

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



ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO
DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Por

MCE. DAVID GARDEA SANCHEZ

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

JULIO, 2019

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



ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO
DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Por

MCE. DAVID GARDEA SANCHEZ

Director de Tesis

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

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

JULIO, 2019

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



ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO
DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Por

MCE. DAVID GARDEA SANCHEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA PhD

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

JULIO, 2019

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



ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO
DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Por

MCE. DAVID GARDEA SANCHEZ

Co-Asesor Externo

DRA. ALICIA ALVAREZ AGUIRRE

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

JULIO, 2019

ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO
DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Director de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Presidente

Dra. Karla Selene López García
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
1er. Vocal

Marco Vinício Gómez Meza, PHD.
2do. Vocal

Dra. Alicia Alvarez Aguirre
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo para cursar y finalizar mis estudios de posgrado.

Al Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, mi director de tesis por el incondicional apoyo brindado durante mis estudios de doctorado.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, la Dra. Karla Selene López García, y el Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por compartir sus conocimientos y experiencia en investigación, para así alcanzar mis metas profesionales.

A la Dra. Alicia Álvarez Aguirre de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Guanajuato por acogerme durante el periodo de estancia, y compartir sus conocimientos y métodos de trabajo.

Al personal docente y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León mi agradecimiento por su contribución en mi superación profesional.

A todos los que de alguna manera apoyaron para culminar mis estudios, un gran y sincero agradecimiento

Dedicatoria

A mi madre, cuyo apoyo, amor y comprensión han perdurado a lo largo del tiempo y a pesar de las adversidades. A mi padre, por su apoyo incondicional y sus grandes consejos.

A mi familia, amigos y maestros, quienes han estado presentes en los momentos importantes y otros no tan importantes.

A Dios porque me permitió vivir y disfrutar de esta experiencia.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	7
Análisis de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP)	8
Construcción de la Teoría de Rango Medio de Intención y Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes (TRMICADA)	10
Derivación de Conceptos	10
Derivación de Proposiciones	18
Estructura Conceptual Teórica Empírica	22
Etapas para Adaptaciones Culturales de Intervenciones Conductuales	24
Estudios Relacionados	28
Definición de Términos	43
Objetivos e Hipótesis del Estudio	45
Capítulo II	
Metodología	47
Primera Etapa: Adaptación Cultural	47
Diseño del Estudio	47
Población, Muestreo y Muestra	47
Instrumentos y Mediciones	48
Procedimiento de Grupo Focal	48
Plan de Análisis de los Datos	49
Ejercicio de Adaptación Cultural del Project Alert	50

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Segunda Etapa: Evaluación del Project Alert	55
Diseño del Estudio	55
Población, Muestreo y Muestra	56
Criterios de Exclusión y Eliminación	56
Instrumentos y Mediciones	57
Intervención Project ALERT	59
Procedimiento de Recolección de Datos	65
Reclutamiento de los Facilitadores	68
Consideraciones Éticas	68
Plan de Análisis de los Datos	70
Capítulo III	
Resultados	71
Distribución de las Variables	73
Confiabilidad de las Escalas	77
Estadística Descriptiva e Inferencial	79
Resultados para Hipótesis de Estudio.	87
Capítulo IV	
Discusión	106
Conclusiones	117
Limitaciones	118
Recomendaciones	118
Referencias	120

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Apéndices	
A. Guía para Conducción de Grupo Focal	138
B. Consentimiento Informado del Padre o Tutor (Grupo Focal)	139
C. Asentimiento Informado del Estudiante (Grupo Focal)	141
D. Consentimiento Informado del Profesor (Grupo Focal)	143
E. Consentimiento Informado del Experto (Grupo Focal)	145
F. Manual del Project Alert	147
G. Cédula de Datos Personales	148
H. Escala de Medición de Intenciones y Uso de Drogas (EMIUD)	149
I. Consentimiento Informado del Padre o Tutor	161
J. Asentimiento Informado del Estudiante	163
K. Certificado de Entrenamiento	165
L. Consentimiento Informado del Padre o Tutor	166
M. Asentimiento Informado del Estudiante	168

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Representación Gráfica de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991)	10
2	Primera Proposición Derivada	20
3	Segunda Proposición Derivada	20
4	Tercera Proposición Derivada	21
5	Teoría de Rango Medio de la Intención de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes (TRMICADA)	22
6	Estructura Teórica Conceptual Empírica	23
7	Modelo Lógico de la Intervención	64
8	Diagrama de Flujo para la Asignación al Grupo Experimental o Control, y el Curso de los Participantes a través del Estudio	67
9	Representación Gráfica de las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana e Inhalables antes y después de la Intervención	91
10	Representación Gráfica de las Normas Subjetivas del Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana, e Inhalables antes y después de la Intervención	96
11	Representación Gráfica del Control Conductual del Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana e Inhalables antes y después de la Intervención	100
12	Representación Gráfica de intenciones del Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana e Inhalables antes y después de la Intervención	104

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Adaptaciones de materiales del Project Alert	54
2	Diseño Cuasi-Experimental con grupo control	56
3	Distribución de las sesiones del Project Alert	60
4	Descripción de las Sesiones del Project Alert	61
5	Interrelación de las Sesiones de la Intervención	63
6	Características sociodemográficas de los participantes	71
7	Prevalencias del consumo de alcohol y otras drogas primera medición	72
8	Prueba de normalidad para las variables continuas primera medición	73
9	Prueba de normalidad para las variables continuas segunda medición	75
10	Consistencia interna de las escalas y sub-escalas	77
11	Actitudes hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental	77
12	Actitudes hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control	81
13	Norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental	82
14	Norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control	83
15	Control conductual del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental	84
16	Control conductual del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control	85

Lista de Tablas

Tabla		Página
17	Intenciones hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental	86
18	Intenciones hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control	87
19	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de alcohol y grupo	88
20	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de tabaco y grupo	89
21	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de marihuana y grupo	90
22	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de inhalables y grupo	91
23	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la norma subjetiva del consumo de alcohol y grupo	92
24	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la norma subjetiva del consumo de tabaco y grupo	93
25	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la norma subjetiva del consumo de marihuana y grupo	94
26	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la norma subjetiva del consumo de inhalables y grupo	95
27	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para el control conductual del consumo de alcohol y grupo	97
28	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para el control conductual del consumo de tabaco y grupo	98

Lista de Tablas

Tabla		Página
29	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para el control conductual del consumo de marihuana y grupo	98
30	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para el control conductual del consumo de inhalables y grupo	99
31	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la intención de consumo de alcohol y grupo	101
32	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la intención de consumo de tabaco y grupo	102
33	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la intención de consumo de marihuana y grupo	102
34	Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la intención de consumo de inhalables y grupo	103
35	Prevalencias del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables antes y después de la intervención	105

RESUMEN

David Gardea Sánchez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del estudio: ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

Número de Páginas: 169 Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito de la presente investigación fue realizar una adaptación cultural del Project ALERT y evaluar su efectividad en la disminución de las intenciones de consumir alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes de Monterrey, Nuevo León. Las hipótesis que guiaron el estudio fueron las siguientes: 1) después de la intervención el grupo experimental muestra menores actitudes y normas subjetivas favorables para el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control; 2) después de la intervención el grupo experimental muestra mayor control conductual para resistir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control, y 3) después de la intervención el grupo experimental muestra menores intenciones y menor consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control. El estudio contó con dos etapas, la primera utilizó un diseño cualitativo a través de la técnica de grupos focales (estudiantes de secundaria, profesores y expertos en prevención de adicciones) con el propósito de realizar las adaptaciones culturales de los materiales y contenidos de la intervención. La segunda fase del estudio consistió en un diseño cuasi-experimental, con un grupo control, la variable independiente estuvo representada por la intervención adaptada Project Alert (X_1) donde se incluían las variables de actitudes, normas subjetivas y control conducta para el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, mientras que las variables dependientes fueron la intención de no consumir alcohol, tabaco, marihuana e inhalables (Y_1) y el no consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables (Y_2). La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de primer grado de secundaria del municipio de Monterrey, Nuevo León. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se eligió a un grupo de estudiantes para participar en la intervención y otro grupo para el control. Al final se obtuvo una muestra de 48 estudiantes para cada grupo. Para el presente estudio se utilizó una cédula de datos y la Escala de Medición de Intenciones y Uso de Drogas (EMIUD). Para la verificación de las hipótesis se utilizó la prueba de Wilcoxon, además de Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Contribución y Conclusiones: De acuerdo la primera hipótesis los resultados permitieron identificar que después de la intervención los participantes del grupo experimental mostraron menores actitudes hacia el consumo de alcohol ($Z=-1.9$, $p=.048$) y hacia el consumo de tabaco ($Z=-1.9$, $p=.050$) en comparación con el grupo control. En relación con las normas subjetivas se mostró un efecto de la intervención los participantes del grupo experimental mostraron menores normas subjetivas del consumo de alcohol ($F_{[2,93]} = 11.57$, $p = .001$) y del consumo de tabaco ($F_{[2,95]} = 21.6$, $p < 0.001$) comparados con el grupo control. Para la segunda hipótesis se mostró un efecto de la intervención sobre el control conductual, se destacó que los participantes del grupo

experimental mostraron mayor control conductual para el consumo de alcohol ($F_{[2,95]}=29.2, p<.001$), tabaco ($F_{[2,95]} = 26.9, p<.001$) y marihuana ($F_{[2,95]} = 27.18, p<.001$), en comparación con los del grupo control. En cuanto a las tercer hipótesis sobre las intenciones de consumo, se mostró efecto de la intervención sobre las intenciones, destacando que que los participantes del grupo experimental tuvieron menor intención de consumir alcohol ($F_{[2,95]} = 11.06, p<0.001$) y tabaco ($F_{[2,95]} = 9.57, p<0.001$) comparados con los del grupo control. Finalmente las habilidades aprendidas para la prevención del consumo de drogas en los adolescentes de este programa indican tener métodos universales para su aprendizaje; pero que se requiere contextualizarlo dentro de la cultura de quien de quien las aprende para que sea posible su asimilación. Los resultados de la investigación contribuyen a la base científica de la disciplina de enfermería al proponer la adaptación de una intervención prevenir el consumo de drogas en adolescentes, no obstante, en base a los resultados, se recomienda la implementación de la intervención a través de estudios experimentales controlados con un mayor número de muestra para demostrar su validez externa, así como hacer mediciones de seguimiento para determinar si el efecto se mantiene con el tiempo.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El consumo de drogas es un problema de interés mundial que se ha incrementado en los últimos años, esto de acuerdo con el reporte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC, 2015], el cual refiere que para el año 2015 existían alrededor del mundo unos 375 millones de consumidores a diferencia del año 2013, con 247 millones, es decir, que en solo dos años el total de consumidores se incrementó un 34.4%. Esto adquiere particular relevancia dado que el daño asociado al consumo asciende a la pérdida de 28 millones de años de vida saludables (años de vida ajustados en función de la discapacidad [AVAD]) por muerte prematura y/o discapacidad (UNODC, 2015).

En México la tendencia es similar, en ese sentido, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT 2016-2017 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], & Secretaría de Salud [SSA], 2017) reveló que en los últimos cinco años la prevalencia de consumo de cualquier sustancia alguna vez en la vida en población de 12 a 17 años se incrementó casi al doble, pasando de 3.3% a 6.4%, mientras que el consumo en el último año se duplicó de 1.6% a 3.1%. Por otro lado, se reportó que el uso de marihuana alguna vez en la vida fue de 2.4% a 5.3% y en el último año de 1.3% a 2.6% se incrementó en más del 200%, esto refleja que la marihuana es la droga más popular entre los jóvenes que buscan iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas.

Como consecuencia del consumo de drogas, se estima que existen aproximadamente 550 mil personas en México con trastornos de dependencia. Así mismo, cabe resaltar que, de un total de 18,724 defunciones en ese mismo año, 4,562 (24.4%) ocurrieron bajo la influencia de alguna droga, las más comunes fueron las lesiones por armas de fuego (33.3%), accidentes de tránsito (17.2%) y por asfixia

(10.2%) (INPRFM, INSP, & SSA, 2012). De acuerdo con la última Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014) reporta que la edad de inicio de consumo de drogas se encuentra entre los 14 y 15 años y que las principales drogas de abuso son los inhalables y la marihuana (Villatoro et al, 2015; Villatoro et al. 2012). Datos que muestran que los adolescentes son un grupo de la población con mayor vulnerabilidad para el inicio de consumo de drogas.

Con relación al consumo de alcohol en los adolescentes este puede incrementar los riesgos asociados a la conducta, como actividades sexuales sin protección, pérdida de la conciencia, lesiones físicas derivadas de accidentes o peleas (American College Health Association [ACHA], 2011). Respecto a la marihuana, el cambio en las leyes para la despenalización de la marihuana con fines médicos, científicos y lúdicos en países como Canadá o Uruguay y algunos estados de Estados Unidos de América, además de los mensajes en los medios de comunicación y redes sociales sobre los debates de la legalización, la discriminación del consumo y consumidores y la fuerte aceptación por algunos grupos sociales, ha dado lugar a normas sociales más liberales en las que el consumo se considera como una conducta inofensiva, de bajo riesgo y con mínimas consecuencias, incluso hasta benéfica, lo que da lugar (Aguilar, Gutierrez, Sánchez, & Nougier, 2018; Friese & Grube, 2013; Thurstone et al., 2011; Wu et al., 2015).

Los datos anteriores reflejan que las drogas de inicio en los adolescentes generalmente son el alcohol, tabaco, marihuana y los inhalables, de manera que se muestra un panorama desalentador con relación al incremento del consumo de estas sustancias. A pesar de los esfuerzos que se han realizado para reducir el consumo de drogas, los resultados no han mostrado la efectividad esperada en la reducción de la demanda de drogas, esto como consecuencia de los diversos factores que se relacionan con el consumo, tales como, la baja percepción del riesgo, la alta disponibilidad de las sustancias, las normas sociales favorables al consumo, la desinformación acerca de los

efectos negativos del consumo de drogas, lo cual tiende a normalizar dicha conducta, y como consecuencia aumenta la probabilidad de que se presente, por otro lado, la falta de autocontrol para resistir el consumo por la presión social, es uno de los factores más ampliamente estudiados y que ha mostrado efecto en el inicio del consumo de drogas (Beck, Legleye, Chomynova, & Miller, 2014; Burlew et al., 2009; Choi, Krieger, & Hecht, 2013; Hingson, Zha, & Weitzman, 2009; Hohman et al., 2014; López-Quintero, & Neumark, 2015; Rimal & Real, 2005; Rimal & Mollen, 2013).

Existen modelos teóricos que han explicado la conducta del consumo de drogas incluyendo el alcohol y tabaco en adolescentes y jóvenes. Uno de ellos es la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) de Ajzen (1991), cuya capacidad predictiva de las intenciones y el uso de drogas ha sido probada en diferentes grupos de adolescentes mexicanos escolarizados y no escolarizados (Guzmán, García, Rodríguez, & Alonso, 2014; LaBrie, et al., 2011; Rodríguez-Kuri, et al., 2007). Esta teoría parte del supuesto de que las personas toman decisiones con respecto a su conducta de manera racional, utilizando la información que poseen, lo que permite predecir la conducta a partir de la intención, ésta al mismo tiempo se determina por la actitud, la norma subjetiva y el control conductual (Ajzen, 1991).

Por lo tanto, es importante que las intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas se apliquen en el momento que las percepciones, positivas o negativas hacia el consumo inician a establecerse, por lo cual, representa una oportunidad de acción y un elemento modificable en los adolescentes (Ajzen, 1991; Rimal & Mollen, 2013). Ahora bien, una vez que se identifiquen aquellos factores que influyen para que el adolescente consuma, el reto será el reforzamiento de evidencia científica existente para posteriormente, diseñar programas basados en evidencia, crear estrategias que maximicen la fidelidad al momento de la implementación en escenarios reales, evaluar su efectividad a través de estudios experimentales y una vez que se demostró dicha efectividad, desarrollar estrategias para su difusión y adopción

(Greenberg, 2004; Pierre et al., 2005).

En este sentido, existen lineamientos establecidos que señalan que las actividades o estrategias de prevención del consumo de drogas deberán estar diseñadas de acuerdo a las necesidades de los adolescentes, es decir, retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas, evitar la transición del uso de sustancias al abuso y/o dependencia, disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de dependencia, potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas (INPRFM, INSP, & SSA, 2012).

A este respecto, se han desarrollado estrategias para reducir la problemática del consumo de drogas en adolescentes. Algunos ejemplos son, 1) aquellas que están centradas en la difusión de información sustentada en modelos teóricos abarcando particularidades y efectos negativos de las drogas, 2) las que se centran en actividades alternativas al consumo; 3) las que van dirigidas a fortalecer la autoestima y otros factores protectores, 4) las basadas en la influencia social y 5) las que fortalecen competencias individuales de resistencia (Randall, 2017). Sin embargo, esto exige una gran demanda de los investigadores expertos en el campo, ya que resulta necesario validar la efectividad de dichos programas, dado que muchos de los programas impartidos, principalmente en Estados Unidos, no tienen un curriculum o protocolo basado en evidencia científica (Kumar, Malley, Johnston, & Laetz, 2013; Ringwalt, 2002).

En México, con relación a las Guías de Práctica Clínica sobre adicciones en adolescentes y jóvenes, no cuentan con suficiente evidencia científica acerca de buenas prácticas que señalen la efectividad de las intervenciones realizadas en ambientes escolares o cualquier otro contexto (SSA, 2015). No obstante, de acuerdo con una revisión sistemática realizada por el Instituto para la Investigación Social de la Universidad de Michigan, se enlistan aquellos programas disponibles, cuya efectividad

ha sido demostrada a través de diversos estudios experimentales (Kumar et al. 2012). Algunos ejemplos son, el “*Locally Developed Program*”, “*D.A.R.E.*”, “*State Curriculum*”, “*Health Education Curriculum*”, “*Project ALERT*”, “*Here’s Looking at you*”, “*Life Skills Training*”, “*Lion’s Quest*”, “*To Good for Drugs*” (Hallfors & Godette, 2003).

Cabe destacar que el programa que ha mostrado mayor efectividad es la intervención “Programa de Experiencias de Aprendizaje y Entrenamiento de Resistencia en Adolescentes” (Project Adolescent Learning Experiences Resistance Training) para reducir el riesgo de que los adolescentes se inicien en las drogas. La intervención Project ALERT es un programa preventivo desarrollado por la Corporación Research And Development y diseñado bajo la perspectiva teórica de influencia social y creencias que incluyen los conceptos de la Teoría de la Conducta Planeada, que además utiliza las estrategias para reducir la problemática del consumo de drogas en adolescentes formuladas por Randall (2017) señaladas anteriormente.

Este programa originalmente está dirigido para estudiantes de séptimo y octavo grado del sistema educativo de Estados Unidos, y busca específicamente, cambiar las creencias de los adolescentes hacia las normas de la droga y las consecuencias sociales, emocionales y físicas del consumo. La finalidad es proporcionar herramientas que ayuden a los adolescentes a identificar, a resistir las presiones de consumo de drogas y a construir un autocontrol, es decir, fortalecer la creencia del adolescente de que puede resistir con éxito las influencias externas para el consumo de drogas (Ellickson, McCaffrey, Ghosh-Dastidar, & Longshore, 2003).

El Project ALERT fue evaluado por primera vez en el año 1990 (Ellickson & Bell, 1990); en el estudio participaron 30 escuelas, de las cuales 20 formaron parte del grupo experimental. Los resultados indicaron que se disminuyó la prevalencia de la experimentación con la marihuana y del uso de tabaco. A partir de aquí se demostró el potencial del programa, por lo cual en la actualidad se continúa utilizando en diversos

países, principalmente en EUA ya que, por sus resultados, el programa se incluyó en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia (NREPP) patrocinado por la agencia Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), recibiendo las más altas calificaciones en estándares de calidad en investigación (Luna, Pendersen, & Howard, 2016). Aunado a esto, recientemente el Project ALERT, de acuerdo con un análisis de costo-efectividad publicado en la revista de Economía Aplicada y Políticas de Salud (Deogan et al, 2015) es menos costoso considerando el ahorro neto y más efectivo que otros programas, tomando en cuenta la Calidad Ajustada por Años de Vida obtenida (Quality-Adjusted Life Year).

La intervención se integra por 11 sesiones centradas en las principales drogas de consumo (alcohol, tabaco, marihuana e inhalables) utilizando métodos de enseñanza interactivos, tales como técnicas de preguntas y respuestas y actividades en grupos pequeños, entre otros (Ellickson et al, 2003).

A pesar de los datos que reflejan una problemática seria en cuestión del consumo de drogas en México, hasta el momento se cuenta con un deficiente conocimiento sistemático sobre la aplicación de programas preventivos basados en evidencia, para el consumo de alcohol y drogas en escuelas de México, lo cual hace evidente la necesidad de diseñar y evaluar intervenciones a través de la investigación. Sin embargo, gracias a que previamente se han diseñado y evaluado intervenciones, como el Project Alert, es conveniente analizar los componentes de una intervención y evaluar la posibilidad de realizar una adaptación cultural de los contenidos y posteriormente someterla a evaluación con estudios experimentales (Barrera et al., 2013).

Una adaptación cultural de una intervención es un proceso que involucra la planeación y organización con énfasis en su naturaleza iterativa y de trabajo en equipo, muy a menudo con la participación de la población de interés, en este caso, los estudiantes de secundaria. El propósito es conocer de una manera preliminar, las necesidades, gustos, preferencias y fundamentalmente la aceptación del programa

(Barrera et al., 2013; Castro, Barrera, & Steiker, 2010; Resnicow et al, 2000). Las adaptaciones culturales son importantes para mejorar la aplicabilidad universal de una intervención dado que siguen un proceso sistematizado centrado en los contenidos de las intervenciones (Chowdhary et al., 2013).

Cabe señalar que el Consejo Internacional de Enfermería ([CIE], 2008) establece que corresponde al profesional de enfermería brindar cuidados enfocados en la prevención del uso y abuso de sustancias mediante la promoción de estilos de vida saludables, dotando a los jóvenes de las capacidades necesarias para afrontar los factores de riesgo que puedan favorecer el inicio de consumo de estas sustancias psicoactivas. Aunado a esto, Miotto-Wright, (2013), expresa que el rol que desempeña la enfermería es determinante dado que se mantiene un estrecho contacto con los individuos, familias y comunidades, destacando su participación en las distintas áreas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social.

Considerando el impacto negativo del consumo de drogas en los adolescentes y la falta de evidencia que respalde acciones tomadas por parte del profesional de enfermería u otra del área de la salud para prevenir el consumo de sustancias, el propósito de la presente investigación, es realizar una adaptación cultural del Project ALERT, bajo un marco propuesto por Barrera et al. (2013), y con una Teoría de Rango Medio, derivada de la Teoría de la Conducta Planeada, cuya función será evaluar la efectividad de la intervención en la disminución de las intenciones de consumir alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes de Monterrey, Nuevo León.

Marco Teórico

En este apartado se muestra el sustento teórico que dirigió la presente investigación constituida por los siguientes apartados: a) el análisis de la Teoría de la Conducta Planeada; b) la derivación de conceptos; c) la derivación de proposiciones; d) la propuesta de Teoría de Rango Medio (TRM); e) la descripción de las etapas para adaptaciones culturales de intervenciones conductuales propuestas por Barrera et al.

(2013); finalmente f) los estudios relacionados, donde se muestra la revisión de la literatura agrupada por variables de interés; concluyendo con g) los objetivos e hipótesis.

Análisis de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP).

La TCP tuvo sus orígenes en la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1991), en sus inicios proporcionó un marco teórico para el estudio de la conducta, teniendo como base el supuesto de que los seres humanos son seres racionales que hacen uso sistemático de la información disponible. Postula que algunas variables explican la intención de llevar a cabo una conducta, de acuerdo con esta teoría, la percepción de control de una conducta y las intenciones para llevar a cabo la conducta son determinantes para realizarla (Villarruel et al., 2001). Las intenciones a su vez están determinadas por las variables de actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y por el control conductual percibido. En otras palabras, las personas tienen la intención de realizar una conducta cuando evalúan la conducta de manera positiva, cuando perciben la presión social de los referentes importantes para realizar la conducta y cuando se dan cuenta que son capaces de llevar a cabo la conducta. Para conocer a profundidad los conceptos de la TCP, a continuación, se describen cada uno.

Actitud.

La actitud hacia una conducta se define como el grado en que una persona evalúa positiva o negativamente una conducta. El desarrollo de este concepto se basa en las creencias que una persona desarrolla acerca de un objeto asociándolo con ciertos atributos, características o eventos. En el caso de la actitud hacia la conducta, se refiere a la suma de cada creencia que relaciona la conducta con la evaluación de un determinado resultado, o a algún otro atributo, como el costo de llevar a cabo dicha conducta

Norma subjetiva.

La norma subjetiva es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar o no la conducta, además, es el resultado de la evaluación que se hace sobre sí los otros referentes significativos quieren

que se realice la conducta y de la motivación para complacerlos. Es decir, la norma subjetiva está determinada por dos componentes: por 1) la percepción de las creencias normativas que son la probabilidad de que los referentes individuales o grupales importantes para el sujeto, como esposo(a), familia o amigos aprueben o desaprobren una determinada conducta; y por 2) la motivación del propio sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas (motivación de ajustarse).

Control conductual percibido.

El control conductual es la creencia personal sobre la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta e incluye tanto factores internos como externos. Entre los internos se encuentran habilidades físicas y psicológicas y en los externos, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros. Es decir, la percepción del sujeto de sí mismo de ser capaz o no de realizar la conducta o de enfrentar la presión social para realizarla. Por lo tanto, el control conductual es la suma de los productos entre las creencias acerca de la presencia o ausencia de recursos y oportunidades para realizar una conducta (creencias del control), y la percepción de poder controlar los factores que facilitan o dificultan la conducta (fuerza percibida).

Así mismo, el control conductual puede influir en la conducta tanto indirectamente, a través de sus efectos en la intención, como directa e independientemente de los efectos mediadores de la intención. En este caso, cuando el control conductual influye directamente sobre la conducta, se asume está totalmente fuera del control volitivo del sujeto y esto refleja el grado de control real del sujeto sobre la probabilidad de realizar una conducta.

Intención.

La intención es la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta dada y se considera que es el antecedente inmediato de la conducta. A continuación, se puede observar la interacción de los conceptos en la representación gráfica (Figura 2).

Conducta

La conducta es la respuesta manifiesta y observable en una situación dada con respecto a un objetivo determinado. Las observaciones de una sola conducta pueden agregarse en contextos y tiempos para producir una medida de la conducta más ampliamente representativa. En la TCP, la conducta es una función de intenciones y percepciones compatibles del control conductual. Se espera que el control conductual percibido modere el efecto de la intención en la conducta, de manera que una intención favorable produce la conducta solo cuando el control conductual percibido es fuerte.

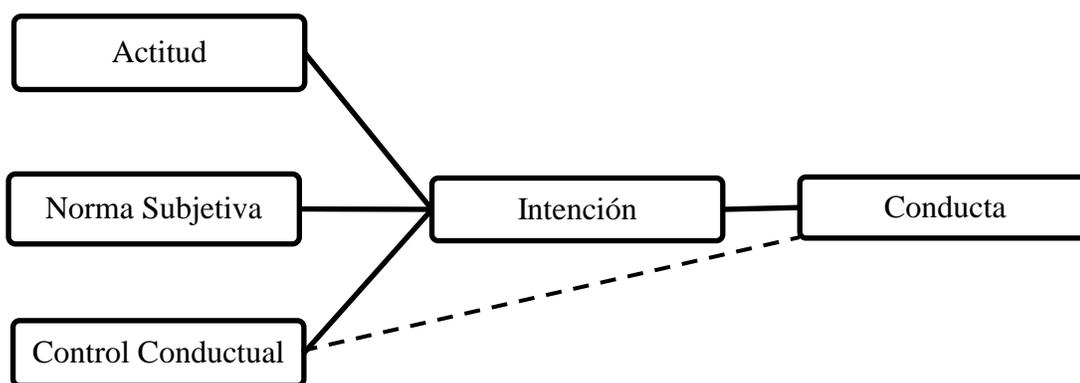


Figura 1. Representación Gráfica de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991).

Construcción de la Teoría de Rango Medio de Intención y Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes (TRMICADA).

Se construyó con base en los conceptos de la TCP una Teoría de Rango Medio, cuya función fue dar marco a la intervención y a las variables dependientes. A continuación, se presenta la derivación conceptual y de proposiciones, así como la TRM denominada Teoría de Rango Medio de la Intención de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes (TRMICADA).

Derivación de Conceptos.

La TCP ha sido también ampliamente utilizada en el fenómeno del consumo de drogas en adolescentes mexicanos (Rodríguez et al., 2007; Guzmán et al., 2014;

Cisneros, 2014), en este sentido, se toman en consideración la totalidad de sus conceptos, las actitudes hacia el consumo Alcohol y otras drogas (AOD), la norma subjetiva, y control conductual percibido. Por otro lado, la variable resultado será la intención de consumo AOD y el consumo AOD.

Para realizar la derivación de conceptos se utilizaron los cuatro pasos sugeridos por Walker y Avant (2011). 1) El primer paso señala la necesidad de familiarizarse con el tópico de interés, 2) el segundo menciona que hay que examinar otros campos para conocer diferentes perspectivas del tópico de interés, 3) posteriormente se selecciona el concepto o grupo de conceptos para realizar el proceso de derivación y finalmente 4) se procede a redefinir el concepto o serie de conceptos en términos del tópico de interés.

Actitudes para consumo de alcohol y otras drogas.

La actitud hacia una conducta se define como el grado en que una persona evalúa positiva o negativamente una conducta. En otras palabras, el desarrollo de este concepto se basa en las creencias que una persona desarrolla acerca de un objeto asociándolo con ciertos atributos, características o eventos. Por lo tanto, la actitud hacia la conducta está determinada por las creencias que la unen con los resultados y la evaluación de dichos resultados.

En ese sentido la actitud hacia el consumo de AOD se refiere al grado en que el consumo de AOD es valorado positivo o negativamente por el adolescente, la cual a su vez está determinada por las creencias que unen el consumo de AOD con sus consecuencias y la evaluación que el adolescente les atribuye a tales consecuencias.

Recientemente la literatura ha evidenciado en grupos de adolescentes una relación entre las actitudes positivas para el consumo de drogas con la frecuencia y cantidad de consumo, es decir a medida que los adolescentes perciben mayores actitudes favorables para el consumo de drogas mayor es el consumo de drogas (Kam et al., 2009; Malmberg et al., 2012; Morrison et al., 2002; O'Callaghan & Joyce, 2006; Van Zundert et al., 2009). Además, algunos autores que han utilizado el concepto de actitudes como

un principal predictor en la intención de consumo de diversas drogas lícitas e ilícitas en estudios recientes, por lo que existe evidencia suficiente para establecer la relación entre las actitudes positivas y las intenciones de consumir drogas lícitas y/o ilícitas en el futuro (Guzmán et al., 2014; Malmberg et al., 2012; Patrick et al., 2010; Petraitis et al., 1995; Van Der Zwaluw et al., 2013).

Norma subjetiva para el consumo de alcohol y otras drogas.

La norma subjetiva es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar la conducta. Es el resultado de la evaluación que se hace, sobre sí los otros significativos quieren que se realice la conducta y de la motivación para complacerlos. Es decir, la norma subjetiva está determinada por dos componentes: por la percepción de las creencias normativas que son la probabilidad de que referentes individuales o grupales importantes, como esposo(a), familia o amigos, aprueben o desapruében una determinada conducta; y por la motivación del propio sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas (motivación para ajustarse).

Por lo tanto, la norma subjetiva para el consumo de AOD es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por el adolescente para que consuma alguna droga, o hacia la ejecución o no, además es el resultado de la evaluación que hace el adolescente, sobre si los otros significativos (amigos, compañeros y familiares) aprueban o desapruében el consumo de drogas ilícitas y de la motivación del adolescente para complacerlos. Es decir, la norma subjetiva para el consumo de AOD está determinada por dos componentes: 1) la presión de que otras personas importantes para el adolescente aprueban, piensan, esperan, y desean que consuma o no consuma AOD (creencias normativas para el consumo de AOD); y por 2) la motivación del adolescente para ajustarse a los deseos de esas personas (motivación de ajustarse).

Estudios en adolescentes escolarizados han mostrado a la norma subjetiva como un predictor fuerte para el consumo de tabaco, marihuana, alcohol y otras drogas

(Malmberg et al., 2012; Van De Ven et al., 2007), ya que señalan que en la medida que el adolescente perciba mayor aprobación social del consumo de la sustancia o mayor sea la presión social por parte de las personas significativas para el adolescente, mayores probabilidades tiene de que se inicie en el consumo de sustancias.

Control conductual percibido para el consumo de alcohol y otras drogas.

El control conductual percibido se define como la percepción del sujeto de sí mismo como capaz o no de realizar la conducta y de enfrentar la presión social para ejecutar la conducta. El control conductual es la suma de los productos entre las creencias acerca de la presencia o ausencia de recursos y oportunidades para realizar una conducta (creencias del control), y las percepciones de poder controlar los factores que facilitan o dificultan la conducta (fuerza percibida).

Por lo tanto, en la TRMICADA el control conductual percibido es definido como la percepción que el adolescente tiene de sí mismo acerca de su capacidad para llevar a cabo o no el consumo de AOD, así mismo de su capacidad para enfrentar la presión social de manera efectiva o inefectiva. En este sentido, este concepto se refiere a la suma de los productos entre las creencias del adolescente acerca de la presencia de los recursos y oportunidades necesarias para consumir drogas AOD (creencias de control), y la percepción del adolescente de poder controlar los factores que facilitan o dificultan el consumo de AOD (fuerza percibida).

Se han realizado estudios en adolescentes que demuestran que el control conductual representa un elemento importante en el momento que el adolescente decide probar una sustancia de abuso. Estos estudios señalan que en medida que el adolescente se sienta capaz de resistir el consumo, menor será la probabilidad de llevarlo a cabo. Se ha demostrado con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables y cocaína (Alvarez, Alonso, & Guidorizzi, 2014; Choi, Krieger & Hecht, 2013; López-Quintero & Neumark, 2015).

Intención para el consumo de alcohol y otras drogas.

