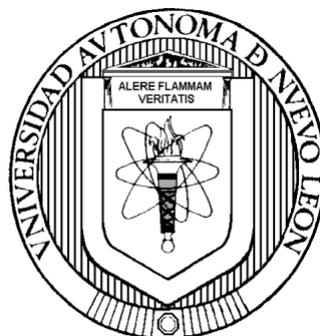


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DEL NO CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES DE ZONAS MARGINALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

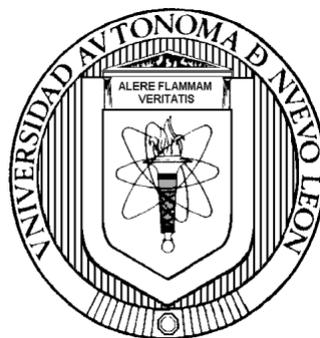
Por

M.E. CLAUDIA YANET FIERRO HERRERA

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

MARZO, 2023

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



MODELO EXPLICATIVO DEL NO CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES DE ZONAS MARGINALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

Por

M.E. CLAUDIA YANET FIERRO HERRERA

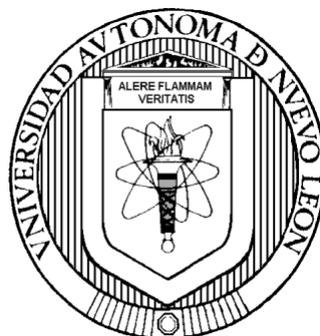
Director de Tesis

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

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

MARZO, 2023

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



MODELO EXPLICATIVO DEL NO CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES DE ZONAS MARGINALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

Por

M.E. CLAUDIA YANET FIERRO HERRERA

Asesor Externo

DRA. SANDRA CRISTINA PILLON

Profesor de Tiempo Completo, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de

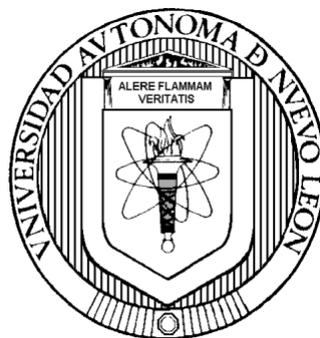
São Paulo, Brasil

Como requisito para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

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



MODELO EXPLICATIVO DEL NO CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES DE ZONAS MARGINALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

Por

M.E. CLAUDIA YANET FIERRO HERRERA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

MARZO, 2023

MODELO EXPLICATIVO DEL NO CONSUMO DE DROGAS EN  
ADOLESCENTES DE ZONAS MARGINALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

**Aprobación de Tesis**

---

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo  
Director de Tesis

---

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo  
Presidente

---

Dra. Karla Selene López García  
Secretario

---

Dr. Lucio Rodríguez Aguilar  
1er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
2do. Vocal

---

Dra. Sandra Cristina Pillon  
3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A Dios por estar siempre a mí lado. Toda buena dádiva y todo don perfecto descienden de lo alto, donde está el Padre que creó las lumbreras celestes, y que no cambia como los astros ni se mueve como las sombras. Gracias Dios.

A CONACyT por brindarme el apoyo económico necesario, para cursar mis estudios de doctorado durante el último semestre.

A la Dra. Ma. Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por brindarme la oportunidad de seguir preparándome académicamente y por el valioso apoyo y confianza otorgados.

A la Subdirección de Posgrado e Investigación, en especial a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo y a la Dra. Raquel Benavides Torres, por abrirme las puertas de su recinto y brindarme siempre su confianza y apoyo.

A la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua por brindarme el apoyo económico necesario, así como a su director el Dr. Martín Eduardo Sías Casas, al Secretario Académico M.E. Gilberto Acosta Castañeda, a la Secretaría Administrativa la M.E. Mariana Vargas Beltrán y a la Secretaría de Investigación y Posgrado la Dra. Verónica Berumen por el apoyo brindado para realizar mis estudios de doctorado.

A la administración 2022-2028, por su apoyo en la conclusión de este proyecto personal, en especial a la Directora la M.E. Mariana Vargas Beltrán.

A todos los docentes del Doctorado en Enfermería, por transmitirme con sabiduría todos los conocimientos necesarios para culminar exitosamente el grado de doctor.

A mi director de tesis el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, por dirigirme disciplinada y correctamente en cada paso de la elaboración de esta tesis, por otorgarme tiempo, dedicación, conocimiento y guía, por sus valiosos consejos para afrontar eficazmente cada situación durante el proceso de investigación.

Al comité de tesis conformado por la Dra. Karla Selene López García, al Dr. Lucio Rodríguez Aguilar, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo y a la Dra. Sandra Cristina Pillon porque gracias a sus revisiones y por sus valiosas observaciones hoy puedo culminar este trabajo. Además agradezco a cada uno de los adolescentes participantes en este estudio por la información facilitada.

## **Dedicatoria**

Primeramente a Dios, por su bondad, por este logro con el cual estoy eternamente agradecida por acompañamiento, su amor, su presencia en cada circunstancia y la fortaleza obtenida a cada momento, siempre estaré agradecida con El.

A mi esposo Oscar Alberto Dávila Mendoza, por su apoyo a cada momento. Por creer en mí e impulsarme cada día a ser mejor. Gracias por sus palabras de ánimo, somos el mejor equipo, te amo por siempre.

A mi familia consanguínea y amigos que siempre confiaron en mí.

A mi madre y mis hermanos por su ayuda a cada momento, ya que son un gran apoyo para el desarrollo de cada uno de los retos que he enfrentado en la vida.

A mis compañeras del doctorado, porque siempre fueron un gran apoyo para el desarrollo de este proyecto personal. Siempre estaré agradecida de sus palabras de ánimo y alegría a cada momento.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	11
Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender	11
Teoría de rango medio: Modelo explicativo del no consumo de drogas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua (MECD-AM)	21
Estudios relacionados	33
Definición de términos	50
Objetivo e hipótesis del estudio	53
Objetivo general	53
Objetivos específicos	53
Hipótesis	54
Capítulo II	
Metodología	55
Diseño del estudio	55
Población, muestreo y muestra	56
Instrumentos de Medición	57

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Cédula de datos personales y prevalencia de consumo de drogas ilícitas (CDPPCDI)	57
Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).	58
Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14).	58
Inventario de religiosidad por Taunay (IR).	59
Escala de percepción de riesgo (EPR).	60
Cuestionario de confianza situacional (CCS).	61
Escala de afecto positivo y afecto negativo para niños y adolescentes (PANASN).	62
Cuestionario MOS de apoyo social percibido.	63
Procedimiento de recolección de datos	64
Consideraciones éticas	66
Estrategia de análisis de datos	68
Capítulo III	
Resultados	72
Consistencia interna de los instrumentos	72
Estadística descriptiva	74
Estadística Inferencial	97
Resultados para dar respuesta a objetivo uno	100
Resultados para dar respuesta a objetivo dos	101

