo a seguir adelante; su amor incondicional ha sido mi mayor motivación, cada enseñanza, cada lección desde que era un niño me han hecho el hombre que soy ahora, con los valores que me han enseñado he podido cumplir este sueño. Porque son los mejores padres, son el mejor regalo que la vida pudo darme, los amo infinitamente.

A mi hermano Arturo le agradezco todo el cariño que me ha dado, por preocuparse por mí, por cuidarme y protegerme, siempre fuiste un modelo para mí, desde pequeño te he admirado y lo seguiré haciendo, eres mi amigo, confidente y el mejor hermano mayor que pude tener.

A mi mollecín Vania, porque su amor y cariño han sido luz en mi corazón, por motivarme, por sacarme una sonrisa en cada momento, por compartir mis alegrías y sostenerme cuando no encuentro el camino, por creer en mí y no dejarme caer, por ser la mejor compañera de aventuras ¡Somos un equipo amor!

A la psicóloga Rebeca Sánchez por ser mi formadora profesional, por cada momento de aprendizaje, por hacerme amar la psicología clínica, por confiar en mí como estudiante y por darme un lugar en su programa de prácticas el cual fue el inicio de todo. No hay mejor psicóloga que tú.

Al Dr. Omar Sánchez por darme la oportunidad de trabajar con él, por ser un excelente profesor y director de tesis, con su guía, paciencia y confianza pude realizar este trabajo. Eres a todo dar Omar.

A la Dra. Patricia Andrade le agradezco su guía y apoyo, por confiar en mí y por hacer más enriquecedor este trabajo.

A mi amigo Andrés le agradezco su apoyo incondicional, su sinceridad, su sentido del humor, sus consejos, por cada plática, por cada risa, por tu amistad que desde preparatoria ha dejado una gran huella en mí. Siempre seremos de la tarde amigo.

A mis amigos de la facultad Kenji, Marlene, William, Madai, Monse y Tania les agradezco cada momento que compartimos, por las risas, por las horas de estudio, por las fiestas, por las anécdotas, coincidir con ustedes fue de lo mejor en la facultad.

A mis amigos y compañeros del cubículo 13, porque han sido un excelente equipo de trabajo donde he podido aprender y crecer como psicólogo.

Y finalmente le agradezco a Dios por permitirme estar con las personas a las que amo y regalarme cada día para que yo pueda ser una mejor persona.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Epidemiología del consumo de alcohol	3
Capítulo 2. Alcohol: Efectos y consecuencias.....	8
Capítulo 3. Desarrollo positivo de los adolescentes.	12
<i>3.1 Modelos con el enfoque del Desarrollo Positivo</i>	<i>14</i>
<i>3.1.1 Modelo de habilidades para la vida.....</i>	<i>15</i>
<i>3.1.2 Modelos de los cuatro elementos esenciales:</i>	<i>15</i>
<i>3.1.2 Modelos de las 5 C's:.....</i>	<i>15</i>
<i>3.1.3 Modelo de Acción en la comunidad para el desarrollo de la juventud</i>	<i>16</i>
<i>3.1.4 Modelo de Fortalezas:</i>	<i>17</i>
Capítulo 4. Fortalezas de los adolescentes y consumo de alcohol	22
<i>4.1 Fortalezas Internas y consumo de alcohol</i>	<i>22</i>
<i>4.2 Fortalezas Externas y consumo de alcohol</i>	<i>29</i>
Capítulo 5. Metodología.....	38
<i>Planteamiento y justificación del problema</i>	<i>38</i>
<i>Objetivo general</i>	<i>38</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>38</i>
<i>Pregunta de investigación</i>	<i>38</i>
<i>Hipótesis</i>	<i>38</i>
<i>Definición de variables</i>	<i>39</i>
<i>5.1 Método</i>	<i>39</i>
Capítulo 6. Resultados.....	41
Capítulo 7. Discusión.....	49
Conclusiones.....	52
Referencias	53
Anexo	

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas internas y externas en los adolescentes de la Ciudad de México y de Culiacán, Sinaloa que presentan diferentes niveles de consumo de alcohol. La muestra estuvo conformada por un total 2367 estudiantes de secundaria de la Ciudad de México y Culiacán, de entre 12 y 16 años, de los cuales, 954 estudiantes fueron de la Ciudad de México con una media de edad de 13.6 años ($D.E.= 1.031$), 467 eran hombres (48.9%) y 487 eran mujeres (51.1%). De la ciudad de Culiacán Sinaloa participaron 1413 estudiantes con una media de edad de 13.62 años ($D.E.= 1.007$), 679 fueron hombres (48.1%) y 734 (51.9%) fueron mujeres. Se utilizó la Escala para adolescentes (FIE-A) (Betancourt, Andrade, González-González, & Sánchez-Xicotencatl, 2018) para evaluar las fortalezas de los adolescentes la cual incluye las siguientes fortalezas internas: responsabilidad, importancia de la salud, evitación de conductas de riesgo, importancia de la religión, resistencia a la presión de pares, toma de decisiones y expresión del enojo. Las fortalezas externas fueron: apoyo de la madre, supervisión de la madre, apoyo y supervisión del padre, límites en casa, amigos sin conductas de riesgo, amigos sanos y no acceso a drogas. La aplicación del instrumento se realizó en las aulas de cada plantel dentro del horario de clases. El consumo de alcohol se midió con base en la frecuencia y cantidad. El promedio de edad para iniciar el consumo de alcohol en los hombres de la ciudad de México fue de 11.9 años ($D.E.=2.08$), y para las mujeres fue de 12.1 años ($D.E.=1.7$), mientras que, en los hombres de la ciudad de Culiacán fue de 12.2 años ($D.E.=2.3$) y para las mujeres fue de 12.1 años ($D.E.=2.3$). Los jóvenes de la Ciudad de México presentan un consumo mayor que los de Culiacán. Específicamente en la Ciudad de México, las mujeres reportan un mayor abuso de alcohol que los hombres, incluyendo el abuso de alcohol en el último año y último mes. Las fortalezas, evitación de conductas de riesgo, importancia de la religión y resistencia a la presión de pares mostraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los jóvenes de la ciudad de Culiacán los que reportan mayor percepción de estas fortalezas, en comparación con los jóvenes de la Ciudad de México. Se encontraron diferencias significativas en todas las fortalezas internas y externas de los jóvenes con diferentes niveles de consumo de la Ciudad de México. En los jóvenes de Culiacán el tener amigos saludables fue la única fortaleza en la que no se obtuvieron diferencias en los diferentes niveles de consumo.

Introducción

El abuso en el consumo alcohol es el primer factor de riesgo en lo que respecta a enfermedad y muerte prematura, siendo más importante aún que otros factores como el tabaquismo, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento. Aparte de ser una droga que provoca dependencia y es el origen de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, el alcohol es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar, con elevados costos para la sociedad. El alcohol no sólo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, a otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

En México el consumo de alcohol en estudiantes ha generado interés desde una perspectiva de salud pública por los problemas relacionados con su consumo (Mora-Ríos y Natera, 2001).

Datos reportados en 2016 por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017) muestran que el alcohol es la principal droga de inicio (46.4%), lo cual conlleva al uso de otras sustancias.

Esta tesis atiende la problemática del consumo de alcohol adolescente desde el modelo teórico del desarrollo positivo del adolescente (PYD), el cual se centra en los talentos únicos, fortalezas, recursos, intereses y potencial futuro de cada adolescente (Benson, 2007).

La presente tesis se divide en siete capítulos. En el primer capítulo se revisa el panorama epidemiológico del consumo de alcohol de los adolescentes en México. En el segundo capítulo se abordan los efectos y las consecuencias del consumo de alcohol. En el tercer capítulo se exponen los diferentes modelos del desarrollo positivo, dando mayor importancia al enfoque de fortalezas propuesto por Benson, debido a que es el modelo en el cual se basa este estudio. En el cuarto capítulo se revisan los estudios previos sobre el PYD y el consumo de alcohol. El quinto capítulo es referente a la metodología de este estudio donde se muestran los objetivos del estudio y la justificación del problema. En el sexto capítulo se presentan los resultados obtenidos. Por último, en el séptimo capítulo se expone la discusión de este estudio.

Capítulo 1

Epidemiología del consumo de alcohol.

El consumo de bebidas alcohólicas es frecuente en distintos lugares del mundo y los daños que produce a la salud son considerables, en 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que unos 3,3 millones de defunciones, es decir el 5,9% del total mundial fueron atribuibles al consumo de alcohol. El consumo de alcohol es un factor causante de más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud como son trastornos mentales y conductuales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, ciertos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como accidentes de tránsito y traumatismos derivados de la violencia, además, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes (OMS, 2014). El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas como familia, amistades, compañeros de trabajo o desconocidos.

Según el Informe Mundial 2014 sobre la situación de salud y consumo, en promedio en el mundo, cada persona mayor de 15 años bebe anualmente cerca de 6,2 litros de alcohol puro; sin embargo, menos de la mitad de la población (38,3%) bebe alcohol, lo cual implica que aquellas personas consumidoras en promedio ingieren 17 litros de alcohol puro por año. Después de Europa, la zona de América tiene el segundo consumo más alto per cápita de alcohol. De acuerdo con la OMS, los países industrializados y desarrollados de la Región, como EE.UU. y Canadá, tienen un elevado consumo per cápita (9.3 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más).

En países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad como Brasil, México, Chile, el consumo per cápita es similar al de los países desarrollados (9.0 de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más). El porcentaje estimado de bebedores intensos es ligeramente menor (9.1%), con un promedio similar de consumo per cápita (14.1 litros por bebedor), aunque el patrón promedio de ingesta es mayor (3.1, comparado con 2.0 litros en EE.UU. y Canadá).

En países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad, como Bolivia y Perú, el consumo promedio per cápita es menor, (5.1 litros de alcohol puro per cápita para personas

de 15 años de edad o más), el porcentaje de bebedores intensos es menor (2.7) así como el consumo promedio (7.61), aunque el patrón promedio de ingesta es tan elevado como el de los demás países en vías de desarrollo.

En América Latina la bebida alcohólica más consumida es la cerveza, representa 54.7% del consumo total de América; sólo en Argentina, Chile y Uruguay es el vino; mientras que las bebidas destiladas se consumen con mayor preferencia en Antigua y Barbuda, Bahamas, Cuba, Dominica, El Salvador, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Granada, Guyana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y en el Surinam, (Monteiro, 2013).

De acuerdo con el informe de Situación Regional del Consumo de Alcohol y la Salud en América 2015, el cual examina los patrones y consecuencias del consumo de alcohol en la región y evalúa el progreso realizado desde la aprobación de la estrategia mundial y el plan de acción regional para reducir el consumo nocivo de alcohol, los adolescentes ingieren alcohol con menor frecuencia, pero consumen una mayor cantidad en cada ocasión. La mayoría de los estudiantes encuestados en las Américas tomaron la primera copa antes de los 14 años (Pan American Health Organization [PHO], 2015).

La edad de inicio de consumo de alcohol en México se sitúa entre los 13 y 14 años, similar a la de la mayoría de países occidentales; aunque en México el consumo de alcohol es menor en comparación de otros países de América latina ocupando el décimo lugar, el consumo es alto (PHO, 2015). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, la percepción de riesgo frente al alcohol entre la población ha venido disminuyendo. La cerveza es la bebida de preferencia de la población total e incrementó significativamente de 2002 a 2008 y mantuvo su lugar en 2011. El alcohol es consumido por más de la mitad de la población masculina (53.6%) y una tercera parte de la población femenina (29.3%). Por otro lado, la tolerancia social ha incrementado por lo que se observa una tendencia en el incremento del consumo de esta sustancia. (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2011), según esta encuesta la región noroccidental y la región centro del país, donde se encuentra la ciudad de Culiacán Sinaloa y la Ciudad de México respectivamente presentan altos índices de consumo de drogas legales e ilegales.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014 registra que el 17.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato a nivel nacional han consumido alguna vez alguna droga. El consumo sigue siendo más frecuente en los hombres, aunque la distancia se ha reducido, por cada 6 consumidoras, hay 7 hombres que reportan consumo (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015).

Según la ENCODE 2014, la prevalencia total de consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria y bachillerato es de 53.2%; 54% en los hombres y 52.5% en las mujeres. Por su parte, el 35.5% de los estudiantes consumieron alcohol en el último año (36.2% en los hombres, 34.9% en las mujeres), en los hombres este consumo fue de 24.3% en secundaria y 56.5% en bachillerato, en las mujeres fue de 24% en secundaria y 52.1% en bachillerato. El consumo excesivo de alcohol es de 14.5% en los estudiantes, 15.7% para los hombres y el 13.3% para las mujeres. La bebida de mayor consumo fue la cerveza (42% en los hombres, 39.3% en las mujeres), seguido de los destilados (28.1% hombres, 27.8% mujeres), las bebidas preparadas en lata (21.6% hombres, 19.5% mujeres), el vino de mesa (19.8% hombres, 18.7% mujeres), los cocteles y coolers (15.9% hombres, 15.2 mujeres), el pulque (13.3% hombres, 8.9% mujeres) y finalmente el alcohol puro (10.1% hombres, 7.8% mujeres). Las prevalencias de consumo de alcohol por edad muestran que a mayor edad mayor es el consumo. En los estudiantes de 12 años o menos el 26.7% consumió alcohol alguna vez en la vida, este porcentaje incrementa a 78.4% en los estudiantes de 17 años y a 83.8% en los estudiantes de 18 años o más; esta misma situación se presenta para el consumo excesivo de alcohol, hacia los 12 años o menos la prevalencia es de 4%, para los estudiantes de 17 años esta prevalencia alcanza el 28.8% y en los estudiantes de 18 años o más llega al 37.7% (INPRF, CONADIC, Secretaría de Salud, 2015).

Al problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones, se han sumado las mujeres y una población adolescente que copia los modelos adultos asociados a la frecuencia de consumo (Medina-Mora et al., 2001). En México, el patrón típico de consumo en los adolescentes sigue siendo de baja frecuencia (mensual o semanal) y se asocia con grandes cantidades (5 copas o más por ocasión) (INPRM, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2012).

Como parte de su estudio, la ENCODE da a conocer la percepción del riesgo ante el uso frecuente de alcohol en los estudiantes que lo han consumido y los que no lo han hecho; el 46.4% considera que es peligroso consumir alcohol y lo han probado, frente al 78.4% que no lo ha consumido. Con respecto a la tolerancia social, también se observan diferencias entre usuarios y no usuarios de alcohol, los estudiantes que han consumido alcohol consideran que tanto sus padres (24.4%), como sus maestros (17.6%) y mejor amigo (49.9%) aprobarían el beber alcohol, estos porcentajes son mayores que los reportados en aquellos estudiantes que no han consumido alcohol (7.6%, 7.9% y 16%, respectivamente) (INPRF, CONADIC, Secretaría de Salud, 2015).

La Secretaría de Salud ha informado que el consumo de alcohol representa la primera causa de muerte en adolescentes. Cada año fallecen casi 24 mil personas por accidentes relacionados con el consumo de alcohol en el país (CONAPRA, Secretaría de Salud, 2016). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2007), México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial en muertes por accidentes de tránsito, siendo el alcohol uno de los factores. Según datos del Consejo Nacional Para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) de la Secretaría de Salud, el 30 por ciento del total de las muertes por accidentes de tránsito y en la vía pública, se deben al consumo excesivo de alcohol (CONAPRA, Secretaría de Salud, 2016).

De acuerdo con la ENCODE 2014 la prevalencia total de consumo de alcohol es significativamente mayor que el promedio en la Ciudad de México (65.8%), al igual que la prevalencia del consumo en el último año (46.9%).

En cuanto al consumo excesivo de alcohol presentan porcentajes mayores al promedio (19.5%). En los estudiantes hombres, también se presentan prevalencias significativamente mayores (19.8%), mientras que en las estudiantes mujeres presentan prevalencias de 19.1%. Con respecto a la medición de consumo problemático, la Ciudad de México (19.3%) muestra un porcentaje por arriba del promedio nacional. Por nivel educativo los estudiantes de bachillerato presentan un porcentaje de consumo problemático por arriba del promedio (27.2%). La edad de inicio promedio fue de 12.6 años (INPRF, CONADIC, Secretaría de Salud, 2015).