La intención es la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar una conducta dada y se considera que es el antecedente inmediato de la conducta. Por lo tanto, la intención en la TRMICADA es la disposición del adolescente para consumir AOD, y se considera como el antecedente inmediato para llevar a cabo el consumo. Existe evidencia suficiente que muestra la influencia de las intenciones sobre el consumo de drogas, donde se ha mostrado que a mayor intenciones mayor es la probabilidad del consumo de drogas (Guzmán et al, 2014; Hohman, Crano, Siegel, & Alvaro, 2014; Malmberg et al., 2010).

Consumo de alcohol y otras drogas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define como droga a toda sustancia psicoactiva, que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. En este sentido, para el presente estudio, se consideran al alcohol, tabaco, marihuana e inhalables.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en el 2014, el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades que causan dependencia al consumidor, la cual ha sido ampliamente utilizada en una gran diversidad de culturas. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones NOM-028-SSA2-2009 (SSA, 2009) establece que el alcohol o etanol es una sustancia psicoactiva, capaz de alterar algunas funciones mentales y físicas, y que al ser ingerida reiteradamente tiene el potencial de generar adicción en el consumidor.

El consumo de tabaco, de acuerdo con la OMS (2014), se reporta que es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, tales como, el cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares, además representa la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en

todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. En este sentido, se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, alcaloide encontrado en la planta del tabaco y que representa la principal sustancia que produce dependencia en el usuario (OMS, 2014).

Las drogas ilícitas son sustancias que producen alteraciones mentales y físicas con altas probabilidades de provocar la adicción, así como producir brotes psicóticos, pueden ser de uso médico, industrial, natural y de diseño. Su uso libre está prohibido en todo el territorio mexicano. Para este estudio se considerarán únicamente a la marihuana y los inhalables.

La marihuana es la droga ilícita más consumida en el mundo. El experimentar una intoxicación o sobredosis con el uso de esta sustancia y la probabilidad de muerte es consecuencia del consumo y está relacionada con la combinación de otras drogas. La marihuana o cannabis es un término genérico utilizado para denotar varias preparaciones psicoactivas derivadas de la planta *Cannabis Sativa*. El principal elemento psicoactivo que constituye a la marihuana es el $\Delta 9$ tetrahidrocannabinol (THC), así mismo, los compuestos que son estructuralmente similares son conocidos como cannabinoides. Cabe mencionar que recientemente se han identificado otros componentes en la marihuana, que difieren en estructura a los cannabinoides, tales como los cannabidiolos (CBD), pero que comparten propiedades farmacológicas.

Algunos de los efectos agudos sobre la salud son, la disminución de las capacidades de aprendizaje debido a que perjudica el desarrollo cognitivo, incluyendo los procesos asociativos. También tiene repercusiones sobre la memoria a corto y mediano plazo. Así mismo, afecta el desempeño psicomotor, es decir, dificulta la coordinación motora, la atención dividida y las tareas operativas. Además, existe un alto riesgo de accidentes automovilísticos o de tránsito (OMS, 2016).

De entre los efectos crónicos sobre la salud se encuentran: el deterioro selectivo del funcionamiento cognitivo, que incluye la organización e integración de información compleja que involucra diversos mecanismos de atención y procesos de memoria; el uso prolongado puede conducir a un mayor deterioro que podría afectar las funciones de la vida diaria; el desarrollo de un síndrome de dependencia del cannabis caracterizado por una pérdida de control sobre el consumo de marihuana, es probable en los usuarios crónicos. El consumo de marihuana puede exacerbar la esquizofrenia en los individuos afectados; la lesión epitelial de la tráquea y de los bronquios mayores es causada por el consumo prolongado de marihuana; lesiones en las vías respiratorias, inflamación pulmonar y deterioro de la defensa pulmonar contra la infección por el consumo persistente de marihuana durante períodos prolongados; el alto consumo de marihuana se asocia con una mayor prevalencia de síntomas de bronquitis crónica y una mayor incidencia de bronquitis aguda que en la cohorte de no fumadores (OMS, 2016).

Los inhalables son aquellas sustancias que son inhaladas o respiradas, y que pueden tener una gran variedad de acciones farmacológicas. Las sustancias volátiles más comúnmente utilizadas son la gasolina, solventes de pinturas, aerosoles o pegamentos cuyo principal componente es el tolueno. La forma más común en que es consumida es por medio de un recipiente o una bolsa de plástico. Los efectos a corto plazo pueden ser: náusea, vómito, cefalea y diarrea. Las dosis altas pueden provocar pronunciación inarticulada, desorientación, confusión, falsas ilusiones, debilidad, temblores, cefalea y alucinaciones visuales. Por último, el consumo en exceso puede provocar intoxicación y tener como consecuencia el coma o muerte por infarto. Los inhalantes normalmente son utilizados por jóvenes, debido a su fácil acceso, aunque a veces siguen siendo utilizados en edades adultas (OMS, 2016).

Intervención Project Alert.

El programa Project Alert consiste en la aplicación de diversas estrategias educativas y de entrenamiento para fomentar las actitudes negativas hacia el consumo de

AOD, la modificación de la percepción de las influencias sociales y el fortalecimiento del autocontrol para las presiones y llevar a cabo la prevención del consumo mediante el reforzamiento de las intenciones de no consumo, y de esta manera se refleja que las estrategias utilizadas en el Project Alert, corresponden con la definición de los conceptos de la TCP en la teoría de rango medio.

En este sentido, el Project Alert es un programa basado en evidencia, que tiene el objetivo de prevenir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables. Este programa se ha centrado en ayudar a los jóvenes a comprender como las drogas afectan su salud física y emocional, además facilita el reconocimiento de presiones externas e internas favorables al consumo y a adquirir las habilidades necesarias para resistir a dichas presiones.

El programa ha demostrado su efectividad a lo largo del tiempo, desde su primera implementación (Ellickson, 1991) y posteriormente a través de estudios experimentales en población adolescente de 13 a 14 años (Ellickson, 2003; Luna, Pedersen & Howard, 2016; Pierre et al., 2005) en los que demostraron su eficacia para prevenir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, entre otras sustancias de abuso. Así mismo, ha sido implementado por diversas disciplinas, entre ellas, enfermería, mostrando ser efectiva para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, el programa está diseñado para ser aplicado por cualquier disciplina dirigida a la promoción de la salud. Entre las actividades que integra el Project Alert están, las discusiones guiadas, ejercicios de juego de rol, actividades de aprendizaje colectivo, videos interactivos, posters, entre otras. En este sentido la intervención pudo ser adaptada en un grupo de adolescentes mexicanos y se evaluó su efectividad donde se muestran resultados alentadores para ser tomada como una estrategia para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes mexicanos.

Derivación de Proposiciones.

La derivación de proposiciones es una estrategia que permite desarrollar enunciados acerca de un fenómeno, mediante el uso de analogías de un campo de conocimiento a otro. Dicha estrategia permite la construcción de un enunciado declarativo propone la relación entre dos o más conceptos y puede ser expresada a través de un diagrama (Walker & Avant, 2011).

La derivación de proposiciones consiste en una serie de pasos en la que es posible llegar a la mitad y devolverse, con la final de obtener un producto lo mejor adaptado posible, es decir, el proceso de derivación no es un proceso mecánico, sino más bien iterativo, que demanda la creatividad del investigador (Walker & Avant, 2011). A continuación, se presenta el proceso a seguir para realizar la derivación:

1) Familiarizarse con el estado del arte acerca del tópico de interés. En este paso se efectuó una búsqueda de literatura en las diferentes bases de datos tales como EBSCOHOST, ScienceDirect, PubMed, MEDLINE, Springer, así como el motor de búsqueda de Google Académico, para obtener literatura nacional e internacional.

2) Buscar nuevas formas de ver el tópico de interés. En este paso se revisó el producto de la búsqueda de literatura, observando la manera en que los conceptos han sido abordados desde el enfoque de otra disciplina, constatando que en su mayoría han sido desde el enfoque psicológico.

3) Selección de fuente del conocimiento a utilizar en el proceso de derivación para identificar las características de contenido y estructurales a utilizar. En este paso fueron seleccionadas dos proposiciones de la TCP. En ese sentido, se derivó el contenido a los nuevos conceptos, manteniendo la congruencia con las características conceptuales.

4) Desarrollar nuevas proposiciones sobre el tema de interés, basado en el contenido y la estructura de las proposiciones de otros campos del conocimiento. Se desarrollaron las nuevas proposiciones en base a las características estructurales y se da contenido a las proposiciones del TCP.

5) Redefinir los nuevos conceptos o términos en las proposiciones derivadas para ajustarse al tema de interés específico. Aquí se crearon nuevas definiciones de los 4 conceptos teóricos (actitudes, norma subjetiva, control conductual e intención) acorde a las características conceptuales de la teoría de origen, pero también de acuerdo con lo reportado en la literatura científica del tema de interés, es decir, el consumo de AOD.

Uno de los referentes teóricos más utilizados para comprender y predecir las intenciones de llevar a cabo una conducta es la Teoría de la Conducta Planeada por Ajzen (1991). Uno de sus postulados señala que la conducta puede ser precedida por las intenciones para llevar a cabo la conducta, la cual a su vez está precedida por las actitudes hacia la conducta, la norma subjetiva y el grado de control conductual percibido (Mcmillan & Conner, 2003; Ajzen, 1991).

La primera proposición derivada de la TCP postula que las actitudes, normas subjetivas y control conductual influyen en la intención de una conducta. En este sentido, la primera proposición de la TRM postula que el adolescente posee unas actitudes ante AOD, una norma subjetiva hacia el consumo de AOD, y un control conductual percibido para el consumo de AOD que pueden ejercer un efecto positivo o negativo en la intención del adolescente de consumir AOD. La representación de la proposición se presenta a continuación (Figura 2).

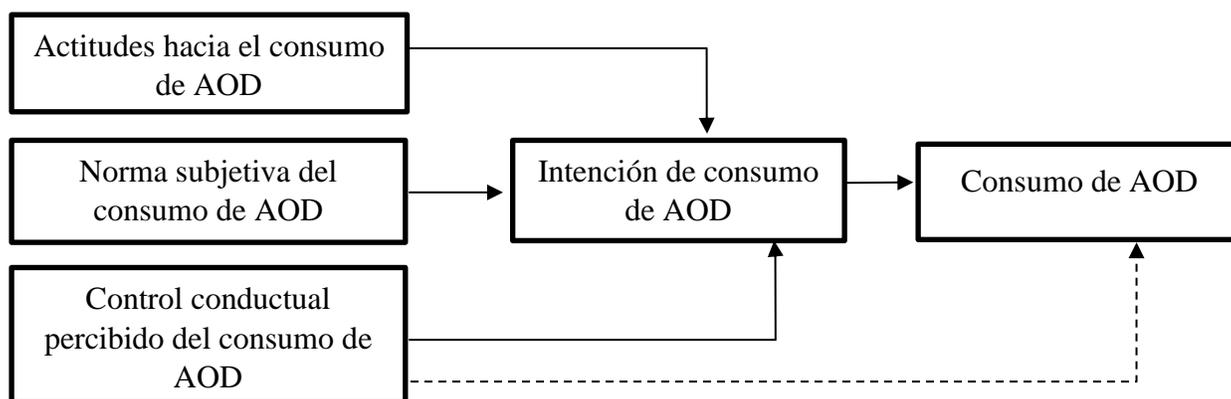


Figura 2. *Primera Proposición Derivada.*

La segunda proposición por utilizar postula que un factor que antecede la conducta es la intención que el individuo tiene para realizar o no dicha conducta. (Azjen, 1990). Por lo tanto, la proposición derivada de la TRMICADA postula que la intención del consumo AOD influye directamente al consumo de drogas de los adolescentes (Figura 3).

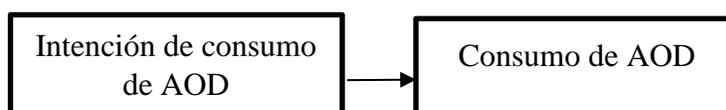


Figura 3. *Segunda Proposición Derivada.*

Así mismo se postula que la aplicación de la intervención Project Alert disminuye las actitudes positivas y la norma subjetiva hacia el consumo de AOD en los adolescentes y aumenta el control conductual para el no consumo de AOD, de manera que se reducen las intenciones y el consumo de AOD (Figura 4).

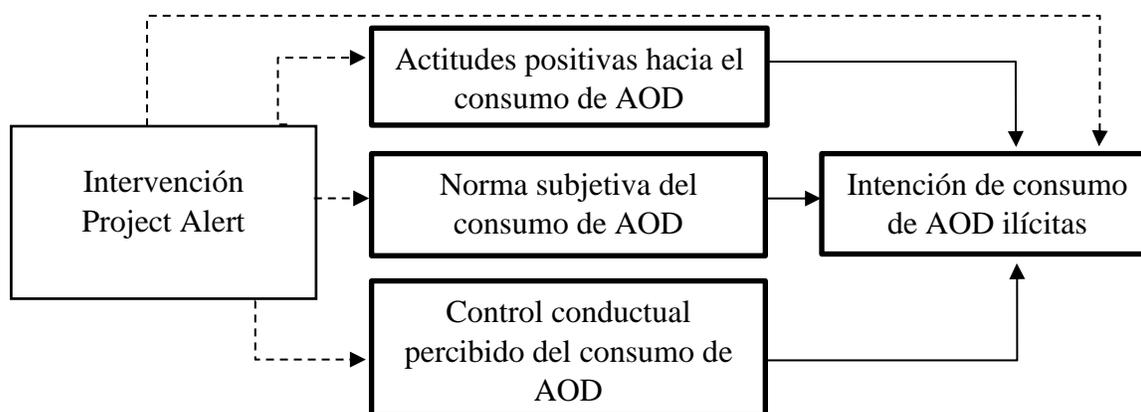


Figura 4. *Tercera Proposición Derivada.*

En esta TRM se han integrado los conceptos de la TCP. En este sentido el comportamiento habitual que se busca en los adolescentes es el no consumo de drogas, así mismo, un elemento que puede tener un impacto importante en el adolescente para el consumo de drogas son sus actitudes. Las medidas basadas en creencias evolucionan desde el entorno creado y por lo tanto, se consideran factores de riesgo. Las intenciones por otro lado sirven como un amortiguador de protección para evitar el daño producido por una determinada conducta.

Las intenciones para el no consumo AOD puede permitir o evitar que se presente el consumo de AOD. Por lo tanto, las intervenciones conductuales deben estar dirigidas a la reducción del riesgo del consumo pueden ser desarrolladas en base a las variables que influyen en el comportamiento del no consumo de alcohol y otras drogas (figura 5).

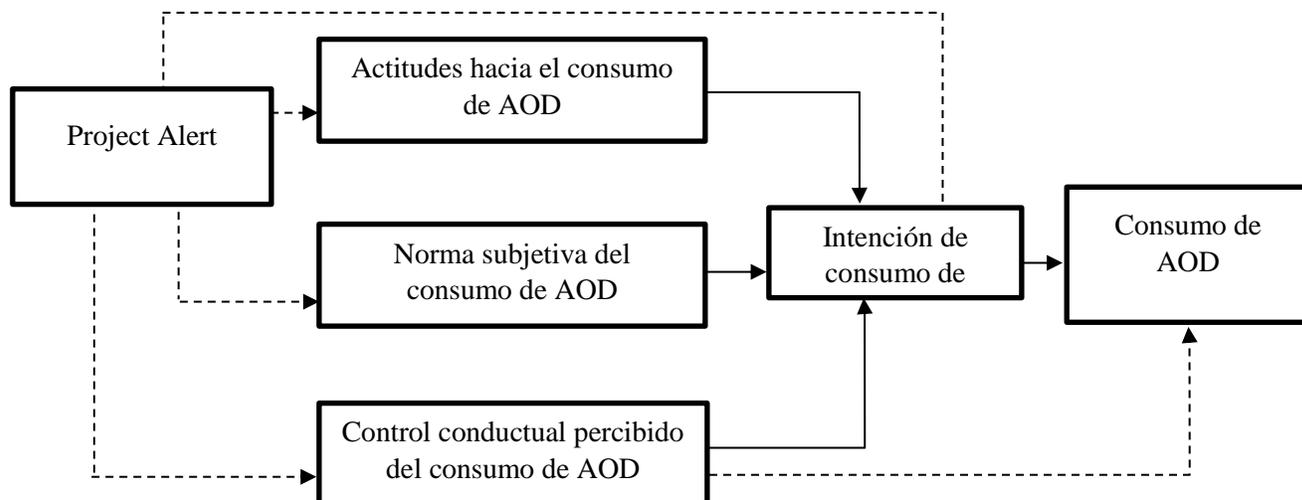


Figura 5. *Teoría de Rango Medio de la Intención de Consumo de Alcohol y Otras Drogas en Adolescentes (TRMICAODA).*

Estructura Conceptual Teórica Empírica.

También se construyó una estructura conceptual-teórico-empírica (ECTE), producto del análisis teórico de la propuesta. Dicha construcción se basa en la técnica de formalización de la estructura conceptual-teórico-empírica descrita por Fawcett (2013), mediante la cual se permite apreciar y evaluar los componentes teóricos, conceptuales y empíricos del documento. Esta técnica se emplea para determinar exactamente qué es lo que dice una teoría e identificar los métodos de investigación. Como se ilustra en la figura 6, la ECTE baja de la teoría de origen (TCP) hacia la teoría de rango medio y posteriormente hacia los indicadores empíricos.

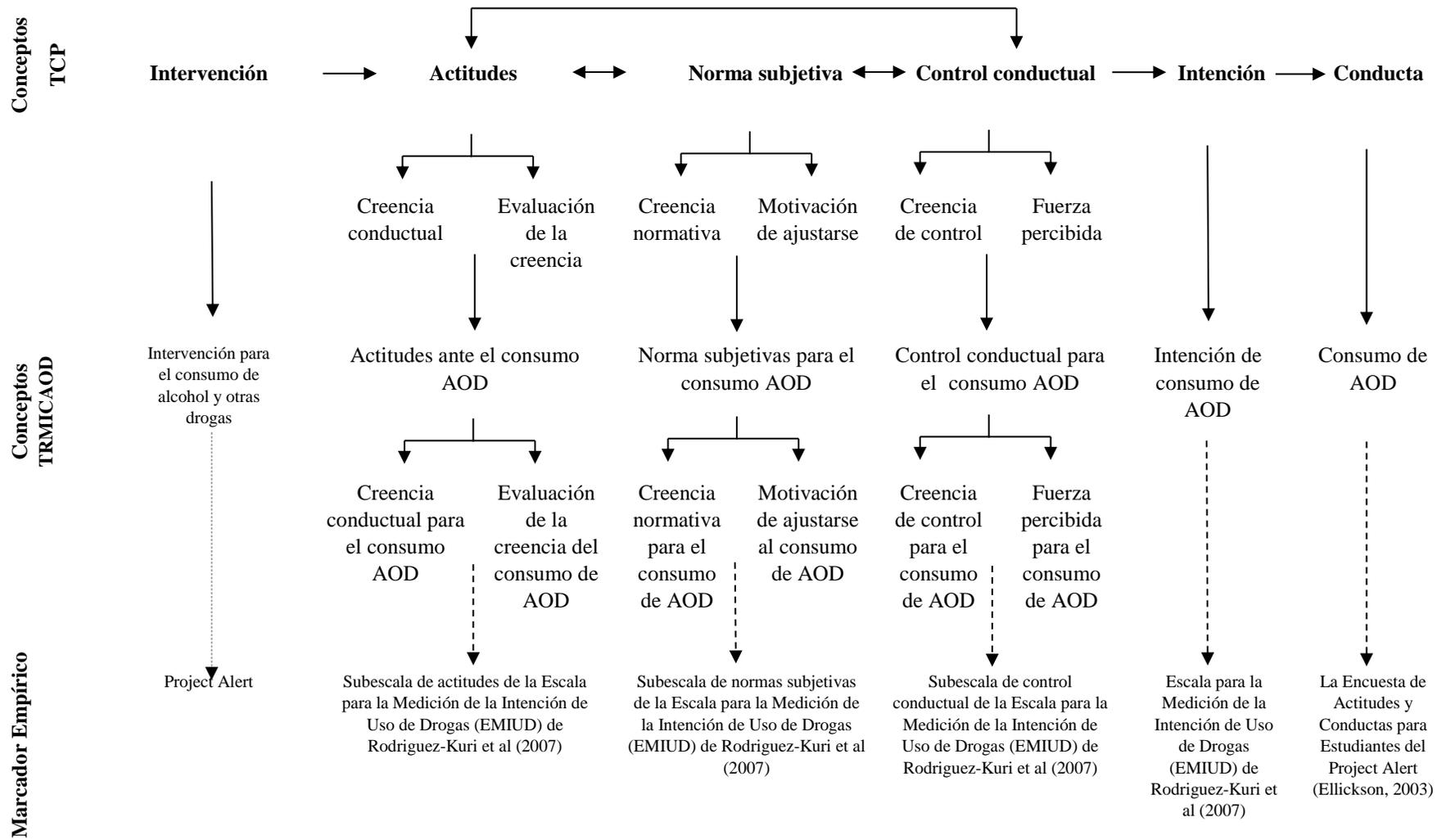


Figura 6. Estructura Teórica Conceptual Empírica

Etapas para Adaptaciones Culturales de Intervenciones Conductuales.

Durante mucho tiempo se ha recomendado que las intervenciones conductuales en el área de la salud pública deben ser sensibles a las prácticas culturales de los grupos a los que van dirigidas (Barrera et al, 2013). En este sentido, la adaptación cultural de una intervención representa una vía para lograr implementar intervenciones efectivas en cualquier sub-grupo poblacional, sin embargo, para lograr este fin, es necesario realizar un determinado procedimiento. En este sentido, una adaptación cultural es un proceso iterativo que se define como la modificación sistemática de un tratamiento o protocolo de intervención basado en evidencia con el fin de considerar el lenguaje, la cultura y el contexto, de tal manera que sea compatible con los patrones y prácticas culturales, valores y costumbres del cliente (Bernal, Jimenez-Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009).

Por lo tanto, a continuación, se describen las etapas de la adaptación cultural de una intervención bajo del modelo de Barrera et al. (2013). Estas etapas fueron utilizadas para realizar la adaptación cultural del Project Alert. No obstante, en este estudio solo se abordó hasta la etapa número cuatro.

Etapas 1. Recopilación de Información.

El propósito de esta primera etapa fue determinar la justificación de la adaptación cultural, y si es así, cuales son aquellos elementos que merecen ser modificados. En este sentido, una adaptación cultural puede ser garantizada cuando un sub-grupo cultural manifiesta diversas diferencias en cuanto a los factores de riesgo y los factores protectores, relacionados al resultado en salud, en el presente caso, el no consumo de AOD (Barrera, 2013; Lau, 2006).

En lugar de atender las diferencias entre grupos, el énfasis es en las diferencias de los grupos con relación a los factores de riesgo y el resultado en el consumo de AOD. En este sentido, culturalmente hablando, mecanismos específicos sugieren que los componentes de una intervención implementada difieran de los componentes principales

de la misma. Aunado a lo anterior, la investigación es consistente en cuanto a las pruebas de diferencias de grupos culturales, y en ese sentido, asegura o proporciona un método directo para justificar una adaptación cultural (Barrera, 2013).

La intervención Project Alert, es un programa para prevenir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que fue diseñado para estudiantes de secundaria, el cual ha sido probado en Estados Unidos y los resultados han mostrado ser efectivos con relación a la incidencia en el consumo de esas drogas. Se ha encontrado en la revisión de literatura que los componentes que integran la intervención, pueden favorecer la prevención del consumo de AOD en adolescentes mexicanos, no obstante, es necesario realizar una adaptación cultural a través de grupos focales, opiniones de expertos y facilitadores, con el propósito de determinar la congruencia entre los contenidos y las prácticas culturales de la población de estudiantes de secundaria de Monterrey, Nuevo León, así mismo, se buscó establecer la equivalencia a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio para el idioma español.

Etapa 2. Diseño de adaptación preliminar.

Esta fase consiste en la recopilación de la información generada en la primera fase y se integra para informar de las modificaciones a la intervención original. Los componentes del núcleo o base, no deberán ser alterados a menos que exista evidencia en la primera fase que así lo amerite (Barrera et al., 2013; Card et al., 2011). Sin embargo, los componentes esenciales de una intervención son por lo regular, identificados por medio de una teoría y confirmados empíricamente, por lo cual es posible que no sea necesaria su modificación (Barrera, 2013).

En este sentido, se tomó en consideración la opinión de los intervenidos, expertos y facilitadores (sistema de salud, educativo y académico), cuando consideran que los componentes básicos de la intervención no son aceptables para la población. En esta etapa, las adaptaciones por lo regular requieren una traducción la mayoría de las veces, del idioma inglés, al idioma de interés, por lo que es común el proceso de traducción y

re-traducción. En esta etapa, los grupos focales revisaron las versiones preliminares de la adaptación para identificar tecnicismos que puedan confundir al usuario, así como otras características potencialmente problemáticas detectadas en la revisión. Aunque las traducciones se consideran cambios en la estructura superficial, son aspectos críticamente importantes de las adaptaciones culturales (Barrera et al., 2013).

En este estudio, se conformaron tres grupos focales integrados por estudiantes de primero de secundaria, profesores y expertos en prevención de adicciones. De tal manera, que se tomaron en consideración las opiniones de estos grupos, sobre los materiales didácticos que se utilizarán en la intervención, los cuales fueron traducidos al idioma español. Este procedimiento se enfocó en detectar aquellos elementos que pudieran ser confusos o que bien no sean consistentes con las prácticas culturales de ese grupo poblacional, para posteriormente procesar estas opiniones y realizar las adaptaciones pertinentes.

Etapa 3. Prueba de la adaptación preliminar.

Después de la redacción de la versión preliminar de la intervención, es conveniente realizar una prueba piloto (Barrera & Castro, 2006; Kumpfer et al., 2008). En esta fase, la retroalimentación de los miembros del equipo de investigación que implementan la prueba piloto es particularmente importante. Durante la prueba piloto, evaluó la calidad de las mediciones lo que determinó la efectividad de la intervención, ya que se evaluó la traducción, la claridad en las instrucciones, las preguntas y opciones de respuesta, así como, la validez y confiabilidad interna de las mediciones (Barrera et al., 2013).

Los datos obtenidos en esta fase proporcionan una evaluación inicial de la capacidad de la intervención para modificar variables mediadoras y para modificar resultados en la salud (Barrera et al., 2013; Osuna et al., 2009). Así mismo, las encuestas de salida también se pueden utilizar con los participantes y los facilitadores para determinar posibles vías de mejora para la adaptación (Barrera et al., 2013).

Para fines de este estudio, posterior a la realización de las modificaciones en función a los datos recolectados en los grupos focales, se realizó un estudio de investigación de diseño cuasi-experimental, con un grupo de control, con el objetivo de determinar su efectividad en la prevención del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables.

Etapa 4. Refinamiento de la adaptación.

Esta fase se enfoca en la retroalimentación de la prueba piloto, con el propósito de generar cambios en la adaptación preliminar (Barrera & Castro, 2006; Barrera et al., 2013), cabe mencionar que el presente estudio solamente abarcó las primeras tres etapas del proceso de adaptación, dado que solamente se realizó una prueba de la adaptación preliminar, sin llegar a la prueba piloto.

Así también, como en la primera y segunda etapa, las modificaciones de la intervención original deberán ser basadas en la compilación de los datos cualitativos y cuantitativos que se generaron en las etapas anteriores (Barrera et al., 2013). Las decisiones que se tomen en esta etapa requieren de un juicio crítico por parte del investigador principal y del equipo de investigación.

Etapa 5. Ensayo de la adaptación cultural.

Esta etapa proporciona un ensayo empírico derivado de las etapas previas. En este sentido, se descartan las cuestiones sobre si la adaptación cultural pudiese haber sido determinada por intuición excesiva, impresiones personales y preferencias idiosincrásicas ya que los resultados son cuantitativos (Barrera et al., 2013), no obstante, el presente estudio solamente utilizó las primeras 3 etapas del proceso de adaptación.

A menudo, los estudios de esta índole son ensayos controlados aleatorizados con un grupo experimental, el de la adaptación y un grupo control y la muestra proviene de un sub-grupo cultural. Estos estudios pueden determinar si la adaptación cultural es más efectiva que los programas estándar o algún otro tipo de control. Algunos estudios, inclusive, han comparado la versión original con la intervención adaptada (Yanek,

Becker, Moy, Gittelsohn, & Koffman, 2001). Por último, para probar la efectividad de la adaptación de una intervención, el análisis debe estar dirigido a evaluar las fortalezas y debilidades de la adaptación.

En este estudio, esta última etapa no se llevó a cabo, sin embargo, se proporcionaron recomendaciones para su implementación a través de estudios experimentales controlados para demostrar la validez externa de la intervención.

Estudios Relacionados.

En este apartado se muestra la revisión de literatura comprendida del año 2010 al 2016 con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre el referente teórico que guió la intervención para prevenir el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes.

Teoría de la conducta planeada y consumo de drogas.

A continuación, revisan aquellos estudios que evaluaron la teoría de la conducta planeada como predictor del consumo de diversas drogas en adolescentes.

Guzmán et al. (2014) realizaron un estudio que tuvo como propósito evaluar teoría de la conducta planeada, para determinar la capacidad predictiva de los elementos que la conforman, con relación al consumo de drogas en jóvenes de zonas marginadas del estado de Nuevo León, México. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional predictivo, en una muestra de 257 jóvenes de 18 a 29 años de una zona urbano-marginal en el oriente del área metropolitana del estado de Nuevo León. De acuerdo con los resultados que se observaron, las actitudes hacia el consumo de drogas ilegales en los hombres, la media fue mayor que en las mujeres ($U= 5752, p<.001$), al igual que las normas subjetivas ($U= 5363, p<.001$) y el control conductual ($U= 5324, p<.001$).

En relación con la prevalencia el 17.1% (IC95% [12.4-21.7]) de los jóvenes mencionaron haber consumido alguna droga en algún momento de su vida, mientras que el 7% de los participantes (IC95% [3.8-10.5]) señalaron haber consumido alguna droga en el último año y 5.1% (IC95% [2.3-7.7]) en el último mes. En cuanto a la droga de mayor consumo se encuentra la marihuana con una prevalencia alguna vez en la vida de

13.2% (IC95% [9-17]), 5.1% (IC95% [2-8]) en el último mes y 2.7% en el último año (IC95% [1-5]).

Por otra parte, el consumo de cocaína reporta una prevalencia de 6.6% (IC95% [4-10]) alguna vez en la vida, los inhalables 4.2% (IC95% [2-7]) y las metanfetaminas reportan un 1.6% (IC95% [0-5]). En cuanto a las variables de actitud, norma subjetiva, control conductual e intenciones de consumo, se observa que las medias y medianas de los consumidores son más altas con relación a aquellos que nunca han consumido drogas ($p < 0.001$). En los resultados se muestran dos Modelos de Regresión Logística, en el primero las actitudes, norma subjetiva y control conductual, explican un 47.5% de la varianza en la intención para el consumo de drogas, y en el segundo modelo la varianza del consumo de drogas fue explicada por esas mismas variables en un 40.7%.

En otro estudio realizado por Malmberg et al. (2012), se utilizó un diseño prospectivo con tres mediciones (0, 8, y 20 meses) con el propósito de examinar la validez predictiva de las actitudes, la aprobación social, la autoeficacia y la intención de los adolescentes para iniciarse en el consumo de marihuana. Los autores postularon que, a mayores actitudes positivas hacia el consumo, mayor ambiente de aprobación social y la baja autoeficacia estaría directamente relacionado a mayores intenciones de iniciarse en el consumo de marihuana, e indirectamente a la iniciación actual del uso de marihuana. Además, tener mayores intenciones puede ser un factor predictivo del consumo actual de marihuana.

Los datos provinieron de un programa de prevención (Malmberg et al., 2010) en el cual participaron 7 escuelas de Holanda, mismos que fueron recolectados en tres momentos. La muestra fue de 1259 estudiantes de primer grado de secundaria, con el criterio de inclusión de que no hubieran consumido marihuana en el primer y segundo momento, obteniendo una muestra definitiva de 508 niños y 514 niñas ($n=1022$). Las expectativas positivas y negativas hacia el consumo se midieron a través de una escala

de 19 ítems que evaluó las expectativas hacia los resultados positivos y negativos del consumo de marihuana.

Se observó que 7.1% de los participantes habían consumido marihuana en al menos una ocasión en su vida, mientras que el 3.4% consumió marihuana en el último mes. Resultados reflejan una relación inversa y significativa entre la aprobación social del consumo de marihuana y la autoeficacia ($r_p = -0.18, p < .001$), lo que significa que, a mayor aprobación social, menor será la autoeficacia para resistirse al consumo. Se encontró una relación positiva y significativa entre la intención conductual y las expectativas positivas del consumo ($r_p = .25, p < .001$), al igual para las actitudes ($r_p = .27, p < .001$) y la aprobación social ($r_p = .19, p < .001$). Por el contrario, la intención conductual se relacionó de manera inversa y estadísticamente significativa entre las expectativas emocionales negativas ($r_p = -.17, p < .001$), y la autoeficacia ($r_p = -.24, p < .001$), no obstante, las expectativas físicas negativas se relacionaron de manera inversa, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos ($r_p = -.06, p < .05$).

Se encontró una relación positiva y significativa entre el consumo de marihuana alguna vez en la vida y las expectativas positivas hacia el consumo ($r_p = 0.21, p < 0.001$), las actitudes ($r_p = .27, p < .001$) y la intención conductual ($r_p = .26, p < .001$). Los resultados son similares para el consumo en el último mes ($p < .05$), a excepción de las expectativas positivas, ya que no alcanzó la significancia estadística ($r_p = 0.13, p > .05$).

Finalmente, el modelaje de los factores de la teoría de la conducta planeada con la inclusión de dos covariables (sexo y nivel educativo) explicó el 20.5% de la intención de consumir marihuana. De todos los factores, las intenciones fueron las que mostraron mayor efecto en la intención de consumir marihuana ($\beta = .16, p = .028$), seguida de la autoeficacia ($\beta = .16, p = .028$) y la aprobación social ($\beta = .11, p < .001$). A su vez la intención fue un importante predictor de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida ($\beta = .46, p < .001$), con una varianza explicada de 22.5%.