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Resultados para dar respuesta a objetivo tres	104
Resultados para dar respuesta a objetivo cuatro	107
Resultados para responder hipótesis de estudio uno	112
Resultados para responder hipótesis de estudio dos	119
Resultados para responder hipótesis de estudio tres	125
Resultados para objetivo general	130
Capítulo IV	
Discusión	133
Conclusiones	148
Limitaciones	150
Recomendaciones	151
Referencias	152
Apéndices	176
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencia del no Consumo y Consumo de Drogas lícitas	176
B. Escala de Autoestima de Rosenberg.	178
C. Escala de Resiliencia de 14 Ítems.	179
D. Inventario de Religiosidad.	180
E. Escala de Percepción de Riesgo	181
F. Cuestionario de Confianza Situacional	182
G. Escala de Afecto Positivo y Negativo para Adolescentes	185

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
H. Cuestionario de Apoyo Social	186
I. Carta de Asentimiento	188
J. Consentimiento de Padres	190

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Plan de análisis de datos para objetivos	69
2. Plan de análisis de datos para hipótesis	70
3. Consistencia interna de los instrumentos	73
4. Características personales de los adolescentes de zonas marginales Chihuahua, México, 2022	74
5. Descripción de datos sobre la autoestima- Escala de autoestima de Rosenberg	76
6. Descripción de la resiliencia para el consumo de drogas- Escala de resiliencia de 14 ítems	78
7. Niveles de resiliencia en adolescentes de zonas marginadas	79
8. Descripción de resultados del inventario de religiosidad IR	80
9. Descripción de percepción de riesgo para el consumo de drogas- Escala de Percepción de Riesgo	81
10. Descripción de resultados de confianza situacional CCS; estados emocionales negativos	84
11. Descripción de resultados de confianza situacional CCS; Estados físicos negativos.	85

## Lista de Tablas

Tablas	Página
12. Descripción de resultados de confianza situacional CCS; prueba de control personal	87
13. Descripción de resultados de confianza situacional CCS; impulsos y tentaciones	88
14. Descripción de resultados de confianza situacional CCS, problemas sociales en la escuela	89
15. Descripción de resultados de confianza situacional CCS; presión social para el consumo de drogas	90
16. Descripción de resultados de confianza situacional, CCS, situaciones sociales positivas	91
17. Descripción de resultados de los afectos positivos de adolescentes de zonas marginales	92
18. Descripción de resultados de los afectos negativos de adolescentes de zonas marginales	93
19. Descripción de apoyo social funcional en adolescentes MOS	95
20. Descripción de la conducta de no consumo de drogas y consumo de drogas.	97
21. Datos descriptivos de las prevalencias del consumo de drogas ilícitas	98
22. Pruebas de normalidad para las variables continuas	100
23. Prevalencias de no consumo de drogas ilícitas y consumo en el último año y en los últimos 30 días por sexo	101

## Lista de Tablas

Tablas	Página
24. Prevalencias de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida	102
25. Prevalencias de consumo de drogas ilícitas alguna en el último año	103
26. Prevalencias de consumo de drogas ilícitas en los últimos 30 días	104
27. Ocupación por sexo	105
28. Contraste de tendencia central de la edad de los índices resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por sexo, según la prueba U de Mann-Whitney	106
29. Conducta promotora de salud del no consumo de drogas por sexo y ocupación de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales	107
30. Contraste de tendencia central de la edad, de los índices de resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de salud, según la prueba U de Mann-Whitney	109
31. Conducta promotora de salud y conducta no promotora de salud, en el último año por sexo y ocupación de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales	110

## Lista de Tablas

Tablas	Página
32. Contraste de tendencia central de la edad, los índices de resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de salud, en el último año según la prueba U de Mann-Whitney	111
33. Modelo de Regresión Logística para las variables sexo, edad, resiliencia, autoestima, religiosidad y ocupación sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas	113
34. Modelo de Regresión Logística para las variables sexo, edad, resiliencia, autoestima, religiosidad y ocupación sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas en el último año.	117
35. Modelo de Regresión Logística para las variables percepción del riesgo, la autoeficacia, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas	120
36. Modelo de Regresión Logística para las variables, percepción del riesgo, la autoeficacia, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas en el último año	123

## Lista de Tablas

Tablas	Página
37. Modelo de Regresión Logística para las variables, edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo, la autoeficacia para, los afectos y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas.	126

## Lista de Figuras

Figuras	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender	13
2. Interrelación de los conceptos del MECD-AM	23
3. Subestructuración del Modelo Explicativo de la Conducta Promotora del no Consumo y Consumo de Drogas Ilícitas en Adolescentes	32
4. Efecto de la edad en el no consumo de drogas	114
5. Efecto de la autoestima en el no consumo de drogas	115
6. Efecto de la religiosidad en el no consumo de drogas	115
7. Efecto de la autoestima en el no consumo de drogas en el último año	118
8. Efecto de la religiosidad en el no consumo de drogas en el último año	118
9. Efecto de la percepción de riesgo en el no consumo de drogas	121
10. Efecto de los afectos negativos en el no consumo de drogas	122
11. Efecto de la percepción de riesgo en el no consumo de drogas en el último año	124
12. Efecto de los afectos negativos en el no consumo de drogas en el último año	125
13. Interrelación de los conceptos del MECD-AM	132

## RESUMEN

Claudia Yanet Fierro Herrera  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Marzo 2023

**Título del Estudio:** MODELO EXPLICATIVO DEL NO CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES DE ZONAS MARGINALES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

**Número de Páginas:** 213

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito fue proponer un modelo explicativo de la conducta promotora del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua, guiado por las declaraciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender. Se analizó la relación entre las características y experiencias individuales (edad, sexo, autoestima, resiliencia, religión y ocupación) y las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica (percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas, afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y apoyo social) con la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas. El diseño fue descriptivo, predictivo y de comprobación de modelo. La muestra se conformó por 225 adolescentes de 12 a 17 años de una zona marginal del Estado de Chihuahua. El tamaño de la muestra se determinó mediante el paquete n'Query Advisor versión 8.5, para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 11 variables independientes con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación  $R^2$  de .09, con un efecto mediano según Cohen (1988) y una potencia de 90%. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas, Escala de Autoestima, la cual presentó un Alpha de confiabilidad de .76, Escala de resiliencia la cual presento un  $\alpha = .98$ , Inventario de religiosidad  $\alpha = .97$ , Escala de percepción de riesgo con un  $\alpha = .72$ , Cuestionario de autoconfianza para el consumo de drogas un  $\alpha = .99$ , Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para adolescentes un  $\alpha = .95$  y Cuestionario de Apoyo Social un  $\alpha = .98$ . Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se optó el uso de pruebas no paramétricas. Las pruebas estadísticas inferenciales utilizadas fueron la prueba de Chi Cuadrada de Pearson, prueba U de Mann Whitney, el Coeficiente de Correlación de Spearman y Modelos de Regresión Logística. El estudio se apegó al Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud (SSA, 2014)