De acuerdo con la ENCODE 2014 los estados que reportan una prevalencia total de consumo de alcohol significativamente mayor que el promedio nacional en estudiantes de secundaria son: el Estado de México (60.7%), Jalisco (61.4%), Michoacán (59.6%) y Tlaxcala (59.9%). En cuanto a Sinaloa, el 43.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato de han consumido alcohol alguna vez en la vida (45.4% de los hombres y 41% de las mujeres) y el 11% ha tenido un consumo excesivo (12.7% hombres y 9.3% mujeres). Ambas prevalencias se encuentran debajo del porcentaje nacional, a excepción del consumo excesivo en hombres, el cual está dentro de la prevalencia del país. El 9.5% de los estudiantes presenta un patrón de consumo problemático de alcohol; este tipo de consumo se observa en el 11.2% de los hombres y 7.9% de las mujeres. Por nivel educativo, 4.4% de los alumnos de secundaria tiene un consumo problemático y se incrementa en bachillerato a 15.6%. El 17.2% de los alumnos ha probado una bebida alcohólica por lo menos una vez en su vida (23% hombres y 11.6% mujeres) y 1.6% lo ha consumido de forma excesiva. Ambas prevalencias de consumo de alcohol en primaria se encuentran dentro del porcentaje nacional (INPRF, CONADIC, Secretaría de Salud, 2015).

Capítulo 2

Alcohol: Efectos y consecuencias

El alcohol etílico o etanol es un compuesto incoloro volátil e inflamable cuya fórmula química es $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$, se obtiene de la fermentación o destilación de jugos de frutas, granos y vegetales, a temperatura ambiente, el alcohol es un líquido incoloro que, en su forma pura resulta astringente. El alcohol es depresor del sistema nervioso central (SNC) (Nolla, 2015).

Los licores tienen una pureza de alcohol de aproximadamente 40%. Una cerveza común tiene 4% de alcohol por volumen. Sin embargo, lo que les confiere a estas diversas bebidas sus definidos sabores son los químicos agregados durante su producción (Edwards, 2004).

González-Cantú (2005) describe al trago estándar de la siguiente manera:

Por cada mililitro de alcohol, hay 0,79 gramos de alcohol puro.

1 lata de cerveza (330 ml) al 5% (concentración) x 0,79 (factor de conversión) = 13 gr de alcohol.

1 vaso de vino (140 ml) al 12% x 0,79 = 13,3 gramos de alcohol.

1 vaso de destilados (40 ml) al 40% x 0,79 = 12,6 gramos de alcohol.

Al ser ingerido, el alcohol se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo desde el estómago y el intestino delgado, la absorción se da con mayor rapidez desde el intestino delgado que desde el estómago, el 90% es metabolizado a nivel hepático y entre un 2% y un 10% se elimina por pulmón, orina y sudor cuando se concentra en la sangre por consumo excesivo (Nolla, 2015).

Se ha definido al alcohol como una droga puerta de entrada, es decir, que el consumo del alcohol precede y aumenta la probabilidad del uso de otra sustancia (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006). Herrera-Vázquez et al. (2004) ubican al consumo de alcohol como antecedente del inicio en el consumo de otras sustancias.

Los efectos nocivos en el organismo producidos por el consumo de alcohol pueden ser agudos o crónicos. La intoxicación aguda comprende todos aquellos efectos derivados del consumo excesivo en un lapso breve de tiempo (Fleming, Mihic, & Harris, 2007).

El consumo agudo de alcohol tiene efectos sedantes que generan sentimientos de relajación (Rojas, 2003). El alcohol actúa como depresor del sistema nervioso central, la ingestión de cantidades moderadas de alcohol puede producir desinhibición del comportamiento, los signos de intoxicación varían de forma particular de persona a persona, como variaciones en el estado de ánimo y arrebatos emocionales no controlados, que pueden tener componentes violentos (Fleming et al., 2007).

La intoxicación crónica es denominada por la OMS como “síndrome de dependencia al alcohol” y se describe como un trastorno crónico de la conducta relacionado con la ingesta repetida de alcohol, que produce dependencia física, y que se manifiesta por síntomas de abstinencia con la supresión de éste (Wallenhorst, 2006). El síndrome de dependencia del alcohol es el término diagnóstico aceptado internacionalmente que ha reemplazado al término alcoholismo (Room et al., 2013).

En grandes cantidades, el alcohol puede hacer que el bebedor se sienta más extrovertido y desinhibido, si una persona sigue bebiendo los efectos depresivos del alcohol se hacen más evidentes ya que aparecen sensaciones de somnolencia, descoordinación, disforia e irritabilidad (Rojas, 2003). Cuando hay intoxicación más grave, ocurre un deterioro general de la función del SNC y por último prevalece un estado de anestesia general (Fleming et al., 2007). Si el consumo es aún mayor, puede producirse lipotimia y coma etílico hasta llegar a la muerte (Brik, 2011).

De acuerdo con la OMS (2006), el consumo de alcohol es un factor causante de más de 200 enfermedades y trastornos, está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud como son trastornos mentales y conductuales, importantes enfermedades, ciertos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Con relación a la sexualidad, el alcohol aumenta los niveles de estrógenos y reduce los de testosterona, puede aumentar o disminuir la libido o la erección, generar impotencia y retardar la eyaculación (Echeburúa, 2001), a nivel gastrointestinal, predispone a gastritis, úlceras digestivas y a nivel hepático puede generar esteatosis hepática, hepatitis y cirrosis, inhibe la función de la hormona antidiurética, aumentando la diuresis y la pérdida de agua (Parés & Caballería, 2006)

En mujeres embarazadas puede acarrear graves consecuencias para el desarrollo fetal, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo de aborto espontáneo (Fuentes-Soliz, Vidal, Fuentes-Moya, & López, 2009), daño cerebral, discapacidad intelectual y del crecimiento (Téllez & Cota, 2006).

El cerebro de los adolescentes es más vulnerable a los efectos del alcohol debido a que sus estructuras se encuentran en maduración (Cadaveira, 2009). El hipocampo es una estructura localizada en el lóbulo temporal y forma parte del sistema límbico y entre sus funciones está la de crear nuevas memorias. Beber en exceso puede hacer que se olvide lo que sucedió en un periodo de tiempo y causar daños permanentes e impedir el aprendizaje (Olivares, Juárez, & García, 2015).

De todas las funciones cognitivas que se encuentran alteradas por el consumo crónico del alcohol las relacionadas con los lóbulos frontales, particularmente las funciones ejecutivas son las más afectadas. El consumo crónico genera problemas en la planificación de acciones, dificultad para dividir la atención en dos tareas, problema al identificar conceptos, así como déficits de inhibición de respuesta (Parada et al., 2012)

El consumo de bebidas alcohólicas ha estado relacionado con la violencia y las conductas agresivas (Pastor et al., 2011). De acuerdo con la OMS (2014) la violencia relacionada con el alcohol incluye violencia en la pareja, maltrato infantil, violencia juvenil, violencia sexual y maltrato y abuso de ancianos. Los jóvenes que beben tienen más probabilidades que los demás de ser víctimas de delitos violentos (OMS, 2006), incluyendo violación (Gorenc, Nakhodo & Peredo, 1991) y asaltos con violencia (Rosovsky, Casanova, Gutiérrez, & Gonzales, 1994).

Además, el consumo de alcohol también puede perjudicar a otras personas como familia, amistades, compañeros de trabajo o desconocidos, los traumatismos mortales atribuibles al consumo de alcohol tienden a afectar a personas relativamente jóvenes (Guerrero-López et al., 2013).

Como se observó en este capítulo, la adolescencia representa un periodo vulnerable en el desarrollo debido a que el consumo de alcohol es un comportamiento especialmente problemático durante este tiempo. Los adolescentes son más sensibles al alcohol y menos

tolerantes a sus efectos perjudiciales que los adultos (Dees, Hiney, & Srivastava, 2017) y son particularmente vulnerables a los efectos adversos del consumo, los cuales pueden alterar el curso natural de su desarrollo y por ende afectar su óptimo funcionamiento como adulto (Leal-López, 2004).

Capítulo 3.

Desarrollo positivo de los adolescentes.

Para Lerner (2005), la adolescencia puede definirse como el período de vida en el que la mayoría de las características biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de una persona están cambiando y marca el final de la infancia.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos como el comienzo de la pubertad el cual marca la transición de la niñez a la adolescencia (OMS, 2014).

Andrade (2018) menciona que los cambios a través de la vida deben verse como producto de las relaciones dinámicas entre el individuo y los múltiples niveles de la ecología del desarrollo humano, esto es, de los diferentes contextos en los que se desenvuelve el individuo (familia, escuela, vecindario, sociedad).

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales, en cambio, la duración y las características sociales del adolescente pueden variar entre una cultura y otra, así como en distintos contextos socioeconómicos. Se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. En el informe Estado Mundial de la Infancia del Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF), se reconoce a la adolescencia como una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Durante la adolescencia, los niños y las niñas están más expuestos a la violencia, el abuso y la explotación que en ninguna otra. Los adolescentes son quienes más expuestos están a ser reclutados contra su voluntad para combatir en los ejércitos, y a ser forzados a trabajar en condiciones peligrosas. Millones son víctimas de la explotación laboral y sexual o se encuentran en problemas con la autoridad. Otros sufren la denegación de su derecho a la protección por parte de sistemas judiciales inadecuados o a causa de normas

sociales y culturales que toleran la explotación y el abuso de los niños y los adolescentes y dejan estos delitos en la impunidad (UNICEF, 2011).

De acuerdo con el Manual “Desarrollo Adolescente y Derechos Humanos” de la UNICEF (2011), la adolescencia se puede dividir en tres periodos:

- Pubertad: se inicia con los primeros cambios biológicos que ocurren por lo menos un año antes de la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Aproximadamente hasta los 12-14 años.
- Adolescencia inicial: comienza con la menarquía en las adolescentes y con la primera eyaculación seminal en ellos. Aproximadamente hasta los 14-17 años
- Adolescencia final: la consolidación del concepto de sí mismo y la identidad de género son los logros esenciales. Aproximadamente hasta los 19-20 años

La idea de que la adolescencia es una etapa complicada llena de conflicto se ha mantenido durante gran parte de la historia. Souto (2007) hace un análisis crítico de las diferentes teorías que han tratado de explicar el papel y carácter de lo que se considera juventud, donde menciona que en 1914 en la Gran Bretaña se concebía a la juventud como un problema, una etapa que requería disciplina, supervisión y educación. De acuerdo con la UNICEF, una de las razones de la difícil situación de muchos adolescentes en México también se relaciona con el hecho de que en la sociedad son vistos más como una amenaza. La Psicología de la adolescencia estuvo caracterizada por tener un enfoque negativo centrado en la patología y en los factores de riesgo y prevención de conductas problemáticas. En últimas décadas ha surgido un nuevo enfoque centrado en el desarrollo positivo de jóvenes y adolescentes, el cual se centra en las competencias más que en sus deficiencias (Oliva, 2015).

El modelo teórico del desarrollo positivo del adolescente (PYD por sus siglas en inglés), se centra en los talentos únicos, fortalezas, intereses y potencial futuro de cada adolescente. Esta perspectiva enfatiza el potencial manifiesto más que las supuestas incapacidades de los jóvenes, incluidos los jóvenes de los entornos más desfavorecidos y aquellos con las historias más problemáticas.

Existen algunos enfoques que pueden parecer similares al PYD como son las habilidades de afrontamiento, las cuales han sido definidas por Lazarus y Folkman (1986) como los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que son desarrollados para manejar las

demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. También, la resiliencia hace referencia a cuestiones que ayudan a los jóvenes para enfrentar de forma adecuada los problemas de su entorno (Manciaux, 2003), Rutter (1993) la define como la capacidad de una persona para superar racionalmente circunstancias de estrés grave gracias a las cualidades y características de conducta, personalidad y adaptación del individuo. Por otro lado, existen estudios que se enfocan en los factores que protegen a los jóvenes de conductas que ponen en riesgo la salud y el desarrollo de los jóvenes, estos factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de caer en un comportamiento de riesgo, además de moderar el efecto del riesgo (Amar, Abello, & Acosta, 2003). El PYD reconoce la existencia de adversidades y desafíos de desarrollo que pueden afectar a los niños de varias maneras, pero no concibe el proceso de desarrollo como un esfuerzo para superar déficits y riesgos, en cambio, comienza con la visión de un niño capaz de explorar el mundo, ganar competencia y adquirir la capacidad de contribuir de manera importante al mundo. El PYD invita a comprender, educar e involucrar a los niños en actividades productivas en lugar de corregirlos, curarlos o tratarlos por tendencias desadaptativas o discapacidades (Damon, 2004).

3.1 Modelos con el enfoque del Desarrollo Positivo

El PYD se define en términos de su objetivo al fomentar una gama de activos de desarrollo positivos como vinculación, resiliencia, competencia social, emocional, cognitiva, conductual o moral, autodeterminación, espiritualidad, autoeficacia, identidad clara y positiva, creencia en el futuro, reconocimiento del comportamiento positivo, oportunidades para la participación pro-social y/o normas pro-sociales, habilidades académicas, cognitivas o vocacionales, confianza, conexiones con compañeros y adultos, carácter en términos de uno mismo -control, respeto y moralidad y cuidado de los demás (Bonell et al., 2016).

Para Heck y Subramaniam (2009) el PYD se ha conceptualizado de varias maneras, pero generalmente se refiere a un enfoque en las características de desarrollo que conducen a resultados y conductas positivas entre los jóvenes. Los componentes del PYD son los factores internos y externos que ayudan a los jóvenes a llevar vidas exitosas a la adultez temprana.

Estos autores realizaron una revisión de los cinco modelos que más se han utilizado en la investigación del PYD, los cuales son:

3.1.1 Modelo de habilidades para la vida

Se centra en la resiliencia y el desarrollo de destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes para enfrentar en forma efectiva los problemas presentes en el día a día. Mangrulkar, Whitman y Posner (2001) mencionan tres categorías clave de habilidades para la vida: habilidades sociales o interpersonales, habilidades cognitivas, y habilidades para enfrentar emociones, estas habilidades son mediadores de conducta en la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retardar el inicio de consumo de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, controlar el enojo, mejorar el desempeño académico y las relaciones sociales.

3.1.2 Modelos de los cuatro elementos esenciales:

El marco de los Cuatro Elementos Esenciales se basa en la sabiduría de los nativos americanos sobre la crianza de los niños para identificar las características que son fundamentales para que los jóvenes se desarrollen con el fin de crecer y convertirse en adultos sanos.

Luego de la publicación del informe del Proyecto Nacional de Evaluación de Impacto 4-H, Kress (2003) lo sintetizó en cuatro elementos:

- Pertenecer incluye tener relaciones con adultos afectuosos; un ambiente inclusivo; y un ambiente seguro.
- El dominio incluye oportunidades para el dominio y el compromiso con el aprendizaje.
- La independencia incluye oportunidades para verse a sí mismo como un participante activo en el futuro y la oportunidad para la autodeterminación.
- La generosidad consiste en la oportunidad de valorar y practicar el servicio para los demás.

3.1.2 Modelos de las 5 C's:

El modelo de Richard Lerner (2005) agrupa cinco constructos que denominó “cinco ces” y recogen las competencias que pueden considerarse indicadoras de un desarrollo positivo adolescente. Estas son:

- Competencia: habilidad de comportarse eficazmente en las relaciones interpersonales en diferentes contextos, teniendo un buen desempeño en distintas áreas de actividad social, cognitiva, académica y vocacional.
- Confianza: la valoración y seguridad en uno mismo, la convicción de que las metas planteadas pueden capitalizarse.
- Conexión: son las relaciones y redes positivas con personas significativas en los diversos contextos donde se desarrolla el adolescente.
- Carácter: es el sentido de integridad personal junto con el respeto a las normas sociales y a la moral, esto lleva al adolescente a conductas adaptativas.
- Cuidado y Compasión: Se refiere al sentido de empatía e identificación con las necesidades de los demás, supone que lleva a ayudar a otros y a la comunidad.

El modelo sugiere que cuando un joven muestra conductas de las cinco ces, emerge una sexta “c” resultante, la cual es *contribución*, a la familia, al trabajo, a su comunidad y a la sociedad en general.

3.1.3 Modelo de Acción en la comunidad para el desarrollo de la juventud

James Connell y Michael Gambone desarrollaron el Marco de Acción de la Comunidad para el Desarrollo de la Juventud en 1998, con el objetivo de proporcionar un constructo mensurable para uso de terapeutas y terapeutas del desarrollo juvenil. El marco incluye cinco componentes que se complementan entre sí en la siguiente secuencia lógica.