En cuanto a las actitudes, la aprobación social, y la autoeficacia también resultaron ser predictores estadísticamente significativos para la prevalencia de consumo alguna vez en la vida ($\beta=.07, p=.014$; $\beta=.05, p<.001$; $\beta=-.07, p<.001$). En cuanto a la educación, esta presentó un efecto inverso y significativo sobre las actitudes ($\beta=-.15, p<.001$), diferente que en las expectativas positivas ($\beta=.06, p<.001$), las expectativas físicas negativas ($\beta=.20, p<.001$) y las expectativas emocionales negativas ($\beta=.12, p<.001$).

Además, se muestran los resultados sobre la capacidad predictiva de las variables, actitudes ($\beta=.18, p<.01$), aprobación social ($\beta=.12, p<.001$) y autoeficacia ($\beta=-.17, p<.001$) con la intención de consumir marihuana en el futuro, con significancia estadística. En este sentido, las tres variables son importantes predictores de la intención de consumir marihuana mensualmente, con una varianza explicada del 19.2% ($\beta=0.41, p<0.001$).

En el estudio de Hohman, et al. (2014) evaluaron los efectos de los elementos de la TCP en las intenciones y el consumo de marihuana. La muestra fue de 1,604 adolescentes estadounidenses con edades de entre 12 y 18 años. De acuerdo con los resultados la edad fue un predictor significativo de la intención de consumo de marihuana ($\beta=.074, p<.001$) y del consumo de marihuana ($\beta=.112, p<.001$). Además por medio de un Modelo de Regresión Lineal las variables de edad, las actitudes, las normas de los amigos y el control conductual percibido fueron estadísticamente significativas en la intención de consumo de marihuana ($R^2=.23, F_{(5, 1,598)}= 95.23, p<.001$). Se reporta también que tener mayores niveles de control conductual percibido afectó negativamente a las intenciones de consumir marihuana ($\beta=-.182, p<.001$).

Por otra parte, las actitudes positivas hacia el consumo de marihuana estuvieron fuertemente asociadas con el consumo ($\beta=.268, p<.001$) y el percibir mayor aprobación del consumo por parte de los amigos, se asoció con mayores intenciones de consumo ($\beta=.230, p<.001$). Con relación a los abstemios el tener más actitudes positivas hacia el

consumo de marihuana, se asoció positivamente con el consumo de marihuana en el futuro ($\beta=.073, p<.01$), al igual que percibir aprobación del consumo por los amigos ($\beta=.140, p<.001$).

Bashirian et al. (2012) estudiaron los factores de la TCP para determinar la influencia que ejercen sobre la intención de consumir marihuana y el consumo de marihuana. Los participantes fueron 700 estudiantes de preparatoria con edades de 14 a 17 años. De acuerdo con los resultados, el 11.1% reportó haber consumido tabaco en al menos una ocasión y el 3.4% mencionó haber consumido alguna droga alguna vez en la vida. En cuanto a los que habían experimentado con el consumo de tabaco, presentaron mayores probabilidades de consumir marihuana (OR= 27.24, IC 95% [10.25-72.4]), al igual que tener padres y amigos que refieren haber experimentado con el consumo de drogas (OR= 8.63, IC 95% [3.42-21.81]; OR= 11.06, IC 95% [4.24-28.85]). Los resultados fueron similares para los que tenían hermanos o hermanas que consumían alguna droga (OR= 15.82, IC 95% [5.75-43.52]).

De acuerdo con las variables estudiadas, a mayor norma subjetiva mayor intención de consumir marihuana ($r=.38, p=0.01$), y mayor consumo de marihuana ($r=.42, p<.001$). Por otro lado, el control conductual percibido se relacionó de manera inversa con la intención de consumo de marihuana ($r=-.47, p<0.05$) y con el consumo de drogas ($r=-.17, p<.05$), lo que significa que entre mayor control tuvieron de la situación, menores intenciones y consumo de marihuana se presentó en los jóvenes. Así mismo las actitudes y la norma subjetiva fueron los predictores más fuertes de la intención de consumir marihuana (OR= 1.057, IC 95% [1.005-1.11 1]; OR= 1.06, IC 95% [0.99-1.14]).

Actitudes para el consumo de drogas.

A continuación, se presenta una breve descripción de los estudios que han abordado la variable de actitudes hacia el consumo de diversas drogas.

Beck, Legleye, Chomynova y Miller (2014) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la percepción del riesgo en el consumo de drogas, para lo cual se evaluaron las actitudes hacia dicha conducta en un grupo de estudiantes de Francia de 15 a 16 años. Se reportó que el 13% era consumidor ocasional de tabaco, contra un 22% que refiere consumir diariamente. Con relación al consumo de alcohol, 29% mencionaron haber consumido más en más de 40 ocasiones, por otra parte, el 15% reporta haber consumido en exceso en al menos 3 ocasiones y 41% mencionó llegar a la embriaguez en al menos 9 ocasiones. Con relación al consumo de marihuana el 15% refiere haber consumido de una a 9 veces.

En cuanto a los que refieren que consumir tabaco es de poco riesgo tuvieron más probabilidad de fumar diariamente (OR= 1.59, IC 95% [1.37-1.85]) que aquellos que consideraban que fumar ocasionalmente era perjudicial (OR= 0.72, IC 95% [0.61-0.84]). En cuanto a los que percibían poco riesgoso consumir de 4 a 5 bebidas diariamente, tuvieron 2.2 veces mayor probabilidad de consumir alcohol en exceso en 3 o más ocasiones (OR= 2.22, IC 95% [1.90-2.59]), al igual que los que refirieron que tomar 5 o más bebidas alcohólicas no representaba ningún riesgo (OR= 2.59, IC 95% [2.12-3.17]). Se muestra además que aquellos que consideraron que probar por primera vez la marihuana en una o dos ocasiones no representaba riesgo, tuvieron 7 veces mayor probabilidad de consumirla en más de 10 ocasiones (OR= 7.09, IC 95% [6.18-8.13]). Dichos resultados son similares para aquellos que consideran que consumir marihuana ocasionalmente no presenta riesgos (OR= 7.00, IC 95% [5.85-8.37]).

Mousavi et al. (2014) quienes estudiaron a un grupo de 160 estudiantes de preparatoria con edades de 17 a 21 años, determinaron que las actitudes positivas hacia el consumo de drogas se asociaron positiva y significativamente con el consumo de drogas ($\beta= 1.53$, $p= .006$).

En otro estudio realizado por Maričić, Sučić y Šakić (2013) analizaron la percepción del riesgo y las actitudes hacia el consumo de sustancias como determinantes

de la conducta. La muestra estuvo conformada por 4,756 individuos con edades de 15 a 64 años. El 73.8% de los hombres reportó ser actual consumidor de alcohol, mientras que un porcentaje similar (73.9%) refiere consumir marihuana actualmente.

En las mujeres se encontró que la mayor percepción del riesgo y desaprobación del consumo de marihuana se asoció con un menor consumo ($r_p = -.269, p < .001$). Así mismo el consumo de marihuana y alcohol se asoció negativamente con la desaprobación del consumo de sustancias ilícitas ($r_p = -.523, p < .001$; $r_p = -.364, p < .001$) y con la criminalización del uso de marihuana ($r_p = -.225, p < .001$). Por otra parte, las mujeres presentaron mayor desaprobación hacia el uso de sustancias ilícitas que los hombres ($F_{[2,166]} = 7.19, p < .001$).

Por su parte Van Der Zwaluw et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con el propósito de determinar la asociación entre las actitudes hacia el consumo de alcohol en exceso con dicha conducta, además se buscó probar en qué medida las actitudes hacia el consumo de bebidas libres de alcohol predecían el consumo excesivo en el futuro. El estudio fue prospectivo y participaron 600 adolescentes y jóvenes holandeses de entre 14 y 20 años en el momento 1 y 325 en el segundo momento. La muestra final fue de 293 estudiantes con una media de edad de 16.1 años ($DE = 2.09$).

De acuerdo con los resultados, las actitudes positivas hacia el consumo excesivo de alcohol se asociaron con dicho consumo de manera positiva y significativa en la primera y segunda recogida de datos ($r_p = 0.61, p < 0.001$; $r_p = 0.58, p < 0.001$). Por el contrario, las actitudes positivas hacia el consumo de bebidas libres de alcohol se asociaron inversamente con el consumo excesivo de alcohol en el primero ($r_2 = -.32, p < .001$) y en el segundo momento ($r_2 = -.32, p < .001$). En cuanto a las actitudes hacia el consumo excesivo de alcohol en el primer momento, no representa un factor predictivo del consumo excesivo de alcohol ($\beta = 0.27, p > .05$). Por otra parte, el consumo excesivo en el primer momento predijo las actitudes positivas a este tipo de consumo en el segundo momento ($\beta = .26, p < 0.05$).

López-Quintero y Neumark (2010) tuvieron como propósito determinar la asociación entre la baja percepción del riesgo en uso de marihuana y la intención y consumo de marihuana. Los participantes fueron 2079 estudiantes de 23 escuelas, con una media de edad de 14.7 años (DE= 1.2). De acuerdo con los resultados el 11.2% reportó bajo riesgo percibido, mientras que 63.3% percibió un alto riesgo en consumir marihuana regularmente. El 11.1% reportó haber consumido marihuana y 3.9% reportó consumir marihuana mensualmente.

Se reporta que los estudiantes quienes percibían bajo riesgo del consumo de marihuana tuvieron mayor probabilidad de consumir que los que percibieron alto riesgo de consumo (OR= 4.1, IC 95% [2.4-7.1]). Además, aquellos estudiantes que percibieron menor riesgo de consumo tuvieron mayores intenciones de consumir marihuana en los siguientes 12 meses que aquellos que percibieron alto riesgo de consumo (OR= 2.1, IC 95% [1.4-3.5]).

En síntesis, la revisión de literatura permitió conocer la manera en que la variable de actitudes ha sido estudiada en el contexto de la adolescencia, reportando que el tener una valoración positiva hacia el consumo, además de una falta de percepción de los riesgos relacionados se asoció positivamente con tener la intención de consumo y con el consumo de sustancias psicoactivas.

Norma subjetiva y consumo de drogas.

En este apartado se describen los estudios que evaluaron la norma subjetiva hacia el consumo de diversas drogas ilícitas. En un estudio Wu et al. (2015) evaluaron las normas percibidas del consumo de marihuana, en el sentido de desaprobación de la conducta por parte de amigos cercanos y de la familia, el consumo de marihuana y la dependencia a marihuana en adolescentes de Estados Unidos. El propósito fue determinar si las normas se asociaban al consumo y a los desórdenes por uso de marihuana. Los datos fueron obtenidos de una encuesta nacional de Estados Unidos, con una muestra de 163,837 adolescentes de 12 a 17 años.

Respecto a los resultados, se señala que un amplio porcentaje de adolescentes refieren no percibir normas desaprobatorias del consumo por padres (85.4%) o amigos cercanos (76.4%). Además, se demuestra que percibir normas desaprobatorias del consumo de marihuana por parte de los padres y amigos cercanos se asoció con una menor probabilidad de consumirla (OR= 0.30, IC 95% [0.21-0.42]; OR= 0.18, IC 95% [0.14-0.24]) o de padecer desórdenes por el consumo de marihuana (OR= 0.81, IC %95 [0.56-1.40]; OR= 0.43, IC %95 [0.28-1.67]), en este sentido, los resultados mostraron significancia estadística ($p < 0.05$) con excepción de la norma percibida por los padres en el consumo dependiente.

En otro estudio realizado por Duncan, Palmar y Williams (2014) se evaluó la asociación entre percibir un vecindario en el cual venden drogas ilícitas y consumir drogas. Así mismo se evaluó la relación entre la percepción de venta de drogas en el vecindario y la desaprobación del uso de drogas entre amigos. El estudio fue llevado a cabo en 130 escuelas públicas de 48 estados de Estados Unidos, con una muestra total de 10,050 estudiantes de nivel superior. En los resultados se observa que el 41.5% de la muestra considera que sus amigos no desaprobaban el consumo de marihuana. Por otro lado, en el caso de la cocaína, solamente el 9.8% considero que es una sustancia aprobada por los amigos, contra el 71.1% que considera que es una droga fuertemente desaprobada.

Con relación a la percepción de venta de marihuana en el vecindario en una o dos ocasiones al mes, esta se asoció con una baja desaprobación social del consumo por parte de los amigos (OR= 0.54 IC 95% [0.43-0.68], $p < 0.001$), es decir en cuanto a mayor vendan marihuana en el vecindario, será más probable la aprobación de la conducta. En cuanto a la venta de cocaína en una o dos ocasiones por semana, se asoció con una baja desaprobación (OR= 0.58 IC95% [0.42-0.79] $p < 0.001$).

Así mismo, aquellos que mencionaron haber presenciado la venta de drogas ilícitas tuvieron mayor probabilidad de haber consumido marihuana en el último año

(OR= 2.31 IC 95% [1.88-3.39]), alguna droga ilícita (OR = 2.70, 95% [1.88, 3.89]) y haber consumido una o más drogas ilícitas en el mismo periodo (OR = 6.19, 95% [4.43, 8.64], lo que sugiere que entre más se perciba la venta de drogas en el vecindario, mayor será el consumo.

Rimall y Mollen (2013) realizaron un estudio en 719 estudiantes de Estados Unidos, cuyo objetivo fue probar la proposición que señala que, a más alta norma subjetiva, aprobación social y más beneficios percibidos del consumo de alcohol, mayor sería la intención conductual. De acuerdo con los resultados, quienes presentaron mayor norma subjetiva, aprobación social y más beneficios percibidos, presentaron intenciones más positivas de consumir alcohol ($\beta = 0.10$, $p < 0.001$; $\beta = 0.09$, $p < 0.001$; $\beta = 0.55$, $p < 0.01$ respectivamente).

Adicionalmente el modelo incluyó las tres variables, actitudes, norma subjetiva y control conductual, además de otra, problemas familiares, así se explicó el 53% de la varianza de las intenciones de consumir alcohol ($R^2 = 53.3$, $p < 0.01$).

En el estudio de Pedersen et al., (2013) tuvieron como objetivo evaluar el aumento de las percepciones normativas con relación al consumo de alcohol, marihuana y tabaco durante los tres años de secundaria. Igualmente se evaluó como el uso personal de sustancias y estar en entornos en los que se consume drogas y en los que se reciben ofertas para consumir drogas aumenta las percepciones normativas. La hipótesis de la investigación fue que la percepción normativa se aumentaría en aquellos participantes consumidores, y que se encuentran en entornos donde se consume drogas y se recibe ofertas de consumo. En el estudio participaron 6,097 estudiantes del Sur de California de sexto y séptimo grado.

En los resultados se encontró que, los estudiantes de séptimo grado reportan mayor consumo de alcohol (10%), tabaco (3%) y marihuana (6%), así como exposición a ofertas por parte de los amigos, y consumo de los amigos. En cuanto a las normas percibidas del consumo de alcohol, los resultados muestran que estas aumentan en

función de 5.7% por año. Las mujeres reportan normas hacia el consumo de alcohol más altas que los hombres, no obstante, este factor demográfico no explica el incremento en el consumo. Por otro lado, el consumo de marihuana se incrementó en un estimado de 6.8% por año.

Razali y Kliewer (2015) buscaron determinar cuáles eran los factores de riesgo para el uso de sustancias en un grupo de jóvenes de Malasia, con edades comprendidas de 13 a 18 años. En cuanto a las prevalencias de consumo el 13.6% de los participantes mencionó haber consumido en una o dos ocasiones inhalantes, mientras que un 0.3% reportó actualmente consumir marihuana y 0.5% refieren consumir estimulantes al momento del estudio.

De acuerdo con los resultados se observó que el consumo recreacional de drogas en los adolescentes se asoció con vivir en comunidades en las cuales se percibía el consumo de drogas como una conducta de bajo riesgo ($\beta= 0.13, p<0.001$). Por otra parte, la recompensa por parte de los amigos, se asoció con el consumo recreativo de drogas ($\beta= 0.13, p<0.001$) y con el consumo fuerte de drogas ($\beta= 0.12, p<0.001$). Se encontró además que el percibir actitudes favorables hacia el consumo de drogas por parte de los padres se asoció inversamente con el consumo de drogas recreacional ($\beta= 0.11, p>.05$) y el consumo fuerte ($\beta= - 0.06, p>.05$), sin embargo, estos resultados no mostraron significancia.

Los datos encontrados en la revisión de literatura muestran que los adolescentes que perciben normas aprobatorias hacia el consumo de marihuana y otras drogas por parte de personas importantes, es decir, familiares directos, amigos cercanos, entre otros, tienen mayores probabilidades de experimentar el consumo de drogas. Así mismo percibir un entorno en el que se consumen drogas, es decir, el vecindario, escuela u otros, se asoció positivamente con el consumo de drogas.

Control conductual percibido y consumo de drogas.

Choi, Krieger y Hecht (2013) realizaron un estudio con el propósito de

determinar si el tener mayor autoeficacia para rechazar el consumo se relaciona negativamente con el consumo de alcohol y marihuana. La muestra estuvo conformada por 2,129 adolescentes de entre 11 y 14 años ($\bar{X}=12.3$, $DE= 0.5$) de los estados de Pensilvania y Ohio. Se observó una relación negativa de la autoeficacia para resistir el consumo de alcohol con el consumo de alcohol ($r= -.35$, $p< .001$) y marihuana ($r= -.20$, $p< .001$). Así mismo la autoeficacia para resistirse al consumo de marihuana se asoció negativamente con el consumo de marihuana ($r= -.28$, $p< .001$).

La autoeficacia para resistirse al consumo de drogas se relacionó de manera negativa con el consumo de alcohol ($\beta= -.51$, $p< .001$) y positivamente con la autoeficacia para resistir el consumo de marihuana ($\beta= .22$, $p< .001$). Con relación al consumo de marihuana, la autoeficacia para resistir su consumo fue un predictor significativo para el no consumo ($\beta= -.25$, $p< .001$), al igual la autoeficacia para no consumo de alcohol, se asoció negativamente con el consumo de marihuana, pero los resultados no fueron significativos ($\beta= -0.01$, $p<0.05$).

En otro estudio realizado por Alvarez, Alonso & Guidorizzi, (2014) analizaron el efecto que tiene la autoeficacia sobre el consumo de alcohol y tabaco en un grupo de 575 adolescentes con una edad promedio de 13 años, pertenecientes a 14 secundarias públicas de la ciudad de Guanajuato, México. La media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 11 años ($\bar{X}= 11.6$, $DE= 1.49$), al igual que con el tabaco ($\bar{X}= 11.9$, $DE= 1.43$) con una media de consumo de 1.7 bebidas alcohólicas en un día típico ($DE=1.0$) y de un cigarrillo en un día típico ($\bar{X}= 1.6$, $DE= 1.61$). Así mismo, se analizó la relación entre el consumo de alcohol y la autoeficacia, en este sentido, se observó una relación positiva y significativa entre el no consumo de alcohol y la autoeficacia ($r= .23$, $p<.001$).

López-Quintero y Neumark (2015) evaluaron a través de un estudio descriptivo el mecanismo de inicio del consumo de drogas en los adolescentes, con relación a los factores que se han asociado a la transición de experimentar la oportunidad de consumir

drogas con el inicio del consumo. En el estudio participaron 2279 adolescentes de 23 escuelas en Bogotá, Colombia . La edad media fue 15 años (DE= 1.3). El 11.7% reportó haber consumido alguna droga ilícita en el último año y el 61.9% reportó tener más de un amigo consumidor, del total de la muestra 724 adolescentes mencionaron haber experimentado oportunidades para consumir marihuana, inhalables, cocaína, entre otras. Menos de la mitad de los adolescentes (41.4%) reportan haber resistido al consumo al momento de una oportunidad. Aquellos estudiantes que experimentaron una oportunidad pasiva para consumir drogas, es decir, fue ofrecida por familiares o amigos tuvieron mayor probabilidad de resistir el consumo que aquellos que experimentaron una oportunidad buscada por ellos mismos (OR= 3.1, IC 95% [2.0-4.9]).

Así mismo aquellos estudiantes quienes se expusieron a programas de prevención tuvieron mayor probabilidad de resistir el consumo en una oportunidad en comparación con aquellos que no se sometieron a los programas (OR= 1.7, IC 95% [1.1-2.7]). Es importante mencionar que los adolescentes menores de 14 años tuvieron mayor probabilidad de resistir el consumo de drogas (OR= 1.4, IC 95% [0.7-2.0]). Además, aquellos estudiantes que percibieron el consumo de drogas como una conducta de alto riesgo tuvieron mayor probabilidad de resistir el consumo que aquellos que percibieron un riesgo bajo (OR= 1.8, IC 95% [1.2-2.7]).

Con relación al control conductual la literatura señala que a medida que el adolescente se sienta capaz de resistir el consumo, existirán menores probabilidades de que experimente el consumo de drogas, en ese sentido, existen diversos estudios relacionados al consumo de alcohol, tabaco, marihuana, entre otras sustancias, que señalan que dicha variable, puede ser utilizada como un predictor significativo para dichas conductas. Así mismo se señala que a mayor autocontrol, mayor será la edad de inicio para consumir drogas.

Project Alert.

Ellickson et al. (2003) evaluaron la efectividad del Project ALERT, en 4276 estudiantes de 55 secundarias de Dakota del Sur, EUA. Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorizado con un grupo control y uno experimental. Ellickson et al. (2003) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado con el objetivo de evaluar la efectividad del Project ALERT. De acuerdo con la metodología, los participantes estuvieron conformados por 4276 estudiantes que provenían de 55 escuelas secundarias de Dakota del Sur, en EUA (34 del grupo experimental y 21 del grupo control). El 60% había consumido alcohol alguna vez en la vida, el 33% había consumido cigarrillos (tabaco) alguna vez en la vida y el 7% habría consumido marihuana al menos una vez en la vida.

De acuerdo con los resultados, 18 meses después de la intervención, en el grupo intervención la proporción de nuevos consumidores de tabaco se redujo en un 19% ($p > 0.01$). En el grupo experimental se redujo significativamente ($p < 0.01$) la proporción de nuevos usuarios de tabaco (25.5%) en comparación con el grupo control (31.6%). De esta misma manera, en el grupo experimental se manifestó una menor proporción ($p < 0.01$) de experimentadores con marihuana (13%), en comparación con el grupo control (17%). En cuanto al alcohol no se muestran resultados significativos (Doe, 2004; Ellickson et al., 2003).

En un estudio Luna, Penderson y Howard (2016) evaluaron la posibilidad de adaptar e implementar el proyecto ALERT en adolescentes chilenos. Inicialmente los facilitadores recibieron el entrenamiento necesario por teléfono y en persona, posteriormente se tradujeron las encuestas al español. Entre las críticas realizadas sobre la satisfacción y comprensión del entrenamiento, el 94% reportó que su experiencia fue buena o excelente. Además, consideraron que la información acerca del uso de drogas era adecuada, en cuanto a la motivación para proporcionar el entrenamiento, el 50% consideró que fue media, mientras que el 50% mencionó que fue adecuada.

Por otra parte, los entrenadores mencionaron que los facilitadores estaban preocupados acerca de la duración de las sesiones y que la intervención era tardía, debido a que los adolescentes a esa edad ya habían tenido contacto con las drogas. En este sentido, los investigadores concluyen que el programa podría ser de gran beneficio en el tema de las drogas en los jóvenes de Chile, con las adecuaciones correspondientes, por lo cual pretenden continuar con la evaluación de los efectos del programa en los adolescentes.

En otro estudio Pierre et al., (2005) buscaron determinar la efectividad relativa del Project ALERT, implementado por los líderes de programas de adultos de la comunidad en comparación con la entrega de los mismos líderes adultos asistidos por adolescentes líderes de la escuela secundaria y en comparación con otro grupo control. A este respecto, se realizó un ensayo controlado aleatorizado, en ocho escuelas secundarias de Pensilvania, EUA. En el estudio participaron 1649 estudiantes de séptimo grado, provenientes de 8 escuelas de Pennsylvania, EUA. Cabe señalar que se realizó un análisis de varianza para asegurar la equivalencia de los grupos ($F= 1.94$, $p= 0.14$).

De acuerdo con los resultados, en ese contexto no se reportó un efecto significativo sobre el consumo de drogas (alcohol, marihuana y tabaco). No obstante, en el grupo impartido por adultos líderes y asistido por adolescentes, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes fue de 37%, en comparación con el impartido por adultos, que fue de 42%. Lo contrario sucedió con el consumo de tabaco en el último mes, ya que, en el primero, la prevalencia al final fue de 27%, mientras que en el de adultos fue de 23%. Para la prevalencia de consumo de marihuana en el último mes, no se presentaron diferencias entre los grupos.

Síntesis de estudios relacionados.

En conclusión, los estudios acerca de las variables de interés han mostrado congruencia en el sentido que han demostrado ser factores que conllevan una relación y un efecto sobre el consumo de drogas en la población adolescente. Con relación a la

teoría de la conducta planeada y el consumo de drogas ilícitas, se han realizado estudios en diversos países que demuestran el efecto predictor de los conceptos que la conforman.

En ese sentido, las actitudes hacia el consumo de drogas ilícitas tienen un papel importante en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas en los adolescentes, de manera que tener unas actitudes positivas hacia el consumo de marihuana, cocaína, etc., aumentará de manera significativa la probabilidad de consumirlas. Por otra parte, la manera en que percibe el adolescente las conductas de sus amigos y/o familiares cercanos, influirá de manera importante la expresión de la conducta del joven con relación al uso de drogas. Además, la manera en que el adolescente afronte diversas oportunidades de consumo determinará el auto-control para resistir o para consumir drogas.

De acuerdo con la teoría, así como estudios descriptivos y experimentales, se establece que la intención está determinada por los tres factores o constructos antes señalados; la actitud y norma subjetiva hacia el consumo de drogas, así como el control conductual, tal como se determinó en la sección previa.

De esta manera, el considerar estos factores en el diseño de intervenciones innovadoras resulta imprescindible para predecir un efecto favorable sobre la conducta de riesgo. No obstante, es necesaria la replicación de las intervenciones efectivas, en este sentido, considerando la efectividad del Project Alert, es factible llevar a cabo un estudio para probar su efectividad. Sin embargo, hay que considerar las diferencias culturales de las poblaciones, por lo que es necesario llevar a cabo una adaptación cultural de los contenidos.

Definición de Términos.

La actitud hacia el consumo de AOD es el grado en que el estudiante de secundaria evalúa de manera positiva o negativa el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, y también está determinada por las creencias que tiene el

estudiante de secundaria acerca de las consecuencias que conlleva el consumo de dichas drogas y la evaluación de dichas consecuencias. Este concepto se midió a través de La Encuesta de Actitudes y Conductas para Estudiantes del Project Alert y la sub-escala de actitudes de la Escala para la Medición de la Intención de Uso de Drogas.

La norma subjetiva se refiere a la percepción del estudiante de secundaria de que referentes individuales o grupales importantes para él, es decir, familia y amigos cercanos, aprueban el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, así como la motivación del estudiante de secundaria a ajustarse a los deseos de esos referentes, este concepto fue medido a través de sub-escala de normas subjetivas de la La Encuesta de Actitudes y Conductas para Estudiantes del Project Alert y la sub-escala de normas subjetivas de la Escala para la Medición de la Intención de Uso de Drogas.

El control conductual percibido es la percepción que tiene el estudiante de secundaria acerca de su capacidad para no consumir alcohol, tabaco, marihuana e inhalables y por otra parte se refiere a la capacidad de este mismo para resistir la presión social de manera efectiva para resistirse al consumo, esta variable se midió con La Encuesta de Actitudes y Conductas para Estudiantes del Project Alert y la sub-escala de control conductual de la Escala para la Medición de la Intención de Uso de Drogas.

La intención de consumo de drogas ilícitas es la disposición del estudiante de secundaria de llevar a cabo el consumo de drogas ilícitas, y se midió con la La Encuesta de Actitudes y Conductas para Estudiantes del Project Alert y la Escala para la Medición de la Intención de Uso de Drogas.

El consumo de AOD está determinado por las intenciones de consumo y se refiere a la ingesta de cualquier sustancia que tenga el potencial de alterar los procesos mentales (alcohol, tabaco, marihuana e inhalables) y que para cuestiones legales su distribución y comercialización estén prohibidos o bien restringida para usos médicos, como la marihuana. La Encuesta de Actitudes y Conductas para Estudiantes del Project Alert.

El Project Alert tiene el objetivo de prevenir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables. El programa se centra en ayudar a los adolescentes a comprender como las drogas afectan su salud física y emocional, además facilita el reconocimiento de presiones externas favorables al consumo y a adquirir las habilidades necesarias para resistir a dichas presiones. El Project Alert emplea las discusiones guiadas, ejercicios de juego de rol, actividades de aprendizaje colectivo, videos interactivos, posters, entre otros.

Objetivos e Hipótesis del Estudio

Objetivos.

Adaptar culturalmente una intervención con enfoque preventivo para disminuir la intención de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes de la ciudad de Monterrey, N.L.

Evaluar una intervención con enfoque preventivo para disminuir la intención de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes de la ciudad de Monterrey, N.L.

Intención y Conducta de consumo de drogas.

Evaluar la efectividad del programa Project Alert para reducir las intenciones y evitar el inicio del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes.

Conceptos de la TRMICADA.

Evaluar la eficacia del programa Project Alert sobre variables directamente relacionadas con las intenciones y con el consumo de AOD tales como las actitudes, normas sociales, el control conductual para el consumo de drogas.

Hipótesis.

Después de la intervención el grupo experimental muestra menores actitudes y normas subjetivas favorables para el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control.

Después de la intervención el grupo experimental muestra mayor control conductual para resistir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control.

Después de la intervención el grupo experimental muestra menores intenciones y menor consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control.

Capítulo II

Metodología

En el presente apartado se describe la metodología del presente estudio, cabe señalar que se realizó en dos etapas: 1) Adaptación cultural del Project Alert y 2) Evaluación del Project Alert. En cada etapa se presenta el diseño, la población, muestreo y muestra, criterios de exclusión y de eliminación, descripción de los instrumentos y mediciones, el procedimiento de selección de participantes, procedimiento recolección de los datos, consideraciones éticas del estudio y finalmente el análisis de los datos.

Primer Etapa: Adaptación Cultural

Diseño del Estudio.

Para la primera etapa se utilizó un diseño cualitativo a través de la técnica de grupos focales (estudiantes, profesores y expertos en prevención de adicciones), esta técnica de grupos focales es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias, que permiten examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera, en un determinado contexto cultural. El trabajar en grupos, facilitó la discusión e impulsó a los participantes a criticar y a opinar de manera constructiva sobre los materiales y contenidos de la intervención Project Alert (Hamui-Sutton & Valera-Ruiz, 2013).

Población, Muestreo y Muestra.

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de primer grado de secundaria, profesores de secundaria y profesionales de enfermería expertos en prevención de adicciones de Monterrey, Nuevo León. Se consideró importante, realizar las actividades de prevención antes que se presente el problema, por lo cual se toma como muestra a los estudiantes de primer grado de secundaria, dado a que sus creencias y actitudes hacia las drogas apenas se forman en esas edades. Por otro lado, se realizó un muestreo no probabilístico intencional (Polit & Hungler, 2000), además por cuestiones

de factibilidad se eligieron a 6 sujetos de cada grupo (alumnos, profesores y expertos) para participar voluntariamente en los grupos focales de acuerdo con lo recomendado por Powell & Single (1996).

Instrumentos y Mediciones.

Cada uno de los grupos focales, estuvo constituido por un moderador, observador, y participantes. Se contó con un instrumento de trabajo para conducir adecuadamente la recolección de los datos en cada grupo. El moderador utilizó una guía de preguntas, integrada por las siguientes cuestiones: 1) ¿Cuáles son las mejores razones para mejorar la salud?; 2) ¿Cómo piensas que el consumo de drogas puede afectar a tu salud?; 3) Ahora bien, específicamente sobre el Project Alert ¿Podrías describir las cosas que más te gustaron acerca de los materiales que recibiste?; 4) ¿Qué fue lo que no te gustó y que piensas que se te dificultó?; y 5) ¿Participarías en este programa? (Apéndice A). El observador contó con un diario de campo para registrar las observaciones de los participantes. Cabe mencionar que los recursos didácticos fueron entregados dos días previos a los participantes de los grupos focales.

Procedimiento de Grupo Focal.

Inicialmente el estudio se sometió a la revisión por parte del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL y del Comité de Investigación de esta misma institución. Posteriormente, una vez aceptado, se dio inicio a la búsqueda de los participantes de cada grupo focal. Se acudió a una secundaria de Monterrey, N.L. para solicitar los permisos correspondientes para realizar el estudio, una vez obtenidos, se seleccionaron a seis estudiantes de primer grado de secundaria por referencia de profesores y directivos de dicha institución. Así mismo, se solicitó la participación de dos profesores de la misma institución. Por otro lado, el investigador principal gestionó la participación de expertos en adicciones de la Facultad de Enfermería, referidos por el Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones.

Una vez hecha y aceptada la invitación, se les entregó el consentimiento informado para los padres y/o tutores de los estudiantes (Apéndice B), un asentimiento para ellos mismos (Apéndice C) y un consentimiento informado para los profesores (Apéndice D) y de los expertos (Apéndice E). Una vez firmados los consentimientos, se entregaron los materiales a cada grupo, dos días previos a la reunión del grupo focal, con el objetivo de hacer una revisión previa a la sesión. Cabe señalar que la sesión del grupo focal para estudiantes y profesores se realizó en ambas instituciones educativas y para los expertos en la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Querétaro.

En la sesión, el encargado de logística se encargó de dar la bienvenida y del registro de participantes, posteriormente se trasladaron a los participantes a un aula asignado por las autoridades escolares. Ahí, se inició con una breve introducción del propósito y las metas del grupo focal, así mismo, se aclaró el desarrollo de la sesión y el rol de cada participante. Cabe mencionar que en cada grupo se enfatizó una participación abierta asegurando el tono de voz asertivo al momento de realizar las preguntas, para verificar su claridad. Después de la reunión se realizó una síntesis general con el grupo focal, de tal manera de obtener retroalimentación, nuevas preguntas y/o nuevas conclusiones. Finalmente, se agradeció de nuevo su participación.

Plan de Análisis de los Datos.