**Contribuciones y Conclusiones.** De las características de la muestra el 57.8% fueron del sexo femenino, 69.8% con edad de entre 16 y 17 años ( $\chi^2 = 15.91$ ,  $DE = 1.10$ ), la mayoría vive con ambos padres (51.1%), 60% de religión católica, el 75.1% actualmente no trabajaban. Se derivaron tres hipótesis basadas en las declaraciones teóricas del MPS de Nola J. Pender (2015) utilizando la construcción de un esquema C-T-E (Fawcett y

Desanto, 2012). Con respecto al objetivo uno, en relación con el sexo, los resultados indican que el 65.3% (IC 95% 55,75) del sexo masculino y el 76.9% (IC 95% 69,84) de las mujeres no ha consumido drogas en la vida. En relación al objetivo dos, los resultados muestran mayores prevalencias de alguna vez en la vida, en los hombres que en las mujeres; mostrando diferencias en el consumo de marihuana ( $\chi^2= 10.3, p = .001$ ), cocaína ( $\chi^2= 4.27, p = .039$ ) y alucinógenos ( $\chi^2= 5.57, p = .018$ ). En el objetivo tres, se observaron puntuaciones de medias y medianas más altas de resiliencia, percepción de riesgo, religiosidad y apoyo social en los adolescentes que no han consumido. De acuerdo con los resultados, se validaron las tres hipótesis. En respuesta a la primera hipótesis que declara la edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación y la religiosidad influyen en la conducta promotora de salud del no consumo ( $\chi^2= 60.68, p < .001$ ) con una varianza explicada del 23.6%, al observar la contribución de cada variable se muestra que las variables que mostraron un efecto sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas fueron: la edad ( $\beta = -.544, p = .006$ ), autoestima ( $\beta = -.027, p = .005$ ), ocupación ( $\beta = -1.02, p = .006$ ) y religiosidad ( $\beta = .029, p < .001$ ). Para la segunda hipótesis que menciona la percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social, influyen en conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales. El modelo fue significativo ( $\chi^2= 31.54, p < .001$ ) con una varianza explicada del 18.8%, se muestra que las variables que mostraron un efecto sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en el último año fueron: la percepción de riesgo ( $\beta = .027, p < .001$ ) y los afectos negativos ( $\beta = -.022, p < .001$ ). Finalmente, para la tercera hipótesis que menciona la edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo del consumo de drogas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados y el apoyo social influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas el modelo general fue significativo ( $\chi^2=70.65, p < .001$ ), este explicó el 38.8% de la varianza. Las variables que se mantuvieron en el último modelo con un efecto significativo fue la ocupación ( $\beta = .029, p < .000$ ), la religiosidad ( $\beta = .029, p < .001$ ), la percepción de riesgo ( $\beta = .027, p < .001$ ) y el afecto negativo ( $\beta = -.029, p < .001$ ). Se concluye que se logró comprobar las hipótesis bajo las declaraciones teóricas del MPS de Pender. El estudio aporta al conocimiento científico de la disciplina de enfermería en la prevención del consumo de drogas y promoción de la salud, así, mismo contribuye en la generación de conocimientos que sustente intervenciones enfocadas a limitar el consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El consumo de drogas ilícitas es un problema de salud pública asociado con elevados índices de incapacidad escolar, laboral, social y fenómenos delictivos, degradación de estructuras sociales, problemas de salud mental y física, incluyendo las infecciones sexualmente transmisibles (IST) como el VIH, la hepatitis B y la sífilis (Baraúna et al., 2019; Pérez et al., 2015; Scoppetta & Ortiz, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), estima que el consumo de drogas es responsable de alrededor de medio millón de muertes cada año en población adolescente, esta cifra representa solo una pequeña parte de los daños causados. En consecuencia, se reporta que cerca de 42 millones de años de vida saludables se perdieron en población general en todo el mundo (muertes prematuras y años vividos con discapacidad) por el consumo de drogas ilícitas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019).

A pesar de las consecuencias ocasionadas por el consumo de drogas ilícitas, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) en México, muestra que el consumo de drogas ilícitas ha aumentado significativamente entre los años 2011 y el 2016, al pasar de 7.8% al 10.3%. En la población de 12-17 años la situación es similar en ambos sexos, en hombres aumentó el consumo de cualquier droga de 13% a 16.2%, de drogas ilícitas de 12.5% a 15.8% y en mujeres aumentó el consumo de drogas ilícitas de 2.3% a 4.3% (Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] & Secretaría de Salud [SSA], 2017).

Cabe mencionar que la población con mayor índice en el consumo alguna vez en la vida de cualquier droga y drogas ilícitas (12.5% cualquier droga, 4.7% Drogas médicas y 10.1% drogas ilegales) son los adolescentes, evidencias señalan a estos como una población vulnerable para el consumo de drogas ilícitas; debido a su edad e inmadurez biológica, cognitiva y psicosocial, siendo la adolescencia una fase crucial del ciclo vital en términos de formación de hábitos y conductas, ya que se encuentran en búsqueda de experiencias de identidad, sociabilidad y de pertenencia (De Ávila et al., 2019; Tena et al., 2018).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), reporta que el consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida entre adolescentes (12 a 17 años) aumentó entre los años 2011 y 2016 de 2.9% a 6.2%, siendo las drogas de mayor consumo de alguna vez en la vida la marihuana con un 5.3%, los inhalables con 1.3% y la cocaína con 1.1% (Comisión Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud, 2017)

En el Estado de Chihuahua, según los datos del Programa Estatal de Salud 2017-2021, se estima que las adicciones constituyen un problema grave, sobre todo en un grupo vulnerable, como son los adolescentes y jóvenes (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2017). Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes realizada en el año 2014, reporta la prevalencia del consumo de cualquier droga en el último año de 19.8%. De acuerdo a la evidencia, se destaca que en los escolares de nivel secundaria, las drogas más utilizadas fueron: inhalables (6%), marihuana (5.7%) y anfetaminas (3.8%). El grupo de bachillerato es el de mayor prevalencia de consumo

con 28.8%, siendo las drogas más frecuentes: marihuana (21.2%), cocaína (6.7%) e inhalables (4.5%), con edad de inicio entre 13 a 14 años (36.3%) (Programa Estatal de Salud, 2017-2021) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones & Secretaría de Salud, 2014).

Los datos existentes sobre el consumo de drogas ilícitas en el Estado de Chihuahua en población de adolescentes (12 a 17 años), destaca mayor prevalencia de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida en estudiantes de secundaria y bachillerato. Existe escasa evidencia de estudios recientes que aborden el consumo de drogas ilícitas en adolescentes que no estén incorporados a un sistema educativo y que viven en zonas marginales. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2015), la marginación es un proceso estructural relacionado con el desarrollo socioeconómico alcanzado por una región, que dificulta el progreso en todos los grupos sociales, lo cual puede repercutir en la estructura productiva y se expresa en desigualdades territoriales.