1. Desarrollar la capacidad de la comunidad para el cambio, que incluye la creación de conciencia y competencia de las partes interesadas.
2. Implementar estrategias comunitarias para mejorar los apoyos y las oportunidades para los jóvenes.
3. Aumentar los apoyos y las oportunidades para los jóvenes.
4. Mejorar los resultados de desarrollo de los jóvenes, a saber, aprender a ser productivo, aprender a conectarse y aprender a navegar.
5. Mejorar los resultados a largo plazo en la edad adulta, a saber, la autosuficiencia económica, las relaciones familiares y sociales saludables y la participación de la comunidad.

3.1.4 Modelo de Fortalezas:

Benson, Scales y Syvertsen (2011) definieron las fortalezas como relaciones clave, oportunidades, valores, habilidades y autopercepciones que ayudan a los jóvenes a limitar su involucramiento en conductas de riesgo, mostrar resiliencia ante la adversidad y ser productivos. El modelo de fortalezas dirige la atención hacia las fortalezas que tienen los jóvenes, tanto internas como externas, con la creencia de que aumentarlas fomentará resultados positivos y permitirá a los jóvenes evitar conductas problemáticas. Benson (2007) propuso 40 fortalezas (Tabla 1) que dividió en ocho categorías, cuatro se refieren a fortalezas externas, las cuales pueden obtener los jóvenes de los adultos, los amigos y la comunidad; las otras cuatro se refieren a fortalezas internas, las cuales incluyen valores, habilidades y auto percepciones que los jóvenes desarrollan para regularse a sí mismos.

Tabla 1.

Fortalezas externas e internas propuestas por Benson.

FORTALEZAS EXTERNAS	
Categoría	Fortaleza y descripción
Apoyo y soporte	1) Apoyo familiar: la vida familiar provee de altos niveles de amor y soporte.
	2) Comunicación familiar positiva: el adolescente y sus padres se comunican positivamente y él está dispuesto a buscar consejo de sus padres.
	3) Relaciones con otros adultos: el adolescente recibe apoyo de tres o más adultos además de sus padres.
	4) Apoyo en el vecindario: son experiencias del adolescente de apoyo en el vecindario.
	5) Clima escolar de apoyo: la escuela provee apoyo y un ambiente alentador.
	6) Involucramiento de padres en la escuela: los padres son actores activos para lograr el éxito del adolescente en la escuela.
Empoderamiento	7) Valores de la comunidad a la que pertenecen los jóvenes: son los valores percibidos por el adolescente en las personas que pertenecen a su comunidad.
	8) Jóvenes como recursos: el adolescente lleva a cabo roles útiles dentro de su comunidad.
	9) Servicio a otros: el adolescente sirve en la comunidad una hora o más por semana.
	10) Seguridad: la seguridad percibida por el adolescente en su casa, escuela y vecindario.

Tabla 1.

Continuación.

<p>Límites y expectativas</p>	<p>11) Límites familiares: en la familia se tienen reglas y consecuencias claras y además se supervisan las actividades del adolescente. 12) Límites escolares: en la escuela se tienen reglas y consecuencias claras. 13) Límites en el vecindario: los vecinos aceptan la responsabilidad de monitorear la conducta del adolescente. 14) Modelos de adultos: los padres y otros adultos son modelos positivos de conducta responsable. 15) Influencia positiva de pares: los amigos del adolescente son modelos positivos de conducta responsable. 16) Altas expectativas: tanto padres como maestros alientan al adolescente para hacer bien las cosas.</p>
<p>Uso constructivo del tiempo</p>	<p>17) Actividades creativas: el adolescente tiene tres o más horas por semana lecciones u horas de música, teatro u otras actividades artísticas. 18) Programas para jóvenes: el adolescente pasa tres o más horas por semana en actividades deportivas clubs u organizaciones en la escuela y/o comunidad. 19) Comunidad religiosa: el adolescente pasa una o más horas por semana realizando actividades en una institución religiosa. 20) Tiempo en el hogar: el adolescente convive con sus amigos “sin nada especial qué hacer” dos o menos noches por semana.</p>
<p>FORTALEZAS INTERNAS</p>	
<p>Categoría</p>	<p>Fortaleza y descripción</p>
<p>Compromiso hacia el aprendizaje</p>	<p>21) Motivación del logro (logros académicos): el adolescente está motivado por hacer bien las cosas en la escuela. 22) Compromiso escolar: el adolescente participa activamente en sus procesos de aprendizaje. 23) Tareas: el adolescente destina una o más horas para realizar las tareas los días de escuela. 24) Vínculo con la escuela: el adolescente se preocupa por su escuela. 25) Placer por la lectura: el adolescente lee por placer tres o más horas a la semana.</p>
<p>Valores Positivos</p>	<p>26) Cuidado (atención): el adolescente valora mucho ayudar a otras personas. 27) Equidad y justicia social: el adolescente valora mucho promover la igualdad y reducir el hambre y la pobreza. 28) Integridad: el adolescente actúa con convicción y defiende sus creencias. 29) Honestidad: el adolescente “dice la verdad incluso cuando no es fácil”. 30) Responsabilidad: el adolescente acepta y asume responsabilidades personales. 31) Moderación (dominio de sí mismo): el adolescente cree que es importante no ser activo sexualmente o consumir alcohol o algún otro tipo de droga.</p>

Tabla 1.

Continuación.

Competencias sociales	32) Planeación y toma de decisiones: el adolescente sabe cómo planear a futuro y tomar decisiones.
	33) Competencias interpersonales: el adolescente es empático, sensible y posee habilidades para hacer amistades.
	34) Competencia cultural: El adolescente tiene habilidades para relacionarse con personas de otras culturas
	35) Habilidades de resistencia: el adolescente puede resistir a la presión negativa de los pares ante situaciones peligrosas
	36) Resolución de conflictos pacíficamente: el adolescente tiene la habilidad de resolver conflictos de manera no violenta.
Identidad Positiva	37) Poder personal: el adolescente siente control sobre las cosas que le pasan.
	38) Autoestima: el adolescente reporta altos niveles de autoestima.
	39) Sentido de propósito: el adolescente reporta “mi vida tiene un propósito”.
	40) Visión positiva del futuro: el adolescente es optimista sobre lo que sucederá en su futuro personal

En México, es poca la investigación que se ha realizado con el enfoque de fortalezas, uno de los primeros estudios fue el de Andrade, Morales, Sánchez-Xicotencatl, González-González (2013) quienes diseñaron un instrumento válido y confiable que evaluara las fortalezas internas y externas de los adolescentes, para alcanzar este objetivo realizaron 4 grupos focales con la finalidad de identificar las fortalezas personales, familiares y contextuales que tienen los jóvenes que no presentan conductas de riesgo, participaron 67 estudiantes, 35.8% hombres y 64.2% mujeres pertenecientes a preparatorias públicas y una privada con un rango de edad de 15 a 21 años.

Para los grupos focales se utilizó una guía de preguntas centrándose en los temas: conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, conducta sexual de riesgo, intento de suicidio, violencia) y fortalezas (características personales, familiares y contextuales que tienen los jóvenes que no se involucran en conductas de riesgo). Al terminar cada grupo focal se procedió a la transcripción del audio y posteriormente al análisis y categorización de las respuestas de los participantes por grupo focal, de acuerdo con la clasificación de Benson.

Se identificaron seis de las ocho categorías propuestas por Benson, y se incluyeron 14 fortalezas de los 40 originales. Lo destacado de este estudio es que las fortalezas fueron

identificadas por los adolescentes, lo que implica que es lo que ellos perciben como importante.

Con base en las 14 fortalezas identificadas en el primer estudio se diseñó la primera versión del instrumento: escala de fortalezas internas y externas para adolescentes (FIE-A) (Betancourt, Andrade, González-González & Sánchez-Xicotencatl, 2018).

Un segundo estudio tuvo como objetivo diseñar y analizar las propiedades psicométricas del instrumento. Se seleccionó una muestra no probabilística de 1147 estudiantes de nivel bachillerato, de los cuales, 42.5% fueron hombres y 57.2% mujeres en un rango de edad de 14 a 23 años y una media de 16.5 años. Los estudiantes pertenecían a escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México. Al final se llevaron a cabo dos análisis factoriales.

Las fortalezas externas identificadas en el estudio fueron:

- 1) Importancia de la salud: nivel de importancia que el joven le da a mantenerse sano.
- 2) Importancia de la religión: nivel de importancia que el joven le da a sus creencias religiosas.
- 3) Resistencia a la presión de pares: capacidad para no aceptar la presión de sus amigos en relación con conductas de riesgo
- 4) Toma de decisiones: capacidad para evaluar alternativas antes de tomar una decisión.
- 5) Responsabilidad: frecuencia con que se cumplen los compromisos y citas.
- 6) Importancia de la evitación del consumo: nivel de importancia que el joven le otorga a no consumir alcohol, tabaco y drogas.

Las fortalezas internas identificadas fueron:

- 1) Apoyo y supervisión del padre: frecuencia con que el adolescente platica con su padre, percibe que lo apoya en sus problemas y conoce sus actividades.
- 2) Apoyo de la madre: frecuencia con que el adolescente platica con su madre y percibe que lo apoya en sus problemas
- 3) Amigos sin conductas de riesgo: número de amigos que tiene el adolescente los cuales no presentan conductas de riesgo
- 4) Amigos saludables: número de amigos que tiene el adolescente los cuales presentan conductas sanas

- 5) Supervisión de la madre: frecuencia con que el adolescente percibe que su madre está pendiente de sus actividades.

De esta manera se obtuvo un instrumento confiable para evaluar fortalezas en población mexicana adolescente y que abre el camino para continuar la investigación en el marco del desarrollo positivo.

Capítulo 4

Fortalezas de los adolescentes y consumo de alcohol

La adolescencia es una etapa de experimentación, de acuerdo con el Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA), la investigación en el campo de las adicciones ha intentado identificar cómo comienza y cómo progresa el abuso de drogas. Solórzano-Torres et al. (2016) han descrito que, si existen problemas en la comunicación, aislamiento emocional y carencia de afecto familiar, se incrementa la probabilidad de que el adolescente consuma alcohol.

Por otra parte, existen varios factores en la vida adolescente que lo protegen del consumo de alcohol, estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales (Páramo, 2011). Danielsson, Romelsjö y Tengströ (2011) definen a estos factores que protegen al joven como aquellos que disminuyen la probabilidad de que el joven consuma alcohol.

Si bien existen pocos estudios que se basen en el modelo de fortalezas de Benson (2011), otras investigaciones se han enfocado en analizar los factores de protección, estos pueden ser considerados como fortalezas.

4.1 Fortalezas Internas y consumo de alcohol

Con relación a las fortalezas internas, Gómez, Ortega y Ciairano (2012) realizaron un estudio conformado por 1248 adolescentes de tres países, Bolivia (22.5%), Italia (39.1%) y Países Bajos (38.4%), compararon el consumo de alcohol y la relación entre el compromiso académico o responsabilidad.

Para realizar la comparación entre las variables escolares y la frecuencia del consumo de alcohol en los adolescentes de los tres países, formaron escalas con base a los ítems referidos a la escuela, en cuanto a la satisfacción escolar se seleccionaron los ítems relacionados con la escuela: la asistencia a la misma, la relación con los profesores y los compañeros de clase, y la satisfacción que implican estas actividades.

Con respecto a la escala compromiso escolar, los adolescentes fueron clasificados con base en los ítems relacionados con las actividades escolares que realizan, para las cuales se

encuentran motivados por lo que dedican un tiempo específico, como leer por placer, estudiar y hacer las tareas de la escuela, cuyo rango de tiempo es de 0 a 8 horas por día a la semana.

Con respecto a las variables relacionadas con el consumo de alcohol se tomaron en cuenta los ítems que tienen que ver con consumo y frecuencia de consumo en los últimos seis meses

Los autores encontraron que el compromiso escolar estaba relacionado significativamente con la frecuencia del consumo de alcohol en Bolivia y Países Bajos, lo que significa que, a mayor compromiso escolar, traducido en el tiempo dedicado a la realización de los deberes escolares y lectura de libros, menor consumo de bebidas alcohólicas.

Por su parte, Martínez y Robles (2001) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la relación entre la importancia a la salud y otras variables de protección y el consumo de alcohol en una muestra de 534 adolescentes, el 40.4 % fueron hombres y el 59.6 % mujeres, con edades comprendidas entre los 14 y 21 años de edad de la ciudad de Granada España. Clasificaron los 18 municipios de la provincia en función de si tenían más de veinte mil habitantes, asignándole para el estudio la condición de urbana, y menos de veinte mil, asignándole la condición de rural. Aplicaron un cuestionario con las preguntas concretas que hacían referencia a cada una de las variables protectoras seleccionadas: apego, normas claras en la familia, tener miedo a las drogas, contacto entre los padres y profesores del sujeto, directividad por parte de los padres, rituales (celebración en familia de cumpleaños, fiestas, entre otras), apoyo social, realización de actividades con otros sujetos sintiéndose bien, asistencia a actividades parroquiales o a la iglesia, alta autoestima, valorar la salud, capacidad para trabajar en cooperación, alto rendimiento escolar, valor de auto superación, cumplimiento de leyes-normas de la comunidad, autosatisfacción, visión positiva del futuro, cumplimiento de compromisos personales, existencia de normas claras en la escuela, haber recibido una buena formación escolar y conocimiento de las leyes sobre las drogas.

Se compararon a los jóvenes que bebían (48.5 %) con los que no lo hacían (51.5 %). Los resultados mostraron que 14 variables protectoras evaluadas presentaban diferencias estadísticamente significativas en sujetos que no consumían alcohol habitualmente. A mayor presencia de variables de protección en los sujetos que no consumen alcohol habitualmente. Tres de las variables de protección medidas: apego, valorar la salud y cumplimiento de normas de la sociedad; mostraron diferencias estadísticamente significativas en los dos

grupos de comparación. Entre ellas hay tres significativas como es el caso de valorar la salud, que es más significativa para los hombres. La variable alto apoyo social, siendo en este caso una variable de protección con mayor importancia cuando hablamos del riesgo que tendría una mujer en comparación con el hombre. Y la variable cumplimiento de las normas de la comunidad, siendo significativamente mayor para las mujeres.

Un estudio sobre fortalezas internas y consumo de alcohol en jóvenes de la Ciudad de México fue realizado por Téllez, Sánchez-Xicotencatl y Andrade (2017) con el fin de confirmar que los jóvenes que no consumen alcohol tienen puntajes significativamente más altos en fortalezas internas, en comparación con los que sí lo consumen. La muestra estuvo conformada por 990 estudiantes de dos secundarias públicas del turno matutino: 52.1% (516) mujeres y 47.9% (474) hombres con una media de edad de 13.6 años (DE = 1.04); el 71.6% reportó vivir con ambos padres. Para evaluar las fortalezas internas utilizaron el cuestionario de Andrade (2014). Las fortalezas internas evaluadas fueron: responsabilidad (3 reactivos, $\alpha = .65$), importancia de la salud (6 reactivos, $\alpha = .87$), evitación de conductas de riesgo (3 reactivos, $\alpha = .91$), resistencia a la presión de pares (4 reactivos, $\alpha = .80$), importancia de la religión (5 reactivos, $\alpha = .92$), toma de decisiones (5 reactivos, $\alpha = .88$) y expresión del enojo (4 reactivos, $\alpha = .88$). Encontraron que la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 12.06 años (DE = 1.86), en hombres de 11.90 años (DE = 2.08) y en mujeres de 12.16 años (DE = 1.69).

El 53.9% de los participantes reportó nunca haber consumido alcohol; sin embargo, 17.8% abusó del uso de esta sustancia (cinco o más copas en una sola ocasión en el último mes). Respecto al patrón de consumo en hombres y mujeres, se observó que un mayor porcentaje de las mujeres está abusando de la sustancia mientras que un mayor porcentaje de los hombres reportaron nunca haber bebido alcohol.

En hombres como en mujeres se observaron diferencias significativas en todas las fortalezas evaluadas; los puntajes más altos correspondieron a quienes nunca habían consumido alcohol. Encontraron diferencias significativas en todas las fortalezas internas.