Se realizó una lectura cuidadosa de las narraciones de cada grupo, las anotaciones de los manuales que haya hecho el participante y los datos o anotaciones del observador para posteriormente realizar las primeras categorías basadas en la guía de entrevista. A partir de estas categorías se realizaron nuevas categorías y patrones, con el fin de explicar los posibles cambios o adaptaciones a los materiales y estrategias, sugeridos por los participantes. Esta dinámica de análisis se basa en la Teoría Fundamentada, la cual inicia con la descripción de los hallazgos, sigue con la ordenación conceptual de acuerdo con las propiedades y termina con la teorización como acto

creativo (Hamui-Sutton & Valera-Ruiz, 2013). A continuación, se presenta un recuadro con algunas de las modificaciones que se realizaron.

Ejercicio de Adaptación Cultural del Project ALERT

Se realizó una prueba piloto que consistió en primer lugar en la recopilación preliminar de información proveniente de investigadores de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y Universidad de Guanajuato-Campus Celaya Salvatierra, así mismo se realizó un grupo focal con estudiantes de secundaria de primer grado de una localidad de Guanajuato y finalmente se aplicó el instrumento a 25 adolescentes para evaluar su consistencia interna.

Grupo focal con investigadores.

El primer grupo realizado fue con investigadores de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y la Universidad de Guanajuato-Campus Celaya Salvatierra, al cual asistieron tres expertos en prevención de adicciones, así como dos profesores de secundaria. La sesión inició con la presentación del proyecto de investigación, lo cual tomó un tiempo aproximado de 30 minutos, posteriormente se procedió a la valoración de cada una de las lecciones del manual de la intervención. Cabe mencionar que se recibió retroalimentación sobre el proyecto de investigación. No obstante, se entregaron a cada participante los manuales y materiales de la intervención para posteriormente recibir observaciones para ser tomadas en cuenta en caso de sugerir modificaciones.

Grupos focales (Estudiantes).

En este apartado se explica el procedimiento de grupo focal realizado con seis estudiantes de primer grado de secundaria, para esta sesión se seleccionó de manera aleatoria tres lecciones del programa (6, 3 y 7). Se invitó a los seis estudiantes de primero de secundaria del municipio de Salvatierra, Guanajuato (4 hombres y 2 mujeres) a participar en el grupo focal, cabe señalar que se solicitó la autorización, en primera instancia, al director del plantel y por consecuente al profesor tutor de los estudiantes. Posteriormente se realizó la invitación de manera personal a cada uno de los alumnos,

señalando y explicando las actividades a realizar, la duración de la sesión y el propósito de la reunión, puntualizando que su decisión de participar era libre, una vez aceptaron se fijó la fecha, el lugar y horario.

Se procedió a realizar la sesión, para lo cual se empleó un aula de la institución en la cual se reunieron los estudiantes, cabe señalar que una profesora de la institución colaboró para que el procedimiento se realizara de manera óptima y con orden. La sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora con treinta minutos. La sesión consistió en llevar a cabo un ensayo de las sesiones mencionadas, en las que los estudiantes participaron de manera activa, esto permitió tener un primer acercamiento a las actividades de la intervención y conocer cuáles son las fortalezas y como se pueden mejorar las actividades del programa. En este sentido, alguno de los comentarios de los participantes fueron los siguientes: *“la información que nos dieron está bien”* *“las actividades que nos puso están muy bien para el desarrollo de los niños”*. Se les preguntó también sobre si entendieron bien las situaciones planteadas en la intervención, para lo cual respondieron satisfactoriamente: *“entendimos muy bien las actividades y las situaciones que nos dijo”*, se les cuestionó acerca de si le añadirían alguna actividad o elemento a la intervención, sin embargo solo mencionaron que sería bueno más tiempo para las sesiones y más alumnos.

Adaptación preliminar.

En este apartado se presentan las modificaciones realizadas a la intervención original del Project Alert, en consideración de la etapa de diseño preliminar y de las opiniones de los usuarios (Barrera et al., 2013), en el cual se integran la nueva redacción del Manual de la Intervención (Apéndice F), así como una síntesis de las sesiones de grupo focales con grupos de estudiantes de primer grado de secundaria, profesores de secundaria y expertos en la temática de adicciones.

Atendiendo las consideraciones de las etapas propuestas por Barrera et al. (2013), se procedió a realizar la adaptación del Project Alert. Una adaptación cultural permite

que un programa o intervención diseñado e implementado en determinada localidad, sea llevado a la práctica en casi cualquier lugar. No obstante, es necesario llevar a cabo el procedimiento correspondiente, así mismo, es importante considerar que el proceso de adaptación es un proceso iterativo, por lo cual, la información presentada a continuación, no representa un diseño final, sino que es factible de sufrir cambios a través del tiempo, en el dado caso que las condiciones y necesidad de la población a la que está dirigida, así lo requiera, de tal manera que sea compatible con los patrones y prácticas culturales, valores y costumbres de dicha población (Bernal, Jimenez-Chafey, & Domenech Rodríguez, 2009).

La intervención Project Alert, es un programa para prevenir el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que fue diseñado para estudiantes de secundaria y ha sido probado en diferentes estados de Estados Unidos de América, con resultados positivos, inclusive ha mostrado ser más efectivo que diversos programas de prevención de consumo de drogas, aunque cabe señalar que hasta el momento no se han realizado comparaciones directas entre el Project Alert y otras intervenciones.

Esta etapa consistió en la recopilación de información proveniente de los protagonistas de la Intervención (Expertos, Profesores y alumnos de secundaria), ya que, a partir de esta, se realizarán las modificaciones pertinentes a la intervención original. No obstante, los componentes esenciales de la intervención no deben ser modificados y en efecto, el modelo lógico que se puede apreciar en el Manual de la Intervención (Barrera et al., 2013; Card, Solomon, & Cunningham, 2011).

Se inició por redactar nuevamente el Manual de la Intervención, el material del facilitador y el material del participante (Disponibles en www.projectalert.com) en el idioma español, cabe mencionar que el material está ya disponible al idioma español, sin embargo se volvió a realizar una re-traducción de los contenidos, para lograr una mejor comprensión por parte del usuario. Así mismo, cabe mencionar que algunos términos fueron modificados, por ejemplo, la palabra alumno por participante, joven o

adolescente, con el fin de que el diseño final de la adaptación cultural esté disponible para usuarios no estudiantes, así mismo, maestro se cambió por facilitador, de tal manera que fuera más apropiado a los términos empleados en la adaptación e implementación de intervenciones conductuales. Por lo tanto, a continuación, se presentan algunas de las modificaciones al manual original.

En la primera sesión se modificó la información relacionada a “*Otras formas de tabaco y mezclas para fumar: Tabaco sin humo*” (apartado del material del facilitador) debido a la baja prevalencia de consumo de esta forma de tabaco en México.

En el apartado de “hechos sobre otras formas de tabaco y mezclas para fumar”, se cambió el hecho que señala que “*La exposición al humo de segunda mano provoca más de 3,000 muertes por cáncer de pulmón entre no fumadores en los Estados Unidos cada año, y está ligado a hasta 60,000 ataques al corazón fatales cada año*” por el siguiente hecho nacional “*El riesgo de padecer bronconeumopatías infantiles se incrementa casi 1,000 veces en familias donde uno o más miembros del núcleo familiar fuma en las proximidades de los niños*” y “*El riesgo de muerte por cáncer de pulmón en no fumadores expuestos de manera permanente al humo del tabaco fumado por otros se incrementa en un 30%*” (INPRFM, INSP, & SSA, 2012).

En la actividad tres de la lección dos, hacía referencia a los productos de tabaco sin combustión, tales como goma de mascar, entre otros, por lo que se procedió a eliminar dicha actividad. Así mismo, en el material del facilitador que hace referencia a estos productos, se procedió a eliminarlos.

En el Material para el facilitador de la página 39 ¿Qué te puede suceder cuando consumes marihuana? (material visual de muestra), en el apartado de la primera vez, se eliminó la opción “Nada”, debido a que se considera una desinformación para el participante.

En la lección número 4, en el apartado que hace referencia a la publicidad del uso de sustancias, se eliminó la información relacionada a la publicidad del tabaco, debido a

que las leyes actuales, de acuerdo con la OMS (2013) exhortó a los países, incluyendo a México, a que prohíban todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco para ayudar a reducir el número de consumidores de tabaco, con el propósito de proteger a los jóvenes. Así mismo, en la sección uno de actividades de la sesión 5, se eliminaron los guiones que hacían alusión a los anuncios de tabaco y se cambió la palabra “vino” por “bebidas preparadas”. En la sección de actividades de la lección 5 se cambió la palabra “afiche” por “ficha informativa”. Por otro lado, en la sección de actividades de la lección 6, se modificó la palabra “chévere” por “buena onda” ya que fue sugerido por un estudiante. Algunas de las modificaciones se observan en la tabla 1.

Tabla 1.

Adaptaciones de materiales del Project Alert

No.	Original	Adaptación
Sesión		
1	<i>“Otras formas de tabaco y mezclas para fumar: Tabaco sin humo”.</i>	Se elimina dada la baja o nula prevalencia de esa forma de consumo de tabaco.
1	Hechos sobre otras formas de tabaco y mezclas para fumar hechos sobre otras formas de tabaco y mezclas para fumar: <i>“La exposición al humo de segunda mano provoca más de 3,000 muertes por cáncer de pulmón entre no fumadores en los Estados Unidos cada año, y está ligado a hasta 60,000 ataques al corazón fatales cada año”.</i>	Se cambió por: <i>“El riesgo de padecer bronco-neumopatías infantiles se incrementa casi 1,000 veces en familias donde uno o más miembros del núcleo familiar fuma en las proximidades de los niños”</i> y <i>“El riesgo de muerte por cáncer de pulmón en no fumadores expuestos de manera permanente al humo del tabaco fumado por otros se incrementa en un 30%”.</i>

Tabla 1.

Adaptaciones de materiales del Project Alert (Continuación)

No.	Original	Adaptación
	Material del Facilitador	
2	¿Qué te puede suceder cuando consumes marihuana?	Se eliminó la opción: “Nada”
4	Publicidad del uso de sustancias	Se elimina, por las leyes actuales de contenido en publicidad.
5	“Vino”	Se cambió por “Bebidas preparadas”
6	“Afiche”	Se cambió por “ficha informativa”
7	“Chevere”	Se cambió por “buena onda”

Segunda Etapa: Evaluación del Project Alert**Diseño del Estudio.**

La segunda fase del estudio consistió en un diseño cuasiexperimental, con un grupo control, en ese sentido, la variable independiente estuvo representada por la intervención adaptada Project Alert (X_1), mientras que las variables dependientes fueron, las actitudes hacia el consumo de AOD (Y_1), norma subjetiva (Y_2) hacia el consumo de AOD y el control conductual para resistir el consumo de AOD (Y_3) y al final representando a la variable resultado, la intención de no consumir AOD (Y_4) y el no consumo de AOD (Y_5). Se contó con un grupo experimental donde se administró la intervención de Project Alert y grupo control al cual se le proporcionó información sobre drogas. La selección de los participantes se realizó y la asignación a los grupos fue por conveniencia (Burns & Grove, 2013). Para conocer el efecto de la intervención, se

realizó una medición inicial antes de la intervención y otra medición al término de la misma (Tabla 2).

Tabla 2.

Diseño Cuasi-Experimental con grupo control

Grupo	Pre-Test		Post-Test
Experimental	1 ^{era} Medición	TE	2 ^{da} Medición
Control	1 ^{era} Medición	TC	2 ^{da} Medición

Nota: TE= Tratamiento Experimental, TC= Tratamiento Control

Población, Muestreo y Muestra.

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de primer grado de secundaria del municipio de Monterrey, Nuevo León. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se eligió a un grupo de estudiantes para participar en la intervención y otro grupo que sirvió como el control, no obstante, se cuidó la homogeneidad entre los grupos (Polit & Hungler, 2000). Se realizó cálculo de muestra a través del paquete estadístico nQuery Advisor 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede, & Futheringham, 2000), con una prueba bilateral para dos muestras relacionadas con un nivel de confiabilidad del 95%, y un tamaño de efecto mediano de acuerdo con Cohen (1988) de $d= 0.60$ y una potencia del 90%, cabe señalar que se consideró una tasa de no respuesta del 5%, la muestra final fueron 54 estudiantes para el grupo experimental y 49 para el grupo control, de los cuales se mantuvo a 48 en el primero y 48 en el segundo, lo que corresponde a una tasa de retención del 88% y 98% respectivamente.

Criterios de Exclusión y Eliminación.

Se consideraron como criterios de exclusión: diagnóstico de enfermedad mental subyacente siempre y cuando sea referida por la institución educativa y ser repetidor de grado (Rose et al., 1983); o haber participado en cualquier intervención preventiva relacionada al consumo de drogas al menos en un año previo, no obstante, no se presentó ningún caso. Así mismo, se eliminaron seis participantes del grupo experimental que no

cumplieron con el total de las sesiones y un estudiante que no se presentó a la segunda medición del grupo control.

Instrumentos y Mediciones

Para el presente estudio se utilizó una cédula de datos (Apéndice G), con preguntas acerca de las características sociodemográficas de los participantes, tales como edad, sexo, grado escolar y ocupación.

Se utilizó además la Escala de Medición de Intenciones y Uso de Drogas (EMIUD) (Apéndice H), para medir las actitudes, norma subjetiva, control conductual e intención de consumo de drogas en general. Dicha escala fue diseñada y validada por Rodríguez-Kuri, et. al (2007).

Escala de Medición de Intenciones y Uso de Drogas (EMIUD).

El EMIUD, como se mencionó anteriormente permite la medición de las variables de actitud, norma subjetiva, control conductual e intención para el consumo de drogas, el cual ha sido diseñado y aplicado en estudiantes mexicanos por Rodríguez-Kuri et al. (2007). Es un cuestionario auto-aplicable que consta de cuatro apartados que miden cada una de las variables (actitudes, norma subjetiva, control conductual e intención), con dos sub-escalas cada uno, a excepción de la intención.

Para medir la actitud se utilizaron dos sub-escalas, la primera se enfoca en creencias sobre las consecuencias del consumo de drogas, consta de 13 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde no es probable hasta muy probable (Ejemplo: ¿En tu opinión usar alguna droga te podría ayudar a olvidar tus problemas?), la segunda sub-escala sobre evaluación de las consecuencias, consta de igual forma de 13 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde, no es importante hasta es muy importante (Ejemplo: ¿Qué tan importante ha sido para ti, olvidarte de tus problemas?). Para el análisis de la actitud, en primer lugar, se obtuvieron índices con valores de 0 a 100 de las creencias y la evaluación, cuya interpretación fue a mayor puntuación mayor son las creencias y la evaluación, posteriormente la actitud resultó de la multiplicación

de estos índices divididos entre 100, tomando valor de 0 a 100. Lo que indica que a mayor puntuación mayor es la actitud para el consumo de drogas.

La norma subjetiva, se midió con dos sub-escalas, la primera, creencias normativas, con cuatro reactivos y tres opciones de respuesta, falso, ni cierto ni falso y cierto (Ejemplo: ¿Tus mejores amigos o familiares piensan que alguna vez tú podrías probar alguna droga?). La motivación para ajustarse a las creencias, constan de cuatro reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde nunca, hasta siempre (Ejemplo: ¿Con respecto a consumir o no qué tan dispuesto estas a seguir los consejos o hacer lo que esperan de ti, tus amigos o familiares?).

Para el análisis de la norma subjetiva, en primer lugar, se obtuvieron índices con valores de 0 a 100 de las creencias normativas y la motivación, donde su interpretación estuvo en función que a mayor puntuación mayores son las creencias normativas y la motivación para ajustarse a dichas creencias, posteriormente la norma subjetiva resulta de la multiplicación de estos índices divididos entre 100, tomando valor de 0 a 100. Lo que indica que a mayor puntuación mayor es la norma subjetiva para el consumo de drogas.

El control conductual, consta de dos sub-escala, de 15 reactivos cada una, con cinco opciones de respuesta. Las creencias del control cuentan con opciones de respuesta que van desde nunca hasta con mucha frecuencia (Ejemplo: ¿Con qué frecuencia has ido a fiestas en las cuales es posible que haya habido drogas?). La fuerza percibida de control, tiene como opciones de respuesta, no la probaría, no creo que la probaría, no sé, tal vez la probaría y segura la probaría (Ejemplo: ¿Probarías alguna droga si tuvieras curiosidad por conocer sus efectos?).

El control conductual percibido se obtuvo de la sumatoria del producto de las calificaciones de las creencias del control y de la fuerza percibida del control. Para obtener la puntuación de las creencias del control y la fuerza percibida se convirtió en índices, donde su interpretación estuvo en función que, a mayor puntuación mayores son

las creencias del control y la fuerza percibida, posteriormente el control conductual percibido resultó de la multiplicación de estos intervalos entre 100, tomando valor de 0 a 100. Lo que indicó que a mayor puntuación menor es el control conductual para el consumo de drogas.

La intención para el consumo de drogas se midió a partir de una pregunta con cinco opciones de respuesta (no es probable, es poco probable, es más o menos probable, es probable y es muy probable), diferenciada para quienes han consumido drogas y para quienes no lo han hecho (Si no has usado nunca drogas ¿Qué tan probables es que llegues a probarlas? o Si las has usado, ¿Qué tan probable es que vuelvas a hacerlo?), no obstante para este estudio solo se utilizó para quienes nunca han consumido drogas.

Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios en adolescentes en México, pero además de otros países como Colombia, en los cuales se reportan índices de confiabilidad aceptables que van de $\alpha = 0.90$ a $\alpha = 0.94$ (Alvarado, Lucero, & Salinas, 2013; Guzmán et al., 2014; López-Cisneros et al., 2013; Melo Hurtado & Castanheira Nascimento, 2010; Noriega et al., 2014; Rodríguez et al., 2011; Velázquez Altamirano, Arellanez Hernández, & Martínez García, 2012).

Intervención Project ALERT.

El Project Alert es considerado una intervención universal y selectiva (National Registry of Evidence-based Programs and Practices, 2006), cuyo currículum se basa: en 1) cambiar las creencias acerca de las normas del uso de drogas y las consecuencias sociales, emocionales y físicas del uso de drogas; 2) ayudar a los adolescentes a identificar y resistir las presiones sociales (padres, amigos, medios de comunicación, etc.) que promueven el uso de drogas; y 3) desarrollar habilidades de autoeficacia para resistir el consumo de drogas, es decir, la creencia de que se puede resistir al consumo de drogas de manera exitosa (Ellickson et al., 2003). De esta manera, el programa está diseñado para adolescentes de secundaria (Middle School, 7th), y su objetivo es reducir la incidencia y la prevalencia del uso de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables.

La intervención consistió en 11 sesiones, cada una con una duración de 40 minutos, distribuidas a lo largo de 5 semanas (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de las sesiones del Project Alert.

Semana	Sesión
1	1. Introducción al Project Alert
	2. Consecuencias del uso de tabaco y marihuana
2	3. Consecuencias de beber alcohol y alternativas
	4. Introducción a las presiones
3	5. Presiones sociales para el uso de drogas
	6. Resistir presiones internas y externas para el uso de drogas
4	7. Práctica de habilidades de resistencia
	8. Revisión y práctica de las técnicas de resistencia
	9. Abuso de inhalantes
5	10. Dejar de fumar
	11. Beneficios del no uso de drogas

El progreso de la intervención consistió en actividades para motivar a los estudiantes a desarrollar actitudes y creencias de no consumo de drogas, y brindarles habilidades y estrategias para resistir las presiones de consumo. A continuación, se presentan en la tabla 4 un resumen de las 11 sesiones del Project Alert.

Tabla 4.

Descripción de las Sesiones del Project Alert

No.	Sesión	Actividades
1	Introducción al Project Alert	Clarificación de porque las personas usan y no usan drogas
2	Consecuencias del uso de tabaco y marihuana	Motivar a los estudiantes a resistir el uso de drogas identificando consecuencias a corto y a largo plazo Incrementar la percepción sobre la afectación del uso de tabaco y marihuana en la vida diaria y en las relaciones sociales
3	Consecuencias de beber alcohol y alternativas	Identificar razones por las que las personas beben, discusión de consecuencias del consumo de alcohol, demostrar similitudes entre el uso de alcohol y la marihuana, presentación de como el alcohol es utilizado para encubrir determinados sentimientos, lluvia de ideas
4	Introducción a presiones	Marca la transición hacia la construcción de habilidades, ayuda a la resistencia del uso de drogas por medio de la identificación de las diferentes presiones y de donde provienen, contrarresta las creencias que cada quien usa por medio de una encuesta de información que indica que la mayoría de los adolescentes no utiliza drogas
5	Presiones sociales para el uso de drogas	Proporciona el primer ejemplo del modelaje, práctica y estrategias de retroalimentación, utilizados a través de un currículum, identifica las presiones para el uso de drogas, enseña habilidades de resistencia y facilita el decir “no” en situaciones sociales

Tabla 4.

Descripción de las Sesiones del Project Alert (Continuación)

No.	Sesión	Actividades
6	Resistir presiones para el uso de drogas	Identificar presiones internas para el uso de drogas, los estudiantes discuten y practican técnicas de resistencia para las presiones internas y externas.
7	Práctica de habilidades de resistencia	Facilitar prácticas de presiones externas para el uso de drogas, presenta alternativas adicionales para resistir la presión, anima a los estudiantes a expresar abiertamente sus sentimientos sobre ser capaz de para resistir las presiones internas
8	Abuso de inhalantes	Introducción a los inhalantes, muestra a los estudiantes como protegerse ellos mismos de inhalación accidental de inhalantes, discusión de las consecuencias físicas del uso de inhalantes, identifica las maneras para resistir la experimentación con inhalantes
9	Revisión y práctica de las técnicas de resistencia	Reforzamiento temprano por medio de la revisión de las técnicas de resistencia y facilitar las prácticas de resistencia, introducción del concepto de los beneficios del no uso de drogas
10	Dejar de fumar	Identifica porque es difícil dejar de fumar, ofrece técnicas para dejar el tabaco y el cambio general de conductas
11	Beneficios del no uso de drogas	Revisión y reforzamiento sobre las consecuencias negativas del uso de drogas, motiva la resistencia por medio de la revisión de los beneficios del no uso de drogas, realizar compromisos escritos de los estudiantes

A continuación en la figura 7, se observa el Modelo Lógico de la Intervención el cual está basado en las proposiciones que guiaron la presente investigación, así como los conceptos de la TRMICADA, de manera que se reflejan los componentes esenciales de la intervención, así como los objetivos de esta. Además en la tabla 5 se señalan el total de sesiones y su interrelación con las variables de la TRMCAODA y el modelo lógico.

Tabla 5

Interrelación de las Sesiones de la Intervención

<i>Conceptos de TRMICADA</i>	<i>Lecciones</i>										
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
Actitudes hacia el consumo de AOD		X	x					x		x	x
Norma subjetiva para el consumo de AOD				x	x	x					
Control conductual percibido para el consumo de AOD					x	x	x		x	x	

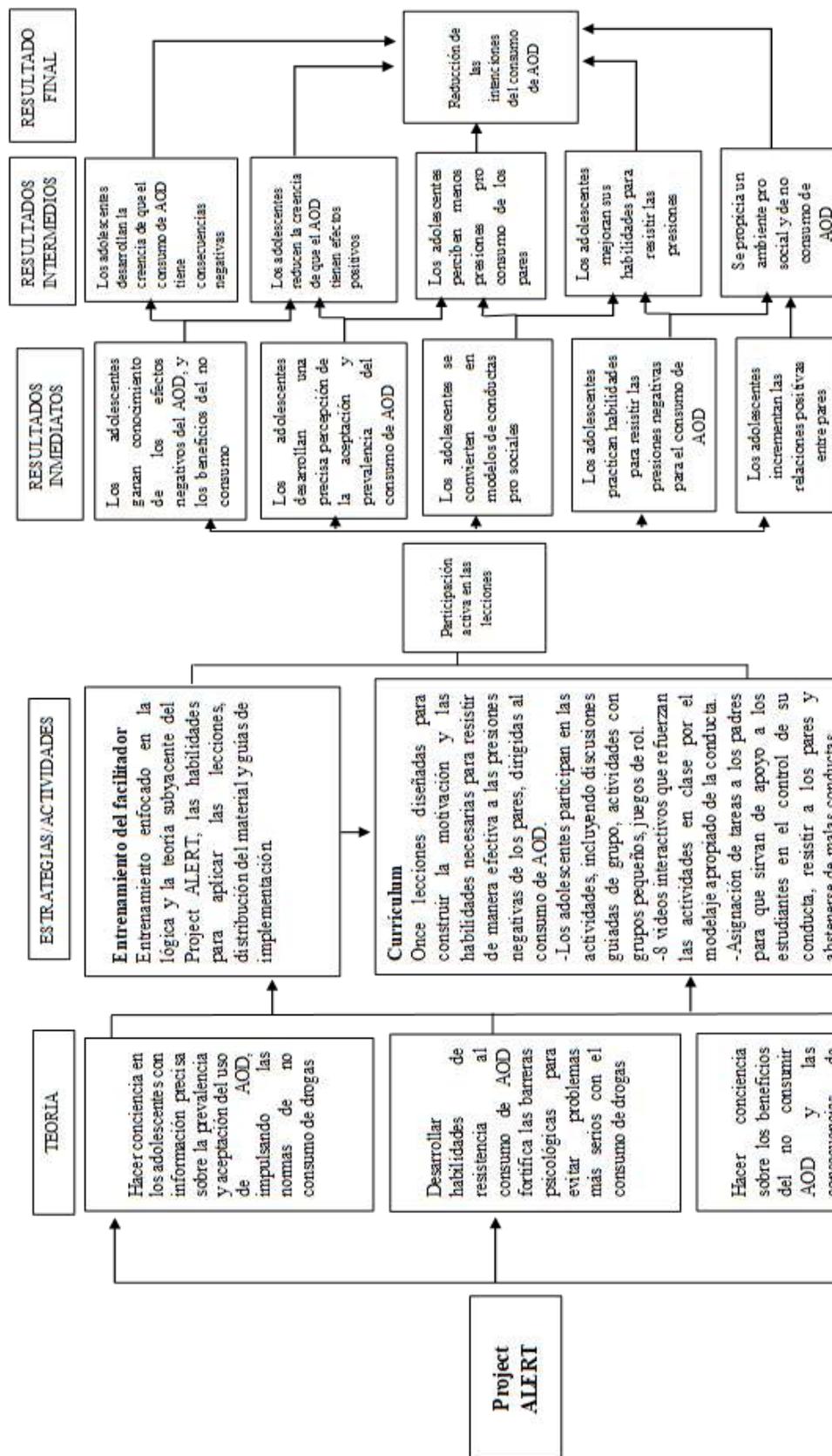


Figura 7. Modelo Lógico de la Intervención

Procedimiento de Recolección de Datos

Inicialmente se sometió el proyecto a evaluación y autorización por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, y al comité de investigación de la misma institución. Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se solicitó permiso de manera formal a los directivos de las instituciones educativas de nivel secundaria en las cuales se llevó a cabo la investigación. Posteriormente se solicitó el listado de grupos de primer grado con el objeto de realizar los procedimientos de muestreo y seleccionar los grupos en los cuales se probó la intervención. Así mismo, de otra escuela secundaria de la región, se seleccionaron a aquellos participantes que integraron el grupo control.

Una vez formados los grupos, se les hizo la invitación a los estudiantes puntualizando que su participación sería totalmente voluntaria. A los que aceptaron, se les entregó un consentimiento informado para los padres o tutores (Apéndice I) y un asentimiento informado para ellos (Apéndice J). A los alumnos seleccionados se explicaron los objetivos de la intervención, la dinámica de los instrumentos, la duración del programa, el número de sesiones y la duración de cada una, así mismo los requisitos necesarios para participar y se resolverán posibles dudas. Cabe mencionar que este mismo procedimiento se realizó tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Una vez conformados los grupos, se inició la intervención en un horario asignado por la institución. Se realizó la primera medición en ambos grupos, iniciando con una explicación clara de la forma de llenado de los instrumentos, cabe mencionar que se contó con el apoyo de dos profesionales de enfermería previamente capacitados para la aplicación de los instrumentos. Una vez llenados los instrumentos se inició con las sesiones. Como motivación para asistir a las sesiones, se les ofreció un pequeño refrigerio al término de la sesión y al finalizar la intervención se organizó una comida con los estudiantes y profesores a manera de agradecimiento.

Para el grupo control inicialmente se proporcionó una breve explicación del procedimiento y se solicitó su participación en el estudio, a los que aceptaron, se les entregaron los instrumentos de la primera medición y se les explicó claramente la forma de llenado de los instrumentos. El horario para llenado de los instrumentos fue asignado por las autoridades académicas. Una vez finalizada la sesión y el llenado de instrumentos se les agradeció su participación, posteriormente se les dio un recordatorio para el llenado de los instrumentos de la segunda medición en las próximas cinco semanas. En la figura 8 se muestra un diagrama de flujo donde se explica la asignación al grupo experimental o control, y el curso de los participantes a través del estudio.

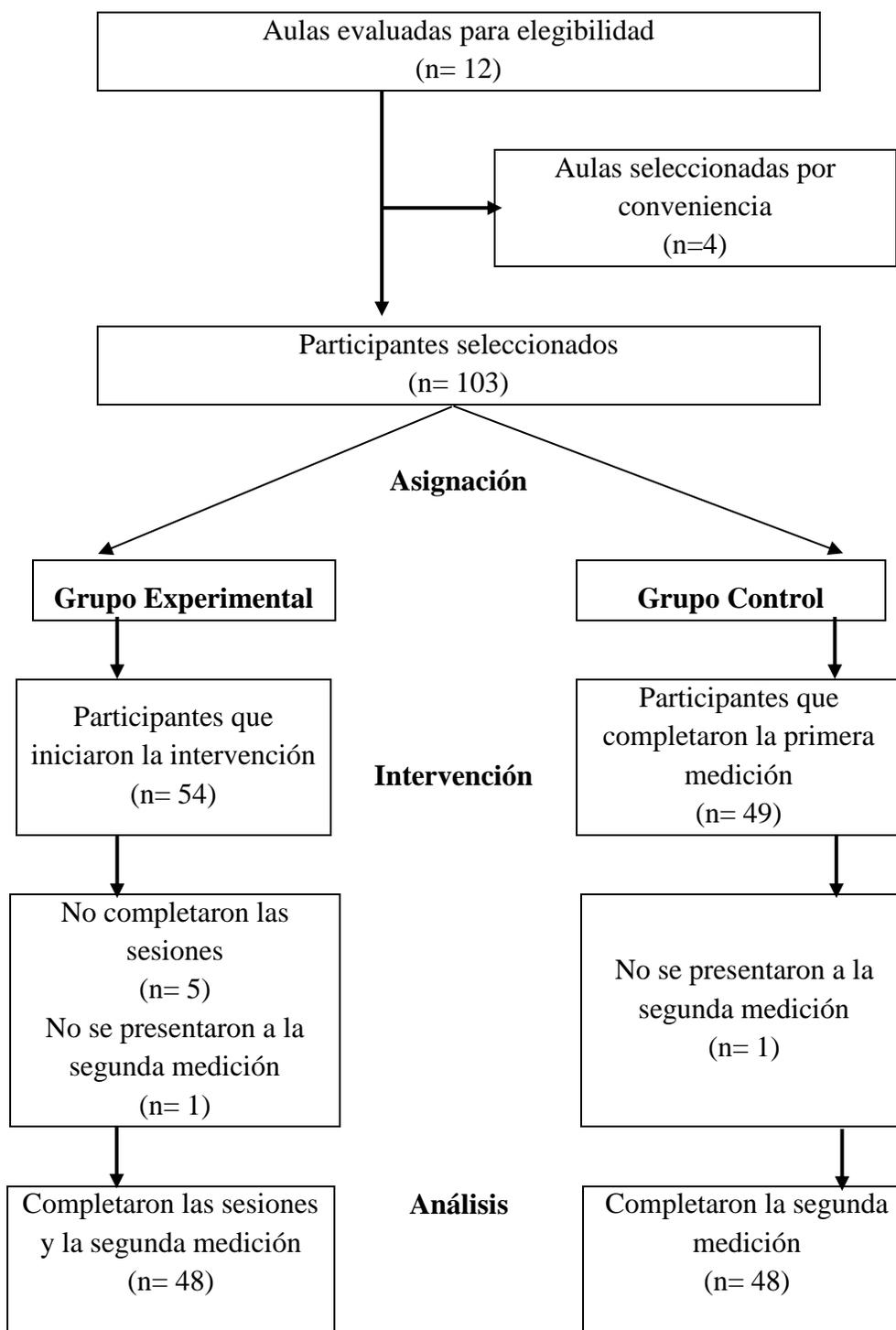


Figura 8. Diagrama de Flujo para la Asignación al Grupo Experimental o Control, y el Curso de los Participantes a través del Estudio

Reclutamiento de los Facilitadores

Se realizó la capacitación Online del investigador principal, con el propósito de adquirir una licencia que constató que se adquirieron los conocimientos y habilidades para implementar la intervención (Apéndice K). Posteriormente se realizó la invitación a dos facilitadores con grado de Maestría en Ciencias de Enfermería para participar en el estudio, una vez que aceptaron se les explicó el objetivo de la investigación, número y las características de las sesiones, así como la duración de la intervención. Una vez aceptada la invitación se adaptó un lugar, a manera de que fuera similar al lugar de la prueba, y se llevó a cabo el entrenamiento de facilitadores, con sesiones de ensayo para perfeccionar las actividades planeadas.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987). En el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde se estipula que en toda investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por tal motivo, se respetó la decisión del estudiante a participar o no en la investigación, así mismo, se procuró un trato respetuoso y profesional con el participante, puntualizando que este podría abandonar la intervención caso de que así lo decidiera.

De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, y el Capítulo III, Artículo 36, se contó por escrito con el consentimiento y asentimiento informado del adolescente, así como de su padre o tutor por ser menor de edad. Esto a fin de considerarlo dentro del estudio. Además, se contó con un dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, además de la autorización de los directivos de los planteles educativos donde se realizó la investigación. En relación con el Capítulo

I, Artículo 16, que sustenta la protección de la privacidad, los datos obtenidos a través de los instrumentos fueron tratados de manera anónima y confidencial.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio es considerado de riesgo mínimo debido a que en algunos casos es probable que se presenten emociones o sentimientos negativos capaces de provocar incomodidad temporal, sin embargo, no se presentaron dichas eventualidades.