Las zonas marginadas presentan niveles elevados de vulnerabilidad social, que difícilmente pueden mitigarse con acciones individuales, puesto que sus causas están relacionadas con una economía que no brinda las mismas oportunidades. Las desventajas ocasionadas por la marginación son acumulables, configurando escenarios cada vez más desfavorables. Por lo general, esta población adolescente en conjunto con sus familias se asienta de manera irregular en la periferia de las ciudades y enfrenta riesgos que comprometen su calidad de vida e integridad física, con efectos negativos tales como: enfermedades o daños a nivel físico, biológico y psicológico que repercuten en la salud y la seguridad (CONAPO, 2015).

Se han identificado que los adolescentes de México que viven en zonas urbanas marginales tienen entre 20% y 50% más consumo de drogas que los adolescentes que no viven en zonas marginales, esto sugiere que posiblemente están más expuestos a situaciones que favorecen el consumo de drogas, donde el entorno de zona urbano-marginal muchas veces es desfavorable y con poca organización social. Lo que permite mayor accesibilidad a las drogas, en este tipo de zonas se pueden encontrar características de deterioro ambiental y social, tal como la existencia de terrenos baldíos o casas abandonadas, que pueden configurar como espacios propios de estos jóvenes que facilita el consumo de drogas (DeCuir et al., 2018; Guzmán et al., 2014; Mennis et al., 2016; Reboussin et al., 2019).

Según diversos estudios en países como Costa Rica, el 53% de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales no escolarizados consumen drogas (Murillo & Miasso, 2011), en Ecuador se reporta que el 9% son consumidores de drogas ilícitas (Anchundia, 2011), en Colombia el 17.2 % de este grupo señala consumo de drogas psicoactivas (Aldridge et al., 2018; Machado et al., 2018), en Escocia el consumo de estas sustancias se presentó en el 43% de esta población (Petrou & Kupek, 2019) y en México se observó un consumo entre el 15% y 20% (Barcelata et al., 2016; Guzmán et al., 2014).

Estudios previos tanto en México y otros países identifican principalmente factores de riesgo personales, biológicos, psicológicos y socioculturales asociados al consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales: entre los factores personales biológicos se encuentra la edad y sexo, indicando que a mayor edad y ser varón mayor es la probabilidad de consumo, se ha demostrado que en las mujeres,

menor es la probabilidad de consumo de drogas; entre los factores protectores psicológicos se ha localizado la alta autoestima, resiliencia, las creencias no favorables hacia el consumo de drogas y de los factores protectores socioculturales la alta religiosidad y la ocupación son factores de protección que influyen en el no consumo de sustancias (Acosta et al., 2011; Carmona & Lever, 2017; Hormechea, 2018; Morales et al., 2017; Moreta et al., 2018; Orte et al., 2017; Sánchez et al., 2018; Saiz et al., 2020; Tena et al., 2018; Trujillo & Pérez, 2017).

La autoestima se refiere a un aspecto central de la adolescencia, que hace alusión a la valoración positiva o negativa, a la imagen ideal y es un conjunto de sentimientos de valía que el adolescente hace de sí mismo, diversos autores refieren una relación negativa de la autoestima con el consumo de alcohol y drogas, es decir, que a mayor autoestima menor es el consumo de estas sustancias (Bitancourt et al., 2016; Lima et al., 2018; Martínez, 2020; Medina et al., 2017; Morales et al., 2016; Sánchez et al., 2014; Valencia et al., 2018).

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para superar experiencias negativas en la vida, de manera que logra sobreponerse e incluso sobresalir de su condición, creándose y desarrollándose en un ambiente de riesgo. Durante la vida diaria, el adolescente, al actuar socialmente con otros por naturaleza, se desarrolla en diferentes contextos que le permiten la interacción social, sin embargo, los ambientes que lo rodean (casa, vecindario, escuela, entre otros.), no siempre resultan seguros y protectores para él, esto puede incrementar la probabilidad que el sujeto tenga resultados desfavorables en un futuro, en lo que respecta a la salud física y mental, e incluso en la interacción social (Becoña, 2006; Campos, 2018).

Ante los diversos ambientes de riesgo como son las zonas urbanas marginales en donde puede existir el ofrecimiento de drogas, muchos adolescentes no alcanzan a tomar decisiones correctas, otros, en el transcurso de su vida, encuentran personas que los apoyan y escuchan, tienen actitudes positivas ante experiencias desfavorables, de las cuales logran sobreponerse de manera próspera y alcanzar éxito en los escenarios donde se desenvuelven (Becoña, 2006). La literatura muestra que la resiliencia es un factor protector psicológico para evitar el consumo de drogas. Por lo que es necesario abordar esta variable en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales por la vulnerabilidad del inicio del consumo de drogas (Guzmán et al., 2014; Mennis et al., 2016).

Algunos estudios realizados en España y México documentan que las creencias sobre beneficios del consumo de drogas forman parte de los factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. Se ha demostrado que las creencias positivas, consideran la práctica del consumo de drogas como normal entre los jóvenes y generan más sociabilidad. Las creencias negativas respecto al consumo de estas sustancias consideran que esta conducta supone un problema para la sociedad actual, con elevada gravedad, que perjudica la salud, genera hábitos de consumo, entorpece la práctica del deporte y el rendimiento intelectual, produce infelicidad a largo plazo y se asocia a personas con malos comportamientos sociales (Martín et al., 2016; Trujillo et al., 2016; Villatoro et al., 2016).

Entre los factores socioculturales se encuentran: la ocupación y la religiosidad estudios han indicado que la alta religiosidad es una variable que se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo (Gómez & Cogollo, 2015; Muñoz, 2019; Peláez, 2018;

Zambrano, 2017), se ha reportado asociación negativa significativa de la religiosidad con el consumo de alcohol y drogas por parte de adolescentes y jóvenes (Chahua et al., 2014; Isralowitz et al., 2018; Noh-Moo et al., 2020), se ha identificado también que los adolescentes que reportaron una mayor importancia religiosa presentan menor consumo de drogas.

La revisión bibliográfica específica de los factores que pueden proteger a los adolescentes de conductas no saludables describen la ocupación y la conexión con el mundo laboral como un factor que previene el consumo de drogas ilícitas (Acosta et al., 2011; Carmona & Lever, 2017; Cid & Pedrao, 2011; Muñoz & Orozco, 2018; Páramo, 2011; Rodríguez et al., 2021).

Estudios describen la baja percepción del riesgo como un factor de riesgo y la alta percepción de riesgo como factor de protección asociado al consumo de sustancias lícitas e ilícitas, siendo esta percepción de mayor riesgo en la salud física, el sexo femenino según diversos estudios percibe mayor riesgo en consumo de drogas ilícitas (Gámez et al., 2020; Herruzo et al., 2016; Peláez, 2018).

La autoeficacia para resistir el consumo de drogas es una variable que ha demostrado ser un factor protector para el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes. Los adolescentes que no consumen tabaco ni alcohol reportan altos niveles de autoeficacia y estos niveles de autoeficacia modulan las habilidades y el consumo de drogas ilícitas. Los adolescentes con problemas de consumo de drogas tienen puntuaciones bajas de autoeficacia y, por tanto, están más expuestos a no resistir la tentación del consumo, esto sugiere que a menor autoeficacia mayor es la probabilidad del consumo de drogas (Caycho, 2017; Melo & Jaimes, 2015).