En su estudio Vaughn, de Dios, Steinfeldt & Kratz (2011) plantearon la hipótesis que la religiosidad estaría relacionada con una mayor desaprobación del consumo de alcohol y por lo tanto, con un consumo menos frecuente. Los participantes fueron adolescentes de raza

blanca, afroamericanos, hispanos y multirraciales de 12 a 17 años de edad que informaron haber consumido alcohol. Se obtuvieron datos de 18,314 adolescentes. Las variables incluyeron la religiosidad, las actitudes hacia el uso del alcohol y la frecuencia del último mes del uso del alcohol. La religiosidad fue un constructo que constó de tres elementos: "Mis creencias religiosas son muy importantes", "Mis creencias religiosas influyen en mis decisiones "y" es importante que mis amigos compartan mis creencias religiosas ".

Para medir las actitudes de consumo de alcohol, los participantes calificaron su nivel de aprobación del consumo hipotético de alcohol y el de sus compañeros. Para medir el consumo de alcohol se utilizó la cantidad de días de consumo de alcohol en el último mes.

Los resultados mostraron que el mes anterior al estudio, los adolescentes blancos bebieron en promedio dos días, los adolescentes hispanos y multirraciales bebieron aproximadamente un día y medio, y los adolescentes afroamericanos tomaron solo un día. El porcentaje de adolescentes que no reportaron consumo de alcohol el mes pasado varió desde un máximo de 70.7% para los afroamericanos hasta un 56.4% para los blancos.

Los ingresos, el género y las calificaciones en la escuela se incluyeron como factores predictivos de la religiosidad, las actitudes sobre el consumo de alcohol y el consumo de alcohol. Se encontró que más religiosidad se relaciona con menos días de consumo en el último mes. Adicionalmente, más religiosidad se relacionó con una mayor desaprobación del consumo diario. Finalmente, una mayor desaprobación del consumo diario de alcohol se relacionó con menos días de consumo.

Las niñas que tuvieron mejores calificaciones y las que tuvieron niveles más bajos de ingresos informaron niveles más altos de religiosidad. El género y las calificaciones en la escuela fueron importantes covariables para las actitudes de consumo de alcohol, de modo que las niñas que obtuvieron mejores calificaciones en la escuela tuvieron más actitudes de desaprobación por el consumo de alcohol. Finalmente, las niñas con mayores ingresos familiares informaron más días de consumo.

Los autores concluyen que, en general, los jóvenes que presentan una mayor desaprobación del consumo de alcohol son aquellos que presentan niveles más bajos de consumo y una alta religiosidad.

Oman, Vasely, Aspy, McLeroy, Rodine y Marshall (2004) tuvieron como objetivo examinar la asociación entre el consumo de alcohol y drogas y 9 fortalezas en una población

adolescente de bajos ingresos del centro de dos ciudades del medio oeste de los Estados Unidos. La muestra fue de 1255 adolescentes con un promedio de edad de 15.4 años pertenecientes a 1350 hogares. Los cuestionarios fueron auto aplicados por los participantes mediante una grabadora y capturando las respuestas en una computadora. Las escalas del estudio se centraron en dos puntos generales: fortalezas de los adolescentes y conductas de riesgo.

Se recopilaron datos demográficos como raza, edad, ingreso de los padres, nivel educativo de los padres entre otros. El no uso de alcohol fue definido con la respuesta negativa a la pregunta “Durante los últimos 30 días ¿Has bebido cualquier tipo de alcohol, como cerveza, vino o licor?”. El no uso de drogas fue definido con la respuesta negativa a la pregunta “Durante los últimos 30 días ¿Has consumido alguna droga como marihuana, inhalantes, metanfetaminas, anfetaminas, cocaína, crack o heroína?”.

Las nueve variables evaluadas fueron: buenas relaciones con otros adultos, amigos sin conductas de riesgo, comunicación familiar, uso del tiempo (grupos/deportes), uso del tiempo (religión), participación en la comunidad, aspiraciones para el futuro, toma de decisiones, e importancia a la salud.

El 76% de los participantes indicaron no haber consumido alcohol, la edad, raza y estructura familiar se asoció significativamente con un no consumo de alcohol. Cuando la edad aumenta, la proporción del no consumo de alcohol disminuye significativamente, es decir, a mayor edad mayor consumo de alcohol. Con respecto al grupos étnico, los jóvenes de raza negra no hispanos tienen una mayor prevalencia en el no consumo de alcohol, por último, los jóvenes de hogares conformados por dos padres, tienen mayor prevalencia en el no consumo de alcohol que aquellos hogares conformados por un solo padre.

Los resultados también indican que los jóvenes que tienen buenas relaciones con otros adultos reportaron un menor consumo que aquellos carentes de ella. También se reportó una interacción significativa entre variables demográficas y tres fortalezas: uso de tiempo (reportada como religión) participación en la comunidad y elecciones responsables, sin embargo, la religión fue más fuerte para mujeres que para hombres. Por otro lado, la variable participación en la comunidad fue aparentemente más significativa para aquellos adolescentes que viven en hogares con un solo padre. Finalmente, las mujeres que realizan

con mayor frecuencia elecciones responsables, tuvieron 4 veces más probabilidad de no consumir alcohol.

Alfaro, Sánchez, Andrade, Pérez y Montes (2010) identificaron las habilidades para la vida en los adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol. Su muestra estuvo constituida por 5,651 estudiantes de bachilleratos públicos de la Ciudad de México, 47.9% hombres y 52.1% mujeres, seleccionados de manera aleatoria, con un promedio de edad de 16.7 años.

Los instrumentos se aplicaron en grupos de aproximadamente 50 adolescentes, quienes participaron de forma voluntaria y anónima. El instrumento quedó constituido por 36 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: “siempre”, “pocas veces” “muchas veces” y “nunca”, divididos en seis factores: planeación del futuro, autocontrol, asertividad, expresión de emociones, manejo del enojo, solución de problemas.

Los resultados mostraron que en lo que respecta al consumo de alcohol, la edad promedio de inicio fue de 13.9 años. Del total de la muestra 26.6% (1.503) nunca había consumido alcohol y 72% (4.067) había bebido una copa completa de alcohol al menos una vez en su vida. De los adolescentes que ya habían consumido alcohol, 42.1% no bebió en el último mes, 30.7% lo consumió una vez en el mes, 20.8% tomó alcohol dos o tres veces durante el último mes y 6.4% bebió alcohol una o más veces en la última semana a edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue de 14 años.

Encontraron que la planeación del futuro presenta diferencias significativas en el no consumo de alcohol. Los grupos de adolescentes no consumidores tienen metas definidas en la vida, logran en mayor medida lo que se proponen y no dejan su futuro a la suerte, a diferencia de los jóvenes que beben alcohol con más frecuencia, quienes reportan menores puntajes en su planeación del futuro.

En el factor de autocontrol se encontró que los adolescentes que consumen alcohol con mayor frecuencia, presentan puntajes más bajos mientras que los que nunca han tomado alcohol reportan tener mayor habilidad para mantenerse tranquilos ante las dificultades, aceptar sus errores, evaluar los resultados de sus decisiones y pensar las cosas antes de realizarlas. Por otro lado, los adolescentes que no consumen tabaco y alcohol refirieron un mejor control sobre su enojo en diferentes situaciones sociales, en contraste con aquéllos que consumen con más frecuencia. Estos últimos manifestaron tener menos recursos personales para

manejar este estado emocional, debido a que se enojan cuando no obtienen lo que desean y se desquitan con cualquier persona.

En un estudio referente a la resistencia a la presión de pares, Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez Oviedo y López (2009) desarrollaron y validaron un instrumento para medir la habilidad de resistencia a la presión que permitiera confirmar la existencia de diferencias en la habilidad de resistencia a la presión en adolescentes consumidores y no consumidores de alcohol y tabaco.

Su muestra estuvo conformada por 5651 estudiantes de bachilleratos públicos de la Ciudad de México, 2637 (47.9%) hombres y 2864 (52.1%) mujeres, con una media de edad de 16.7 años, 50.1% pertenecían al turno matutino y 49.9% al turno vespertino.

Respecto al patrón de consumo, la edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue de 14 años. Del total de la muestra, el 38.3% refirió nunca haber fumado, 28.8% ha fumado, pero no lo hizo en el último mes, 19% sí fumó de 1 a 5 días en el último mes y 13.9% reportó haber fumado 6 días o más en el último mes. Por lo que respecta al consumo de alcohol, 27.3% mencionó nunca haber consumido alcohol en su vida; el 22.1% no ha bebido más de cinco copas completas de alcohol en una sola ocasión en el último año; 22.8% lo ha consumido por lo menos una vez en el último año, 14.6% ha tomado alcohol una vez en el último mes y 13.2% ha bebido alcohol más de dos veces en el último mes.

El número total de reactivos fue de 14 que exploraron la habilidad de resistencia a la presión hacia el consumo de drogas en forma de intenciones conductuales. Para medir el consumo de alcohol se utilizó un indicador de riesgo.

El análisis factorial del instrumento arrojó tres factores: aceptación de la presión de amigos, aceptación de la presión de la pareja y resistencia a la presión de amigos y/o pareja. Los estudiantes no consumidores de alcohol y tabaco tienen mayor puntaje en la habilidad de resistencia a la presión a diferencia de los consumidores en el último mes.

En cuanto al consumo de alcohol, los resultados mostraron que el grupo de adolescentes que nunca habían consumido alcohol obtuvieron puntajes más altos en el factor de resistencia a la presión de amigos y pareja en comparación con los adolescentes que han consumido más de cinco copas de alcohol en el último mes, sobre todo aquellos que han bebido con más frecuencia (más de dos veces en la última semana). Por lo que respecta a la aceptación de la presión de amigos el puntaje fue más bajo en los grupos que consumen con más frecuencia.

Otro estudio sobre resistencia a la presión de pares en México fue realizado por Kulis, Marsiglia, Ayers, Booth y Nuño-Gutiérrez (2012). Los autores exploraron las estrategias de resistencia a las drogas utilizadas por los jóvenes mexicanos en el estado de Guanajuato. Los participantes fueron 702 jóvenes matriculados en un programa de educación secundaria alternativa que utiliza la educación a distancia para atender a las escuelas públicas tradicionales, especialmente a los sectores rurales y de población más pobre.

Los participantes informaron sobre los comportamientos de resistencia a las drogas que usaban para afrontar con las invitaciones para consumir alcohol, cigarrillos y marihuana. El uso en los últimos 12 meses de las cuatro estrategias de resistencia a los medicamentos empleadas con mayor frecuencia por los jóvenes fueron negarse, explicar, evitar y abandonar (R.E.A.L.) por sus siglas en inglés.

Los resultados mostraron que los estudiantes usaron las estrategias R.E.A.L. para lidiar con el consumo de alcohol con más frecuencia que para los cigarrillos y la marihuana. Un 83% había usado una de estas estrategias para el alcohol, 62% para los cigarrillos y un 45% para la marihuana

4.2 Fortalezas Externas y consumo de alcohol

Danielsson et al. (2011) examinaron la importancia de los factores protectores en el consumo excesivo de alcohol en una muestra de 1222 estudiantes (644 mujeres y 578 hombres) del séptimo grado de 18 escuelas en Estocolmo, Suecia, con una edad de 13 años en el 2001 y un seguimiento en 2003 con una edad de 15 años. Se les aplicó un cuestionario de 125 preguntas, para medir el consumo excesivo de alcohol realizaron las preguntas: ¿Con qué frecuencia bebes seis latas de cerveza de media intensidad? (3.5% de alcohol por volumen), o cuatro latas de cerveza de intensidad normal (más de 3.5% de alcohol por volumen), o cuatro botellas de sidra fuerte? ¿O una botella de vino o media botella de licor en la misma ocasión? Las preguntas sobre los factores de riesgo fueron: inicio del consumo de alcohol, padres que proveen de alcohol, proporción de amigos que beben, cigarrillos fumados, absentismo y acoso escolar, y cantidad de dinero para ganar en un mes. Los factores protectores se dividieron en los grupos: tiempo con la familia, relaciones con los padres y compañeros, vigilancia de los padres y ambiente escolar.

Los autores encontraron que el 13% de los hombres y el 12.8% de las mujeres reportaron al menos un consumo excesivo de alcohol. Pasar tiempo con la familia los fines de semana fue

un factor protector para hombres y mujeres en relación con el consumo excesivo de alcohol en el noveno grado, pero solo fue significativo para las mujeres en el séptimo grado. Tener amigos que no consuman alcohol mostró una fuerte asociación con un menor consumo de alcohol para los hombres en el séptimo grado.

La vigilancia de los padres fue el único factor protector que mostró una asociación significativa entre el consumo excesivo de alcohol para hombres y mujeres del séptimo grado, mientras que pasar tiempo con la familia fue un factor protector significativo sólo para chicos del noveno grado.

García-Barrón y Acosta (2010) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación de factores tales como: edad, género, sistema familiar, socioculturales, socioeconómicos y patrón de vida con el consumo de drogas en adolescentes de entre 12 y 17 años de edad en una secundaria de San Luis Potosí.

El instrumento utilizado evaluó el ambiente social, familiar y personal del adolescente y su relación con consumo de drogas; consta de dos apartados, el primero examina los factores condicionantes básicos, para su clasificación en categorías de riesgo y protección. El segundo apartado explora el uso de drogas, para agruparlos en una variable binaria: usuarios, que han consumido drogas alguna vez en la vida y no usuarios.

Los resultados mostraron que el uso de alcohol se observó en 30.4% de los adolescentes; la edad de inicio en el uso de ambas sustancias ocurrió con más frecuencia antes de los 12 años. La prevalencia del consumo total de drogas ilícitas y de uso médico correspondió al 15.2% y de éste 7.2% usaron dos o más sustancias. Las drogas ilícitas más frecuentemente utilizadas fueron: marihuana e inhalables (7.1%) y de las drogas médicas, los tranquilizantes ocuparon el 4.5%. En el estudio se demostró que un sistema familiar protector disminuye las probabilidades de ser usuario de tabaco, alcohol, marihuana y alucinógenos. El apoyo de la familia, amigos y conocidos es vital para ayudar a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que mantener un sentido de dominio y control de las circunstancias de su vida. La familia y amigos ayudan a proporcionar sustento básico como alimentos y vivienda, atención cuando están enfermos y apoyo cuando hacen cambios en el estilo de vida. El sistema familiar fue un factor de protección, se asoció significativamente con el no consumo de drogas, condición que apoya la percepción favorable de los informantes

respecto a la relación con sus padres, como sentirse importantes, aceptados y motivados por ellos para afrontar problemas (García-Barrón & Acosta, 2010).

Con el objetivo de investigar el rol del estilo parental autoritario, Piko y Balázs (2012) realizaron un estudio en una muestra de 2072 estudiantes de secundaria y preparatoria con un promedio de edad de 15.4 años de la ciudad de Mako, Hungría. Los estudiantes contestaron un cuestionario en su horario de clases. Se utilizaron dos escalas de estilo parental autoritario: exigencia e interés. El interés se evaluó con reactivos como “Mi madre/padre me dicen cuando hago un buen trabajo en ciertas situaciones”. La exigencia se evaluó con reactivos como “Mi madre/padre se asegura que le diga a dónde voy cuando salgo”. Adicionalmente, se midió la interacción familiar negativa con reactivos como “durante el último mes, ¿Qué tan seguido te gritaron tus padres?”, y la identificación positiva con los padres con reactivos como “¿Qué tanto respetas a tus padres?”.

Los resultados mostraron que no hubo diferencias en los patrones de consumo entre hombres y mujeres. Las mujeres recibieron mayor interés y exigencia por parte de su madre; los estudiantes más jóvenes mostraron mayor identificación positiva, pero recibieron menos conductas autoritativas especialmente por parte de su padre. Para los chicos, sólo la conducta de interés de los padres fue significativa, mientras que, para las chicas, además de la conducta de interés de los padres, la exigencia por parte de la madre fue significativa, de igual forma la identificación positiva con los padres mostró ser un factor protector para el consumo de alcohol.

Por otra parte, Mares, Lichtwarck-Aschoff, Burk, Van der Vorst y Engels, (2012) realizaron un estudio con el fin de proporcionar una perspectiva en la relación entre las reglas específicas del uso de alcohol y el consumo de alcohol desde el inicio de la adolescencia hasta el inicio de la adultez en la población holandesa. Los datos se obtuvieron de un estudio longitudinal previo llamado “Familia y Salud”. Los criterios de inclusión para que las familias pudieran participar fueron: 1) familias con al menos dos hijos de entre 13 y 16 años, 2) padres que vivieran juntos y estuvieran casados, 3) padres e hijos que estuvieran relacionados biológicamente, 4) hermanos que no fueran gemelos, 5) ningún hijo con alguna discapacidad física o mental y 6) que los padres e hijos pudieran hablar y escribir en holandés.