En relación con el Capítulo I, Artículo 20, está dispuesto como consentimiento informado el acuerdo por escrito donde se autoriza la participación del sujeto con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección. A este respecto se entregaron por escrito el Consentimiento Informado del Padre o Tutor (Apéndice J) y el Asentimiento Informado del Estudiante (Apéndice K) para el grupo experimental y otros para el grupo control (Apéndice L; Apéndice M). Para que el asentimiento y consentimiento informado se fundamentarán en el Capítulo I, Artículo 21, en sus Fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII y XI. De acuerdo con las fracciones I y II, se describieron los objetivos y procedimientos, así mismo, conforme a las fracciones III y IV, se especificaron los posibles riesgos y beneficios relacionados con la participación en el estudio. Por otra parte, conforme a la Fracción VI, se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información.

En cuanto a la Fracción VII, se informó al participante sobre la libertad de retirarse del estudio sin afectar su condición dentro de la institución a la cual pertenece. De acuerdo con la Fracción VIII, se protegió la confidencialidad de la información y el anonimato del participante, al no identificarlo por su nombre. Con relación a la Fracción XI, se informó que los gastos de la realización de la investigación serían cubiertos completamente por el investigador principal. Para la recolección de datos, se explicó a los directivos la forma de selección de los participantes, señalando que la información

obtenida no afectaría en ningún momento su condición de estudiante dentro de la institución educativa ni con las autoridades.

También se condujo mediante lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57, que señala que los adolescentes son un grupo subordinado en el que el consentimiento informado podría ser influenciado por alguna autoridad. Para la recolección de datos se explicó a los directivos la forma de selección de los participantes, y a éstos se les hizo saber que la información recabada no afectaría su condición de estudiante dentro de la institución educativa ni con las autoridades docentes y administrativas.

Plan de Análisis de los Datos

Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico IBM SPSS versión 24 para Windows, por medio de estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Para conocer la distribución de las variables continuas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Posteriormente una vez obtenidos los resultados de la prueba se utilizó estadística inferencial no paramétrica para los objetivos e hipótesis. Para comparar las mediciones antes y después intra-grupo se utilizó la prueba del signo o de Wilcoxon. Por otra parte, para dar respuesta a las hipótesis y conocer el efecto de la intervención, se utilizaron Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación. En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas de los participantes y las prevalencias de consumo de AOD, Posteriormente se presenta la distribución de las variables, la confiabilidad de las escalas, después la estadística descriptiva e inferencial de las variables de estudio y finalmente, las pruebas de hipótesis.

En la tabla 6 se muestran las características sociodemográficas de los participantes. Así mismo, se realizó la comparación de los grupos, para contrastar la hipótesis de igualdad entre los grupos en función a las variables categóricas de sexo, edad y con quien vive. En este sentido, los resultados indican que no existen diferencias significativas para las variables sociodemográficas ($p > 0.05$).

Tabla 6

Características sociodemográficas de los participantes

Características	Grupo Experimental (n=48)		Grupo Control (n=48)		χ^2	p
	f	%	f	%		
Sexo						
Hombre	24	50.0	23	47.9	.04	.838
Mujer	24	50.0	25	52.1		
Edad						
11	1	2.1	0	0.0	7.0	.069
12	38	79.2	28	58.3		
13	9	18.8	19	39.6		
14	0	0.0	1	2.1		
Vive con						
Mamá y papá	33	68.8	41	85.4	5.7	.126
Mamá	8	16.7	6	12.5		
Papá	1	2.1	0	0.0		
Otros	6	12.5	1	2.1		

Nota: f= Frecuencia, χ^2 = Chi cuadrada, p= Significancia, n=Total de observaciones

Tabla 7

Prevalencias del consumo de Alcohol y otras drogas primera medición

Prevalencias	Grupo Experimental		Grupo Control		χ^2	p
	f	%	f	%		
Alcohol						
Alguna vez	21	43.8	31	64.6	4.19	.041
Último mes	8	16.7	8	16.7	0.0	1.00
Última semana	3	6.3	2	4.2	.211	.646
Tabaco						
Alguna vez	4	8.3	12	25.0	4.80	.028
Último mes	3	6.3	7	14.6	1.78	.181
Última semana	1	2.1	4	8.3	1.89	.168
Marihuana						
Alguna vez	1	2.1	7	14.6	4.90	.027
Último mes	0	0.0	3	6.3	3.09	.078
Última semana	0	0.0	1	2.1	1.01	.315
Inhalables						
Alguna vez	1	2.1	1	2.1	.34	1.0
Último mes	1	2.1	0	0.0	1.01	.315
Última semana	0	0.0	0	0.0	-	-

Nota: f= Frecuencia, = Chi cuadrada, p= Significancia, n=Total de observaciones

En la tabla 7, se muestran los resultados de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en la primera medición. De acuerdo con los resultados, se indica que, existen diferencias significativas en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida de alcohol ($\chi^2=4.19$, $p= .041$), tabaco ($\chi^2=4.08$, $p= .028$) y marihuana ($\chi^2=4.90$, $p= 0.027$), con un mayor consumo en el grupo control. Por otro lado, el consumo de inhalables no mostró diferencias estas diferencias. En cuanto al consumo en el último mes, y en la última semana, no se reportaron diferencias significativas para el consumo de las cuatro sustancias.

Distribución de las variables

Tabla 8

Prueba de normalidad para las variables continuas primera medición

Variable	n= 96	\bar{X}	Mdn	DE	Min.	Max.	D ^a	p
Alcohol								
Actitudes		5.8	2.3	9.5	0.0	48.1	.268	.001
Creencias sobre el consumo		55.8	56.7	18.53	7.69	92.31	.092	.046
Evaluación de las creencias		10.2	3.8	14.92	.00	59.62	.246	.001
Norma subjetiva		7.5	0.3	13.2	0.0	62.5	.284	.001
Creencias normativas		31.9	25.0	30.2	0.0	100.0	.167	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		16.9	6.2	24.7	0.0	100.0	.246	.001
Control conductual		6.9	2.0	10.9	0.0	51.9	.262	.001
Creencias de control		18.1	16.6	15.0	0.0	65.0	.116	.001
Fuerza percibida del control		24.7	15	25.6	0.0	91.6	.186	.001
Intención conductual		2.1	2.0	1.3	1.0	5.0	.246	.001
Tabaco								
Actitudes		4.9	0.0	9.5	0.0	47.7	.318	.001
Creencias sobre el consumo		55.8	56.7	18.5	7.69	92.31	.092	.046
Evaluación de las creencias		8.4	0.0	15.7	.00	65.3	.312	.001
Norma subjetiva		5.5	0.0	14.0	0.0	75.0	.360	.001
Creencias normativas		20.9	0.0	29.1	0.0	100.0	.285	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		15.7	0.0	27.9	0.0	100.0	.310	.001
Control conductual		5.6	0.0	11.2	0.0	59.5	.331	.001
Creencias de control		13.7	6.6	16.1	0.0	65	.207	.001
Fuerza percibida de control		18.1	2.5	25.4	0.0	91.6	.277	.001
Intención conductual		1.5	1.0	1.0	1.0	5.0	.410	.001

Nota: \bar{X} = Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar, D^a= Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, p= .001= <.001.

Tabla 8

Prueba de normalidad para las variables continuas primera medición (Continuación)

Variable	n= 96	\bar{X}	Mdn	DE	Min.	Max.	D ^a	p
Marihuana								
Actitudes		4.6	0.0	9.5	0.0	47.7	.314	.001
Creencias sobre el consumo		55.8	56.7	18.5	7.6	92.3	.092	.046
Evaluación de las creencias		7.9	0.0	15.2	0.0	69.23	.302	.001
Norma subjetiva		2.1	0.0	5.4	0.0	31.2	.420	.001
Creencias normativas		9.6	0.0	19.1	0.0	100	.390	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		12.4	6.2	15.2	0.0	62.5	.207	.001
Control conductual		2.4	0.0	6.6	0.0	40.0	.410	.001
Creencias de control		8.5	5	12.5	0.0	61.67	.249	.001
Fuerza percibida de control		10.8	0.0	19.5	0.0	71.6	.334	.001
Intención conductual		1.2	1.0	0.7	1.0	5.0	.495	.001
Inhalables								
Actitudes		3.1	0.0	8.0	0.0	47.7	.349	.001
Creencias sobre el consumo		55.8	56.7	18.5	7.6	92.3	.092	.046
Evaluación de las creencias		5.4	0.0	13.76	0.0	7.8	.349	.001
Norma subjetiva		0.8	0.0	3.4	0.0	25.0	.489	.001
Creencias normativas		7.2	0.0	15.4	0.0	100.0	.411	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		9.8	0.0	25.5	0.0	100.0	.442	.001
Control conductual		0.8	0.0	2.7	0.0	15.0	.405	.001
Creencias de control		4.8	1.6	8.19	0.0	45	.278	.001
Fuerza percibida de control		7.0	0.0	14.81	0.0	65	.350	.001
Intención conductual		1.1	1.0	0.52	1.0	5.0	.521	.001

Nota: \bar{X} = Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar, D^a= Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, p= .001= <.001.

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con Corrección de

Lilliefors para determinar si existía normalidad en la distribución de las variables continuas. En la tabla 8 se reportan los resultados, en este sentido, el total de las variables no mostró distribución normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para las pruebas de hipótesis.

Tabla 9

Prueba de normalidad para las variables continuas segunda medición

Variable	n= 96	\bar{x}	Mdn	DE	Min.	Max.	D^a	p
Alcohol								
Actitudes		4.4	0.25	9.0	0.0	60.2	.311	.001
Creencias sobre el consumo		46.8	46.1	19.3	0.0	100.0	.072	.200
Evaluación de las creencias		8.9	1.9	15.8	0.0	71.1	.246	.001
Norma subjetiva		7.5	0.3	13.2	0.0	62.5	.271	.001
Creencias normativas		27.6	25.0	28.6	0.0	87.5	.208	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		13.6	6.2	16.5	0.0	75.0	.234	.001
Control conductual		6.9	2.0	10.9	0.0	51.9	.283	.001
Creencias de control		17.6	13.3	16.8	0.0	60.0	.148	.001
Fuerza percibida del control		21.6	6.6	27.5	0.0	100.0	.220	.001
Intención conductual		2.1	2.0	1.3	1.0	5.0	.333	.001
Tabaco								
Actitudes		3.9	0.0	9.4	0.0	63.4	.337	.001
Creencias sobre el consumo		7.5	0.0	16.2	0.0	75.0	.072	.200
Evaluación de las creencias		8.4	0.0	15.7	.00	65.3	.330	.001
Norma subjetiva		5.5	0.0	14.0	0.0	75.0	.359	.001
Creencias normativas		18.7	0.0	26.6	0.0	100.0	.322	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		10.3	0.0	17.7	0.0	75.0	.335	.001
Control conductual		5.6	0.0	11.2	0.0	59.5	.347	.001
Creencias de control		12.3	3.3	7.2	0.0	65.0	.241	.001

Nota: \bar{x} = Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar, D^a = Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, $p=.001= <.001$.

Tabla 9

Prueba de normalidad para las variables continuas segunda medición (Continuación)

Variable	n= 96	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min.	Max.	D^a	<i>p</i>
Fuerza percibida de control		15.1	0.0	25.7	0.0	100.0	.322	.001
Intención conductual		1.5	1.0	1.0	1.0	5.0	.457	.001
Marihuana								
Actitudes		3.8	0.0	9.5	0.0	63.4	.348	.001
Creencias sobre el consumo		46.8	46.1	19.3	0.0	100.0	.072	.200
Evaluación de las creencias		7.5	0.0	16.2	0.0	75.0	.325	.001
Norma subjetiva		2.1	0.0	5.4	0.0	31.2	.444	.001
Creencias normativas		12.6	0.0	22.6	0.0	100.0	.388	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		7.4	0.0	15.8	0.0	75.0	.420	.001
Control conductual		2.4	0.0	6.6	0.0	40.0	.385	.001
Creencias de control		7.5	1.6	12.8	0.0	58.3	.278	.001
Fuerza percibida de control		11.2	0.0	22.2	0.0	96.6	.392	.001
Intención conductual		1.2	1.0	0.7	1.0	5.0	.508	.001
Inhalables								
Actitudes		2.8	0.0	8.4	0.0	63.4	.368	.001
Creencias sobre el consumo		46.8	46.1	19.3	0.0	100.0	.072	.046
Evaluación de las creencias		5.2	0.0	13.4	0.0	75.0	.369	.001
Norma subjetiva		0.89	0.0	3.4	0.0	25.0	.484	.001
Creencias normativas		10.0	0.0	21.1	0.0	100.0	.303	.001
Motivación para ajustarse a las creencias		5.1	0.0	14.3	0.0	75.0	.452	.001
Control conductual		0.8	0.0	2.7	0.0	15.0	.404	.001
Creencias de control		4.7	0.0	9.2	0.0	58.3	.278	.001
Fuerza percibida de control		7.3	0.0	18.0	0.0	96.6	.398	.001
Intención conductual		1.1	1.0	0.52	1.0	5.0	.536	.001

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, D^a = Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, $p=.001 < .001$.

Los resultados de la prueba de normalidad en la segunda medición fueron similares a la primera, ya que el total de las variables no presentaron una distribución normal, cabe mencionar que estos resultados apoyan el uso de estadística no paramétrica para dar respuesta a las hipótesis de estudio (tabla 9).

Confiabilidad de las Escalas

A continuación, se presenta la confiabilidad de las escalas a través del Coeficientes de Alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna de las sub-escalas utilizadas para la investigación. De acuerdo con los coeficientes reportados en la primera y segunda medición, como se observa en la tabla 10. El total de las sub-escalas presentaron un coeficiente de consistencia interna aceptable. Cabe destacar que el instrumento ya había sido utilizado con anterioridad en poblaciones similares, cuyos resultados en función a la consistencia interna apoyan a la escala.

Tabla 10

Consistencia interna de las escalas y sub-escalas

Escala (n=96)	Reactivos	α^*	α^{**}
Alcohol			
Actitudes			
Creencias sobre el consumo	13	.82	.83
Evaluación de las creencias	13	.90	.93
Norma subjetiva			
Creencias normativas	4	.87	.69
Motivación para ajustarse a las creencias	4	.88	.81
Control conductual			
Creencias de control	15	.85	.90
Fuerza percibida del control	15	.96	.97
Tabaco			
Actitudes			
Creencias sobre el consumo	13	.82	.82

Nota: α = Alpha de Crombach, *primera medición, ** segunda medición, n=Total de observaciones

Tabla 10

Consistencia interna de las escalas y sub-escalas (Continuación).

Escala (n=96)	Reactivos	α^*	α^{**}
Evaluación de las creencias	13	.93	.94
Norma subjetiva			
Creencias normativas	4	.79	.73
Motivación para ajustarse a las creencias	4	.93	.79
Control conductual			
Creencias de control	15	.91	.93
Fuerza percibida de control	15	.97	.97
Marihuana			
Actitudes			
Creencias sobre el consumo	13	.82	.83
Evaluación de las creencias	13	.93	.94
Norma subjetiva			
Creencias normativas	4	.72	.73
Motivación para ajustarse a las creencias	4	.93	.80
Control conductual			
Creencias de control	15	.83	.90
Fuerza percibida de control	15	.97	.97
Inhalables			
Actitudes			
Creencias sobre el consumo	13	.82	.82
Evaluación de las creencias	13	.93	.94
Inhalables			
Actitudes			
Creencias sobre el consumo	13	.82	.82
Evaluación de las creencias	13	.93	.94
Norma subjetiva			
Creencias normativas	4	.60	.82

Nota: α = Alpha de Crombach, *primera medición, ** segunda medición, n=Total de observaciones

Tabla 10

Consistencia interna de las escalas y sub-escalas (Continuación).

Escala (n=96)	Reactivos	α^*	α^{**}
Motivación para ajustarse a las creencias	4	.94	.93
Control conductual			
Creencias de control	15	.81	.84
Fuerza percibida de control	15	.96	.97
Intención de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables	4	.83	.87

Nota: α = Alpha de Crombach, *primera medición, ** segunda medición, n=Total de observaciones

Estadística Descriptiva e Inferencial

En el presente apartado se presentan los resultados para las variables de estudio, diferenciadas por grupo experimental y control, así mismo, se realizó un contraste entre la primera y segunda medición por medio de la prueba de Wilcoxon. Esta prueba fue aplicada para cada una de las variables de actitud, norma subjetiva, control conductual e intención de consumo.

Tabla 11

Actitudes hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental

Actitudes	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Actitudes hacia consumo de Alcohol	6.5	3.3	9.9	3.5	0.0	9.8	-1.9	.048
Actitudes hacia consumo de Tabaco	4.7	0.0	8.8	2.6	0.0	6.2	-1.9	.050
Actitudes hacia consumo de Marihuana	4.7	0.0	8.8	2.8	0.0	6.4	-1.7	.075
Actitudes hacia consumo de Inhalables	2.3	0.0	6.8	2.1	0.0	5.7	-0.8	.376

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar n=96.

De acuerdo con la tabla 11, se muestra una comparación entre primera y segunda medición de las actitudes hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en el grupo experimental se puede apreciar una disminución en segunda medición para las actitudes hacia las cuatro drogas. No obstante, solamente las actitudes hacia el consumo de alcohol (de $\bar{X}_1=6.5$ a $\bar{X}_2=3.5$, $Z=-1.9$, $p=.048$) y tabaco (de $\bar{X}_1=4.7$ a $\bar{X}_2=2.6$, $Z=-1.9$, $p=.050$) mostraron diferencias significativas después de la intervención en el grupo experimental.

Tabla 12

Actitudes hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control

Actitudes	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Actitudes hacia consumo de Alcohol	5.2	0.7	9.1	5.3	0.9	10.7	-0.01	.989
Actitudes hacia consumo de Tabaco	5.0	0.0	10.3	5.2	0.0	11.6	-0.2	.823
Actitudes hacia consumo de Marihuana	4.1	0.0	9.8	4.8	0.0	11.8	-0.05	.959
Actitudes hacia consumo de Inhalables	3.4	0.0	9.1	3.4	0.0	10.4	-0.3	.733

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, n=96

En la tabla 12 se muestra las actitudes de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control, los resultados muestran que no se mostraron diferencias significativas. Cabe mencionar que todas las variables, aunque sin significancia, presentaron una disminución en la segunda medición.

Tabla 13

Norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental

	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Alcohol								
Creencias Normativas	29.4	18.7	32.7	22.9	12.5	26.9	-1.2	.215
Motivación para Ajustarse	20.4	6.2	29.7	11.1	6.2	15.5	-0.6	.936
Norma Subjetiva	8.4	0.0	16.0	3.2	0.0	6.4	-2.1	.032
Tabaco								
Creencias Normativas	14.3	0.0	26.9	12.5	0.0	21.7	-0.2	.045
Motivación para Ajustarse	19.7	0.0	34.0	6.2	0.0	14.4	-2.0	.234
Norma Subjetiva	5.3	0.9	14.9	1.8	0.0	8.2	-1.1	.234
Marihuana								
Creencias Normativas	5.6	0.0	13.3	7.5	0.0	14.9	-0.7	.438
Motivación para Ajustarse	7.1	6.2	9.2	4.6	0.0	12.3	-2.1	.033
Norma Subjetiva	5.3	0.0	2.8	0.6	0.0	2.9	.06	.504
Inhalables								
Creencias Normativas	4.1	0.0	10.0	.1	0.0	10.0	-0.0	.936
Motivación para Ajustarse	15.2	0.0	33.1	3.6	0.0	11.7	-2.0	.040
Norma Subjetiva	1.0	0.0	4.3	0.1	0.0	0.7	-1.2	.223

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar
n= 96

En la tabla 13 se muestra los resultados de la norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental, se observan diferencias significativas para la norma subjetiva del consumo de alcohol, destacando menores medias y medianas en la segunda medición (de $\bar{X}_1=8.4$ a $\bar{X}_2=3.2$, $Z=-2.1$, $p=.032$), estas diferencias no se observaron para el consumo de tabaco, marihuana e inhalables. No obstante, en función a las sub-escalas, se

presentaron diferencias significativas para las creencias normativas hacia el consumo de tabaco (de $\bar{X}_1=14.3$ a $\bar{X}_2=12.5$, $p=.045$), así como la motivación para ajustarse a las creencias del consumo de marihuana (de $\bar{X}_1=7.1$ a $\bar{X}_2=4.6$, $p=.033$) e inhalables (de $\bar{X}_1=15.2$ a $\bar{X}_2=3.6$, $p=.040$).

Tabla 14

Norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control

	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Alcohol								
Creencias Normativas	34.3	25.0	27.5	32.2	25.0	29.7	-0.4	.643
Motivación para Ajustarse	13.5	6.2	18.1	16.0	12.5	17.4	-1.2	.201
Norma Subjetiva	6.7	1.5	9.8	7.2	2.7	9.9	-0.5	.564
Tabaco								
Creencias Normativas	27.6	25.0	23.0	25.0	12.5	27.6	-0.3	.715
Motivación para Ajustarse	11.7	3.1	19.4	14.4	6.2	19.8	-1.1	.264
Norma Subjetiva	5.7	0.0	13.2	6.0	0.0	12.7	-0.2	.784
Marihuana								
Creencias Normativas	13.5	0.0	23.0	17.7	0.0	27.6	-1.2	.211
Motivación para Ajustarse	17.7	12.5	18.0	10.1	0.0	19.8	-2.4	.015
Norma Subjetiva	3.2	0.0	7.1	4.2	0.0	9.8	-0.8	.395
Inhalables								
Creencias Normativas	10.4	0.0	19.0	15.8	0.0	27.0	-1.5	.132
Motivación para Ajustarse	4.5	0.0	12.9	6.6	0.0	16.6	-0.8	.423
Norma Subjetiva	0.7	0.0	7.1	2.2	0.0	7.4	-0.9	.348

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, n=96.

En la tabla 14 se muestra los resultados de la norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control,

en general no se mostraron diferencias significativas de la norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables entre la primera y segunda medición.

Tabla 15

Control conductual del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental

	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Alcohol								
Creencias de control	15.6	12.5	13.3	12.9	10.8	12.7	-1.2	.211
Fuerza percibida de control	20.7	11.6	23.8	13.3	2.5	21.9	-1.8	.058
Control conductual	5.2	0.9	9.7	4.1	0.2	9.4	-0.7	.461
Tabaco								
Creencias de control	9.8	6.6	12.0	5.2	1.6	8.8	-3.0	.002
Fuerza percibida de control	10.7	0.0	20.8	4.5	0.0	13.8	-2.0	.041
Control conductual	2.9	0.0	8.5	1.1	0.0	0.0	-1.9	.050
Marihuana								
Creencias de control	6.7	5.0	10.5	2.8	0.0	5.0	-2.5	.012
Fuerza percibida de control	5.3	0.0	10.7	3.5	0.0	12.0	-1.4	.218
Control conductual	3.2	0.0	7.1	0.53	0.0	2.5	-1.0	.276
Inhalables								
Creencias de control	4.0	0.0	6.9	1.6	0.0	3.6	-2.0	.045
Fuerza percibida de control	4.9	0.0	11.8	2.4	0.0	10.9	-1.4	.155
Control conductual	0.6	0.0	2.1	0.36	0.0	2.0	-0.9	.328

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, n=96

En la tabla 15 se presentan los resultados para el control conductual para la primera y segunda medición en el grupo experimental. En este sentido, el control conductual del consumo de tabaco presentó diferencias significativas entre la primera y segunda medición (de $\bar{X}_1 = 2.9$ a $\bar{X}_2 = 0.0$, $p = .05$). El resto de las variables de control

conductual (alcohol, marihuana e inhalables) no presentó diferencias significativas. Por otro lado, las sub-escalas de creencias de control para el consumo de marihuana (de $\bar{X}_1=6.7$ a $\bar{X}_2= 2.8$, $p= .012$) e inhalables (de $\bar{X}_1= 4.0$ a $\bar{X}_2= 0.0$, $p= .045$) presentaron disminuciones significativas.

Tabla 16

Control conductual del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control

	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Alcohol								
Creencias de control	20.6	20.0	16.2	22.2	22.5	19.1	-0.5	.551
Fuerza percibida de control	28.7	20.8	27.0	29.8	19.1	30.2	-0.1	.900
Control conductual	8.7	3.1	11.8	11.0	4.3	15.5	-1.2	.226
Tabaco								
Creencias de control	17.7	12.5	18.6	19.4	13.3	20.5	-0.5	.593
Fuerza percibida de control	25.4	12.5	27.7	25.6	15.0	30.4	-0.4	.967
Control conductual	8.2	0.4	13.4	10.0	1.4	15.7	-0.5	.581
Marihuana								
Creencias de control	10.4	5.0	14.1	12.2	6.6	16.2	-0.8	.404
Fuerza percibida de control	16.3	0.0	24.3	18.9	0.0	27.0	-0.8	.424
Control conductual	3.9	0.0	8.8	5.5	0.0	11.7	-1.4	.149
Inhalables								
Creencias de control	5.6	1.6	9.2	7.8	3.3	11.7	-1.3	.173
Fuerza percibida de control	9.2	0.0	17.1	12.2	0.0	22.0	-0.8	.394
Control conductual	1.1	0.0	3.3	2.6	0.0	8.5	-1.4	.153

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, n=96

La tabla 16 hace referencia a los resultados del control conductual antes y después de la intervención en el grupo control. En ese sentido, todas las escalas y sub-escalas para el consumo de alcohol y las demás drogas, no presentan diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la segunda medición.

Tabla 17

Intenciones hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo experimental

Intención de consumo	Primera			Segunda			Z	p
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Alcohol	2.45	2.0	1.1	1.7	1.0	1.1	-3.0	.002
Tabaco	1.5	1.0	1.4	1.1	1.0	0.4	-2.1	.033
Marihuana	1.2	1.0	0.6	1.1	1.0	0.4	-0.9	.347
Inhalables	1.0	1.0	0.3	1.0	1.0	0.4	-0.2	.785

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, n= 96

En la tabla 17 se presentan los resultados para las intenciones de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables antes y después de la intervención en el grupo experimental, se pueden observar diferencias significativas para las intenciones de consumo de alcohol (de \bar{X} = 2.45 a \bar{X} =1.7, p = .002), al igual que la intención de consumir tabaco (de \bar{X} = 1.5 a \bar{X} =1.1, p = .033), se destacan disminución de la disminución de las intenciones después de la intervención. En cuanto a las intenciones de consumo de marihuana e inhalables no presentaron diferencias.

Tabla 18

Intenciones hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables primera y segunda medición del grupo control

Droga/Escala	Primera			Segunda			Z	P
	\bar{X}	Mdn	DE	\bar{X}	Mdn	DE		
Alcohol	1.7	1.0	1.0	1.8	1.0	1.2	-0.1	.853
Tabaco	1.5	1.0	0.9	1.7	1.0	1.1	-0.7	.429
Marihuana	1.3	1.0	0.8	1.3	1.0	0.9	-0.0	.952
Inhalables	1.1	1.0	0.6	1.1	1.0	0.6	-0.1	.916

Nota: Z= Prueba de Wilcoxon; p= significancia, \bar{X} =Media, Mdn=mediana, DE= desviación estándar, n=96

En la tabla 18 se muestran la intenciones de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables antes y después de la intervención en el grupo control. De acuerdo con los resultados de la prueba de comparación, las intenciones de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables no mostraron diferencias significativas en el grupo control.

Resultados para Hipótesis de Estudio.

En esta sección se presentan los Modelos de Regresión Lineal Múltiple, con el propósito de dar respuesta a las hipótesis del estudio. Para los modelos se utilizó como variable independiente a los grupos experimental y control. Por otra parte, se utilizaron como variables dependientes a las actitudes, la norma subjetiva, el control conductual y la intención para cada una de las sustancias de estudio y para cada uno se realizó un modelo. De la misma manera se realizó para el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, e inhalables en el último mes y última semana con la misma variable independiente.

Hipótesis 1.

Después de la intervención el grupo experimental muestra menores actitudes y normas subjetivas favorables para el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables

que el grupo control, para dar respuesta a esta hipótesis se presentan los resultados de la tabla 19 a la 26.

Actitudes.

Actitudes hacia el consumo de alcohol (Modelo 1).

En la tabla 19 se presenta el Modelo de Regresión Lineal Múltiple, donde se incluyó como variable dependiente a las actitudes hacia el consumo de alcohol en la segunda medición, y como variables independientes las actitudes hacia el consumo de alcohol primera medición y al grupo (intervención). De acuerdo con los coeficientes reportados, las variables incluidas en el modelo explicaron una varianza del 7% para las actitudes hacia el consumo de alcohol en la segunda medición ($F_{[2,95]} = 3.72, p = .028$). Por otro lado, no se observó un efecto significativo de la intervención sobre las actitudes hacia el consumo de alcohol en la segunda medición.

Tabla 19

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de alcohol y grupo

<i>Modelo 1</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>		<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	β			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.86	2.11					
Grupo	1.08	0.89	0.12		.231	-.69	2.86
Actitudes Primera Medición	0.23	0.09	0.25		.013	.05	.428

Nota: β = Coeficiente de Beta; *EE*= Error Estándar; *p*= Significancia, *IC*= Intervalo de confianza, *LI*= límite inferior, *LS*=límite superior Variable dependiente=Actitudes hacia el consumo de alcohol segunda medición, *n*= 96.

Actitudes hacia el consumo de tabaco (Modelo 2).

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple se incluyeron la variable independiente de grupo y las actitudes hacia el consumo de tabaco primera medición, como variable dependiente las actitudes hacia el consumo de tabaco segunda medición. Los resultados en la tabla 20 indicaron que las variables incluidas en el modelo, explicaron el 7% de la varianza de las actitudes hacia el consumo de tabaco en la segunda medición ($F_{[2,95]} = 3.88, p = .024$). Así mismo, no se observó un efecto significativo de la intervención sobre las actitudes al consumo de tabaco en la segunda medición.

Tabla 20

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de tabaco y grupo

<i>Modelo 2</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.22	2.13				
Grupo	1.28	0.93	0.13	.171	-.56	3.13
Actitudes Primera Medición	0.23	0.09	0.23	.018	.04	.42

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Actitudes hacia el consumo de tabaco segunda medición, n= 96.

Actitudes hacia el consumo de marihuana (Modelo 3).

En el tercer Modelo de Regresión Lineal Múltiple (Tabla 21) se incluyeron las variables de grupo y de actitudes hacia el consumo de marihuana en la primera medición (independiente) y el consumo de marihuana en la segunda medición (dependiente). De acuerdo con los coeficientes reportados, se indica que el 5% de la varianza de las actitudes hacia el consumo en la segunda medición, es explicada por las variables del

modelo ($F_{[2,95]} = 2.50, p = .088$), sin embargo, resultados no mostraron significancia estadística. Por otra parte, la intervención no tuvo efecto significativo sobre las actitudes hacia el consumo de tabaco.

Tabla 21

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de marihuana y grupo

<i>Modelo 3</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>		<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	β	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.69	1.62				
Grupo	1.09	0.95	0.11	.277	-.63	3.09
Actitudes Primera Medición	0.19	0.12	0.20	.113	.02	.51

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Actitudes hacia el consumo de marihuana segunda medición, n= 96.

Actitudes hacia el consumo de inhalables (Modelo 4).

Como se muestra en la tabla 22, el cuarto Modelo de Regresión Lineal Múltiple estuvo conformado por las variables de grupo y de actitudes hacia el consumo de inhalables en la primera medición (independiente) sobre las actitudes hacia el consumo de inhalables en la segunda medición (dependiente). De acuerdo con los coeficientes reportados, se indica que el 5% de la varianza de las actitudes hacia el consumo en la segunda medición, es explicada por las variables del modelo ($F_{[2,95]} = 1.65, p = .197$) sin embargo, estos resultados no mostraron significancia estadística. Por otra parte, la intervención no tuvo efecto significativo sobre las actitudes hacia el consumo de inhalables en la segunda medición.

Tabla 22

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las actitudes hacia el consumo de inhalables y grupo

Modelo 4	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados		IC 95% para β	
	β	EE	β	p	LI	LS
Constante	1.09	1.40	-	.485		
Grupo	0.60	0.85	0.11	.514	-0.79	2.53
Actitudes Primera Medición	0.17	0.13	0.20	.188	-0.18	0.53

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Actitudes hacia el consumo de inhalables segunda medición, n= 96.

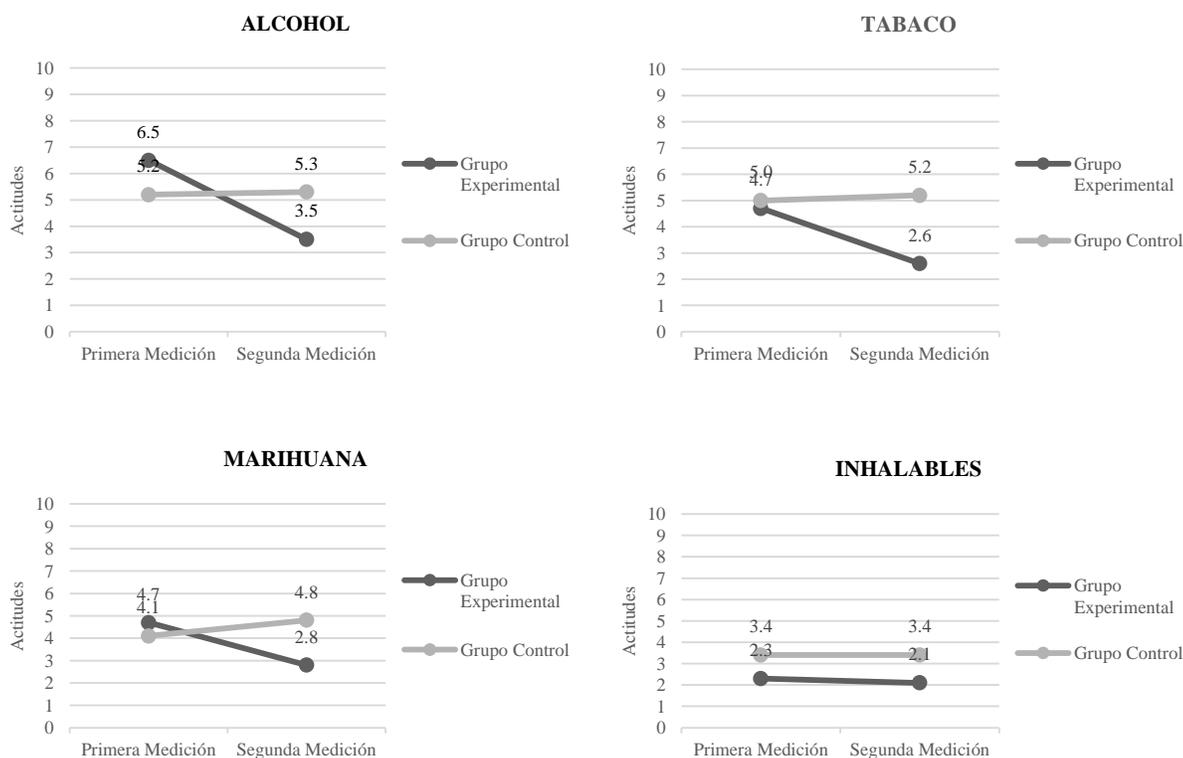


Figura 9. Representación Gráfica de las Actitudes hacia el Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana, e Inhalables antes y después de la Intervención.