Otros factores de riesgo que aumentan el consumo de drogas ilícitas en adolescentes identificados en la literatura son las influencias personales como: la relación de pares, estar en contacto con miembros de la familia consumidores y tener conflictos familiares (Carmona & Lever, 2017; Hormechea, 2018; Sánchez et al., 2018; Tena et al., 2018; Trujillo & Pérez, 2017). El apoyo social por padres y pares es un factor incluido dentro de las influencias personales, y es considerado como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social que permite al adolescente afrontar los ofrecimientos que favorecen el consumo de drogas ilícitas, favoreciendo el cuidado de sí mismo y conductas saludables e interactuar de forma positiva con otras personas y utilizar los recursos personales y sociales (Carmona & Lever, 2017; Doménech, 2020; Segrin et al., 2016). Estudios indican que mientras mayor sea el apoyo social percibido, menor es el riesgo de inicio del consumo de drogas (Sánchez et al., 2014; Stappenbeck et al., 2015).

Las influencias situacionales en particular se refieren a vivir en zonas marginales donde existe exposición al consumo de drogas ilícitas, y tener compañeros o amigos consumidores de drogas, la exposición ante estas influencias interpersonales ha mostrado mayor riesgo para el consumo de drogas en adolescentes (Carmona & Lever, 2017; Cleveland et al., 2008; Hormechea, 2018; Sánchez et al., 2018; Tena et al., 2018; Trujillo & Pérez, 2017).

Son menos los estudios que identifican factores que pueden proteger a los adolescentes del consumo de drogas ilícitas; por tal razón el interés del presente estudio fue identificar con mayor precisión los factores protectores para desarrollar una conducta saludable, como es el no consumo de drogas ilícitas (Donaldson et al., 2016;

Hormechea, 2018; Saravia et al., 2014; Tingey et al., 2016). Si bien existe literatura sobre factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, la mayoría de estos estudios fueron realizados en adolescentes escolarizados, por lo que es relevante abordar poblaciones de adolescentes no escolarizados de zonas urbanas marginales, los cuales se han caracterizado por estar incluidos en la fuerza laboral y se han estigmatizado como adolescente que no trabajan ni estudian.

Hasta el momento no se han localizado estudios que expliquen la influencia de factores de protección que describan el no consumo de drogas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales, con un enfoque para describir la conducta promotora de la salud, que permita fortalecer en un futuro las intervenciones de los profesionales de enfermería dirigidas a la promoción de la salud y prevención del consumo de drogas ilícitas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales.

Un modelo de enfermería que puede ayudar a explicar e identificar la influencia de un conjunto de factores de protección que expliquen la conducta saludable del no consumo de drogas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales es el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender et al. (2015), el cual pretende ilustrar la naturaleza multifacética de los adolescentes en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar un resultado conductual saludable. Además, el MPS, hace hincapié en la relación entre las características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas promotoras de la salud (Pender et al., 2015). En este sentido, el MPS puede ayudar en predecir la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas, explicando la influencia de las características de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales.

Además, de identificar los factores de protección que influyen en la toma de decisiones y las acciones para prevenir el consumo de drogas (Osorio et al., 2010; Pender et al., 2015).

Estudios muestran que el MPS de Nola J. Pender, ha sido seleccionado para explicar diversos fenómenos en adolescentes, por ejemplo: problemas con la actividad física, tecnología educacional, consumo de alcohol y tabaco, promoción de la salud mental, cáncer y otras enfermedades crónicas, todo esto enfocado a la prevención de enfermedades, no obstante una revisión detallada sobre los supuestos filosóficos y conceptos hasta el momento ha permitido seleccionarlo como modelo conceptual para guiar este estudio sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas (Penna et al., 2016; Santos et al., 2018; Wu & Pender, 2002).

Los resultados del presente estudio contribuyen a la validez empírica del MPS, con lo cual se amplía el conocimiento sobre la conducta promotora de salud en adolescentes y servirá como base para el desarrollo de nuevos estudios que contribuyan a la construcción del cuerpo de conocimiento de enfermería, además de aportar y ratifica las proposiciones del MPS.

Por lo anterior, el propósito de presente estudio fue proponer un modelo explicativo de la conducta promotora del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua. De tal manera que se analizó la relación entre las características y experiencias individuales como los factores personales: biológicos (edad y sexo), psicológicos (autoestima y resiliencia), socioculturales (religión y ocupación) y de las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica: Percepción de los beneficios de la acción (Percepción del riesgo del consumo de drogas

ilícitas), percepción de autoeficacia (autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas), afectos relacionados de la actividad (afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas), influencias personales (apoyo social) y la conducta promotora de salud del no consumo de drogas.

### **Marco teórico**

A continuación, se presenta el marco teórico que guio el presente estudio, el cual se constituye por: a) Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (MPS), b) Subestructuración del Modelo Explicativo de la Conducta Promotora del No Consumo de Drogas en Adolescentes de Zonas Marginales del Estado de Chihuahua y c) Estudios relacionados donde se muestra la revisión de literatura agrupada por las variables de interés y por último se plantean los objetivos e hipótesis.

#### ***Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender***

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) se propuso en la década de 1950, se desarrolló a causa de la resistencia generalizada a aceptar exámenes de detección de tuberculosis, de cáncer de cuello uterino, inmunizaciones y otras medidas preventivas que a menudo eran gratuitas o se proporcionaban a bajo costo. El modelo se considera potencialmente útil para predecir en las personas que utilizan o no medidas preventivas y para sugerir intervenciones que favorezcan las conductas preventivas y saludables (Pender et al., 2015).

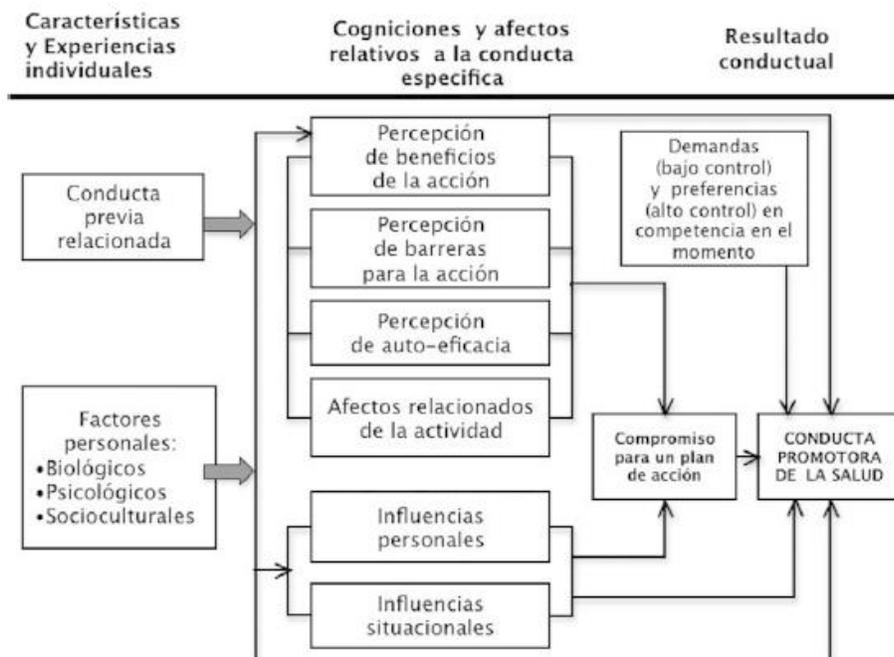
En la figura 1, se ubican los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: la conducta previa relacionada y los factores personales: psicológicos, biológicos y socioculturales (Pender et al., 2015).