La línea base (T1) se obtuvo de la aplicación de un cuestionario en el domicilio de 428 familias, posteriormente se hicieron 5 mediciones anuales (T2 a T6).

Los resultados mostraron que los padres, en promedio, establecieron reglas rígidas sobre el alcohol en la línea de base, posteriormente disminuyeron en rigor. Las reglas estrictas específicas del alcohol en la adolescencia temprana dieron como resultado un nivel inicial más bajo y un aumento en la intensidad del consumo de alcohol en adolescentes a lo largo del tiempo.

La educación media y superior del padre se relacionó con niveles iniciales más bajos de consumo de alcohol en adolescentes, en comparación con la baja educación del padre. La mayor intensidad del consumo de alcohol paterno se relacionó con niveles iniciales más altos y mayores aumentos en el consumo de alcohol en adolescentes. Los niños tuvieron un aumento más fuerte en la intensidad del consumo de alcohol en comparación con las niñas. Con respecto al efecto de las reglas específicas del alcohol en el consumo adolescente a lo largo del tiempo, las reglas estrictas específicas para el alcohol dieron como resultado niveles más bajos de consumo de alcohol en adolescentes un año más tarde, en cada momento. Los chicos tenían un nivel inicial más alto y un aumento en la intensidad del consumo de alcohol en comparación con las chicas. Los adolescentes que vivían lejos de los padres mostraron un aumento más fuerte en la intensidad del consumo de alcohol en comparación con los adolescentes que vivían con sus padres.

Se concluyó que, aunque los padres se volvieron menos estrictos con el tiempo en cuanto a las reglas específicas de alcohol y el uso de alcohol por parte de los adolescentes aumenta con el tiempo, las reglas específicas de alcohol que los padres muestran, siguen siendo importantes para restringir el consumo de alcohol de sus hijos adolescentes.

Un estudio sobre la influencia de tener amigos sin conducta de riesgo en el consumo de alcohol fue realizado por Teunissen et al., (2014) quienes evaluaron mediante un cuestionario (pre test), en una muestra de 599 adolescentes holandeses, los tipos de consumo de alcohol: severo, moderado y abstinencia; la conducta de beber alcohol y la popularidad percibida por los pares. Posteriormente, bajo el criterio de: 1) ser hombre, 2) tener un estatus social promedio, 3) haber estado ebrio anteriormente, se seleccionaron 88 muchachos del pre test, los cuales entraron en un cuarto donde tenían interacción con otros “pares” mediante una computadora, pero en realidad se trataba de charlas programadas por los investigadores que

les comunicaban algunas normas sobre el consumo y no consumo de alcohol, estos podrían ser “pares” populares e impopulares. Finalmente se evaluaba el prototipo de consumo de alcohol de los participantes.

Encontraron que los participantes expuestos a normas anti alcohol tenían una visión más negativa sobre el consumo y se identificaban menos con los prototipos de consumo de alcohol severo y moderado a diferencia de los participantes que recibieron normas positivas sobre el consumo de alcohol. Los participantes se calificaron a sí mismos como más similares a los prototipos de bebedores severos y moderados y menos a los de abstinencia cuando interactuaban con compañeros impopulares que con compañeros populares. En conclusión, las normas en contra del alcohol por parte de los pares, permite que los adolescentes se formen una visión negativa sobre el consumo severo de alcohol. En cuanto al indicador de consumo, se encontraron efectos significativos en casi todas las fortalezas, excepto en amigos con conductas saludables.

Un estudio sobre fortalezas que realizaron Beebe, Vesely, Oman, Tolma, Aspy y Rodine (2008) explora la asociación entre 9 fortalezas y el no consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en una muestra de 134 adolescentes indoamericanos de entre 13 y 19 años. Se realizaron entrevistas a los adolescentes y sus padres al mismo tiempo, pero en diferentes lugares de su residencia. Los participantes escuchaban las preguntas mediante una grabación y registraban las respuestas en una computadora, la entrevista tuvo una duración de 45 minutos. Los datos demográficos, las fortalezas y el no uso de tabaco, alcohol y otras drogas fueron obtenidos de las respuestas proporcionadas por los adolescentes, mientras que los datos referentes al ingreso familiar, estructura familiar y la educación parental fueron recolectados de las entrevistas a los padres.

Los autores desarrollaron una escala para medir las nueve fortalezas, estas fueron: modelos de adultos, influencia positiva de pares, comunicación familiar, uso del tiempo (grupos/deportes), uso del tiempo en actividades religiosas, buenas prácticas de salud, participación en la comunidad, aspiraciones para el futuro y elecciones responsables. Las fortalezas fueron reportadas mediante su presencia o ausencia.

Los resultados indican que la fortaleza más importante para los jóvenes indoamericanos es la relación con otros modelos de adultos, ya que las probabilidades de los tres

comportamientos de riesgo estudiados, alcohol, tabaco y otras drogas no consumidas, fueron significativamente mayores entre aquellos jóvenes que poseían la fortaleza.

Los resultados mostraron que cerca del 79% de los adolescentes no consumieron alcohol los últimos 30 días antes del estudio, también hubo una tendencia positiva con la edad, esto es, el consumo de alcohol incrementa con la edad. La estructura familiar se relacionó estadísticamente de manera significativa con el no consumo de tabaco. Los jóvenes indio americanos de hogares con dos padres informaron una mayor frecuencia de no consumo de tabaco en comparación con los jóvenes de hogares con un solo padre. Para el no consumo de otras drogas, el 87% informó que no usó otras drogas en los últimos 30 días. La ciudad de residencia se relacionó estadísticamente de manera significativa con el no consumo de drogas; los jóvenes que residen en Tulsa informaron una mayor tasa de no consumo de drogas que los jóvenes que residen en la ciudad de Oklahoma.

Dos fortalezas de los adolescentes se asociaron significativamente con el no consumo de alcohol. Las probabilidades de no consumir alcohol en los últimos 30 días fueron 4.4 veces más altas para los jóvenes indio americanos con la fortaleza modelos adultos no parentales en comparación con los jóvenes indio americanos sin la fortaleza. De manera similar, las probabilidades de no consumir alcohol en los últimos 30 días fueron 2.8 veces más altas para los jóvenes que ocupaban su tiempo en actividades religiosas.

Por otra parte, Wagner y Anthony (2002) señalan que la mayor frecuencia en el uso de drogas se relaciona con diferencias en la exposición a oportunidades, muestran evidencia a favor de la idea de que los usuarios de alcohol tienen mayor riesgo de usar marihuana, cocaína y otras drogas debido a que tienen mayor exposición a situaciones y oportunidades para usarlas.

En México, Andrade, Sánchez-Xicoténcatl, Morales, González-González (2015) identificaron el nivel predictivo de algunas fortalezas externas que protegen a los jóvenes del consumo de alcohol. Su muestra estuvo conformada por 996 adolescentes estudiantes de tres preparatorias públicas y dos privadas de la Ciudad de México, 41.1% hombres y 58.9% mujeres con un promedio de edad de 16.9 años, fueron seleccionados de manera no probabilística.

Para medir las fortalezas externas relacionadas con la familia se utilizó la dimensión de la escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2008), que fue diseñada para adolescentes mexicanos. Las fortalezas evaluadas fueron: supervisión paterna, supervisión materna, no tener amigos con conductas de riesgo, no tener amigos con conductas antisociales y tener amigos con conductas saludables

Los resultados mostraron que la edad de inicio del consumo de alcohol para los hombres fue de 12.8 años, mientras que para las mujeres fue de 13.4 años. Además, hubo diferencias significativas por sexo en cada una de las fortalezas evaluadas, excepto en la supervisión paterna. Las mujeres perciben mayor supervisión de la madre y tienen más amigos que no presentan conductas de riesgo que los hombres.

Los resultados del estudio permitieron afirmar que las fortalezas externas, en este caso el no tener amigos que se involucren en conductas de riesgo y la supervisión materna, son factores protectores del consumo de alcohol en hombres y mujeres adolescentes.

Un estudio sobre fortalezas externas y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de la Ciudad de México fue realizado por Téllez, Sánchez-Xicotencatl y Andrade (2017). Con el fin de confirmar que los jóvenes que no usan alcohol tienen puntajes significativamente más altos en fortalezas externas en comparación con los que sí lo consumen, evaluaron el apoyo y supervisión del padre (13 reactivos, $\alpha = .96$), apoyo de la madre (9 reactivos, $\alpha = .94$), supervisión de la madre (4 reactivos, $\alpha = .81$), reglas en casa (5 reactivos, $\alpha = .73$), amigos sin conductas de riesgo (4 reactivos, $\alpha = .86$), amigos saludables (4 reactivos, $\alpha = .64$) y no acceso a drogas (8 reactivos, $\alpha = .91$). Encontraron diferencias significativas en todas las fortalezas externas evaluadas, a excepción de tener amigos saludables y el apoyo y supervisión del padre. el tener amigos saludables fue la única fortaleza en la que no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas; quienes no han consumido alcohol fueron los que obtuvieron puntajes más altos.

Un estudio con población mexicana y colombiana realizado por Andrade, Betancourt, Moreno y Alvis (2017), en el cual analizaron y compararon las fortalezas externas referentes a la familia y los amigos y el consumo de tabaco, alcohol y drogas en jóvenes mexicanos y colombianos. La hipótesis central su estudio fue que los adolescentes que no consumen alguna de estas sustancias presentan un mayor número de fortalezas. La muestra estuvo

constituida por 1987 adolescentes, seleccionados de manera no probabilística, 49,87 % de Colombia y 50,13 % de México. De los adolescentes de México, 41,1 % fueron hombres y 58,9 % mujeres con un promedio de edad de 16,9 años. Por su parte, la muestra de Colombia consistió en 43,7 % hombres y 56,3 % mujeres, con un promedio de edad de 16,34 años. El porcentaje de jóvenes mexicanos que informó vivir con ambos padres fue mayor (67,57 %) que los colombianos (50,95 %).

Las fortalezas evaluadas fueron: comunicación materna, supervisión materna, comunicación/supervisión paterna, amigos sin conductas de riesgo, amigos sin conductas antisociales, amigos con conductas saludables. Para medir las fortalezas externas relacionadas con la familia, se utilizó la escala de Prácticas Parentales de Andrade y Betancourt (2010) que consiste en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde “siempre” a “nunca”. Emplearon tres dimensiones: Comunicación materna, supervisión materna, y comunicación-Supervisión Paterna. Las fortalezas externas relacionadas con amigos se evaluaron con una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de “ninguno” a “todos”, que consta de tres dimensiones: no tener amigos con conductas de riesgo, no tener amigos que se involucren en conductas antisociales y tener amigos con conductas saludables.

Los resultados mostraron que los adolescentes hombres y mujeres de Colombia iniciaron su consumo a más temprana edad en los tres tipos de sustancias (alcohol, tabaco y drogas ilegales) en contraste con la muestra de México.

Por lo que se refiere a los datos de la muestra de adolescentes de México, los hallazgos indicaron que las mujeres puntuaron más alto en cuanto al número de fortalezas presentadas en contraste con los varones, excepto en el grupo de jóvenes que han consumido las tres sustancias; en lo que respecta al indicador de consumo, se puede apreciar que a medida que aumenta el número de sustancias consumidas disminuye el número de fortalezas presentadas. Por lo que respecta a los resultados de la muestra de Colombia, no se encontraron efectos significativos ni por sexo ni por indicador de consumo.

Dadas las diferencias en el patrón de consumo y en el número de fortalezas evaluadas, se realizaron análisis de varianza multivariados por país, en los que se consideraron como variables independientes el sexo y el indicador de consumo de sustancias, y como variables dependientes cada una de las fortalezas, se encontraron efectos significativos por el sexo de

los participantes en cuatro de las seis fortalezas evaluadas (excepto en comunicación materna y supervisión-comunicación paterna), donde las mujeres puntuaron más alto en la supervisión de la mamá, en amigos sin conductas de riesgo y sin conductas antisociales, en contraste con los varones, quienes presentaron mayor puntaje en amigos con conductas saludables.

Los estudios anteriores muestran la importancia de la investigación de la influencia de los factores externos e internos de los adolescentes y su relación con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El PYD ha mostrado ser de gran relevancia al enfocarse en las características positivas de los adolescentes como factores protectores para el consumo de alcohol. En México es poco el estudio en este campo, por lo que esta investigación intenta aportar mayor información en esta línea de investigación.

Capítulo 5

Metodología

Planteamiento y justificación del problema

El consumo de alcohol durante la adolescencia es una conducta fundamentalmente social y el consumo moderado u ocasional es relativamente normativo en el contexto cultural mexicano y en otros contextos culturales (Nolla, 2015).

De acuerdo con la ENCODAT (2016), dos regiones que presentan altos índices de consumo de drogas legales e ilegales son la región noroccidental y la región centro del País.

Por esta razón, es necesario hacer algo al respecto para que el consumo de alcohol en los adolescentes no se presente a edades tempranas. Algunas investigaciones dentro del enfoque del Desarrollo Positivo han sido dirigidas a encontrar los factores que previenen a los jóvenes de caer en conductas de riesgo en la ciudad de México, sin embargo, no se tiene mayor información sobre los factores protectores en otros estados de la República Mexicana. Debido a que la problemática de consumo de alcohol es importante en nuestro país, se necesita saber qué factores protegen al adolescente del consumo de alcohol, por lo tanto, el objetivo de esta investigación es:

Objetivo general

- Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas internas y externas entre los adolescentes de la Ciudad de México y los de Culiacán Sinaloa que presentan diferentes niveles de consumo de alcohol.

Objetivos específicos

- Conocer el patrón de consumo de alcohol de los participantes
- Comparar el nivel de fortalezas percibido en los adolescentes de la Ciudad de México y los jóvenes de la ciudad de Culiacán Sinaloa, según su nivel de consumo de alcohol.

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas de los adolescentes de la Ciudad de México y los de la ciudad de Culiacán que presentan diferentes niveles de consumo de alcohol?

Hipótesis

Existe mayor número de fortalezas en los adolescentes que no consumen alcohol en comparación con los que presentan diferentes niveles de consumo

Definición de variables

- Variable independiente: Fortalezas internas y externas

Definición conceptual: Son las habilidades, autopercepciones, oportunidades y valores que ayudan a los jóvenes a limitar su involucramiento (Benson, 2011).

Definición Operacional: escala de fortalezas internas y externas para adolescentes (FIE-A) (Betancourt, Andrade, González-González, & Sánchez-Xicotencatl, 2018).

- Variable dependiente: Consumo de alcohol

Definición conceptual: la ingesta de cualquier cantidad de alcohol

Definición Operacional: indicador de frecuencia y cantidad:

- 1) Nunca ha consumido alcohol
- 2) Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último año
- 3) Sí ha bebido 5 o más copas en una sola ocasión, una o más veces en el último mes

5.1 Método

Participantes

La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por un total de 2367 estudiantes de secundaria de entre 12 y 16 años de edad pertenecientes de la Ciudad de México y de Culiacán.

Tipo de estudio

No experimental, transversal, porque no se manipuló ninguna variable y la recolección de datos se hizo en un solo momento en el tiempo.

Instrumento

Para evaluar las fortalezas de los adolescentes, se utilizó la Escala de Fortalezas Internas y Externas para Adolescentes (FIE-A) (Betancourt et al., 2018), las fortalezas internas que incluye son: responsabilidad (3 reactivos, $\alpha=.638$), importancia de la salud (6 reactivos, $\alpha=.848$), evitación de conductas de riesgo (3 reactivos, $\alpha=.866$), importancia de la religión (5 reactivos, $\alpha=.935$), resistencia a la presión de pares (4 reactivos, $\alpha=.772$), toma de decisiones (5 reactivos, $\alpha=.879$) y expresión del enojo (4 reactivos, $\alpha=.88$). Las fortalezas externas son: apoyo de la madre (9 reactivos, $\alpha=.948$), supervisión de la madre (4 reactivos, $\alpha=.850$), apoyo y supervisión del padre (13 reactivos, $\alpha=.972$), límites en casa (5 reactivos, $\alpha=.753$), amigos

sin conductas de riesgo (4 reactivos, $\alpha=.787$), amigos saludables (4 reactivos, $\alpha=.636$) y no acceso a drogas (8 reactivos, $\alpha=.911$).