En la Figura 9 se presentan de forma gráfica los resultados con respecto a las actitudes de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en la primera y segunda medición, y como se puede apreciar, se presentó una disminución de las actitudes positivas hacia el consumo en el grupo experimental, con excepción de las actitudes hacia el consumo de inhalables, en comparación con el grupo control, en donde no se presenta ningún cambio entre la primera y segunda medición.

Norma Subjetiva.

Norma Subjetiva del Consumo de Alcohol (Modelo 5).

En la tabla 23 se muestra el quinto modelo incluyó la variable independiente grupo y la variable dependiente norma subjetiva del consumo de alcohol segunda medición. Los coeficientes del modelo señalan que las variables incluidas presentan un efecto moderado sobre la variable norma subjetiva del consumo de alcohol en la segunda medición, con una varianza explicada del 19% ($F_{[2,93]} = 11.57, p = .001$). Así mismo, se reportó un efecto significativo de la intervención sobre la norma subjetiva del consumo de alcohol ($\beta = 2.23, p = .006$).

Tabla 23

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la norma subjetiva del consumo de alcohol y grupo

<i>Modelo 5</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	-1.09	1.52				
Grupo	2.23	0.73	0.26	.006	.77	.68
Normas Subjetiva Primera Medición	0.24	0.10	.379	.027	.07	.49

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE = Error Estándar; p = Significancia, IC = Intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior Variable dependiente = Normas subjetiva de alcohol segunda medición, n = 96.

Norma Subjetiva del Consumo de Tabaco (Modelo 6).

En la tabla 24 se observa el sexto modelo que incluyó las variables de grupo y la primera medición de la norma subjetiva del consumo de tabaco. Los resultados determinan que las variables incluidas presentan un efecto fuerte sobre la variable norma subjetiva del consumo de tabaco en la segunda medición, con una varianza explicada del 31% de dicha variable ($F_{[2,95]} = 21.6, p < .001$). Así mismo, se observó un efecto significativo de la intervención sobre la norma subjetiva para el consumo de tabaco ($\beta = 1.99, p = .045$).

Tabla 24

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la norma subjetiva del consumo de tabaco y grupo

<i>Modelo 6</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	-2.33	1.68				
Grupo	1.99	0.88	0.18	.045	.25	3.70
Normas Subjetiva Primera Medición	0.41	0.21	0.53	.129	-.02	.78

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Norma subjetiva de tabaco segunda medición, n= 96.

Norma Subjetiva del Consumo de Marihuana (Modelo 7).

En la tabla 25 se muestran los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para determinar el efecto de la intervención sobre la variable norma subjetiva del consumo de marihuana en la segunda medición. En este sentido, las variables incluidas en el modelo mostraron efecto fuerte sobre la variable resultado, con una varianza explicada del 48% ($F_{[2,95]} = 43.6, p < .001$). Por otro lado, no se observó un

efecto significativo de la intervención, sobre la norma subjetiva del consumo de marihuana en la segunda medición ($\beta=.80$, $p=.167$).

Tabla 25

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la norma subjetiva del consumo de marihuana y grupo

Modelo 7	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	p	IC 95% para β	
	β	EE	B		LI	LS
Constante	-1.00	0.82				
Grupo	0.80	0.54	0.10	.167	-.23	1.89
Normas Subjetiva Primera Medición	0.90	0.24	0.66	.005	.25	1.22

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Norma subjetiva de marihuana segunda medición, n= 96.

Norma Subjetiva del Consumo de Inhalables (Modelo 8).

De acuerdo con los coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple reportados en la tabla 26, se observó un efecto débil de las variables de grupo y norma subjetiva del consumo de inhalables en la primera medición incluidas en el modelo, ya que solo explicaron el 4% de la varianza de la norma subjetiva del consumo de inhalables ($F_{[2,95]} = 1.95$, $p= .148$). Así mismo, la intervención no mostró un efecto significativo sobre esta variable.

Tabla 26

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la norma subjetiva del consumo de inhalables y grupo

<i>Modelo 8</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>		<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	β	<i>p</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	-0.97	0.55				
Grupo	1.06	0.53	0.20	.132	.13	2.23
Normas Subjetiva Primera Medición	0.04	0.18	0.02	.756	-.23	.51

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Norma subjetiva de inhalables segunda medición, n= 96.

En la Figura 10 se presentan de forma gráfica los resultados para la norma subjetiva del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en la primera y segunda medición. En este sentido, los resultados indican el grupo control presentó un aumento con respecto a esta variable, mientras que en el grupo experimental, los participantes, posterior a la intervención, mostraron índices mas bajos, con diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo control y los índices de la primera medición, y lo mismo sucedió para la norma subjetiva del consumo de tabaco y marihuana, mientras que no se observaron diferencias significativas con los inhalables.

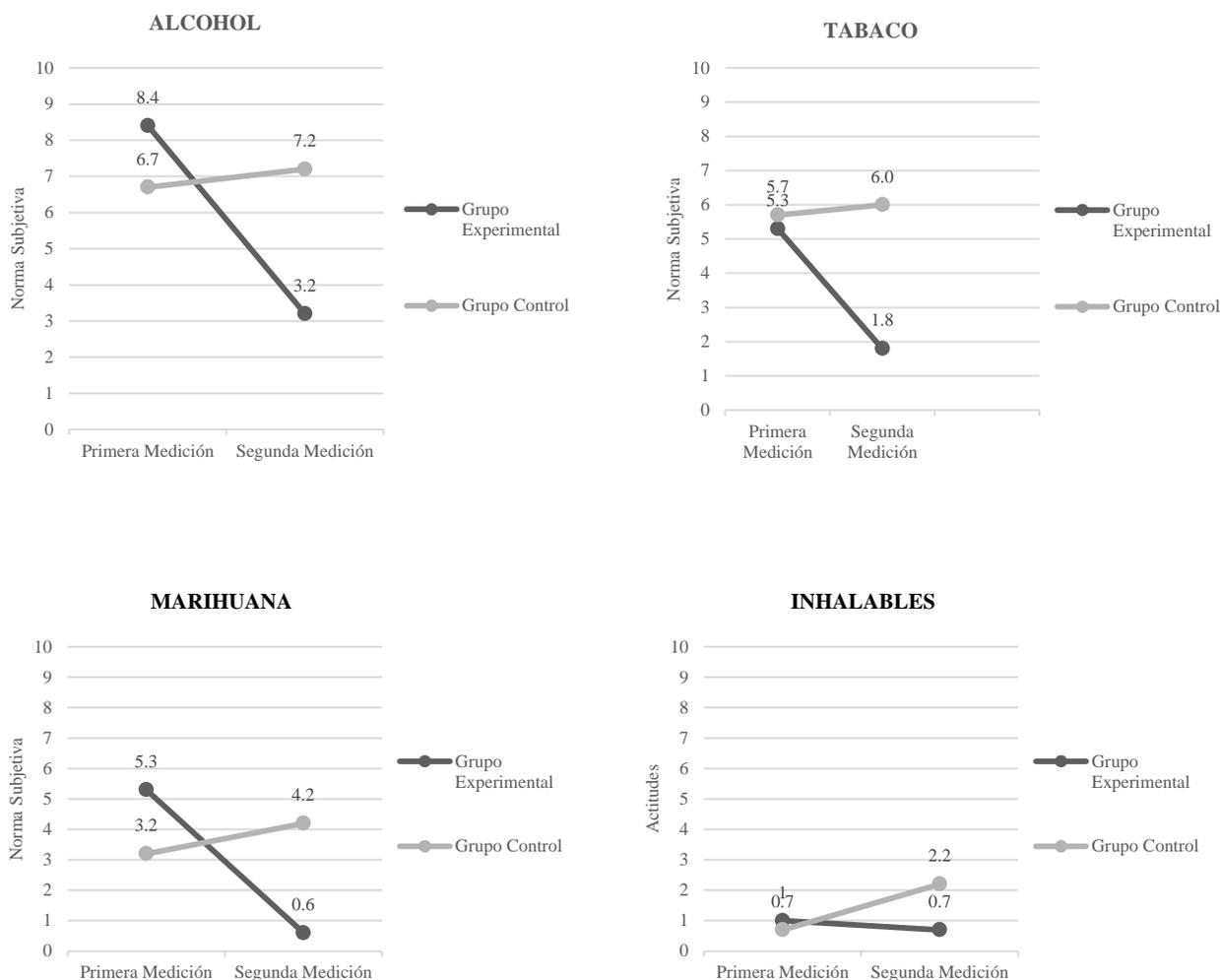


Figura 10. Representación Gráfica de las Normas Subjetivas del Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana, e Inhalables antes y después de la Intervención.

Hipótesis 2.

En la segunda hipótesis se plantea que, el grupo experimental mostró mayor control conductual hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control, después de la intervención. Para dar respuesta a esta hipótesis se presentan los resultados de la tabla 27 a la 30.

Control Conductual.

Control Conductual del Consumo de Alcohol (Modelo 9).

En la tabla 27 se observan los Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para determinar el efecto de las variables grupo y control conductual del consumo de alcohol en la primera medición sobre el control conductual en la segunda. De acuerdo con los resultados, se determinó que el modelo explicó el 38% de la varianza, por lo cual se determinó que presenta un efecto fuerte sobre dicha variable ($F_{[2,95]} = 29.2, p < .001$). Así mismo, la intervención mostró un efecto significativo sobre el control conductual en la segunda medición ($\beta = 2.97, p = .019$).

Tabla 27

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para el control conductual del consumo de alcohol y grupo

<i>Modelo 9</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	-3.39	0.18				
Grupo	2.97	-0.11	0.23	.019	.85	5.13
Control Conductual Primera Medición	0.69	0.10	0.50	.001	.72	.84

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE = Error Estándar; p = Significancia, IC = Intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior Variable dependiente = Control conductual para alcohol segunda medición, n = 96.

Control Conductual del Consumo de Tabaco (Modelo 10).

Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para determinar el efecto de las variables grupo y control conductual del consumo de tabaco en la primera medición sobre el control conductual en la segunda (ver Tabla 28). De acuerdo con los resultados, las variables del modelo ejercen un fuerte efecto sobre la variable resultado, de manera que explicaron el 36% de la varianza ($F_{[2,95]} = 26.9, p < .001$). Por otro lado, se determinó que la intervención mostró un efecto significativo sobre el control conductual del consumo de tabaco en la segunda medición ($\beta = 1.42, p = .036$).

Tabla 28

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para el control conductual del consumo de tabaco y grupo

<i>Modelo 10</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	-1.58	.960				
Grupo	1.42	-0.03	.162	.036	.41	2.53
Control Conductual Primera Medición	0.72	0.04	0.54	.041	.25	1.55

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Control conductual para tabaco segunda medición, n= 96.

Control Conductual del Consumo de Marihuana (Modelo 11).

En la tabla 29 los resultados determinan que las variables incluidas presentan un efecto fuerte sobre la variable control conductual del consumo de marihuana en la segunda medición, con una varianza explicada de 36% de esta variable ($F_{[2,95]} = 27.18$, $p < .001$). Por otra parte, se observó un efecto significativo de la intervención sobre el control conductual del consumo de marihuana en la segunda medición ($\beta=0.91$, $p=.036$).

Tabla 29

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para el Control conductual del consumo de marihuana y grupo

<i>Modelo 11</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	-1.14	0.98				
Grupo	0.91	0.44	0.91	.036	.110	1.85
Control Conductual Primera Medición	0.72	0.11	0.97	.430	-.02	2.79

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Control conductual para marihuana segunda medición, n= 96.

Control Conductual del Consumo de Inhalables (Modelo 12).

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la tabla 30, estuvo conformado por las variables de grupo (independiente) y de control conductual del consumo de inhalables en la primera medición (dependiente), el propósito fue determinar el efecto de estas variables sobre el control conductual del consumo de inhalables en la segunda medición. Los resultados indican que el modelo explica el 21% de la varianza de dicha variable ($F_{[2,95]} = 12.93, p < .001$). No obstante, no se presentó un efecto significativo de la intervención sobre el control conductual para el consumo de inhalables ($p > .05$). Es importante señalar que, en cuanto a la prevalencia de consumo de inhalables, solamente se presentó un caso en la segunda medición en el grupo control (ver Tabla 30).

Tabla 30

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para el control conductual del consumo de inhalables y grupo

Modelo 12	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados		IC 95% para β	
	β	EE	B	p	LI	LS
Constante	-1.14	1.28				
Grupo	0.91	0.57	0.14	.116	-.23	2.05
Control Conductual Primera Medición	0.97	0.20	0.43	.001	.55	1.38

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=Control conductual para inhalables segunda medición, n= 96.

En la Figura 11 se presentan de forma gráfica los resultados para el control conductual del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en la primera y segunda medición. En este sentido, los resultados indican que el grupo experimental muestra puntuaciones más bajas en la segunda medición del control conductual para el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, es decir al finalizar la intervención los adolescentes mostraron mayor control para resistir el consumo de estas sustancias..

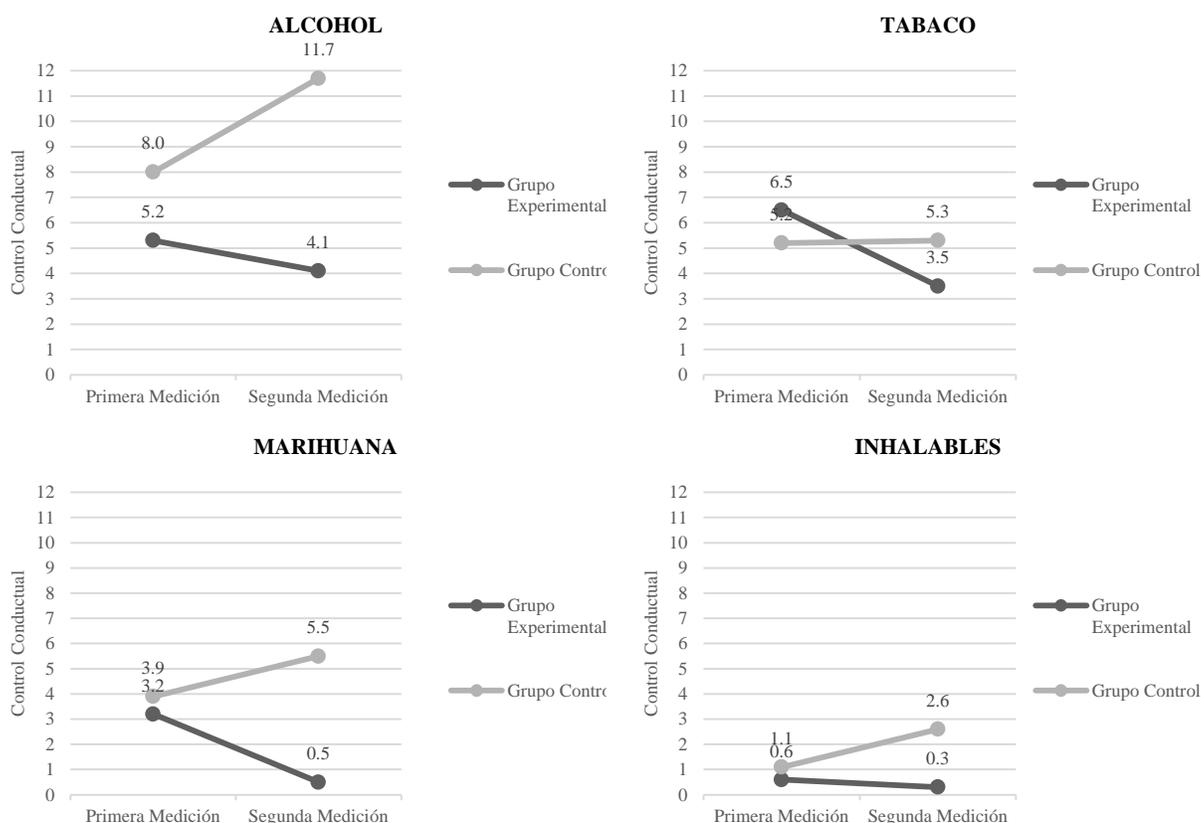


Figura 11. Representación Gráfica del Control Conductual del Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana e Inhalables antes y después de la Intervención.

Hipótesis 3

En la segunda hipótesis se plantea que, el grupo experimental mostró menores intenciones y consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control, después de la intervención que el grupo control. Para dar respuesta a esta hipótesis se presentan los resultados de la tabla 31 a la 34.

Intenciones

Intenciones de consumo de alcohol (Modelo 13).

En la tabla 31 se reportaron los Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple para determinar el efecto de las variables grupo e intención de consumo de

alcohol en la primera medición, sobre las intenciones del consumo de alcohol en la segunda medición. Los resultados indicaron que el modelo explicó el 19% de la varianza de las intenciones de consumo ($F_{[2,95]} = 11.06, p < .001$). Sin embargo no se mostró efecto de la intervención para la intención del consumo de alcohol.

Tabla 31

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la intención de consumo de Alcohol y grupo

<i>Modelo 13</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.57	0.28				
Grupo	0.17	0.11	0.15	.111	-.03	.39
Intención Primera Medición	0.40	0.08	0.45	.001	.21	.61

Nota: β = Coeficiente de Beta; *EE*= Error Estándar; *p*= Significancia, *IC*= Intervalo de confianza, *LI*= límite inferior, *LS*=límite superior Variable dependiente=intención para consumo de alcohol segunda medición, *n*= 96.

Intenciones de consumo de tabaco (Modelo 14).

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la tabla 32, estuvo conformado por las variables de grupo (independiente) y de intenciones de consumo de tabaco en la primera medición (dependiente), el propósito fue determinar el efecto de estas variables sobre la intención de consumo en la segunda medición. Los resultados indican que el modelo explica el 17% de la varianza de dicha variable ($F_{[2,95]} = 9.57, p < .001$). Por otra parte, la intervención mostró un efecto significativo sobre la intención de consumo de tabaco en la segunda medición ($\beta=.28, p < .001$).

Tabla 32

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la intención de consumo de tabaco y grupo

<i>Modelo 14</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.49	0.17				
Grupo	0.28	0.08	0.31	.001	.11	.45
Intención Primera Medición	0.23	0.09	0.26	.007	.06	.43

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=intención para consumo de tabaco segunda medición, n= 96.

Intenciones de consumo de marihuana (Modelo 15).

En la tabla 33, se muestran los resultados del El Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la intención de consumo de marihuana y grupo. Los resultados indican que el modelo explica el 14% de la varianza de dicha variable ($F_{[2,95]} = 7.59, p < .001$). No obstante, la intervención no mostró un efecto significativo sobre la intención de consumo de marihuana en la segunda medición.

Tabla 33

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la intención de consumo de marihuana y grupo

<i>Modelo 15</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	β	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.62	0.18				
Grupo	0.10	0.07	0.14	.155	-.03	.24
Intención Primera Medición	0.31	0.09	0.33	.075	.80	.79

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=intención para consumo de marihuana segunda medición, n= 96.

Intenciones de consumo de inhalables (Modelo 16).

En la tabla 34 los Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple indicaron un efecto débil de las variables de grupo e intención de consumo de inhalables en la primera medición, con 3% de la varianza explicada de las intenciones en la segunda medición ($F_{[2,95]} = 1.72, p = .184$). De la misma manera, la intervención no mostró efecto significativo sobre la intención para el consumo de inhalables.

Tabla 34

Coefficientes del Modelo de Regresión Múltiple para la intención de consumo de inhalables y grupo

<i>Modelo 15</i>	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>	<i>p</i>	<i>IC 95% para β</i>	
	<i>β</i>	<i>EE</i>	<i>B</i>		<i>LI</i>	<i>LS</i>
Constante	0.84	0.44				
Grupo	0.03	0.53	0.65	.545	-.06	.14
Intención Primera Medición	0.17	0.10	0.17	.094	-.04	1.50

Nota: β = Coeficiente de Beta; EE= Error Estándar; p= Significancia, IC= Intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS=límite superior Variable dependiente=intención para consumo de marihuana segunda medición, n= 96.

En la Figura 11 se presentan de forma gráfica los resultados para la intención del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en la primera y segunda medición. En este sentido, los resultados indican que el grupo experimental muestra puntuaciones más bajas en la segunda medición de la intención del consumo de alcohol y tabaco, es decir al finalizar la intervención los adolescentes mostraron menores intenciones de consumo de alcohol y tabaco.

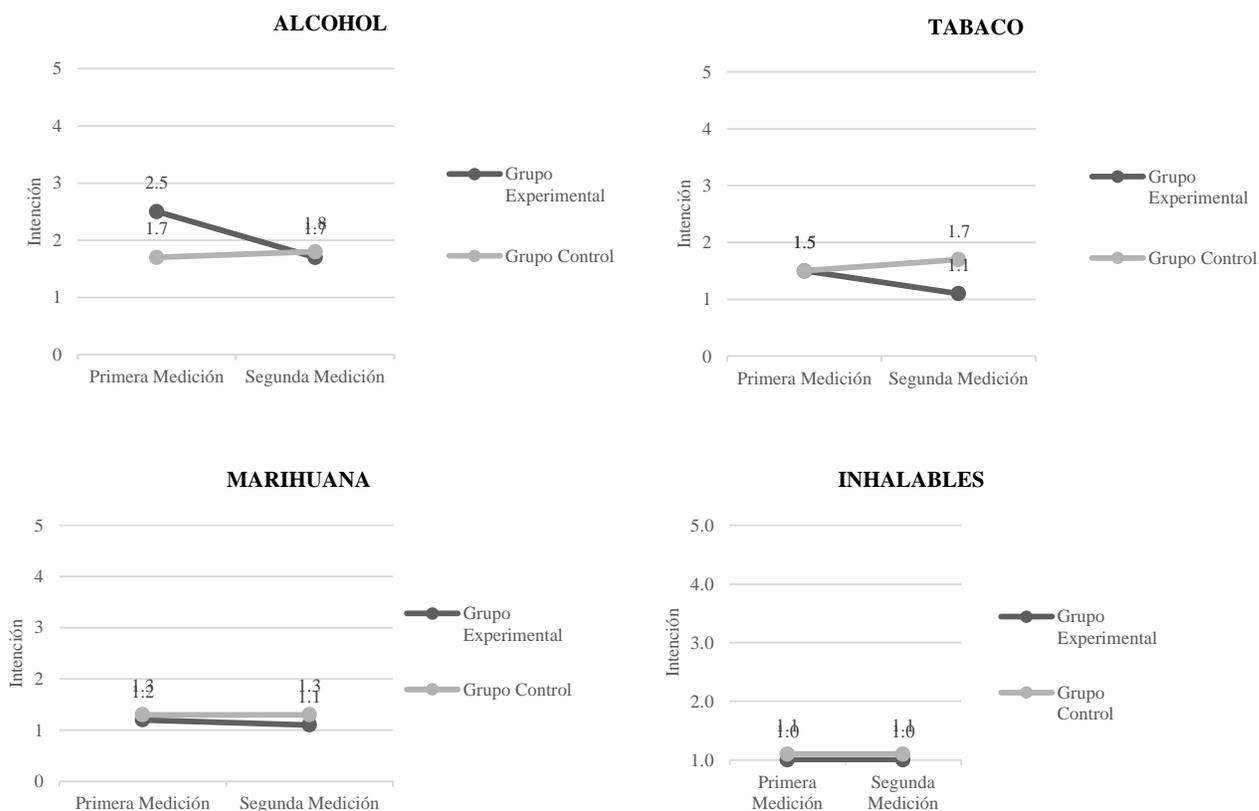


Figura 12. Representación Gráfica de intenciones del Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana e Inhalables antes y después de la Intervención

Consumo.

Consumo de Alcohol, Tabaco, Marihuana e Inhalables.

Se realizó una prueba de Chi Cuadrada para determinar si existían diferencias de los consumos de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables entre el grupo experimental y control después de la intervención. Los resultados se presentan en la tabla 35, se destaca que el consumo de alcohol en el último mes ($\chi^2=6.40, p=.011$) y la última semana ($\chi^2=5.27, p=.022$) mostró diferencias significativas, destacando prevalencias superiores en el grupo control que el grupo experimental. Además se mostraron diferencias significativas del consumo de tabaco en la última semana ($\chi^2=4.90, p=.027$), destacando mayor prevalencia en el grupo control que el grupo experimental.

Tabla 35

Prevalencias del consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables después de la intervención

Prevalencias	<i>Grupo Experimental</i>	<i>Grupo Control</i>	χ^2	<i>p</i>
	<i>f(%)</i>	<i>f(%)</i>		
Alcohol				
Último mes	0(0.0)	6(16.7)	6.40	.011
Última semana	0(0.0)	5(10.4)	5.27	.022
Tabaco				
Último mes	3(6.3)	9(18.8)	3.42	.064
Última semana	1(2.1)	4(8.3)	4.90	.027
Marihuana				
Último mes	0(0.0)	3(6.3)	3.09	.078
Última semana	0(0.0)	2(4.2)	2.04	.153
Inhalables				
Último mes	0(0.0)	0(0.0)	-	-
Última semana	0(0.0)	1(2.1)	1.01	.315

Nota: *f*= Número de casos en la primera medición; χ^2 = Chi Cuadrada; *p*= Significancia, *n*= 96.

Capítulo IV

Discusión

En la presente investigación se tuvo como objetivo principal, evaluar la efectividad de la intervención Project Alert en la reducción de las actitudes, la norma subjetiva, el control conductual, así como la intención y consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables. En este capítulo se discuten los resultados que arrojó la investigación en función a los objetivos e hipótesis del estudio, finalizando con las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

En cuanto a la adaptación cultural, Healey et al., 2017 considera que los profesionales de la salud mental cada vez están más interesados en proporcionar servicios o programas lingüísticamente apropiados, culturalmente seguros y efectivos. En este sentido, la adaptación realizada en el presente estudio cobra relevancia, dado que toma en cuenta las características de un grupo en particular, el de estudiantes de secundaria, tales como, el lenguaje, hábitos sociales. Aunque se deberían de considerar otros aspectos, como el nivel socioeconómico, valores, creencias, expectativas y normas sociales. No obstante, para el presente estudio se utilizó el marco propuesto por Barrera et al., 2013), con el propósito de que los protagonistas de la intervención conocieran y dieran su punto de vista con respecto de los objetivos y contenidos de la misma.

A pesar de que previamente existen adaptaciones culturales de intervenciones conductuales (Kumpfer, Magalhães & Xie, 2016), aun no existe evidencia suficiente para determinar la efectividad de una adaptación cultural para prevenir el consumo de drogas en los adolescentes. Así mismo, se puede afirmar que el método para la adaptación ha sido utilizado en múltiples ocasiones (Castro, Barrera & Holleran; 2010; Gardner, Montgomery & Knerr, 2016), dada su naturaleza iterativa, por lo que se considera que este estudio representa un punto de partida o alternativa para, una vez que se determina que una intervención ha sido efectiva para reducir una problemática en

salud pública, en el presente caso para prevenir el consumo de drogas, se utilice dicha metodología, y fortalecer las actividades de prevención.

Cabe mencionar que uno de los retos de este estudio era realzar la adaptación así como probar su efectividad o bien su utilidad del Proyecto Alerta, el cual se diseñó en los Estados Unidos y fue traducido al español para ser utilizado en los adolescentes mexicanos. Es así, que cuando se usa un programa de prevención en otra cultura, uno de los aspectos a observar en la implementación es si los materiales utilizados, el lenguaje, el contenido y las estrategias de enseñanza están contextualizados y puede ser asimilada por quien los facilita y por los beneficiarios directos.

Una de las implicaciones más importantes que se podría generar a partir de estos resultados, es que las habilidades sociales específicamente en el control de situaciones que facilitan para el consumo de alcohol y drogas ente los adolescentes pueden ser universalmente aprendidas y que los conceptos relacionados con ellas; como son las actitudes y consecuencias del consumo de alcohol y drogas, la presión de los amigos y personas que lo rodean y las habilidades para rechazar las invitaciones al consumo, pueden ser asimilados siempre y cuando estén adaptadas a la cultura. El uso del programa en esta investigación fue más allá de la simple traducción de los materiales, o de una adaptación básica no tanto en cuanto al currículo, sino en el contexto de los adolescentes mexicanos del norte del país en la cual se llevó a cabo la investigación.

En general se puede indicar que las habilidades aprendidas para prevenir el consumo de drogas en este programa indica tener métodos universales para su aprendizaje; pero que se requiere contextualizarlo dentro de la cultura de quien las enseña y de quien las aprende para que sea posible su asimilación. Pues uno de los objetivos fue probar la efectividad del Proyecto Alerta, en un contexto educativo diferente del contexto para adolescentes en Estados Unidos con realidades culturales muy diferentes. Sin embargo se requiere reforzar ciertos elementos del programa como son la música y situaciones planteadas en los videos que se tradujeron, las cuales estén

más acordes a la realidad del contexto de adolescentes americanos; por lo que esta experiencia piloto debe ser mejorada con la incorporación de estos elementos.

Con respecto a las hipótesis planteadas, las actitudes hacia el consumo de alcohol, los resultados indican que los participantes del grupo experimental mostraron menos actitudes positivas en comparación con el control, tomando en cuenta la primera y segunda medición, con diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, la intervención no mostró un efecto sobre las actitudes hacia el consumo de alcohol.

La hipótesis uno señala que los participantes del grupo experimental mostraron menores actitudes y norma subjetiva favorables al consumo de alcohol, por lo tanto, se rechaza la hipótesis. La variable de actitudes ha sido ampliamente estudiada, y se señala que altos niveles de consumo de alcohol, y consumo de alcohol excesivo se relacionan positivamente con las actitudes positivas hacia el consumo. Por otro lado, Mal et al., (2013) señala que existe una relación significativa entre las actitudes y el consumo de drogas. De esta manera, se determina que la intervención presenta un efecto positivo en la disminución de las actitudes de consumo de alcohol, sin embargo, no se mostró el efecto deseado.

De la misma manera, la hipótesis uno se basa en el supuesto de que el grupo experimental muestra menores actitudes hacia el consumo de tabaco, posterior a la intervención, en comparación con el grupo control. A este respecto, se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para determinar el efecto de la intervención sobre dicha variable, y los resultados indican que existe un efecto significativo en el grupo experimental, luego de controlar por grupo y por la medición de las actitudes al consumo de tabaco, mostrando menos actitudes positivas hacia el consumo de tabaco que el grupo control. No obstante, no se mostró un efecto significativo de la intervención sobre esa variable. Lo anterior sugiere que los adolescentes que participaron en la intervención poseen menos creencias positivas hacia el uso de tabaco y a las consecuencias derivadas del consumo.

A este respecto, Beck, Legleye, Chomynova y Miller (2014) señalaron en su estudio que aquellos adolescentes que no perciben el riesgo del consumo de tabaco tuvieron más probabilidad de fumar diariamente que aquellos que si percibieron el riesgo que conlleva el consumo. En este sentido, la intervención proporciona a los adolescentes las herramientas necesarias para evaluar eficazmente los riesgos del consumo de consumo de tabaco, de manera que reduce la probabilidad que el adolescente se inicie y desarrolle la dependencia, sin embargo, dado que no se mostró el efecto esperado de la intervención sería conveniente seguir evaluando su diseño y su aplicación.

Con relación a las actitudes hacia el consumo de marihuana, los resultados no son concluyentes, ya que, a pesar de que, los participantes del grupo experimental redujeron sus actitudes hacia el consumo, estos resultados no fueron significativos, ni tampoco existieron diferencias significativas con respecto al grupo control. Cabe señalar que en el grupo control los índices no mostraron cambios en ambas mediciones. Así mismo, los resultados relacionados al efecto de la intervención, tomando en cuenta la primera y segunda medición en ambos grupos, tampoco muestran significancia estadística, por lo cual se rechaza la hipótesis que señala que, posterior a la intervención, los participantes del grupo experimental mostraron menores actitudes hacia el consumo de marihuana que el grupo control.

Con respecto al consumo de marihuana, este aumentó a más del doble en los últimos 5 años en población de 12 a 17 años, de 2.4 a 5.3%, de acuerdo con la última encuesta nacional (INPRFM, INSP, & SSA, 2017). Este incremento en el consumo de marihuana está asociado a diversas causas como la gran disponibilidad de la sustancia, la desinformación sobre los efectos sobre la salud física y mental, un entorno propicio para el consumo, la amplia difusión sobre la legalización y sus beneficios. Con respecto a esto último, aun no hay un consenso, dado que la literatura señala una mayor aprobación y baja percepción del consumo de marihuana en los adolescentes, conlleva a una mayor

probabilidad de consumo (Beck, Legleye, Chomynova y Miller, 2014; Maričić, Sučić & Šakić, 2013), mientras que señalan mediante un estudio experimental que no existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de consumo, las actitudes, el riesgo percibido y las normas de consumo, antes y después de la legalización del uso recreacional.

Para la presente investigación los resultados no apoyan la hipótesis, esto puede estar relacionado a que en las actividades de la intervención Project Alert, existe una mayor proporción de información relacionada al consumo de alcohol y no al consumo de marihuana, sin embargo, a pesar del incremento del consumo en adolescentes a nivel nacional, la prevalencia de consumo de marihuana fue nula en el grupo experimental, lo cual puede estar asociado a menores actitudes favorables al consumo, de tal manera que el efecto de la intervención no pudo ser observado. En este sentido, se debería considerar al momento de realizar la primera medición, la pertinencia de las sesiones que abordan el consumo de marihuana.