En el segundo bloque se encuentra las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, estas tienen una gran importancia motivacional. Estas variables constituyen un “núcleo” crítico porque pueden modificarse mediante intervenciones. Incluyen: la percepción de los beneficios para la acción, percepción de las barreras para la acción, percepción de la autoeficacia, afectos relacionados de la actividad, influencias interpersonales e influencias situacionales.

En el tercer bloque los elementos; se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir, para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En síntesis, el MPS plantea los conceptos y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, esta es el punto de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Aristizábal et al., 2011; Pender et al., 2015).

**Figura 1**

*Modelo de promoción de la Salud de Nola J. Pender.*



A continuación, se explican los conceptos y componentes del MPS de Nola J.

Pender et al. (2015).

### **La conducta previa relacionada.**

Se refiere a las experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. Las investigaciones indican que a menudo el mejor predictor de la conducta previa relacionada es la frecuencia del mismo comportamiento o de un comportamiento similar en el pasado o la conducta observada de familiares y amigos. Se propone que el comportamiento anterior tiene efectos tanto directos como indirectos sobre la probabilidad de participar en comportamientos que promueven la salud.

### **Factores personales.**

Los factores personales, de acuerdo con este enfoque, son predictivos de una

cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas. Los factores personales se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales. Los ejemplos de factores biológicos incluyen edad, índice de masa corporal, estado puberal, estado menopáusico, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad o equilibrio. Los factores psicológicos incluyen la autoestima, la automotivación y el estado de salud percibido. Los factores socioculturales incluyen raza, etnia, aculturación, educación y estatus socioeconómico. Los factores personales deben limitarse a aquellos que son teóricamente relevantes para explicar o predecir un comportamiento objetivo determinado (Pender et al., 2015).

#### **Percepción de los beneficios de la acción.**

Son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzantes de una conducta. Las expectativas de un individuo de participar en un comportamiento particular dependen de los beneficios anticipados. En el MPS, los beneficios percibidos de la acción se proponen para motivar directa e indirectamente el comportamiento mediante la determinación del grado de compromiso con un plan de acción para participar en los comportamientos. De acuerdo con la teoría del valor de la expectativa, la importancia motivacional de los beneficios anticipados se basa en los resultados personales de la experiencia directa previa con el comportamiento o la experiencia indirecta a través de la observación de otros que participan en el comportamiento (Pender et al., 2015).

#### **Percepción de barreras para la acción.**

Consisten en percepciones sobre la indisponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o la naturaleza que requiere mucho tiempo de una acción en particular. Las

barreras a menudo se ven como bloqueos mentales, obstáculos y costos personales de emprender un comportamiento determinado.

Las barreras suelen suscitar motivos de evitación en relación con un comportamiento determinado. Se ha encontrado repetidamente que las barreras anticipadas afectan las intenciones de participar en un comportamiento particular. La pérdida de satisfacción por renunciar a comportamientos nocivos para la salud como fumar o comer alimentos ricos en grasas para adoptar un estilo de vida más saludable también puede constituir una barrera. Cuando la disposición para actuar es baja y las barreras son altas, es poco probable que se produzcan acciones. Las barreras percibidas a la acción en el MPS revisado afectan el comportamiento de promoción de la salud directamente al servir como bloqueos para la acción, así como indirectamente al disminuir el compromiso con un plan de acción (Pender et al., 2015).

### **Percepción de autoeficacia.**

La percepción de autoeficacia es el juicio de la capacidad personal para organizar y llevar a cabo un curso de acción en particular. La autoeficacia implica juicios de lo que la persona puede hacer con cualquier habilidad que posea. Los juicios de eficacia personal se distinguen de las expectativas de resultados. La autoeficacia percibida es un juicio de las habilidades de uno para lograr un cierto nivel de desempeño, mientras que una expectativa de resultado es un juicio de las probables consecuencias (beneficios, costos) que producirá el comportamiento. Las percepciones de habilidad y competencia en un dominio particular motivan a los individuos a participar en comportamientos en los que sobresalen. Es más probable que sentirse eficaz y hábil lo anime a participar en el comportamiento objetivo con más frecuencia que sentirse inepto y no calificado.

El MPS propone que la autoeficacia percibida está influenciada por el afecto relacionado con la actividad. Cuanto más positivo es el afecto, mayores son las percepciones de autoeficacia. Sin embargo, esta relación es recíproca. Las mayores percepciones de autoeficacia, a su vez, aumentan el afecto positivo. La autoeficacia influye en las barreras percibidas para la acción, y una mayor eficacia da como resultado una menor percepción de las barreras. La autoeficacia motiva el comportamiento de promoción de la salud directamente por las expectativas de eficacia e indirectamente al afectar las barreras percibidas y el nivel de compromiso o persistencia en la consecución de un plan de acción (Pender et al., 2015).

#### **Afectos relacionados de la actividad.**

El afecto asociado con la conducta refleja una reacción emocional directa o una respuesta instintiva a la conducta, que puede ser positiva o negativa (es divertida, placentera, agradable, repugnante o desagradable). Es probable que se repitan los comportamientos asociados con el afecto positivo, mientras que es probable que se eviten los asociados con el afecto negativo. En algunos comportamientos se inducen estados de sentimientos tanto positivos como negativos. Por lo tanto, es importante determinar el equilibrio relativo entre el afecto positivo y negativo antes, durante y después de la conducta.

Las respuestas emocionales y sus estados fisiológicos inducidos durante una conducta sirven como fuentes de información sobre la eficacia (Bandura et al., 1985). En consecuencia, se propone que el afecto relacionado con la actividad influya en el comportamiento de salud tanto directa como indirectamente a través de la autoeficacia y el compromiso con un plan de acción.

### **Influencias personales.**

Las influencias personales son cogniciones que involucran comportamientos, creencias o actitudes de otros. Estas cogniciones pueden o no corresponder con la realidad.

Las fuentes primarias de influencia interpersonal en los comportamientos que promueven la salud son la familia, los compañeros y los proveedores de atención médica. Las influencias interpersonales incluyen normas sociales (expectativas de otras personas significativas), apoyo social (estímulo instrumental y emocional) y modelos (aprendizaje indirecto mediante la observación de otros). Estas tres influencias interpersonales determinan la predisposición de las personas a participar en comportamientos que promueven la salud. Las normas sociales establecen estándares de desempeño que las personas pueden adoptar o rechazar.