Procedimiento

Se solicitó permiso a las autoridades de cada escuela para hacer la investigación, la aplicación del instrumento se realizó en las aulas de cada plantel dentro del horario de clases, se les explicó a los alumnos el motivo de la investigación, su participación fue voluntaria y anónima.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva con el propósito de conocer las características de los participantes y las características de su consumo de alcohol, por sexo y ciudad.

Se utilizó estadística inferencial para determinar las diferencias en las fortalezas que presentan los jóvenes de ambas ciudades, y las diferencias en las fortalezas de los jóvenes que presentan diferentes niveles de consumo de alcohol.

Se realizó una prueba t de student para conocer las diferencias de las fortalezas internas y externas entre la ciudad de México y de Culiacán, Sinaloa.

Con el fin de comparar las fortalezas internas y externas de los jóvenes con diferentes niveles de consumo de alcohol, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) y la prueba post hoc de Scheffé.

Capítulo 6

Resultados

En la Tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos de los estudiantes de ambas ciudades. Participaron 954 estudiantes de la Ciudad de México con una media de edad de 13.6 años (*D.E.*=1.031). De la ciudad de Culiacán participaron 1413 estudiantes con una media de edad de 13.62 años (*D.E.*=1.007).

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de los estudiantes de la Ciudad de México y Culiacán.

Variables	Ciudad de México n= 954		Culiacán n= 1413	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	467	48.9	679	48.1
Mujer	487	51.1	734	51.9
Edad				
12	167	17.5	201	14.2
13	275	28.8	460	32.6
14	307	32.3	459	32.5
15	192	20.1	265	18.7
16	13	1.3	28	2.0
Grado escolar				
1ro de secundaria	303	31.7	494	35.0
2do de secundaria	313	32.8	563	39.8
3ro de secundaria	338	35.5	356	25.2
Con quién viven				
Ambos padres	688	72.11	1032	73.0
Sólo un padre	266	27.89	381	27.0

En la Figura 1 se muestra el patrón de consumo de alcohol por ciudad y sexo. La ciudad de Culiacán presenta un menor consumo de alcohol en comparación con la Ciudad de México. Los hombres de Culiacán reportaron un menor consumo de alcohol que las mujeres, mientras que, en la Ciudad de México, el consumo de alcohol reportado fue menor en los hombres.

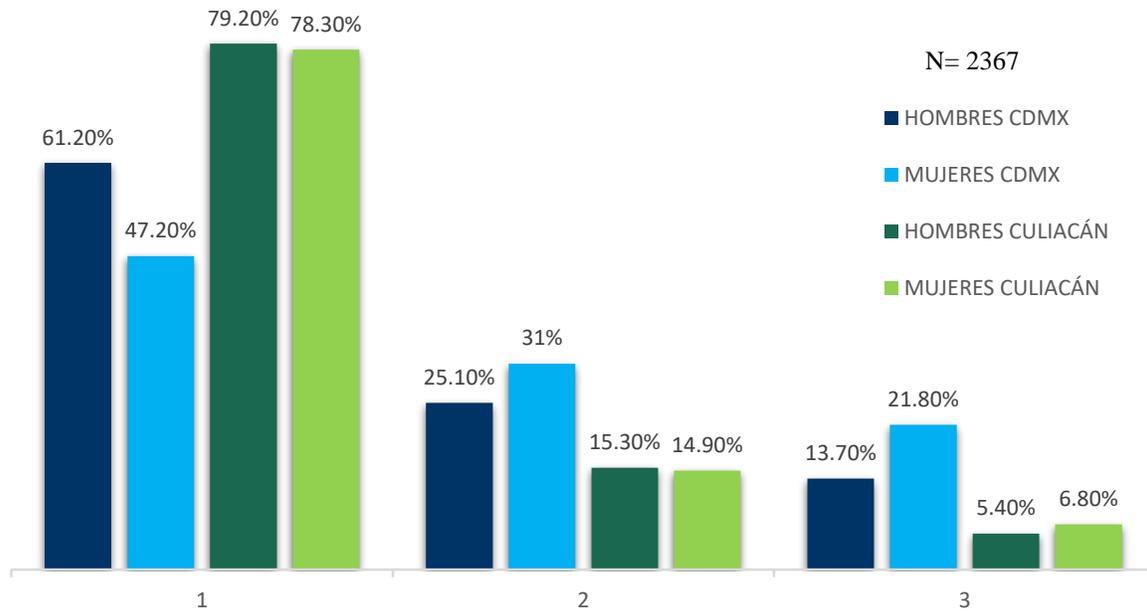


Figura 1. Patrón de consumo de alcohol en hombres y mujeres de la Ciudad de México y de Culiacán, Sinaloa.

Nota: 1) Nunca ha consumido alcohol; 2) Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último año; 3) Sí ha bebido 5 o más copas en una sola ocasión, una o más veces en el último mes.

El promedio de edad de inicio del consumo de alcohol en los hombres de la Ciudad de México fue de 11.9 años ($D.E.=2.08$), y para las mujeres fue de 12.1 años ($D.E.=1.7$), mientras que, en los hombres de la ciudad de Culiacán fue de 12.2 años ($D.E.=2.3$) y para las mujeres fue de 12.1 años ($D.E.=2.3$).

Para conocer si existen diferencias en las fortalezas internas (Tabla 3) y externas (Tabla 4) de los jóvenes de cada ciudad se realizó una prueba t.

Tabla 3.

Diferencias en las fortalezas internas en estudiantes de la Ciudad de México y de la ciudad de Culiacán.

Fortalezas Internas	Ciudad de México n= 954		Culiacán n= 1413		t	
	M	D.E.	M	D.E.	t	p
Responsabilidad	3.96	.783	3.93	.853	.654	.513
Importancia de la salud	4.19	.726	4.20	.827	.053	.458
Evitación de conductas de riesgo	3.98	1.330	4.23	1.270	-4.498	.000
Importancia de la religión	3.09	1.244	3.45	1.213	-6.859	.000
Resistencia a la presión de pares	4.65	.685	4.75	.668	-3.592	.000
Toma de decisiones	3.78	.986	3.78	1.121	.034	.937
Expresión del enojo	3.22	1.137	3.18	1.172	.906	.365

Las fortalezas internas: evitación de conductas de riesgo, importancia de la religión y resistencia a la presión de pares mostraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los jóvenes de la ciudad de Culiacán, Sinaloa los que reportan mayor percepción de estas fortalezas, en comparación con los jóvenes de la Ciudad de México.

Tabla 4.

Diferencia de las Fortalezas Externas en estudiantes de la Ciudad de México y de la Ciudad de Culiacán Sinaloa

Fortalezas Externas	Ciudad de México n= 954		Culiacán n= 1413		t	
	M	D.E.	M	D.E.	t	p
Apoyo de la madre	3.73	1.093	3.75	1.013	-.512	.609
Supervisión de la madre	4.11	.902	4.18	.825	1.921	.055
Apoyo y supervisión del padre	3.22	1.192	3.10	1.204	2.150	.032
Límites en casa	3.50	.977	3.51	.981	-.279	.780
Amigos sin conductas de riesgo	3.84	.977	4.33	.911	-11.903	.000
Amigos sanos	2.94	.794	2.83	.891	3.199	.001
No acceso a drogas	4.10	.943	4.16	1.041	-1.542	.123

Las fortalezas externas: apoyo y supervisión del padre, amigos sin conductas de riesgo, y amigos sanos mostraron diferencias significativas. Los jóvenes de la Ciudad de México perciben más el apoyo y supervisión del padre y el tener amigos sanos que los de la ciudad de Culiacán, mientras que, en Culiacán, se visualiza a los amigos sin conductas de riesgo como una fortaleza más importante.

Con el fin de comparar las fortalezas internas y externas de los jóvenes con diferentes niveles de consumo de alcohol, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) y la prueba post hoc de Scheffé. En la Tabla 5 se muestran las fortalezas internas de los jóvenes de la Ciudad de México y en la Tabla 6 se presentan las fortalezas externas.

Tabla 5.

Diferencia de fortalezas internas por niveles de consumo en estudiantes de la Ciudad de México.

Fortalezas Internas				(a) n= 516		(b) n= 268		(c) n= 170	
	F	p	Scheffé	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Responsabilidad	21.233	.000	a > b, c b > c	4.09	.740	3.91	.720	3.65	.892
Importancia de la salud	23.333	.000	a>b, c	4.34	.654	4.05	.805	3.99	.722
Evitación de conductas de riesgo	38.658	.000	a > b, c b > c	4.28	1.288	3.82	1.319	3.30	1.18
Importancia de la religión	15.639	.000	b > c	3.29	1.233	2.89	1.250	2.78	1.20
Resistencia a la presión de pares	61.483	.000	a > b, c b>c	4.81	.517	4.64	.583	4.18	.077
Toma de decisiones	26.369	.000	a > b, c b > c	3.97	.924	3.65	.970	3.39	1.042
Expresión del enojo	27.744	.000	a > b, c b > c	3.45	1.10	3.08	1.091	2.75	1.141

Nota: (a) Nunca ha consumido alcohol; (b) Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último mes; (c) Sí ha bebido 5 o más copas en una sola ocasión, una o más veces en el último mes.

Se encontraron diferencias significativas en todas las fortalezas internas entre los jóvenes de la Ciudad de México que presentan diferentes niveles de consumo. En todas las fortalezas internas, excepto en la importancia de la religión los jóvenes que no consumen alcohol son los que obtuvieron puntajes más altos. La fortaleza importancia de la religión muestra diferencias significativas sólo entre los grupos donde existe consumo alcohol. Por otra parte, la resistencia a la presión de pares fue la fortaleza interna con mayor puntaje significativo en los no consumidores de alcohol.

Tabla 6.

Diferencia de fortalezas externas por niveles de consumo en estudiantes de la Ciudad de México.

Fortalezas Externas				(a) n= 516		(b) n= 268		(c) n= 170	
	F	p	Scheffé	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Apoyo de la madre	14.488	.000	a > b, c	3.89	1.005	3.60	1.13	3.41	1.215
Supervisión de la madre	37.010	.000	a > b, c b > c	4.29	7.94	4.06	.890	3.63	1.058
Apoyo y supervisión del padre	12.922	.000	a > b, c b > c	3.38	1.198	3.15	1.08	2.83	1.249
Límites en casa	24.932	.000	a > b, c b > c	3.69	.922	3.37	.994	3.13	1.004
Amigos sin conductas de riesgo	81.764	.000	a > b, c b > c	4.17	.934	3.68	.915	3.10	1.039
Amigos sanos	3.788	.023	a > c	3.00	.844	2.90	.724	2.82	.741
No acceso a drogas	56.024	.000	a > b, c b > c	4.36	.859	3.96	.900	3.56	.920

Nota: (a) Nunca ha consumido alcohol; (b) Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último mes; (c) Sí ha bebido 5 o más copas en una sola ocasión, una o más veces en el último mes.

De igual forma, todas las fortalezas externas mostraron diferencias significativas entre los diferentes niveles de consumo, siendo los jóvenes que no consumen alcohol los que mostraron puntajes más altos.

Existen diferencias significativas entre los tres diferentes niveles de consumo, excepto en la fortaleza amigos sanos, ya que sólo presenta diferencias significativas entre los que nunca ha consumido alcohol y los de mayor consumo. La fortaleza no acceso a drogas fue la fortaleza externa con mayor puntaje en los no consumidores de alcohol

Con respecto a la Ciudad de Sinaloa, se observó que el porcentaje de estudiantes que abusaba del alcohol era muy pequeño, en comparación con los que nunca habían bebido, por lo que se obtuvo una submuestra aleatorizada para poder comparar los grupos, la cual se conformó por 800 estudiantes, de los cuales el 62.5% nunca habían consumido alcohol, el 26.6% Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último mes y el 10.9% habían abusado del alcohol una o más veces en el último mes.

En la Tabla 7 se presentan las diferencias de las fortalezas internas en los diferentes niveles de consumo de los jóvenes de la ciudad de Culiacán y en la Tabla 8 se muestran los resultados de las fortalezas externas.

Tabla 7.

Diferencia de fortalezas internas por niveles de consumo en estudiantes de la ciudad de Culiacán Sinaloa.

Fortalezas Internas			(a) n= 500		(b) n= 213		(c) n= 87		
	F	p	Scheffé	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Responsabilidad	4.501	.011	a > c	3.97	.854	3.83	.855	3.69	.951
Importancia de la salud	5.910	.003	a > b, c	4.25	.802	4.07	.910	3.97	.919
Evitación de conductas de riesgo	4.665	.010	a > c b > c	4.23	1.313	4.18	1.186	3.77	1.326
Importancia de la religión	7.694	.000	a > c	3.50	1.198	3.26	1.229	2.98	1.322
Resistencia a la presión de pares	11.908	.000	a > c b > c	4.78	.643	4.73	.532	4.40	1.012
Toma de decisiones	3.225	.040	a > c	3.82	1.151	3.75	1.075	3.48	1.204
Expresión del enojo	6.460	.002	a > b	3.22	1.166	2.91	1.197	2.89	1.237

Nota: (a) Nunca ha consumido alcohol; (b) Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último mes; (c) Sí ha bebido 5 o más copas en una sola ocasión, una o más veces en el último mes.

Se encontraron diferencias significativas en todas las fortalezas internas entre los jóvenes de la ciudad de Culiacán que muestran diferentes niveles de consumo, siendo los jóvenes que nunca han consumido alcohol los que tienen puntajes más altos.

La resistencia a la presión de pares fue la fortaleza interna con mayor puntaje para los no consumidores de alcohol. Las fortalezas: importancia de la salud, evitación de conductas de riesgo y resistencia a la presión de pares mostraron diferencias significativas entre los tres diferentes niveles de consumo de alcohol; mientras que las fortalezas: responsabilidad, importancia de la religión, toma de decisiones mostraron diferencias significativas sólo entre los no consumidores de alcohol y los de mayor consumo.

Tabla 8.

Diferencia de fortalezas externas por niveles de consumo de estudiantes en la ciudad de Culiacán Sinaloa.

Fortalezas Externas				(a) n= 500		(b) n= 213		(c) n= 87	
	F	p	Scheffé	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Apoyo de la madre	6.888	.001	a > b, c	3.82	.999	3.59	1.026	3.46	1.118
Supervisión de la madre	18.030	.000	a > b, c b > c	4.28	.765	4.08	.837	3.73	1.006
Apoyo y supervisión del padre	4.185	.016	a > c	3.14	1.201	2.96	1.236	2.75	1.262
Límites en casa	5.146	.006	a > c	3.54	.972	3.38	.992	3.21	1.015
Amigos sin conductas de riesgo	21.009	.000	a > b, c	4.41	.856	4.07	.929	3.83	1.098
Amigos sanos	1.910	.149	***	2.84	.905	2.71	.810	2.71	.983
No acceso a drogas	6.460	.002	a > b, c b > c	4.26	.895	3.95	1.062	3.60	1.241

Nota: (a) Nunca ha consumido alcohol; (b) Sí ha bebido, pero no 5 o más copas en una sola ocasión en el último mes; (c) Sí ha bebido 5 o más copas en una sola ocasión, una o más veces en el último mes.

Respecto a las fortalezas externas, el tener amigos sanos fue la única fortaleza que no mostró diferencias significativas entre los diferentes niveles de consumo. Los jóvenes que nunca han consumido alcohol tuvieron los puntajes más altos.

Las fortalezas: apoyo de la madre, supervisión de la madre, amigos sin conducta de riesgo y el no acceso a drogas mostraron diferencias entre los tres diferentes niveles de consumo de alcohol; mientras que las fortalezas: apoyo y supervisión del padre y límites en casa mostraron diferencias sólo entre los jóvenes no consumidores de alcohol y los de mayor consumo de alcohol.

Por último, el tener amigos sin conductas de riesgo fue la fortaleza externa con el mayor puntaje en los jóvenes que nunca han consumido alcohol.

Capítulo 7

Discusión

El inicio de consumo de alcohol de los adolescentes coincide con los datos reportados por la ENCODAT (2016), ya que se observa que el inicio en el consumo de alcohol se da a temprana edad.