Respecto a las actitudes hacia el consumo de inhalables, los resultados sugieren que no existió un efecto significativo de la intervención sobre dicha variable ($\beta=0.20$, $p=0.051$), dado que el modelo solo explicó en 5% de la varianza de las actitudes hacia el consumo de inhalables en la segunda medición (Modelo 4). Esto puede deberse a que, las prevalencias nacionales en el año 2016-2017 (ENCODAT, 2016-2017), en donde el consumo de inhalables representa la droga de menor consumo en población de 12 a 17 años (0.3%) después de la cocaína (0.4%), con un incremento de solo un punto porcentual con respecto al 2011. Así mismo, las prevalencias del presente estudio, en donde prácticamente no se presentó consumo (2.1%), con un solo caso en el grupo experimental en la primera medición. Estos resultados pueden deberse a que la población de estudio no presenta características sociodemográficas propias de los consumidores de estas sustancias tales como adolescentes en situación de calle o pobreza extrema (Ayuku et al., 2012).

Con respecto de los inhalables, Ayuku et al., (2012) realizaron un estudio en niños de clase baja, dado que es común que esta población tienda a consumir estas sustancias, en este sentido, los resultados indicaron que los adolescentes no percibían el riesgo de consumir estas sustancias, lo cual aumenta la probabilidad que esta población presente mayores prevalencias de consumo de estas sustancias.

La primera hipótesis, también parte del supuesto que los participantes que recibieron la intervención mostrarán una menor norma subjetiva hacia el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que aquellos que no la recibieron. La norma subjetiva ha sido ampliamente estudiada en el consumo de drogas (Duncan, Palmar y Williams, 2014, Pedersen et al., 2013, Razali & Kliewer, 2015, Rimall & Mollen, 2013, Wu et al. 2015), y se ha demostrado que está fuertemente relacionado con el inicio en el consumo de drogas lícitas e ilícitas, es decir, que percibir normas desaprobatorias del consumo de marihuana por parte de los padres y amigos cercanos se asoció con una menor probabilidad de consumirla o de sufrir desórdenes derivados del consumo, así mismo, Duncan, Palmar y Williams (2014) refieren que vivir en un vecindario en donde el uso de drogas se acepta como una conducta normal, aumenta de manera importante la probabilidad de consumo.

Los resultados que arrojó la presente investigación sugieren que existió un efecto significativo de la intervención sobre la variable de norma subjetiva del consumo de alcohol, ya que las pruebas inferenciales, sugieren que el grupo experimental redujo el índice de dicha variable, mientras que el grupo control no mostró diferencias. Estos resultados están asociados a los contenidos de la intervención, ya que esta misma, está dirigida a identificar tanto las presiones internas, como externas que propician el consumo de alcohol y otras drogas.

Para la norma subjetiva del consumo de tabaco, se encontró que los participantes del grupo experimental mostraron una tendencia a la baja con respecto a los del grupo control, con diferencias significativas. Estos resultados apoyan la hipótesis que señala

que aquellos adolescentes que reciben la intervención reconocen de manera más efectiva la presión externa, en donde personas cercanas aprueban y fomentan el consumo de tabaco, sin embargo, el adolescente tendrá menos interés para ajustarse a los deseos de estas personas, contrario a los adolescentes del grupo control, en donde no se presentaron cambios.

Así mismo, se encontró un efecto importante de la intervención sobre la norma subjetiva del consumo de marihuana. Respecto a este factor de riesgo, Pedersen et al., (2013) refieren en un estudio de corte longitudinal, con una duración de 3 años, que, así como la presión normativa del consumo de marihuana, y aquellos entornos propicios del consumo ejercen un efecto importante sobre el consumo. Estas afirmaciones apoyan el modelo 7 que hace referencia al efecto de la intervención sobre la norma subjetiva del consumo de marihuana, ya que dicho modelo explicó el 48% de la varianza de los resultados de dicha variable. De modo que los adolescentes que reciban la intervención serán capaces de reconocer las presiones para consumir marihuana.

Los anteriores resultados no se mostraron para el consumo de inhalables, en donde el modelo 8 que hace referencia a la norma subjetiva del consumo de inhalables tuvo un efecto débil sobre la variable ya que solamente explica el 4% de la varianza de dicha variable, aunado a que, de acuerdo con la estadística descriptiva e inferencial, no se presentaron diferencias para ninguno de los grupos entre primera y segunda medición. Estos resultados pueden deberse a que, a diferencia del consumo de marihuana, la cual ha adquirido mucha popularidad entre los adolescentes, tomando en cuenta la prevalencia e incidencia de consumo en población adolescente (ENCODAT, 2016-2017), el uso de inhalables por su parte refleja una jerarquía social más desfavorable. Por lo tanto, se rechaza parcialmente la hipótesis que señala que los participantes del grupo experimental redujeron la norma subjetiva del consumo de inhalables en comparación con el grupo control, dado el bajo efecto y las diferencias prácticamente inexistentes.

Con relación a la investigación del control conductual y el consumo de drogas, los resultados han mostrado una relación importante entre estas variables, Choi, Krieger y Hecht (2013) en un estudio realizado en adolescentes con edades similares en la presente investigación (11 a 14 años), demostraron que, a mayores niveles de autocontrol para resistir el consumo, existe un menor consumo de alcohol y de marihuana.

De acuerdo con otras investigaciones, adolescentes de 11 a 14 años, señalaron que aquellos adolescentes a los que se les aplicó un programa de prevención, tuvieron mayor probabilidad de resistir el consumo en una oportunidad pasiva para consumir drogas, es decir, que les fue ofrecida por familiares o amigos, en comparación con aquellos que no se sometieron al programa. Así mismo, señalaron que los adolescentes que percibieron el consumo de drogas como una conducta de alto riesgo tuvieron mayor probabilidad de resistir el consumo que aquellos que percibieron un riesgo bajo. También señalaron que, aquellos adolescentes capaces de resistir el consumo tendrán menos probabilidad de experimentarlo, y que, a mayor autocontrol, mayor será la edad de inicio para consumir drogas.

El control conductual para resistir el consumo de drogas representa una alternativa protectora del consumo de drogas. En este sentido, la intervención contiene elementos y actividades enfocadas en entrenar a los adolescentes con las habilidades para que el adolescente se enfrente con éxito a las situaciones que propician el consumo, tanto factores externos, como la presión de los amigos y externos, como los problemas emocionales, o derivados de la adolescencia como los cambios corporales o la adaptación al entorno escolar. A este respecto, la intervención Project Alert mostró un fuerte efecto sobre la variable de control conductual del consumo de alcohol, con una varianza explicada del 36%, por lo que los adolescentes del grupo experimental mostraron mayor capacidad para resistir el consumo de alcohol, y para resistir de manera efectiva la presión social del consumo en comparación con los del grupo control.

Con respecto al control conductual para el consumo de tabaco, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, con una disminución en el grupo experimental, lo cual indica un mayor control conductual para el consumo de tabaco para el grupo de la intervención. Así mismo, los índices de esta variable intragrupo experimental refieren una disminución estadísticamente significativa, mientras que el grupo control no presentó dichas diferencias. Así mismo, se encontró que la intervención ejerció un efecto fuerte sobre el control conductual para el consumo de tabaco con un 36% de la varianza. Estos resultados apoyan a la hipótesis que señala que los participantes de la intervención mostraron un mayor control conductual hacia el consumo de tabaco que los del grupo control.

La hipótesis dos también señala que los participantes del grupo experimental mostraron un mayor control conductual para el consumo de marihuana e inhalables, sin embargo, los resultados no fueron significativos. A este respecto, en el modelo 11 los datos se ajustaron por grupo y el índice de control conductual en la primera medición, refiere que no existe un efecto significativo de la intervención, a este respecto; Choi, Krieger y Hecht (2013) señalan que el autocontrol para resistir su consumo de marihuana representa un fuerte predictor para el no consumo. Por lo tanto, dado que la hipótesis de investigación se rechaza, no es posible afirmar que la intervención Project Alert (adaptada culturalmente), tiene el potencial de aumentar el autocontrol para resistir el consumo de marihuana o inhalables en estudiantes de primer grado de secundaria, pero si para el consumo de alcohol y tabaco.

Respecto al autocontrol para resistir el consumo, Ober et al. (2013) señalan que aquellos adolescentes que mostraron tener mayores niveles de resistencia al consumo tuvieron mayor probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas en general. Cabe mencionar que tampoco existieron diferencias significativas entre ambas mediciones del control conductual para el consumo de marihuana e inhalables, en ninguno de los grupos, esto puede deberse a que los participantes no muestran índices elevados, tanto

para el control conductual como para la prevalencia de consumo de inhalables, y aunado a eso, no se presentaron diferencias significativas entre las mediciones en ninguno de los dos grupos, por tal razón, se considera que no se presentó ningún efecto sobre estas variables.

Por su parte, la intención conductual, de acuerdo con la Teoría de la Conducta Planeada representa la disposición de una persona para realizar una determinada conducta y se considera que es el antecedente inmediato de la misma. Respecto a las intenciones de consumo de drogas Malmberg et al. (2012), señala en un estudio que dicha variable representa el factor de mayor influencia para para iniciar a consumir drogas. En este sentido, la tercera hipótesis que señala que los participantes que recibieron la intervención mostraron menores intenciones de consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables que el grupo control al finalizar la intervención.

Los resultados relacionados a esta hipótesis se reportan en los modelos 13, 14, 15, y 16. De acuerdo con la intención de consumo de alcohol y tabaco, se demostró que la intervención mostró un efecto moderado, explicando un 19% de la varianza para la intención de consumo de alcohol y 17% para el consumo de tabaco, sin embargo, esos resultados no fueron significativos. Con respecto a las intenciones de consumo de alcohol, Cooke et al. (2016) realizaron una revisión sistemática para determinar la relación entre las intenciones de consumo de alcohol y el consumo de alcohol. Los resultados sustentan la teoría, ya que indicaron que existe una fuerte relación entre ambas variables, además de ser el factor que más predice la conducta de consumo de alcohol, en comparación con las otras variables de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991). Por lo tanto, es importante considerar el efecto de la intervención, dada la importancia de dicha variable.

Por otro lado, con base en el análisis de la estadística descriptiva e inferencial, se encontró que los participantes del grupo experimental redujeron las intenciones de consumir alcohol y tabaco entre la primera y segunda medición, con diferencias

estadísticamente significativas, de manera que se acepta la hipótesis que señala que los participantes del grupo experimental mostraron menores intenciones de consumir alcohol y tabaco que el grupo control.

Por otro lado, la intención de consumo de marihuana e inhalables no se observaron estas diferencias. Así mismo, el grupo experimental no mostró cambios para ninguna de las variables de intención de consumo. Analizando a los dos grupos, se encontró que las diferencias presentadas dentro de cada uno de los grupos son estadísticamente significativas para el consumo de alcohol y tabaco, es decir, que esos resultados pueden ser atribuidos a la intervención. Estos resultados son similares para las intenciones de consumo de marihuana, con una disminución significativa en el grupo experimental, no obstante, de acuerdo con el modelo, se encontró que existieron diferencias significativas entre los grupos, siendo menores las intenciones para el grupo de la intervención, así mismo, se determinó que el efecto de la intervención fue significativo, controlando por grupo y primera medición. Mientras que, las intenciones de consumo de inhalables no mostraron cambios significativos en ninguno de los grupos.

En cuanto el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, se tomaron solamente los resultados de la segunda medición. De esta manera, los resultados indican que existen diferencias significativas para el consumo de alcohol en el último mes y la última semana, con menor consumo para los participantes del grupo experimental, mientras que el consumo de tabaco solamente mostró diferencias entre los grupos para el consumo en el último mes. Para el consumo de marihuana e inhalables no se mostraron diferencias significativas, debido probablemente a la baja frecuencia de consumo. El estudio de Ellickson et al. (2003) donde evaluaron la intervención, los resultados indicaron que se redujo el consumo de tabaco, y existió una menor proporción de consumidores de marihuana. Los resultados anteriores indican que se presentó un menor consumo de alcohol y tabaco en los participantes de la intervención, sin embargo, no es posible aceptar la hipótesis dado que los resultados solo se comparan en la segunda

medición, no obstante, los resultados son similares en cuanto a la reducción del consumo de drogas en la última evaluación del Project Alert.

Conclusiones

Las habilidades aprendidas para la prevención del consumo de drogas en los adolescentes de este programa indican tener métodos universales para su aprendizaje; pero que se requiere contextualizarlo dentro de la cultura de quien las enseña y de quien las aprende para que sea posible su asimilación.

Después de la intervención se mostraron diferencias significativas de las actitudes hacia el consumo de alcohol y tabaco en el grupo experimental.

Después de la intervención se mostraron diferencias significativas de las normas subjetivas para el consumo de alcohol en el grupo experimental.

Después de la intervención se mostraron diferencias significativas del control conductual para el consumo de tabaco en el grupo experimental.

Después de la intervención se mostraron diferencias significativas de las intenciones para el consumo de alcohol y tabaco en el grupo experimental.

Para el presente estudio se plantearon tres hipótesis, de las cuales se extrajeron, en función a los conceptos de la TRMICADA, de tal manera que se realizaron pruebas de contraste de hipótesis para cada concepto.

Se acepta parcialmente la primera hipótesis dado que los participantes del grupo experimental mostraron menores actitudes hacia el consumo de alcohol en comparación con el grupo control, pero no para el resto de las sustancias. Por otro lado, los participantes del grupo experimental mostraron menores normas subjetivas para el consumo de alcohol y tabaco que el grupo control, sin embargo, no se observaron estos resultados para el consumo de marihuana e inhalables.

Se acepta la segunda hipótesis, dado que los participantes del grupo experimental mostraron mayor control conductual para el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en comparación con el grupo control.

En cuanto a la hipótesis para las intenciones de consumo, se acepta, dado que señala que los participantes del grupo experimental tuvieron menor intención de consumir alcohol, tabaco, marihuana e inhalables.

Finalmente después de la intervención se mostró menor prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el grupo experimental que en el grupo control.

Limitaciones

El estudio presentó una serie de limitaciones, las cuales se describen a continuación. No se realizaron sesiones de seguimiento y mantenimiento en los participantes para saber si los efectos se mantenían con el tiempo, así mismo, se considera que una mayor muestra hubiera proporcionado más datos sobre la efectividad de la intervención, y aumentaría a su vez la validez externa del estudio.

Por otro lado, se debería considerar reducir el número de sesiones en función a las drogas de mayor consumo en los participantes, tomando en cuenta en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación las características sociodemográficas de los participantes, las prevalencias de consumo de sustancias, así como, la prevalencia de consumo a nivel estatal y nacional. Y finalmente, por motivos de tiempo no fue posible realizar un estudio de factibilidad.

Recomendaciones

Reforzar elementos del programa como son la música y situaciones planteadas en los videos que se tradujeron, las cuales estén más acordes a la realidad del contexto de adolescentes americanos; por lo que esta experiencia piloto debe ser mejorada con la incorporación de estos elementos.

Se recomienda la implementación de la intervención a través de estudios experimentales controlados para demostrar la validez externa.

Realizar estudios experimentales controlados con mediciones de seguimiento para saber si el efecto se mantiene o es ocasionado por otros factores.

Replicar la evaluación del Project Alert en poblaciones similares y con un mayor número de muestra.

Controlar la variable de intención de consumo por rango de tiempo, ej.
“Consideras que en los próximos 2 meses consumirás marihuana”.

Referencias

- Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L., & Nougier, M. (2018). Medicinal cannabis policies and practices around the world.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. Chicago.
- Almaguer, C. E., Raygoza, N. P., Paloalto, M. L., & Ramírez, A. M. (2014). Self-esteem as an intrapersonal stress factor on alcohol use in female prostitutes/La autoestima como factor estresor intrapersonal para el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. *Enfermería Global*, 13(1), 166. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/fb1d736eed59610a7e78ae511cf8a329/1?pq-origsite=gscholar>.
- Alvarado, J. I. U., Lucero, J. C. V., & Salinas, X. Z. (2013). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.
- Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M. M., & Guidorizzi Zanetti, A. C. (2014). Factores predictivos do uso de álcool e tabaco em adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6).
- American College Health Association (2011). National College Health Assessment II: *Reference Group Report Fall 2010*. Baltimore: American College Health Association. Disponible en: <http://www.acha-ncha.org>
- Arroyo, Á. O., & Berzal, V. C. (2007). Análisis de la intención conductual de consumir cannabis en adolescentes: desarrollo de un instrumento de medida basado en la teoría de la conducta planificada. *Trastornos adictivos*, 9(3), 184-205.
- Aronowitz, T., & Fawcett, J. (2015). Analysis of Public Policies for Sexuality Education in Germany and the Netherlands. *American Journal of Sexuality Education*, 10(2), 140-157.

- Barrera, M., & Castro, F. G. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(4), 311-316.
Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2850.2006.00043.x/full> ñ
- Barrera Jr, M., Castro, F. G., Strycker, L. A., & Toobert, D. J. (2013). Cultural adaptations of behavioral health interventions: A progress report. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(2), 196.
- Bashirian, S., Hidarnia, A., Allahverdipour, H., & Hajizadeh, E. (2012). Application of the theory of planned behavior to predict drug abuse related behaviors among adolescents. *Journal of research in health sciences*, 12(1), 54-59.
- Beck, F., Legleye, S., Chomynova, P., & Miller, P. (2014). A quantitative exploration of attitudes out of line with the prevailing norms toward alcohol, tobacco, and cannabis use among European students. *Substance use & misuse*, 49(7), 877-890. DOI: 10.3109/10826084.2014.889910
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive behaviour therapy*, 40(4), 251-266.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I., & Domenech Rodríguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: Braziller.
- Bertalanffy, L. V. (1980). *General system theory*. New York: Braziller.

- Betancourt, H., & López, S. R. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist*, 48(6), 629.
Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/amp/48/6/629/>
- Brendryen, H., Drozd, F., & Kraft, P. (2008). A digital smoking cessation program delivered through internet and cell phone without nicotine replacement (happy ending): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(5), e51. Recuperado de: <http://www.jmir.org/2008/5/e51/?trendmd-shared=1>
- Bringué, X., & Sádaba, C. C. (2009). La generación interactiva en México. Niños y adolescentes frente a las pantallas.
- Buhi, E. R., Trudnak, T. E., Martinasek, M. P., Oberne, A. B., Fuhrmann, H. J., & McDermott, R. J. (2013). Mobile phone-based behavioural interventions for health: A systematic review. *Health Education Journal*, 72(5), 564-583.
DOI: 10.1177/0017896912452071
- Burlew, A.K., Johnson, C.S., Flowers, A.M., Peteet, B.J., Griffith-Henry, K.D., Buchanan, N.D., 2009. Neighborhood risk, parental supervision and the onset of substance use among African American adolescents. *J. Child Fam. Stud.* 18, 680–689.
Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10826-009-9273-y>
- Burnett, K. F., Taylor, C. B., & Agras, W. S. (1985). Ambulatory computer-assisted therapy for obesity: a new frontier for behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(5), 698.
- Bynum, D., Boss, B. J., Schoenhofer, S., & Martsolf, D. (2012). The Development and Testing of the Codependency-Overeating Model in Undergraduate Social Science Students in a Mississippi College. *SAGE Open*, 2(4).
- Card, J. J., Solomon, J., & Cunningham, S. D. (2011). How to adapt effective programs for use in new contexts. *Health promotion practice*, 12(1), 25-35.

- Castro, F. G., Barrera Jr, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213-239.
- Choi, H. J., Krieger, J. L., & Hecht, M. L. (2013). Reconceptualizing efficacy in substance use prevention research: refusal response efficacy and drug resistance self-efficacy in adolescent substance use. *Health communication*, 28(1), 40-52. DOI: 10.1080/10410236.2012.720245
- Cialdini, R. B., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct: recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1015.
- Cisneros-Magana, S. (2014). *The impact of an afterschool program on youth risk-taking behaviors* (Doctoral dissertation).
- Cornu, A. (1957). *The origins of Marxist thought*. Springfield, IL: Thomas.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd.
- de la Salud, P. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*.
- Cooke, R., Dahdah, M., Norman, P., & French, D. P. (2016). How well does the theory of planned behaviour predict alcohol consumption? A systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 10(2), 148-167.
- Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-Garcia, E., ... & Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Applied health economics and health policy*, 13(5), 525-542.
- De Vries, H. D., Backbier, E., Kok, G., & Dijkstra, M. (1995). The Impact of Social Influences in the Context of Attitude, Self- Efficacy, Intention, and Previous Behavior as Predictors of Smoking Onset¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(3), 237-257.

- Durán, C. B., & Jofrè, V. (2014). Atención del o la adolescente basado en el modelo de sistemas de Betty Neuman. *Cuidado de Enfermería y Educación en Salud*, 1(1), 78-91. Recuperado de:
<http://revistas.userena.cl/index.php/cuidenf/article/view/417/530>
- De Chardin, P. T. (1955). *The phenomenon of man*. Londres: Collins.
- Demidowich, A. P., Lu, K., Tamler, R., & Bloomgarden, Z. (2012). An evaluation of diabetes self-management applications for Android smartphones. *Journal of telemedicine and telecare*, 18(4), 235-238.
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.
- Does, Q. (2004). Project ALERT reduces initiation of cigarette and marijuana use in 12–14 year olds.
- Duncan, D. T., Palamar, J. J., & Williams, J. H. (2014). Perceived neighborhood illicit drug selling, peer illicit drug disapproval and illicit drug use among US high school seniors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 1.
Recuperado de:
<http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-9-35>
- Elashoff, J., Dixon, J. W., Crede, K. M., & Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor [Programa de computadora]. *Boston MA: Release*, 4.
- Eldenson, M. (1970). *Sociotherapy and psychotherapy*. Chicago: University of Chicago press.
- Embleton, L., Ayuku, D., Atwoli, L., Vreeman, R., & Braitstein, P. (2012). Knowledge, attitudes, and substance use practices among street children in Western Kenya. *Substance use & misuse*, 47(11), 1234-1247.

- Engels, R. C., Knibbe, R. A., de Vries, H., & Drop, M. J. (1998). Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change?. *Preventive Medicine*, 27(3), 348-357.
- Ellickson, P. L., & Bell, R. M. (1990). Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test (No. RAND /R-3919-CHF). RAND CORP SANTA MONICA CA. Recuperado de:
<http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA257821>
- Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., Ghosh-Dastidar, B., & Longshore, D. L. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: Results from a large-scale trial of Project ALERT in middle schools. *American journal of public health*, 93(11), 1830-1836. Recuperado de:
<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.93.11.1830>
- Facundo, G., Rafael, F., García Salas, B. A., Rodríguez Aguilar, L., & Alonso Castillo, M. M. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera Norte*, 26(51), 53-74.
- Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories- 3rd ed.* Philadelphia. F. A. Davis.
- Fjeldsoe, B. S., Marshall, A. L., & Miller, Y. D. (2009). Behavior change interventions delivered by mobile telephone short-message service. *American journal of preventive medicine*, 36(2), 165-173. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19135907>
- Friese, B., & Grube, J. W. (2013). Legalization of medical marijuana and marijuana use among youths. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(1), 33-39.
DOI: 10.3109/09687637.2012.713408

- Gajecki, M., Berman, A. H., Sinadinovic, K., Rosendahl, I., & Andersson, C. (2014). Mobile phone brief intervention applications for risky alcohol use among university students: a randomized controlled study. *Addict Sci Clin Pract*, 9, 11.
- Gamez, M. E. (2015). Facebook Use, Self-Esteem and Alcohol Consumption in Adolescents. In 43rd Biennial Convention (07 November-11 November 2015). STTI.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C., & Najaka, S. S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of quantitative criminology*, 17(3), 247-272.
- Greenberg, M. T. (2004). Current and future challenges in school-based prevention: The researcher perspective. *Prevention Science*, 5(1), 5-13. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1023/B:PREV.0000013976.84939.55>
- Hannah, K. J., Ball, M. J., & Edwards, M. J. (2006). The future for nurses in health informatics. In *Introduction to nursing informatics* (pp. 292-304). Springer New York.
- Hannah, K. J., Hussey, P., Kennedy, M. A. & Ball, M. J. (2015). *Introduction to Nursing Informatics Fourth Edition*. Springer New York.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H., Vermulst, A. A., de Vries, H., & Engels, R. C. (2004). Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of the theory of planned behavior. *Preventive Medicine*, 39(5), 951-961.
- Harwood, A. (1981). Ethnicity and medical care.
- Hallfors, D., & Godette, D. (2002). Will the Principles of Effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*, 17(4), 461-470.

- Hingson, R. W., Zha, W., & Weitzman, E. R. (2009). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, (16), 12-20.
- Hohman, Z. P., Crano, W. D., Siegel, J. T., & Alvaro, E. M. (2014). Attitude ambivalence, friend norms, and adolescent drug use. *Prevention science*, 15(1), 65-74. DOI: 10.1007/s11121-013-0368-8.
- Hopson, L., Wodarski, J., & Tang, N. (2015). The Effectiveness of Electronic Approaches to Substance Abuse Prevention for Adolescents. *Journal of evidence-informed social work*, 12(3), 310-322. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15433714.2013.857178>
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009.
- Hungler, P., & Polit, D. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. *Interamericana*.
- Kam, J. A., Matsunaga, M., Hecht, M. L., & Ndiaye, K. (2009). Extending the theory of planned behavior to predict alcohol, tobacco, and marijuana use among youth of Mexican heritage. *Prevention Science*, 10(1), 41-53.
- Kremers, S. P. J., Mudde, A. N., & De Vries, H. (2001). "Kicking the initiation": Do adolescent ex-smokers differ from other groups within the initiation continuum?. *Preventive Medicine*, 33(5), 392-401.
- Kumar, R., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Laetz, V. B. (2013). Alcohol, tobacco, and other drug use prevention programs in US schools: a descriptive summary. *Prevention science*, 14(6), 581-592.

- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A. T., & Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & the health professions, 31*(2), 226-239.
- Larimer, M. E., Turner, A. P., Mallett, K. A., & Geisner, I. M. (2004). Predicting drinking behavior and alcohol-related problems among fraternity and sorority members: examining the role of descriptive and injunctive norms. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(3), 203-212.
DOI: 10.1037/0893-164X.18.3.203
- LaBrie, J. W., Hummer, J. F., & Lac, A. (2011). Comparing injunctive marijuana use norms of salient reference groups among college student marijuana users and nonusers. *Addictive Behaviors, 36*(7), 717-720.
DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.02.004
- Lau, A. S. (2006). Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: examples from parent training. *Clinical psychology: Science and practice, 13*(4), 295-310.
- Lazarus, R. S. (1980). *The stress and coping paradigm*. New York: Medical and Scientific Books.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Lee, C. M., Geisner, I. M., Lewis, M. A., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2007). Social motives and the interaction between descriptive and injunctive norms in college student drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*(5), 714-721. DOI: 10.15288/jsad.2007.68.714
- Litvin, E. B., Abrantes, A. M., & Brown, R. A. (2013). Computer and mobile technology-based interventions for substance use disorders: An organizing framework. *Addictive behaviors, 38*(3), 1747-1756. Recuperado de:
- Lopez-Quintero, C., & Neumark, Y. (2010). Effects of risk perception of marijuana use on marijuana use and intentions to use among adolescents in Bogotá, Colombia.

- Drug and Alcohol Dependence, 109(1), 65-72. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871609004529>
- Lopez-Quintero, C., & Neumark, Y. (2015). Prevalence and determinants of resistance to use drugs among adolescents who had an opportunity to use drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 55-62. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615000356>
- Luna, P. J., Pedersen, E. R., & Howard, S. S. (2016). Adoption, Training, and Implementation of the Project ALERT Drug Prevention Program in Chile. *Health Behavior and Policy Review*, 3(2), 153-164. Recuperado de:
<http://www.ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2016/00000003/00000002/art0007>
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. A., & Engels, R. C. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(6), 474-485.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Vermulst, A. A., Monshouwer, K., Vollebergh, W. A., & Engels, R. C. (2012). The theory of planned behavior: Precursors of marijuana use in early adolescence?. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1), 22-28.
- Maričić, J., Sučić, I., & Šakić, V. (2013). Risk Perception Related To (Il) licit Substance Use and Attitudes Towards Its' Use and Legalization—the Role of Age, Gender and Substance Use. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 22(4), 579-599.
- Mexicana, N. O. NOM-028-SSA2-2009-Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Mcmillan, B., & Conner, M. (2003). Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Illicit Drug Use Among Students1. *Journal of Applied Social Psychology*, 33(8), 1662-1683.
- Merton, R. K. (1968). On sociological theories of the midde range. In *Social theory and social structure*. New York: Free Press.

- Melo Hurtado, D. S., & Castanheira Nascimento, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18.
- Moreira, M.T., Smith, L.A., Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane Database Syst Rev.* (3). DOI: 10.1002/14651858.CD006748.pub2.
- Mousavi, F., Garcia, D., Jimmefors, A., Archer, T., & Ewalds-Kvist, B. (2014). Swedish high-school pupils' attitudes towards drugs in relation to drug usage, impulsiveness and other risk factors. *PeerJ*, 2, e410.
- Muessig, K. E., Pike, E. C., LeGrand, S., & Hightow-Weidman, L. B. (2013). Mobile phone applications for the care and prevention of HIV and other sexually transmitted diseases: a review. *Journal of medical Internet research*, 15(1). Recuperado de: <http://www.jmir.org/2013/1/e1/>
- Muñoz, R.F., & Mendelsohn, T. (2005). Toward evidence based interventions for diverse populations: The San Francisco General Hospital Prevention and Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 790–799. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/73/5/790/>
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2006). Project ALERT.
- Neighbors, C., Geisner, I. M., & Lee, C. M. (2008). Perceived marijuana norms and social expectancies among entering college student marijuana users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 433.
DOI: 10.1037/0893-164X.22.3.433
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2002). *The Neuman system model*. (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Ober, A. J., Miles, J. N., Ewing, B., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2013). Risk for inhalant initiation among middle school students: Understanding individual, family, and peer risk and protective factors. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(6), 835-840.
- O'callaghan, F. V., O'callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., & Alati, R. (2006). Prediction of adolescent smoking from family and social risk factors at 5 years, and maternal smoking in pregnancy and at 5 and 14 years. *Addiction*, 101(2), 282-290.
- Osuna, D., Barrera, M., Strycker, L. A., Toobert, D. J., Glasgow, R. E., Geno, C. R. & Doty, A. T. (2009). Methods for the cultural adaptation of a diabetes lifestyle intervention for Latinas: An illustrative project. *Health Promotion Practice*.
Recuperado de:
<http://hpp.sagepub.com/content/early/2009/10/20/1524839909343279.abstract>
- Patrick, M. E., Palen, L. A., Caldwell, L., Gleeson, S., Smith, E., & Wegner, L. (2010). A qualitative assessment of South African adolescents' motivations for and against substance use and sexual behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 20(2), 456-481.
- Pedersen, E. R., Miles, J. N., Ewing, B. A., Shih, R. A., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2013). A longitudinal examination of alcohol, marijuana, and cigarette perceived norms among middle school adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 647-653.
DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.08.008
- Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q., (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol. Bull.* 117, 67-86.
- Pickett, S., Peters, R. M., & Jarosz, P. A. (2014). Toward a Middle-Range Theory of Weight Management. *Nursing science quarterly*, 27(3), 242-247.

- Pierre, T. L. S., Osgood, D. W., Mincemoyer, C. C., Kaltreider, D. L., & Kauh, T. J. (2005). Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by cooperative extension. *Prevention Science*, 6(4), 305-317.
Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11121-005-0015-0>
- Powell, R. y Single, H. (1996). Focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 499-509.
- Prue, D. M., Riley, A. W., Orlandi, M. A., & Jerome, A. (1990). Development of a computer-assisted smoking cessation program: A preliminary report. *Journal of Advancement in Medicine*, 3(2), 131-139.
- Quanbeck, A. R., Gustafson, D. H., Marsch, L. A., McTavish, F., Brown, R. T., Mares, M. L., ... & McDowell, H. (2014). Integrating addiction treatment into primary care using mobile health technology: protocol for an implementation research study. *Implementation Science*, 9(1), 65.
- Randall, J. (2017). Challenges and Possible Solutions for Implementing Contingency Management for Adolescent Substance Use Disorder in Community-Based Settings. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(4), 332-337.
- Resnicow K, Soler R, Braithwait RL, Ahluwalia JS, Butler J. (2000). Cultural sensitivity in substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology*, 28, 271–290.
Recuperado de:
<http://prevention.psu.edu/events/documents/Gonzalesetal.CulturalAdaptationChapter.pdf>
- Razali, M. M., & Kliwer, W. (2015). Risk and protective factors for recreational and hard drug use among Malaysian adolescents and young adults. *Addictive behaviors*, 50, 149-156.
DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.06.022

- Riley, W. T., Rivera, D. E., Atienza, A. A., Nilsen, W., Allison, S. M., & Mermelstein, R. (2011). Health behavior models in the age of mobile interventions: are our theories up to the task?. *Translational Behavioral Medicine*, 1(1), 53-71.
- Rimal, R. N., & Real, K. (2005). How behaviors are influenced by perceived norms a test of the theory of normative social behavior. *Communication Research*, 32(3), 389-414.
- Rimal, R. N., & Mollen, S. (2013). The role of issue familiarity and social norms: findings on new college students' alcohol use intentions. *Journal of public health research*, 2(1), 31.
- Ringwalt, C. L., Ennett, S., Vincus, A., Thorne, J., Rohrbach, L. A., & Simons-Rudolph, A. (2002). The prevalence of effective substance use prevention curricula in US middle schools. *Prevention Science*, 3(4), 257-265.
- Rodríguez-Kuri, S. E., Diaz-Negrete, D. B., de Velasco, S. E. G. G., Guerrero-Huesca, J. A., & Gómez-Maqueo, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la teoría de la conducta planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 68-81. Recuperado de:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=16089>
- Rose, J. S., Medway, F. J., Cantrell, V. L., & Marus, S. H. (1983). A fresh look at the retention-promotion controversy. *Journal of School Psychology*, 21(3), 201-211. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022440583900158>
- Salinas Almaguer, C. E., Padilla Raygoza, N., Ruiz Paloalto, M., & Vera Ramírez, A. M. (2014). La autoestima como factor estresor intrapersonal para el consumo de alcohol en trabajadoras sexuales. *Enfermería Global*, 13(33), 157-165. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Selye, H. (1950). *The psychology and pathology of exposure to stress*. Montreal: ACTA.