El apoyo social para un comportamiento aprovecha los recursos sostenibles ofrecidos por otros. El modelado retrata los componentes secuenciales de un comportamiento de salud y es una estrategia importante para el cambio de comportamiento. El MPS, propone que las influencias interpersonales afectan el comportamiento que promueve la salud tanto directa como indirectamente a través de presiones sociales o el estímulo para comprometerse con un plan de acción. Los individuos varían en la medida en que son sensibles a los deseos, ejemplos y elogios de los demás. Sin embargo, si se les da suficiente motivación, es probable que los individuos adopten comportamientos que serán reforzados socialmente. La susceptibilidad a la influencia de otros puede variar según el desarrollo y ser particularmente evidente en la adolescencia (Pender et al., 2015).

### **Influencias situacionales.**

Son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto, facilitan o impiden el comportamiento. Las influencias situacionales sobre el comportamiento que promueve la salud incluyen las percepciones de las opciones disponibles, las características de la demanda y las características del entorno en el que se propone que tenga lugar un determinado comportamiento. Los individuos se sienten atraídos y se desempeñan de manera más competente en situaciones o contextos ambientales en los que se sienten compatibles, relacionados, seguros y tranquilos.

Las influencias situacionales se han re conceptualizado para influir directa e indirectamente en el comportamiento de salud. Las situaciones pueden afectar directamente los comportamientos al presentar un entorno “cargado” de señales que desencadenan la acción. Por ejemplo, un entorno de “no fumar” crea características de demanda para el comportamiento de no fumar. Esta situación refuerza el compromiso con las acciones de salud. Las influencias situacionales han recibido un apoyo moderado como determinantes del comportamiento de salud y ahora se consideran una clave importante para desarrollar estrategias nuevas y más efectivas para facilitar la adquisición y el mantenimiento de comportamientos que promueven la salud en diversas poblaciones (Pender et al., 2015).

### **Demandas (bajo control) y preferencias (alto control) en competencia en el momento.**

Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias

contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto (Pender et al., 2015).

### **Compromiso para un plan de acción.**

El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada llevan la implementación de una conducta de salud (Pender et al., 2015).

### **Conducta promotora de la salud.**

El punto principal o el efecto de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir relaciones positivas (Pender et al., 2015).

### **Supuestos del modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender et al. (2015).**

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales pudieran expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a

lo largo del tiempo.

6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona y el entorno es esencial para el cambio de conducta.

### **Declaraciones teóricas del modelo de promoción de la salud de Nola J.**

#### **Pender et al. (2015).**

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de la conducta promotora de salud.
2. Las personas comprometidas adoptan conductas de las cuales ellos derivan personalmente beneficios anticipados.
3. La percepción de barreras puede restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta.
4. Competencia percibida o autoeficacia a ejecutar una conducta dada incrementa la posibilidad de compromiso a la acción y a mejores resultados de la conducta actual.
5. Mayor autoeficacia percibida resulta menos barreras percibidas a una conducta específica de salud.
6. Afecto positivo hacia una conducta resulta una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o afecto son asociados con una conducta, la probabilidad de compromiso y acción se incrementa.
8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que

- la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.
9. Familia, pares y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y adaptación de conductas promotoras de salud.
  10. Influencias situacionales y el ambiente externo puede incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud.
  11. Un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas.
  12. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tienen poco control y requieren atención inmediata.
  13. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y preferidas que la conducta.
  14. Las personas pueden modificar cogniciones, afecto y los ambientes físicos e interpersonales y crear incentivos para la acción de salud.

***Teoría de Rango Medio: Modelo Explicativo del No Consumo de Drogas en adolescentes de Zonas Marginales del Estado de Chihuahua (MECD-AM)***

Fawcett y Desanto (2012) menciona que la teoría de rango medio provee estructuras para la interpretación de conductas, situaciones y eventos. La teoría de rango medio se dirige a un fenómeno relativamente concreto y específico, al afirmar lo que el fenómeno es, por qué ocurre o cómo ocurre, y su función.

La subestructuración teórica permite el desarrollo del campo disciplinar, por ello es necesario adoptar una teoría de enfermería como método empírico que permita

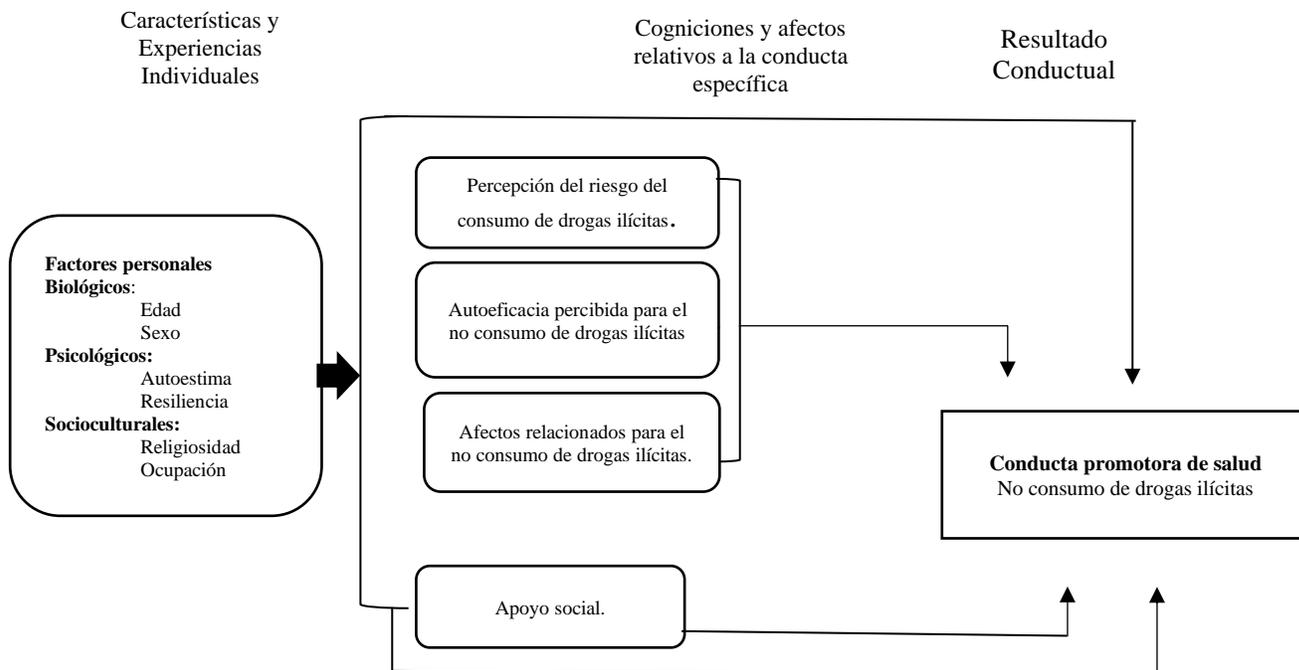
identificar a través de sus conceptos y proposiciones el fenómeno que pretende explicar, de esta manera se genera una versión más específica de sus componentes teóricos. El propósito principal de las teorías de rango medio es guiar la investigación empírica. Como tales, las teorías de rango medio ayudan a interpretar comportamientos, situaciones y eventos, que pueden probarse utilizando metodologías de investigación (Fawcett & Desanto, 2012).