Respecto al patrón de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, los datos encontrados en esta investigación difieren a lo descrito por la ENCODE (2014). En el presente estudio las mujeres de ambas ciudades mostraron un mayor consumo que los hombres. Estos resultados coinciden con lo descrito por Téllez et al. (2017) quienes en su muestra encontraron que las mujeres tenían un mayor consumo. Como estos resultados no son concluyentes y podrían ser una característica de estas muestras, se requiere de mayor investigación para realizar un análisis más profundo.

Los datos encontrados en esta investigación sugieren que los adolescentes que poseen un mayor número de fortalezas presentan un menor consumo de alcohol, lo que confirma la hipótesis de este estudio. Esto coincide con los resultados reportados por Téllez et al. (2017) ellos observaron diferencias significativas en todas las fortalezas evaluadas en su estudio; los puntajes más altos en fortalezas internas y externas correspondieron a quienes nunca habían consumido alcohol. De igual forma, en ambos estudios, la fortaleza tener amigos saludables fue la única en la que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

En el presente estudio, las fortalezas que obtuvieron puntajes más altos en los jóvenes de ambas ciudades y que mostraron ser estadísticamente significativas fueron: la evitación de conductas de riesgo, la importancia de la religión, la resistencia a la presión de pares, el apoyo y supervisión del padre y tener amigos sin conductas de riesgo. Estas fortalezas también fueron asociadas al no consumo de alcohol en otros estudios en México (Andrade et al., 2013; Andrade et al., 2015).

Respecto a las fortalezas internas encontradas en este estudio, la religiosidad mostró ser significativa para el no consumo de alcohol, esto va de acuerdo con otros estudios (Oman et al., 2004; Beebe et al., 2008; Vaughn et al., 2011), donde reportan que los jóvenes que le dan más importancia a las actividades religiosas presentan un bajo consumo de alcohol en el último mes y además reportan una mayor desaprobación del consumo diario de alcohol.

La evitación de conductas de riesgo fue una de las fortalezas internas más importantes para el no consumo de alcohol reportada por los jóvenes de esta investigación, esto concuerda con datos reportados por Téllez et al. (2017) y Espino (2018) quienes observaron que el evitar conductas de riesgo por parte de los jóvenes se relaciona con un bajo consumo de alcohol.

La importancia de la salud también mostró ser una fortaleza protectora del consumo de alcohol en este estudio, esto coincide con otras investigaciones (Martínez & Robles 2001; Oman et al., 2004; Beebe et al., 2008; Espino, 2018) donde se reportó que los adolescentes muestran puntajes altos en la variable importancia de la salud cuando existe un menor consumo de alcohol.

La toma de decisiones responsables fue otra fortaleza relacionada al no consumo de alcohol, los estudios de Alfaro et al. (2010) y Pérez (2012) apoyan los resultados de esta investigación, ya que concluyen que la planeación del futuro y las elecciones responsables se asocian con bajos niveles de consumo de alcohol. Los adolescentes no consumidores tienen metas definidas en la vida, logran en mayor medida lo que se proponen y no dejan su futuro a la suerte.

Otra fortaleza interna que mostró ser importante para un bajo consumo de alcohol fue la resistencia a la presión de pares, esto concuerda con lo descrito por Andrade et al. (2009); Pérez (2012); Kulis et al. (2012); y Sánchez-Xicotencatl, Andrade, Betancourt, & Vital (2013), quienes mostraron que adolescentes que nunca han consumido alcohol presentan una mayor habilidad de resistencia a la presión de amigos en comparación con los jóvenes que consumen alcohol.

En cuanto a las fortalezas externas, la supervisión y el apoyo del padre fueron percibidos por los adolescentes en este estudio y mostró ser significativo para protegerlos del consumo de alcohol, esto concuerda con otras investigaciones (García-Barrón & Acosta, 2010; Danielsson et al., 2011; Piko & Balázs, 2012; Shi et al., 2013; Andrade et al., 2017) quienes mostraron la relación del estilo parental con el no consumo de alcohol, describieron que cuando existe un interés, una exigencia por parte de los padres, una identificación positiva por parte de los adolescentes, sentirse importantes, aceptados y motivados para afrontar problemas, el consumo de alcohol disminuye significativamente.

En general al hacer referencia a la familia, DeVore, Kenneth y Ginsburg (2005) reportaron que las prácticas de crianza están estrechamente relacionadas con algunos aspectos del desarrollo adolescente. Ellos mencionan que la crianza autoritativa se caracteriza por un alto grado de calidez y apoyo de los padres, el establecimiento de límites firmes, comunicación abierta y altos niveles de supervisión, esto coincide con lo encontrado en el presente estudio donde los jóvenes que viven en casas donde se establecen reglas claras y existe apoyo por parte de los padres, comunicación y una buena supervisión parental, son aquellos que presentan los niveles más bajos de consumo, lo que indica la importancia de la familia en la protección del adolescente.

El trabajo con los padres de familia es indispensable, ya que, como se observó en las fortalezas externas, el apoyo y la supervisión de los padres influye para que los adolescentes no se involucren en conductas de riesgo, siempre concibiendo al adolescente como una persona con recursos y no como un problema, capaz de contribuir a su comunidad.

Aunque en este estudio no se midieron reglas específicas sobre el consumo de alcohol, sí se evaluaron en general las reglas en casa, entendidas como los criterios establecidos en el hogar que se deben cumplir por los miembros de la familia, también se midió la supervisión de los padres en las actividades de los hijos, ambas fueron fortalezas externas que resultaron importantes para los estudiantes de esta investigación que no consumen alcohol, sería importante en otros estudios evaluar las reglas específicas de consumo como lo describió Mares et al. (2012) quienes reportaron que las reglas específicas sobre el alcohol se relacionan con un menor consumo desde la adolescencia temprana hasta la edad adulta.

Si bien los resultados de este trabajo fueron similares para los jóvenes de ambas ciudades, específicamente con los amigos, en los jóvenes de Culiacán tener amigos con conductas sanas como hábitos de alimentación, cuidado de la salud o cuidar de su apariencia física, no fue una fortaleza en la que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, mientras que la fortaleza de tener amigos que no estén involucrados en conductas de riesgo, como es el consumo de alcohol o el uso de otras drogas, sí lo fue; con respecto a la Ciudad de México, los jóvenes que no consumían alcohol presentaban más amigos saludables y más amigos sin conductas de riesgo en comparación con los jóvenes que sí consumían alcohol. Esto va de acuerdo con lo descrito por Oman et al. (2004); Astudillo et al. (2013); Teunissen et al.

(2014); Andrade et al. (2017) quienes mencionaron que la influencia de los amigos es un factor importante en el inicio y desarrollo de los patrones de consumo de alcohol entre los adolescentes, además, los jóvenes que tenían grupos de amigos con normas en contra del alcohol, favorecía que el adolescente se formara una visión negativa sobre el consumo de alcohol, lo que contribuye a que presenten bajos niveles de consumo.

Por último, en esta investigación el no acceso a las drogas fue otra fortaleza externa importante para que los adolescentes no consuman alcohol. Esto concuerda con lo descrito por Andrade y Sánchez-Xicotencatl (2018) quienes mostraron evidencia a favor de la idea de que los usuarios de alcohol tienen mayor probabilidad de involucrarse en otras conductas de riesgo, debido a que tienen mayor exposición a situaciones y oportunidades.

Aunque el contexto cultural cambia por región, en este estudio las fortalezas de los jóvenes de ambas ciudades fueron similares, por lo que en futuras investigaciones sería recomendable incluir otras regiones del país para conocer el grado de influencia del ambiente en las fortalezas de los adolescentes.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se puede concluir que los jóvenes que presentan mayor número de fortalezas muestran un menor consumo de alcohol.

En la literatura especializada en el consumo de alcohol, la mayoría de las investigaciones se centran en la relación de las características negativas del adolescente con los patrones de consumo de alcohol, sin embargo, también es necesario estudiar los aspectos positivos ya que se ha reportado que estos pueden proteger al adolescente de conductas que pongan en riesgo su salud. En México, existen pocas investigaciones que utilicen el enfoque de fortalezas de los adolescentes, por lo que este estudio aporta evidencia al enfoque de Benson (2007), el cual podría ser utilizado para el diseño de programas de promoción de la salud en jóvenes escolarizados.

Referencias

- Alfaro, L. B., Sánchez, M. E., Andrade, P., Pérez de la Barrera, C., & Montes de Oca, A. (2010). Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 67-77.
- Amar, J., Abello, R., & Acosta, C. (2003). Factores protectores: Un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología Desde El Caribe*(11), 107-121.
- Andrade, P. (2018). Desarrollo positivo de los adolescentes: bases teoricas y empíricas. En P. Andrade Palos (coord.), *Fortalezas de los Adolescentes* (págs. 13-34). México: UNAM.
- Andrade, P., & Sánchez-Xicotencatl, O. (2018). Fortalezas protectoras del consumo de alcohol y tabaco. En P. Andrade (coord.), *Fortalezas de los adolescentes* (págs. 61-80). México: UNAM.
- Andrade, P., Betancourt, D., Moreno, N. D., & Alvis, A. (2017). Fortalezas externas desde el modelo de desarrollo positivo de los jóvenes y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes mexicanos y colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 515-529.
- Andrade, P., Morales Demetrio, N. E., Sánchez-Xicotencatl, C. O., & González-González, A. (2013). Fortalezas de los adolescentes que no presentan conductas de riesgo. *El Psicólogo Anáhuac*, 17-23.
- Andrade, P., Pérez, C., Alfaro Martínez, L., Sánchez Oviedo, M., & López Montes de Oca, A. (2009). Resistencia a la presión de pares y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3), 243-250.
- Andrade, P., Sánchez-Xicotencatl, C. O., Morales Demetrio, N., & González-González, A. (2015). Fortalezas externas y consumo de alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 27-35.
- Astudillo, M., Connor, J., Roiblat, R., Ibanga, A., & Gmel, G. (2013). Influence from friends to drink more or drink less: Across-national comparison. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2675-2682.
- Beebe, L., Vasely, S., Oman, R., Tolma, E., Aspy, C., & Rodine, S. (2008). Protective assets for non-use of alcohol, tobacco and other drugs among urban american indian youth in oklahoma. *Matern Child Health*, 12, 82-90.
- Benson, P. (2007). Developmental asstes: An overview and theory, research and practice. En R. Lerner, & R. Silbereisen, *Approaches to Positive Youth Development* (págs. 31-58). London: SAGE.

- Benson, P. L., Scales, P. C., & Syvertsen, A. K. (2011). The contribution of the developmental assets framework to positive youth development theory and practice. *Advances in Child Development and Behavior*, 41, 197-230.
- Betancourt, D., Andrade, P., González-González, A., & Sánchez-Xicotencatl, O. (2018). Escala de fortalezas para adolescentes (FIE-A). En P. Andrade, *Fortalezas de los adolescentes* (págs. 35-60). México: UNAM.
- Bonell, C., Dickson, K., Hinds, K., Melendez-Torres, J., Stansfield, C., Fletcher, A., . . . Campbell, R. (2016). The effects of positive youth development interventions on substance use, violence and inequalities: Systematic review of theories of change, processes and outcomes. *Public Health Research*, 4(5), 1-218.
- Brik, E. (2012). *Convivir con el alcoholismo*. Buenos Aires: Panamericana.
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.
- Consejo Nacional Para la Prevención de Accidentes. (2016). *Informe sobre la Situación de la Seguridad Vial, México 2015*. México: Secretaría de Salud.
- Damon, W. (2004). What is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 13-24. doi:10.1177/0002716203260092
- Danielsson, A.-K., Romelsjö, A., & Tengström, A. (2011). Heavy episodic drinking in early adolescence: Gender-specific risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 46, 633-643.
- Dees, W. L., Hiney, J. K., & Srivastava, V. K. (2017). Alcohol and puberty: Mechanisms of delayed development. *Alcohol Research*, 38(2), 277-282.
- DeVore, E., & Ginsburg, K. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 17, 460-465.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Edwards, G. (2004). *Alcohol : Su ambigua seducción social*. México, D.F.: Trillas.
- Espino, I. M. (2018). *Fortalezas de los adolescentes que no consumen alcohol y tabaco (tesis de licenciatura no publicada)*. México: UNAM.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: Testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101, 556-569.
- Fleming, M., Mihic, S. J., & Harris, R. A. (2007). Etanol. En J. S. Laurence L. Brunton, *Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica* (pág. 2045). México: McGraw Hill.
- Fuentes Soliz, J. A., Vidal Lia, O. V., Fuentes Moya, J. M., & López, E. (2009). Consumo de alcohol durante el embarazo: Múltiples efectos negativos en el feto. *Revista Científica Médica*, 12(2), 26-31.

- García-Barrón, A., & Acosta, L. (2010). Factores protectores y de riesgo asociados al consumo de drogas en adolescentes de escuela secundaria de San Luis Potosí, México. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)*, 6(1), 1-12.
- Gómez, N., Ortega, E., & Ciairano, S. (2012). Relación entre el uso de alcohol y condiciones académicas en el adolescente, comparación entre Bolivia, Italia y los Países Bajos. *Cuestiones Sociales y Educativas en Psicología*, 8, 37-55.
- González, H. (2005). Alcohol: Cuánto es demasiado. *El Cotidiano*(132), 78-83.
- Gorenc, K.-D., Nakahodo, A. C., & Peredo Rivera, S. (1994). Consumo de alcohol y violación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(2), 205-234.
- Guerrero-López, C. M., Muños-Hernández, J. A., Sáenz de Miera-Juárez, B., Pérez-Núñez, R., & Reynales-Shigematsu, L. (2013). Impacto del consumo nocivo de alcohol en accidentes y enfermedades crónicas en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 282-288.
- Heck, K. E., & Subramaniam, A. (2009). Youth development frameworks. Davis, CA: 4-H Center for Youth Development, university of California.
- Herrera-Vázquez, M., Wagner, F. A., Velasco-Mondragón, E., Borges, G., & Lazcano-Ponce, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México*, 46(2), 1-12.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública;. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud., México. Obtenido de www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública;. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en estudiantes 2014: Reporte Alcohol. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., México.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública;. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte Alcohol. México.
- Kress, C. (2003). The circle of courage in practice: The 4-H club study. *Reclaiming Children and Youth*, 12(1), 27.
- Kulis, S., Marsiglia, F., Ayers, S., Booth, J., & Nuño-Gutierrez, B. (2012). Drug resistance and substance among male and female adolescents in alternative secondary schools in Guanajuato, Mexico. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(1), 211-219.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca

- Leal López, E. R. (2004). Adolescentes y alcohol: La búsqueda de sensaciones en un contexto social y cultural que fomenta el consumo . *Apuntes de Psicología*, 22(3), 403-420.
- Lerner, R. (2005). Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases. *Workshop on the Science of Adolescent Health and Development , National Research Council*, 1-92.
- Manciux , M. (2003). *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Mangrulkar, L., Whitman, C., & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. *División de Promoción y Protección de la Salud*, 1-65.
- Mares, S., Lichtwarck-Aschoff, A., Burk, W., van der Vorst, H., & Engels , R. (2012). Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(7), 798-805.
- Martínez, J. M., & Robles Lozano, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XXI al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24(4), 3-19.
- Monteiro, M. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿Cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, 25(2), 99-105.
- Nolla Hernández, E. (2015). *El trago estándar en México : Una herramienta para la prevención del uso nocivo del alcohol*. México: FISAC.
- Oliva Delgado, A. (2015). *Desarrollo positivo adolescente* . Madrid: Síntesis.
- Olivares Hernández, J. D., Juárez Aguilar, E., & García García, F. (2015). El hipocampo: Neurogénesis y aprendizaje. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 20-28.
- Oman, R., Vesely, S., Aspy, C., & Tolma, E. (2004). The potential protective effect of youth on adolescent alcohol and drug use. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1425-1430.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Violencia juvenil y alcohol*. Ginebra .
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra .
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Alcohol y salud pública en las américas: Un caso para la acción*. Washington D.C.: OPS.