- Selye, H. (1976). *The Stress of life*. New York: Mcgraw-Hill.
- Shahab, L., McEwen, A. (2009). Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. *Addiction*. 104(11), 1792–1804.
DOI: 10.1111/j.1360-0443.2009.02710.x.ADD2710.
- Skalski, C. A., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model- based literature review. *Journal of advanced nursing*, 56(1), 69-78.
- Tait, R. J., Spijkerman, R., & Riper, H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 133(2), 295-304. Recuperado de:
[http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(13\)00187-7/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(13)00187-7/abstract)
- Talato, K. (2014). Prevalence and risk factors for pre-hypertension among adults in burkina faso. AZUSA PACIFIC UNIVERSITY. Recuperado de:
<http://gradworks.umi.com/36/14/3614164.html>
- Tate, D. F., Wing, R. R., & Winett, R. A. (2001). Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1172 – 1177. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11231746>
- Thurstone, C., Lieberman, S. A., & Schmiede, S. J. (2011). Medical marijuana diversion and associated problems in adolescent substance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2), 489-492.
DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.03.031
- Turner, S. B., & Kaylor, S. D. (2015). Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. *Nursing science quarterly*, 28(3), 213-217.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *World Drug Report 2015*. New York: UNODC. Recuperado de:

https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *World Drug Report 2015*. New York:

UNODC. Recuperado de:

https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

Van Der Zwaluw, C. S., Kleinjan, M., Lemmers, L., Spijkerman, R., & Engels, R. C.

(2013). Longitudinal associations between attitudes towards binge drinking and alcohol-free drinks, and binge drinking behavior in adolescence. *Addictive behaviors*, 38(5), 2110-2114.

Velazquez Altamirano, M., Arellanez Hernández, J. L., & Martínez García, A. L.

(2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 131-141.

Villarruel, A. M., Bishop, T. L., Simpson, E. M., Jemmott, L. S., & Fawcett, J. (2001).

Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 158-163.

Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M.,

Mendoza-Alvarado, L. R., & Romero-Martínez, M. (2012). Encuesta nacional de adicciones 2011. Reporte de drogas. México: INPRFM.

Villatoro-Velázquez, J. A., Oliva Robles, N., Fregoso, I. D., Bustos, G. M., Mujica, S.

A., del Campo, S. M., Nanni Alvarado, R. & Medina-Mora, M. E. (2015). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

Comisión Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Primera edición 2015.

Disponible en:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf

- Van De Ven, M. O., Engels, R. C., Otten, R., & Van Den Eijnden, R. J. (2007). A longitudinal test of the theory of planned behavior predicting smoking onset among asthmatic and non-asthmatic adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 435-445.
- Wagener, T. L., Leffingwell, T. R., Mignogna, J., Mignogna, M. R., Weaver, C. C., Cooney, N. J., & Claborn, K. R. (2012). Randomized trial comparing computer-delivered and face-to-face personalized feedback interventions for high-risk drinking among college students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(2), 260-267. DOI: 10.1016/j.jsat.2011.11.001.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1988). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing*. (5^aed.). Upper Sadder River, N. J.: Prentice Hall.
- West, J. H., Hall, P. C., Hanson, C. L., Barnes, M. D., Giraud-Carrier, C., & Barrett, J. (2012). There's an app for that: content analysis of paid health and fitness apps. *Journal of medical Internet research*, 14(3), e72. Recuperado de: [http://www.jmir.org/2012/3/e72/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed:+JMedInternetRes+\(Journal+of+Medical+Internet+Research+\(atom\)\)](http://www.jmir.org/2012/3/e72/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed:+JMedInternetRes+(Journal+of+Medical+Internet+Research+(atom)))
- Wood, S. K., Eckley, L., Hughes, K., Hardcastle, K. A., Bellis, M. A., Schrooten, J., ... & Voorham, L. (2014). Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: a systematic review. *Addictive behaviors*, 39(1), 30-38. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547213001852>
- World Health Organization, & World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. World Health Organization.

World Health Organization (2016). Manejo de las sustancias de abuso (Cannabis).

Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/

Wright, M. D. G. M., & Lujan, M. J. (2013). The ES/CICAD/OAS schools of nursing project: a model of excellence for professional and scientific development on drug related issues in Latin America. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(2), 561-561.

Wu, L. T., Swartz, M. S., Brady, K. T., Hoyle, R. H., & Workgroup, N. A. (2015).

Perceived cannabis use norms and cannabis use among adolescents in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 79-87.

DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.02.022.

Yamada, J., Takayanagi, R., Yokoyama, H., Suzuki, Y., Sinohara, S., & Yamada, Y.

(2013). [Investigation of the educational effectiveness of including small group discussion as part of a drug abuse prevention program for junior high school students]. *Yakugaku zasshi: Journal of the Pharmaceutical Society of Japan*, 134(12), 1331-1345. Recuperado de:

<http://europepmc.org/abstract/med/25452242>

Yanek, L. R., Becker, D. M., Moy, T. F., Gittelsohn, J., & Koffman, D. M. (2001).

Project Joy: faith based cardiovascular health promotion for African American women. *Public health reports*, 116(1 suppl), 68-81.

Apéndice A

Guía para Conducción de Grupo Focal

1) ¿Cuáles son las mejores razones para mejorar la salud?

2) ¿Cómo piensas que el consumo de drogas puede afectar a tu salud?

3) Ahora bien, específicamente sobre el Project Alert ¿Podrías describir las cosas que más te gustaron acerca de los materiales que recibiste?

4) ¿Qué fue lo que no te gustó y que piensas que se te dificultó?

5) ¿Participarías en este programa?

Apéndice B

Consentimiento Informado del Padre o Tutor (Grupo Focal)

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Realizar una adaptación de materiales educativos que serán utilizados en intervención preventiva para el uso de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes de Monterrey, Nuevo León.

Procedimiento: se está invitando a su hijo (a) a participar en un grupo de discusión que estará formado por estudiantes como él, si usted acepta que su hijo participe, se le entregara a su hijo un material educativo para que lo revise y posteriormente junto con otros compañeros discutan o den opiniones sobre si les gusta el material y den recomendaciones en cuanto a cuestiones culturales como: si son correctas las expresiones utilizadas, si es comprensivo el material, entre otras. El desarrollo de la sesión será llevado a cabo en la escuela donde su hijo estudia. Todas las opiniones que exprese su hijo serán confidenciales y se cuidara su privacidad y anonimato. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios serán proporcionados por el investigador principal. El tiempo de duración del grupo de discusión será aproximadamente 45 minutos.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación de su hijo (a) en el estudio, sin embargo existirán algunas de las preguntas personales, sin embargo, si siente incomodidad o frustración al hablar de los temas que trata la sesión del grupo, podrá retirarse en cualquier momento, sin que existan algún problema con su escuela.

Beneficios esperados: No hay ningún beneficio personal o económico en su participación en este estudio, sin embargo, con su participación se podrán realizar adaptaciones a los materiales que serán utilizados en la prevención del consumo de drogas en adolescentes del estado de Nuevo León

Confidencialidad: Las personas que conocerán que su hijo (a) participó en el protocolo, son, su hijo (a), los responsables del estudio y usted. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información proporcionada por su hijo. Además, toda la información que mi hijo (a) llene en los cuestionarios no podrá ser identificada por nadie, inclusive, ni por el investigador, ya que esta será manejada a través de códigos de participante y estos serán destruidos después de dos años. Por lo que toda información acerca de su hijo será tratada bajo total anonimato. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos de manera general, y formarán parte de la tesis doctoral del investigador principal.

Derecho de Retirarse: La participación de su hijo(a) en este protocolo es voluntaria. Si usted decide que su hijo(a) participe, en todo momento tendrá la libertad de retirar su consentimiento, en caso de que así lo decidiera y eso no afectara en nada los derechos de su hijo(a) ni la relación o calificaciones que él/ella tiene en la institución de pertenencia.

Contacto: Cualquier pregunta, duda, sugerencia o aclaración acerca de los detalles de la investigación, o bien, acerca de los riesgos relacionados, favor de llamar al investigador principal al teléfono 818 309 9134, el cual estará disponible las 24 horas del día. O bien, al Secretario de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al teléfono: 8348-8943. 287.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en Un grupo focal de sobre el programa “Project ALERT” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo lo decidamos.

Nombre de mi hijo (a):

Nombre y Firma del padre o tutor:

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo

Apéndice C

Asentimiento Informado del Estudiante (Grupo Focal)

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Realizar una adaptación de materiales educativos que serán utilizados en intervención preventiva para el uso de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en adolescentes de Monterrey, Nuevo León.

Procedimiento que se llevara en el estudio será:

- Me están invitando a participar en un grupo de discusión que estará formado por estudiantes como yo
- Si acepto se me entregara un material educativo para que lo revise y posteriormente junto con otros compañeros demos opiniones sobre si nos gusta el material y demos recomendaciones sobre: si son correctas las expresiones utilizadas, si es comprensivo el material, entre otras.
- El desarrollo de la sesión será llevado a cabo en mi escuela.
- Todas las opiniones que exprese serán confidenciales y se cuidara mi privacidad y anonimato.
- El tiempo de duración del grupo de discusión será aproximadamente 45 minutos.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con mi participación. Sin embargo, con mi participación se podrán realizar adaptaciones a los materiales que serán utilizados en la prevención del consumo de drogas en adolescentes del estado de Nuevo León.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que participaste en este protocolo serán solamente tus padres o tutores y los responsables del estudio. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información que nos proporciones.

Derecho de Retirarse: Tu participación en este protocolo es voluntaria. Si decides participar, en todo momento tendrás la libertad de retirar tu consentimiento, en caso de que así lo decidiera y eso no afectara en nada tu relación con la escuela ni tus derechos escolares o calificaciones.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto de manera voluntaria participar en la sesión de grupo focal sobre el “Project ALERT” y se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este protocolo, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en cualquier momento que así lo desee.

Nombre completo y firma (a):

Apéndice D

Consentimiento Informado del Profesor (Grupo Focal)

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Realizar una adaptación cultural de una intervención preventiva para el uso de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en el sub-grupo de adolescentes de Monterrey, Nuevo León

Procedimiento: Inicialmente se citará al personal educativo a un lugar establecido por el investigador principal para llevar a cabo la sesión del grupo focal. Una vez reunidos, se les entregará el material de trabajo de la intervención e inmediatamente después, se procederá con una breve introducción al programa. Después, se procederá a analizar los materiales. Durante este proceso se prevé que haya una retroalimentación por parte de los profesores, en cuanto al contenido de cada una de las sesiones, con el fin que dichos contenidos, sean culturalmente relevantes para los estudiantes de secundaria. Por ejemplo, si las expresiones utilizadas son las correctas, el material será comprendido por los adolescentes, entre otras. El desarrollo de la sesión será llevado a cabo en la institución de educación secundaria. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios serán proporcionados por el investigador principal. Es importante señalar que, dentro del equipo de logística, habrá un encargado de grabar el audio de las sesiones, no obstante, dichas grabaciones serán eliminadas una vez que se extraigan los datos.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con tu participación en el estudio, sin embargo, en caso de aceptar, si usted no desea continuar con el protocolo, tiene el derecho de retirarse en el momento que esto sucediera.

Beneficios esperados: En relación a la investigación, realizar una edición preliminar de la versión de la intervención adaptada culturalmente a adolescentes de Monterrey, Nuevo León. Lo que dará pie a probar posteriormente la efectividad de la misma. Cabe mencionar que no hay beneficios de carácter monetario para su participación, sin embargo, en la sesión se brindará un pequeño refrigerio.

Confidencialidad: Las personas que sabrán de su participación serán, usted y los responsables del estudio. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información que nos proporcione, es decir, se procederá con total anonimato. No obstante, existe la posibilidad que los resultados sean publicados en artículos científicos de manera general. Por otro lado, formarán parte de la tesis doctoral del investigador principal.

Derecho de Retirarse: Su participación es voluntaria. Si usted decide qué participar en la sesión, en todo momento tendrá la libertad de retirar su consentimiento y en caso de

que así lo decidiera, no afectara en nada sus derechos ni la relación laboral con la institución en la que labora.

Contacto: Cualquier pregunta, duda, sugerencia o aclaración acerca de los detalles de la investigación, o bien, acerca de los riesgos relacionados, favor de llamar al investigador principal al teléfono 818 309 9134, el cual estará disponible las 24 horas del día. O bien, al Secretario de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al teléfono: 8348-8943. 287.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participar en la sesión de grupo focal del programa “Project ALERT” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelarla en cualquier momento que así lo decida.

Nombre Completo y firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice E

Consentimiento Informado del Experto (Grupo Focal)

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Realizar una adaptación cultural de una intervención preventiva para el uso de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables en el sub-grupo de adolescentes de Monterrey, Nuevo León

Procedimiento: Inicialmente se citará a los expertos en el área de adicciones a un lugar establecido por el investigador principal, para llevar a cabo la sesión del grupo focal. Una vez reunidos, se les entregará el material de trabajo de la intervención e inmediatamente después, se procederá con una breve introducción al programa. Después, se procederá a analizar los materiales. Durante este proceso se prevé que haya una retroalimentación por parte de los expertos, en cuanto al contenido de cada una de las sesiones, con el fin que dichos contenidos, sean culturalmente relevantes para los estudiantes de secundaria. Por ejemplo, si las expresiones utilizadas son las correctas, el material será comprendido por los adolescentes, si el contenido es consistente con las prácticas culturales de los adolescentes, que es lo que señala la literatura en cuanto a los contenidos de las intervenciones preventivas. El desarrollo de la sesión será llevado a cabo en la institución de educación secundaria. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios serán proporcionados por el investigador principal. Es importante señalar que, dentro del equipo de logística, habrá un encargado de grabar el audio de las sesiones, no obstante, dichas grabaciones serán eliminadas una vez que se extraigan los datos.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con su participación en el estudio, sin embargo, en caso de aceptar, si usted desea no continuar con el protocolo, tiene el derecho de retirarse en el momento que así lo decidiera.

Beneficios esperados: En relación a la investigación, realizar una edición preliminar de la versión de la intervención adaptada culturalmente a adolescentes de Monterrey, Nuevo León. Lo que dará pie a probar posteriormente la efectividad de la misma. Cabe mencionar que no hay beneficios de carácter monetario para su participación, sin embargo, en la sesión se brindará un pequeño refrigerio.

Confidencialidad: Las personas que sabrán de su participación serán, usted y los responsables del estudio. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información que nos proporcione, es decir, se procederá con total anonimato. No obstante, existe la posibilidad que los resultados sean publicados en artículos científicos de manera general. Por otro lado, formarán parte de la tesis doctoral del investigador principal.

Derecho de Retirarse: Su participación es voluntaria. Si usted decide qué participar en la sesión, en todo momento tendrá la libertad de retirar su consentimiento y en caso de que así lo decidiera, no afectara en nada sus derechos ni la relación laboral con la institución en la que labora.

Contacto: Cualquier pregunta, duda, sugerencia o aclaración acerca de los detalles de la investigación, o bien, acerca de los riesgos relacionados, favor de llamar al investigador principal al teléfono 818 309 9134, el cual estará disponible las 24 horas del día. O bien, al Secretario de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Dra. Bertha Cecilia Salazar González al teléfono: 8348-8943. 287.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto participar en la sesión de grupo focal del programa “Project ALERT” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelarla en cualquier momento que así lo decida.

Nombre Completo y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice F
Manual del Project Alert ©

Apéndice G

Cédula de Datos Personales

Código:

A continuación, te haremos algunas preguntas para comenzar con el Proyecto ALERT, por favor responde cada pregunta honestamente, nadie en tu escuela o casa conocerá tus respuestas

¡Comencemos !!!

1. ¿Cuántos años tienes?

2. ¿Qué grado escolar estás cursando actualmente?

Primero

Segundo

Tercero

3. ¿Eres hombre o mujer?

Hombre

Mujer

4. ¿A qué te dedicas?

Soy estudiante solamente

Trabajo y estudio

Apéndice H

Escala de Medición de las Intenciones del Uso de Drogas

El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas acerca del uso de drogas y otras circunstancias relacionadas con situaciones frecuentes entre jóvenes. Respóndelo con la mayor sinceridad posible de acuerdo con tu experiencia y descuida, nadie conocerá tu identidad. Empecemos, marca con una “X” la respuesta que más se acerque a la realidad.

En los últimos 6 meses que tan importante ha sido para ti...

	No es importante	Es poco importante	Es más o menos importante	Es importante	Es muy importante
1. ... Olvidarte de tus problemas (escolares, familiares, sentimentales, etc.)					
2. Sentirte parte del grupo de tus amigos?					
3... Evitar sentirte deprimido(a)?					
4... Probar a hacer cosas diferentes?					
5... Liberarte de las presiones?					
6... Sentirte seguro?					
7. Tener dinero?					
8... Desahogar tus penas?					
9... Ser admirado(a) por tus amigos o compañeros?					
10... Tener experiencias placenteras?					
11. Sentir la emoción de la					

adrenalina?					
12... Ser aceptado(a) por tus amigos?					
13... Superar situaciones que te causan temor o vergüenza?					

En los últimos 6 meses ¿Con que frecuencia...

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
1... Has ido a fiestas, tocadas, raves, conciertos, o antros en los que es posible que haya habido alguna de las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
2... Te has sentido seguro(a) de que podías probar las siguientes drogas, sin peligro de seguir usándola?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
3... Has pensado que los efectos de las siguientes drogas pueden ser agradables?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
4... Has sentido curiosidad por conocer los efectos de las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
5... Has llegado a sentir que estabas con personas de confianza como para probar las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
6... Podrías haber usado las siguientes drogas sin que te cacharan?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
7... Has estado con amigos mientras usaban las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			

En los últimos 6 meses ¿Con que frecuencia...

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
8... Te han insistido tus amigos en que pruebes las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
9... Has pensado que conoces lo suficiente sobre los efectos de las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
10... Has estado en situaciones en las que podías sentirte seguro(a) para usar las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
11... Has sentido que podías adquirir las siguientes drogas sin correr riesgo?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco(NA)	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
12... Has sentido que sabes cómo preparar y consumir las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
13... ¿Te ha parecido que podrías conseguir las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
14... ¿Has estado seguro de que podrías probar las siguientes drogas sin quedarte “en el viaje”?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
15... ¿Has tenido dinero para comprar las siguientes drogas?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			

¿Probarías alguna droga

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
1... ¿Si te la ofrecieran en una fiesta, tocada, rave, concierto, o antro?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
2... ¿Si sintieras que al probarla no corres peligro de seguir usándola?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
3... ¿Si supieras que sus efectos pueden ser agradables?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
4... ¿Si tuvieras curiosidad de conocer sus efectos?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
5... ¿Si te acompañara una persona de confianza?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la

	probaría	probaría	probaría	probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
6... ¿Si no hubiera riesgo de que te cacharan?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría

¿Probarías alguna droga

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
7... ¿Si convivieras con amigos que están usando drogas?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
8... ¿Si tus amigos te insistieran que las probaras?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
9... ¿Si tuvieras suficiente información sobre sus efectos?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
10... ¿Si estuvieras en una situación en que te sintieras seguro(a) para probarla?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la

	probaría Seguro la probaría	probaría Seguro la probaría	probaría Seguro la probaría	probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
11. ¿Si pudieras adquirirla sin correr riesgos?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco(NA)	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
12... ¿Si supieras como prepararla y como consumirla?	Nunca Casi nunca A veces Con frecuencia Con mucha frecuencia			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
13... ¿Si la pudieras conseguir fácilmente?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría

¿Probarías alguna droga

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
14. ... ¿Si estuvieras seguro(a) de que no te vas a quedar “en el viaje”?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría Seguro la probaría
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
15. ... ¿Si tuvieras dinero para comprarla?	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría	No la probaría No creo que la probaría No sé Tal vez la probaría

	Seguro la probaría	Seguro la probaría	Seguro la probaría	Seguro la probaría
--	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Marca con una “x” la opción que represente mejor tu opinión

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------	------------------------------

“Probar alguna droga tendría un impacto negativo en mi vida”					
---	--	--	--	--	--

¿Las siguientes personas piensan que alguna vez podrías probar alguna droga?

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
1. Tus mejores amigos (Incluyendo a tu novio o novia)	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
2. Algún familiar	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
3. Algunos compañeros o vecinos	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
4. Tus padres o alguno de ellos	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor	Cierto Falso A lo mejor

En cuanto a probar alguna droga o no probarla, ¿qué tan dispuesto estás a seguir los consejos o a hacer lo que esperan de ti, las siguientes personas...

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
1. Tus mejores amigos	Nunca Algunas veces Con frecuencia La mayoría de las veces Siempre			

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
2. Algún familiar	Nunca Algunas veces Con frecuencia La mayoría de las veces Siempre			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
3. Algunos compañeros o vecinos	Nunca Algunas veces Con frecuencia La mayoría de las veces Siempre			
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
4. Tus padres o alguno de ellos	Nunca Algunas veces Con frecuencia La mayoría de las veces Siempre			

Subraya la opción que corresponda

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
1. ¿Cuántos de tus amigos han probado o usado alguna droga?	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
2. ¿Cuántos de tus familiares cercanos (contando a tus padres) han probado o usado alguna droga?	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (tíner, pegamento..)
3. ¿Cuántos de tus compañeros o vecinos han probado o usado alguna droga?	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos	Ninguno Algunos Varios La mayoría Todos

En tu opinión, ¿Usar alguna de las siguientes drogas...?

	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
1... Podría ayudarte a olvidar tus problemas?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
2... Te permitiría sentirte parte de un grupo de amigos?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
3... Te permitiría hacer cosas diferentes?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
4... Te liberaría de las presiones?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
5... Te liberaría de las presiones?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
6... Te permitiría superar la inseguridad?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy

	probable	probable	probable	probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
7... Te ayudaría a obtener dinero?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
8... Te serviría para desahogar tus penas?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
9... Te permitiría ser admirado por alguno de tus amigos o compañeros?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
10... Te proporcionaría experiencias placenteras?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
11... Te permitiría "sentir la adrenalina"?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Mariguana	Inhalables
12... Te ayudaría a tener la aceptación de tus amigos?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables
13. Te ayudaría a darte valor ante situaciones que te causan temor o vergüenza?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable

¿Marca con una "x" la opción que corresponda?

¿Has usado alguna vez en la vida, una o más de las siguientes sustancias?

¿Alguna vez en la vida?

	Si	No
1. Alcohol		
2. Tabaco		
3. Marihuana		
4. Inhalables (tíner, pegamento, tolueno, gasolina)		

¿En el último mes, has usado una o más de las siguientes sustancias?

¿Último mes?

	Si	No
1. Alcohol		
2. Tabaco		
3. Marihuana		
4. Inhalables (tíner, pegamento, tolueno, gasolina)		

¿En los últimos 7 días has usado una o más de las siguientes sustancias?

¿Últimos 7 días?

	Si	No
1. Alcohol		
2. Tabaco		
3. Marihuana		
4. Inhalables (tíner, pegamento, tolueno, gasolina)		

Contesta solamente una de las siguientes dos preguntas

	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (pegamento, tíner, etc.)
1. Si no has usado alguna de las siguientes drogas, ¿Qué tan probable es que llegues a probarlas en el futuro?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Inhalables (pegamento, tíner, etc.)
2. Si las has probado, ¿Qué tan probable es que vuelvas a hacerlo?	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable	No es probable Es poco probable Es más o menos probable Es probable Es muy probable

Apéndice I

Consentimiento Informado del Padre o Tutor

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Probar la efectividad del Project ALERT un programa preventivo para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. Por tal razón se está invitando a su hijo (a) a participar en un programa para prevenir el consumo de drogas en adolescentes. Este programa se dará a estudiantes de secundaria como él. El desarrollo del programa será llevado a cabo en la escuela donde su hijo estudia. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios serán proporcionados por el investigador principal. Si usted acepta que su hijo participe el tendrá que realizar lo siguiente.

Procedimiento: Se les invitara a participar en el estudio, es posible que el entre a recibir el programa preventivo de drogas o se le dé una sola sesión sobre estilos de vida saludables. Cualquiera que sea el caso su hijo llenara unos cuestionarios auto-aplicados, relacionados con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, así como otros factores que se relacionan al consumo de estas sustancias, los cuales serán llenados al inicio, y tres semanas después al finalizar la intervención.

El desarrollo de las sesiones será llevado a cabo en la escuela donde estudia su hijo en el horario que los directivos nos recomienden, si su hijo queda seleccionado participara en tres sesiones con duración de tres horas que se llevaran por tres semanas. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios para la intervención serán proporcionados por el investigador principal.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación de su hijo (a) en el estudio, sin embargo, hay aspectos como a) llenar cuestionarios, b) algunas de las preguntas serán personales, c) los padres no tienen acceso a la información proporcionada por los hijos. Sin embargo, si su hijo (a) o usted no desea seguir en la intervención, se puede retirar la participación de mi hijo (a) en el momento que usted así lo decidiera.

Beneficios esperados: En relación a la investigación, probar que la intervención es efectiva y reducir los factores de riesgo que fomentan el consumo de drogas en los adolescentes. No obstante, el adolescente será remunerado por una modesta cantidad de 100 pesos M.N. en cada sesión, además se les proporcionará un pequeño refrigerio y media hora de descanso en cada sesión.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que su hijo (a) participó en el estudio son su hijo (a), los responsables del estudio y usted. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información proporcionada por su hijo. Además, toda la información que mi hijo (a) llene en los cuestionarios no podrá ser identificada

por nadie, inclusive, ni por el investigador, ya que esta será manejada a través de códigos de participante y estos serán destruidos después de dos años. Por lo que toda información acerca de su hijo será tratada bajo total anonimato. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos de manera general, y formarán parte de la tesis doctoral del investigador principal.

Derecho de Retirarse: La participación de su hijo(a) en este estudio es voluntaria. Si usted decide que su hijo(a) participe, en todo momento tendrá la libertad de retirar su consentimiento, en caso de que así lo decidiera y eso no afectara en nada los derechos de su hijo(a) ni la relación o calificaciones que él/ella tiene en la institución de pertenencia.

Contacto: Cualquier pregunta, duda, sugerencia o aclaración acerca de los detalles de la investigación, o bien, acerca de los riesgos relacionados, favor de llamar al investigador principal al teléfono 818 309 9134, el cual estará disponible las 24 horas del día o bien con el responsable de la Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, localizada en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en el Programa “Project ALERT” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo lo decidamos.

Nombre de mi hijo (a):

Nombre y Firma del padre o tutor:

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice K

Asentimiento Informado del Estudiante

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Probar la efectividad del Project ALERT un programa preventivo para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes como yo. Por tal razón se me está invitando a participar en un programa para prevenir el consumo de drogas en adolescentes. Este programa se dará a estudiantes de secundaria como yo. El desarrollo del programa será llevado a cabo en la mi escuela. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios serán proporcionados por el investigador principal. Si acepto participar tendré que realizar lo siguiente.

Procedimiento:

Es posible que reciba el programa preventivo de drogas o solo una sesión sobre estilos de vida saludables.

Cualquier que sea el llenare unos cuestionarios auto-aplicados, relacionados con el consumo de drogas, los cuales serán llenados al inicio, y tres semanas después al finalizar la intervención.

El desarrollo de las sesiones será llevado a cabo en la escuela donde estudio su en el horario que los directivos nos recomienden

Si quedo seleccionado participare en tres sesiones con duración de tres horas que se llevaran por tres semanas. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios para la intervención serán proporcionados por el investigador principal.

Riesgos: No existen riesgos relacionados con tu participación en el estudio, sin embargo, cuidando lo mayor posible tu bienestar, se te informa que en el momento que tu desees no seguir participando en el programa, estarás en todo tu derecho de retirarte en el momento que así lo desees.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que participas en el estudio son solo tus padres y los responsables del estudio. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información que nos proporciones.

Beneficios esperados: Si desees aceptar tu participación en el programa, tendrás una modesta remuneración por la cantidad de 100 pesos M.N. en cada sesión, además se te media hora de descanso en cada sesión y un pequeño refrigerio.

Derecho de Retirarse: Tu participación en este estudio es voluntaria. Si decides participar, en todo momento tendrás la libertad de retirar tu consentimiento y en caso de que así lo decidieras, eso no afectara en nada tus derechos, ni tu relación con la escuela secundaria.

Asentimiento Informado

Se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo decidir libremente dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre Completo y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice K
Certificado de Entrenamiento

Certificate of Training

This certifies that

DAVID GARDEA

Has completed the full course of training for

PROJECT ALERT

*A skills-based substance abuse prevention program for the middle grades
and is awarded this certificate from the RAND Corporation*

September 08, 2016

8 hours trained



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eric R. Pedersen".

Eric R. Pedersen, Ph.D., Director, Project ALERT

Apéndice L

Consentimiento Informado del Padre o Tutor

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Probar la efectividad del Project ALERT un programa preventivo para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. Por tal razón se está invitando a su hijo (a) a participar en un programa para prevenir el consumo de drogas en adolescentes.

Procedimiento: Se les invitara a participar en el estudio, es posible que el entre a recibir el programa preventivo de drogas o se le dé una sola sesión sobre estilos de vida saludables. Cualquiera que sea el caso su hijo llenara unos cuestionarios auto-aplicados, relacionados con el consumo de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables, así como otros factores que se relacionan al consumo de estas sustancias, los cuales serán llenados al inicio, y cinco semanas después al finalizar la intervención.

Riesgos e inquietudes: No existen riesgos relacionados con la participación de su hijo (a) en el estudio, sin embargo, hay aspectos como a) llenar cuestionarios, b) algunas de las preguntas serán personales, c) los padres no tienen acceso a la información proporcionada por los hijos. Sin embargo, si su hijo (a) o usted no desea seguir en la intervención, se puede retirar la participación de mi hijo (a) en el momento que usted así lo decidiera.

Beneficios esperados: Con relación a la investigación, probar que la intervención es efectiva y reducir los factores de riesgo que fomentan el consumo de drogas en los adolescentes.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que su hijo (a) participó en el estudio son su hijo (a), los responsables del estudio y usted. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información proporcionada por su hijo. Además, toda la información que mi hijo (a) llene en los cuestionarios no podrá ser identificada por nadie, inclusive, ni por el investigador, ya que esta será manejada a través de códigos de participante y estos serán destruidos después de dos años. Por lo que toda información acerca de su hijo será tratada bajo total anonimato. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en artículos científicos de manera general, y formarán parte de la tesis doctoral del investigador principal.

Derecho de Retirarse: La participación de su hijo(a) en este estudio es voluntaria. Si usted decide que su hijo(a) participe, en todo momento tendrá la libertad de retirar su consentimiento, en caso de que así lo decidiera y eso no afectara en nada los derechos de su hijo(a) ni la relación o calificaciones que él/ella tiene en la institución de pertenencia.

Contacto: Cualquier pregunta, duda, sugerencia o aclaración acerca de los detalles de la investigación, o bien, acerca de los riesgos relacionados, favor de llamar al investigador principal al teléfono 818 309 9134, el cual estará disponible las 24 horas del día o bien con el responsable de la Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, localizada en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento

Yo, voluntariamente acepto que mi hijo(a) participe en la investigación para determinar la efectividad del programa “Project ALERT” y se colecte información sobre él/ella. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando que mi hijo(a) participe en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación de mi hijo(a) en el momento que el/ella o yo lo decidamos.

Nombre de mi hijo (a):

Nombre y Firma del padre o tutor:

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Apéndice K

Asentimiento Informado del Estudiante

Título de la Investigación: Adaptación cultural y evaluación de una intervención preventiva del uso de alcohol y otras drogas en adolescentes

Investigador principal: MCE. David Gardea Sanchez

Propósito del Estudio: Probar la efectividad del Project ALERT un programa preventivo para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes como yo. Por tal razón se me está invitando a participar en un programa para prevenir el consumo de drogas en adolescentes. Este programa se dará a estudiantes de secundaria como yo

Procedimiento:

Es posible que reciba el programa preventivo de drogas o solo una sesión sobre estilos de vida saludables. Cualquiera que sea el llenare unos cuestionarios auto-aplicados, relacionados con el consumo de drogas, los cuales serán llenados al inicio, y tres semanas después al finalizar la intervención. Si quedo seleccionado participaré en cinco sesiones con una duración de 80 minutos cada una. Cabe señalar que todos los recursos materiales necesarios para la intervención serán proporcionados por el investigador principal.

Riesgos: No existen riesgos relacionados con tu participación en el estudio, sin embargo, cuidando lo mayor posible tu bienestar, se te informa que en el momento que tu desees no seguir participando en la investigación, estarás en todo tu derecho de retirarte en el momento que así lo desees.

Confidencialidad: Las personas que conocerán que participas en el estudio son solo tus padres y los responsables del estudio. Es importante mencionar que ninguna otra persona tendrá acceso a la información que nos proporcionas.

Beneficios esperados: Se te proporcionará un pequeño refrigerio al momento de la recolección de los datos.

Derecho de Retirarse: Tu participación en este estudio es voluntaria. Si decides participar, en todo momento tendrás la libertad de retirar tu consentimiento y en caso de que así lo decidieras, eso no afectara en nada tus derechos, ni tu relación con la escuela secundaria.

Asentimiento Informado

Se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo decidir libremente dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre Completo y Firma

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y firma: Testigo 2

Resumen Autobiográfico

MCE. David Gardea Sánchez

Candidato para Obtener el Grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Tesis: ADAPTACIÓN CULTURAL DE UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA DEL USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: David Gardea Sánchez, Nacido en Monterrey, Nuevo León el 23 de mayo de 1991, hijo de la Sra. Gloria Gardea Sanchez y del Sr. Manuel Villarreal Gonzalez.

Educación: Egresado de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2012. Egresado de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2015.

Experiencia Profesional: Instructor de práctica clínica en el Instituto Universitario Metropolitano durante el año 2012, asignado en el Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda en los departamentos de Cirugía, Medicina Interna, Quirófano, Urgencias y Terapia Intensiva Adulto. Instructor de práctica clínica comunitaria de la Universidad Emiliano Zapata durante 2018-2019. Becario CONACyT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería y para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capítulo Alpha.

Correo Electrónico: degs_007@hotmail.com