- Pan american Health Organization . (2015). *Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas*. Washington D.C.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego , A., Rodríguez-Holguín, S., & Cadaveira, F. (2012). Executive functioning and alcohol binge drinking in university students. *Addictive Behaviors, 37*(2), 167-172. doi:10.1016/j.addbeh.2011.09.015
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica, 29*, 85-95.
- Parés, A., & Caballería, J. (2006). Alcohol y aparato digestivo. *Adicciones, 18*(1), 51-70.
- Pastor, F. P., Reig, R. M., Fontoba Ferrándiz, J., & García del Castillo-López, A. (2011). Alcohol y violencia. *Salud y Drogas, 11*(1), 71-94.
- Pérez, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones, 24*(2), 153-160.
- Piko, B., & Balázs, M. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors, 37*, 353-356.
- Rojas, J. C. (2003). Neurobiología del abuso y dependencia del alcohol. *Conceptos Clínicos, Funcionales y Moleculares, 8*(3), 38-128.
- Room, R., Jerningan, D., Carlini , B., Gmel, G., Gureje, O., Mäkela, K., . . . Shield, K. (2013). *El alcohol y los países en desarrollo: Una perspectiva de salud pública*. Fondo de Cultura Economica.
- Rosovsky, H., Casanova, L., Gutierrez, R., & González, R. (1994). Accidentes y violencia en México: Consumo de alcohol como factor de riesgo. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5*(9), 61-64.
- Rutter , M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health, 14*(18), 626-631.
- Sánchez-Xicotencatl, O., Andrade , P., Betancourt , D., & Vital, G. (2013). Escala de resistencia a la presión de los amigos para el consumo de alcohol. *Acta de Investigación Psicológica, 3*(1), 917-929.
- Shi, Q., Steen, S., & Weiss, B. (2013). The impact of parental support and perception of school on hispanic youth's substance use. *The Family Journal, 21*(4), 435-434.
- Solórzano-Torres, F., Narváez, A., Alvarado-Villa, G., Silva-Calle, X., Guerrero-Solórzano, J., Poveda-Icaza, X., . . . Proaño, C. (2016). La familia y los amigos como riesgo de consumo de alcohol en adolescentes. *Ciencia UNEMI, 17*, 85-91.
- Souto, S. (2007). Juventud, teoría e historia: La fomración de un sujeto social y de un objeto de analisis. *Historia Actual, 13*, 171-192. doi:1696-2060

- Téllez, J., & Cota, M. (2006). Alcohol etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(1), 32-47.
- Téllez, M. H., Sánchez-Xicotencatl, C. O., & Andrade Palos, P. (2017). Fortalezas internas y externas de adolescentes que no consumen alcohol. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 36-44.
- Teunissen, H., Spijkerman, R., Cohen, G., Prinstein, M., Engels, R., & Sholte, R. (2014). An experimental study on the effects of peer drinking norms on adolescents drinkers prototypes. *Addictive Behaviors*, 39, 85-93.
- UNICEF. (2011). *Desarrollo adolescente y derechos humanos*. Caracas: Ignaka.
- UNICEF. (2011). *La Adolescencia. Una época de oportunidades* (Vol. I). Madrid: Estado Mundial de la Infancia.
- Vaughan, E., de Dios, M., Steinfeldt, J., & Kratz, L. (2011). Religiosity, alcohol use attitudes, and alcohol use in a national sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behavior*, 25(3), 547-553.
- Wagner, F., & Anthony, J. (2002). Into the world of illegal drug use: Exposure opportunity and other mechanisms linking alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine use. *American Journal of Epidemiology* (155), 918 - 925.
- Wallenhorst, T. (2006). *La dependencia del alcohol: Un camino de crecimiento*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

ANEXO

Escala de Fortalezas Internas y Externas para Adolescentes (FIE-A)

ID _____

¡Hola! estamos realizando una investigación en la Universidad Nacional Autónoma de México sobre lo que piensan, sienten y hacen los jóvenes de tu edad. Te agradecemos seas sincero y **RESPONDAS TODAS LAS PREGUNTAS.**

Datos personales:

1. ¿Eres? Hombre Mujer

2. ¿Cuántos años tienes? _____

3. ¿Qué grado cursas? 1° 2° 3°

4. Turno: Matutino Vespertino

5. ¿Cuál fue tu promedio escolar el año anterior? _____

6. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero(a) Soltero(a) viviendo con una pareja (unión libre) Casado(a)

7. ¿Con quién vives?

<input type="checkbox"/> Papá y mamá	<input type="checkbox"/> Papá y hermanos(as)	<input type="checkbox"/> Sólo papá
<input type="checkbox"/> Papá, mamá y hermanos(as)	<input type="checkbox"/> Mamá y hermanos(as)	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Papá, mamá, hermanos(as) y otros	<input type="checkbox"/> Sólo mamá	

8. ¿Hasta qué año estudió tu papá (o padrastro o tutor)?

Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Carrera técnica Posgrado

9. ¿Hasta qué año estudió tu mamá (o madrastra o tutora)?

Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Carrera técnica Posgrado

10. Tu papá (o padrastro o tutor):

<input type="checkbox"/> Trabaja tiempo completo (ocho horas o más)	<input type="checkbox"/> Estudia y trabaja	<input type="checkbox"/> Está pensionado/Jubilado
<input type="checkbox"/> Trabaja medio tiempo (menos de ocho horas)	<input type="checkbox"/> Está desempleado	<input type="checkbox"/> No sé

11. Tu mamá (o madrastra o tutora):

<input type="checkbox"/> Trabaja tiempo completo (ocho horas o más)	<input type="checkbox"/> Estudia y trabaja	<input type="checkbox"/> Está pensionada/Jubilada
<input type="checkbox"/> Trabaja medio tiempo (menos de ocho horas) y es ama de casa	<input type="checkbox"/> Es ama de casa	<input type="checkbox"/> No sé

A continuación, hay oraciones sobre la relación que tienes con **TU MAMÁ (Madrastra o Tutora)**, escoge la respuesta que mejor corresponda.

Tu mamá:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Sabe en dónde estás cuando sales de tu casa					
2. Le dices lo que hiciste cuando sales y regresas a tu casa					
3. Sabe en dónde estás después de la escuela					
4. Habla contigo sobre tus problemas					
5. Platica contigo como buenos(as) amigos (as)					

Tu mamá:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
6.	Cuando estás triste te consuela					
7.	Conoce lo que haces por las tardes después de la escuela					
8.	Platica contigo de cómo te va en la escuela					
9.	Te ayuda en tus problemas					
10.	Te da confianza para platicarle algo muy personal de ti					
11.	Te dedica tiempo para platicar					
12.	Entiende las razones que le dices					
13.	Platica contigo de las cosas que te suceden					

A continuación, hay oraciones sobre la relación que tienes con **TU PAPÁ (Padrastra o Tutor)**, escoge la respuesta que mejor corresponda.

Tu papá:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Habla contigo de tus problemas					
2.	Platica contigo como buenos amigos					
3.	Te consuela cuando estás triste					
4.	Te escucha de forma paciente cuando le platicas tus problemas					
5.	Te dedica tiempo para platicar					
6.	Te ayuda en tus problemas					
7.	Te da confianza para que te acerques a él					
8.	Le platicas las cosas que te suceden					
9.	Platica contigo de lo que haces en tu tiempo libre					
10.	Platica contigo de todo lo que haces					
11.	Te pregunta qué haces con tus amigos(as)					
12.	Platica contigo de cómo te va en la escuela					
13.	Cuando sales y regresas a tu casa, le dices lo que hiciste					

¿En tu casa hay reglas respecto a...?		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Horarios para jugar videojuegos o navegar en internet					
2.	Llegar a casa a determinada hora					
3.	Cumplir con tus tareas escolares					
4.	Horarios para dormir					
5.	Horarios para comer					

¿Cuántos de tus amigos(as)?		Ninguno	Casi nadie	Algunos	Casi todos	Todos
1.	Se preocupan por llevar una dieta saludable					
2.	Duermen suficiente por la noche					
3.	Usan el cinturón de seguridad cuando viajan en automóvil					
4.	Fuman					
5.	Consumen bebidas alcohólicas					
6.	Consumen marihuana					
7.	Participan en deportes dentro y fuera de la escuela					
8.	Tienen relaciones sexuales					

¿Con qué frecuencia...?		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Llegas puntual a una cita					
2.	Cumples tus compromisos					
3.	Asistes puntualmente a clases					

¿Qué tan importante es para ti...?		Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
1.	Estar sano(a)					
2.	Sentir que estás lleno(a) de energía					
3.	Mantenerse con buena salud todo el año					
4.	Mantenerse sano(a) aunque tengas que esforzarte					
5.	Tener hábitos saludables con respecto a lo que comes					
6.	Evitar el consumo de alcohol					
7.	Tener hábitos saludables con respecto al ejercicio					
8.	Evitar el consumo de tabaco					
9.	Evitar el consumo de drogas					
10.	Confiar en tus creencias religiosas cuando tienes un problema					
11.	Creer en Dios o en un poder superior					
12.	Confiar en tus creencias religiosas como guía para la vida diaria					
13.	Rezar cuando enfrentas un problema personal					
14.	Tener una religión					

Marca la opción que corresponde a lo que tú haces:		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Si tus amigos(as) te ofrecen tabaco, aceptas aunque no quieras					
2.	Si tus amigos(as) te ofrecen alguna droga, aceptas aunque no quieras					
3.	Si tus amigos(as) te insisten tendrías relaciones sexuales aunque no quieras					
4.	Si tus amigos(as) te ofrecen una bebida alcohólica, aceptas aunque no quieras					
5.	Cuando tienes que tomar una decisión piensas cuidadosamente lo que vas a hacer					
6.	Para tomar una decisión buscas toda la información que te sea posible					
7.	Antes de tomar una decisión piensas en las posibles consecuencias					
8.	Cuando tienes un problema piensas en diferentes formas de solucionarlo					
9.	Piensas en las ventajas y desventajas de tus decisiones					

¿Cómo te sientes generalmente...?		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	Tengo un carácter irritable					
2.	Exploto fácilmente					
3.	Me enojo muy fácilmente					
4.	Soy enojón(a)					

Pensando en tu desempeño escolar actual, qué tan seguro(a) estás de...		Nada seguro (0%)	Poco seguro (25%)	Moderadamente seguro (50%)	Seguro (75%)	Muy seguro (100%)
1.	Obtener al menos 8 de promedio este año					
2.	Que tus maestros(as) te consideren un (a) estudiante brillante					
3.	Tener las calificaciones más altas de tu grupo					
4.	Cumplir con tus actividades escolares					

Independientemente de que consumas o no drogas ¿qué tan fácil o difícil sería para ti...?		Muy difícil	Difícil	Ni difícil ni fácil	Fácil	Muy fácil
1.	Conseguir bebidas alcohólicas					
2.	Conseguir bebidas alcohólicas dentro de tu escuela					
3.	Conseguir bebidas alcohólicas cerca de tu escuela					
4.	Introducir bebidas alcohólicas a tu escuela					
5.	Conseguir drogas					
6.	Conseguir drogas dentro de tu escuela					
7.	Conseguir drogas cerca de tu escuela					
8.	Introducir drogas a tu escuela					

Indica la opción que mejor corresponda a lo que crees:		Falso	No sé	Cierto
1.	El tabaco sirve de entrada para drogas más fuertes			
2.	La nicotina es una droga			
3.	El alcohol es un depresor del sistema nervioso			
4.	Inhalar cemento produce daños en el cerebro			
5.	La cafeína es relajante			
6.	El alcohol es una droga			
7.	La cocaína deprime el sistema nervioso central			
8.	Hace más daño fumar tabaco que marihuana			
9.	Las características del síndrome de abstinencia son: pérdida de apetito, insomnio, náuseas, vómitos, irritabilidad, convulsiones, ansiedad y agresión.			

Indica la opción que mejor corresponda a lo que crees:		No	Sí
1.	Las drogas sirven para olvidarse de los problemas		
2.	En la adolescencia es normal probar las drogas		
3.	Una vez que te vuelves adicto ya no te puedes "safar"		
4.	Las malas compañías te inducen a las drogas		
5.	Para tener éxito hay que evitar las drogas		
6.	Las drogas que se consiguen fácilmente son de baja calidad		
7.	La depresión puede llevarte al uso de alguna droga		
8.	Los adictos pierden a su familia		
9.	El café cargado baja la borrachera		
10.	En la vida se debe probar de todo incluso las drogas		

Otros Aspectos

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí No (pasa a la pregunta 8)

2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____ años.

3. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

(1) Novio(a) (2) Amigo(a) (3) Pareja ocasional (4) Otro ¿quién? _____

4. La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿usaste condón?

Sí No

5. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?

Sí No (pasa a la pregunta 8)

6. ¿Con quién tienes actualmente relaciones sexuales?

(1) Novio(a) (2) Amigo(a) (3) Pareja ocasional (4) Otro ¿quién? _____

7. ¿Con qué frecuencia usas condón?

Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca

8. ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?

Sí No (pasa a la pregunta 13)

9. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez? _____ años.

10. En el último mes ¿has fumado tabaco?

No (pasa a la pregunta 13) Sí, de 1 a 5 días Sí, de 6 a 19 días Sí, de 20 o más días

11. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

No fumo diario Menos de 11 Entre 11 y 20 Más de 20

12. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para fumar?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
Porque mis amigos(as) fuman					
Lo disfruto mucho					
Para ser más popular					
Me ayuda a calmarme cuando estoy estresado(a)					
Me ayuda a comer menos y a mantenerme delgado(a)					
Me ayuda a mantenerme despierto(a)					

13. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para NO fumar?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
Es muy caro					
Huele mal					
Es malo para la salud					
Su sabor es desagradable					
Mis amigos(as) no fuman					
En mi casa no fuman					

14. ¿Alguna vez en toda tu vida te has tomado una COPA COMPLETA de alguna bebida alcohólica como cerveza, vino, etc.?

Si No (pasa a la pregunta 19)

15. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una COPA COMPLETA de alguna bebida alcohólica? _____ años

16. ¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

<input type="checkbox"/> Nunca en el último año	<input type="checkbox"/> Una vez en el último mes	<input type="checkbox"/> Una o más veces en la última semana
<input type="checkbox"/> Por lo menos una vez en el último año	<input type="checkbox"/> De dos a tres veces en el último mes	

17. ¿Con qué frecuencia te emborrachas?

<input type="checkbox"/> Nunca en el último año	<input type="checkbox"/> Una vez en el último mes	<input type="checkbox"/> Una o más veces en la última semana
<input type="checkbox"/> Por lo menos una vez en el último año	<input type="checkbox"/> De dos a tres veces en el último mes	

18. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para consumir alcohol?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
Porque mis amigos(as) beben					
Lo disfruto mucho					
Para ser más popular					
Me ayuda a calmarme cuando estoy estresado(a)					
Para olvidar mis problemas					
Porque hace las reuniones más agradables					

19. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para NO consumir alcohol?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
Es muy caro					
Porque mis amigos(as) no beben					
En mi casa no beben					
Es malo para la salud					
Para no hacer el ridículo si me emborracho					
Puedo tener problemas con mis papás					

20. ¿Has consumido marihuana alguna vez en tu vida?

Sí No (pasa a la pregunta 23)

21. ¿Cuántos años tenías cuando consumiste marihuana por primera vez? _____ años.

22. En el último mes ¿has consumido marihuana?

No Sí, una vez Sí, dos a tres veces Sí, 4 o más veces

23. ¿Has consumido inhalantes (cemento, thinner, pegamentos) alguna vez en tu vida?

Sí No (pasa a la pregunta 26)

24. ¿Cuántos años tenías cuando consumiste inhalantes por primera vez? _____ años.

25. En el último mes ¿has consumido inhalantes?

No Sí, una vez Sí, dos a tres veces Sí, 4 o más veces

26. ¿Has probado alguna otra droga ilegal (crack, cocaína, anfetaminas, piedra, tachas, etc.)?

Sí No (Pasa a la pregunta 30)

27. ¿Qué droga has consumido? _____

28. ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste esa droga ilegal? _____ años

29. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para consumir drogas?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
Porque mis amigos consumen drogas					
Lo disfruto mucho					
Para ser más popular					
Me ayuda a calmarme cuando estoy estresado(a)					
Me ayuda a comer menos y a mantenerme delgado(a)					
Me ayuda a mantenerme despierto(a)					

30. ¿Qué tan importantes son para ti las siguientes razones para NO consumir drogas?

Razones	Nada importante (0%)	Poco importante (25%)	Moderadamente importante (50%)	Importante (75%)	Muy importante (100%)
Son muy caras					
Porque mis amigos(as) no consumen drogas					
Porque no me quiero volver adicto(a)					
Es malo para la salud					
Puedo tener problemas con la policía					
Puedo tener problemas con mis papás					

¡Gracias por tu colaboración!