En la figura 2, se muestra la interrelación de los conceptos del Modelo Explicativo del no consumo de drogas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua (MECD-AM), donde se observa la influencia de las características y las experiencias individuales de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales como los factores personales tales como: la edad, el sexo, la resiliencia, la autoestima, la religiosidad y la ocupación que pueden influir directamente en la conducta promotora de salud del no consumo drogas ilícitas y a su vez influir indirectamente a través de las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, tal como la percepción del riesgo de consumo del consumo de drogas ilícitas, autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social.

En ese sentido, también se observa una relación directa de las cogniciones y afectos relativos de la conducta específica sobre la conducta promotora de salud del no de drogas ilícitas.

**Figura 2**

*Interrelación de los conceptos del MECD-AM.*



Para realizar la formalización del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender a Teoría de Rango Medio de MECD-AM, se tomaron las reglas sugeridas por Fawcett y Desanto (2012). La Estructura Conceptual-Teórico- Empírica (C-T-E), se utiliza para analizar los componentes estructurales de una teoría, la cual es utilizada para determinar lo que plantea un modelo conceptual a una teoría de rango medio (TRM); además, permite la identificación de los conceptos y las proposiciones que establece, así como la identificación de un método empírico para la investigación. El resultado de la formalización de la estructura C-T-E es clara, concisa y gráfica de la estructura de los componentes de la teoría; y está compuesta por cinco pasos: 1) la identificación de conceptos, 2) la clasificación de los conceptos, 3) la identificación y clasificación de las proposiciones, 4) el orden jerárquico de proposiciones y 5) la construcción del diagrama

(Figura 3).

La Teoría de Rango Medio, MECD-AM, se dedujo de los supuestos y conceptos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender et al. (2015) y del análisis de la literatura sobre el consumo de drogas ilícitas en adolescentes. Los conceptos que se utilizaron del MPS para el desarrollo de la TRM de MECD-AM son: los factores personales: biológicos (edad y sexo) psicológicos (autoestima y resiliencia) y socioculturales (ocupación y religiosidad), percepción de beneficios de la acción (percepción de riesgo del consumo de drogas ilícitas), percepción de autoeficacia (autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas), afectos relacionados de la actividad (afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas), influencias personales (apoyo social) y el resultado conductual (Conducta promotora de salud del no consumo de drogas) (ver figura 2).

### **Edad y sexo.**

La edad y sexo se subestructuró de los factores personales biológicos. La edad es considerada como los años de vida cumplidos y expresados por el adolescente en el momento de la entrevista. El sexo es definido como la característica biológica que identifica al adolescente como hombre o mujer. Con relación a la edad es importante destacar que la literatura reporta que el inicio del consumo de drogas ilícitas se produce entre los 13 y 14 años, lo que muestra que una población vulnerable de acuerdo a la edad son los adolescentes, en esta población se ha mostrado que a mayor edad, mayor es el consumo de drogas (Moreta et al., 2018, Saiz et al., 2020; Tena et al., 2018; Trujillo & Pérez, 2017).

De acuerdo con el sexo, ser hombre aumenta la probabilidad de consumo de

drogas ilícitas. Los resultados encontrados en diversos estudios de diversos países latinoamericanos muestran mayor prevalencia de consumo de alguna vez en la vida y en el último año en el sexo masculino. Sin embargo, existe una tendencia a homogeneizar los hábitos de consumo en relación con el sexo (Carmona & Lever, 2017; Morales et al., 2017; Moreta et al., 2018; Orte et al., 2017; Sánchez et al., 2018; Tena et al., 2018; Trujillo & Pérez, 2017).

### **Autoestima.**

La autoestima se subestructuró de los factores personales psicológicos, la cual es definida por Rosenberg (2015), como un sentimiento de valía personal, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La autoestima hace alusión a una valoración positiva, a la imagen ideal de lo que le gustaría ser. Puntualizando esto como el conjunto de sentimientos, de valía, el tener una autoestima alta es un factor protector para el no consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de zonas urbanas marginales (Bitancourt et al., 2016; Sánchez et al., 2014).

### **Resiliencia.**

La resiliencia se subestructuró de los factores personales psicológicos. Estudios mencionan que la resiliencia es la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas (Becoña, 2006; Kotliarenco et al., 1997).

Diversos autores de Latinoamérica indican que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo. Una de las virtudes del concepto e resiliencia radica en la observación o

tendencia de que una persona, por el hecho de vivir en un ambiente exiguo y en condiciones de extrema necesidad, adversidad o desigualdad, no implica que esa persona esté abocada al fracaso social, personal o de salud. Lo que demuestra la investigación empírica es justamente lo contrario, que, a pesar de las adversidades, una persona resiliente es capaz de superar y aprender de las adversidades. Estudios realizados en Latinoamérica describen que los adolescentes resilientes tienen menos consumo de drogas ilícitas (Grotberg, 1999; Masten, 2001; Werner & Smith, 1982).

### **Religiosidad y ocupación.**

La ocupación y el concepto de religiosidad se subestructuró de los factores personales socioculturales. Se considera la ocupación como la actividad remunerada económicamente que realiza el adolescente, se tomará en cuenta si los adolescentes trabajan. Estudios indican que el empleo de los adolescentes en alta proporción son las ocupaciones informales (repartidor de comida, fotógrafo, mesero, etc.), esto es debido a su nivel de preparación escolar (Mosqueda & Ferriani, 2011; Vázquez et al., 2019). Además, la revisión de la bibliografía describe que la conexión del adolescente con el mundo laboral es un factor protector para el consumo de drogas ilícitas (Acosta et al., 2011; Carmona & Lever, 2017; Cid & Pedrao, 2011; Muñoz & Orozco, 2018; Páramo, 2011; Rodríguez et al., 2021).

La religiosidad es un factor cultural, ya que diversos autores la definen como las creencias que el individuo adquiere con base en la religión que profesa y la importancia que le da a dichas creencias, estas creencias pueden tener influencia sobre las decisiones y el estilo de vida del adolescente (Burke & Miczek, 2014; Isralowitz, et al., 2018).

Diversos estudios indican que la religiosidad es una variable que se ha asociado

con la reducción de conductas riesgosas (Foster et al., 2016), estudios reportan que hay evidencia que muestra su asociación con un menor consumo de alcohol y drogas por parte de adolescentes y jóvenes, identificando que los adolescentes que reportaron una mayor importancia religiosa tuvieron un menor consumo de drogas (Burke et al., 2014; Gámez et al., 2020; Isralowitz et al., 2018).

### **Percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas.**

La percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas se subestructuró del concepto de percepción de los beneficios de la acción. Para este estudio se definió como las ideas y creencias de las consecuencias o efectos negativos del consumo de drogas ilícitas. Estudios muestran que las creencias positivas o negativas son una condición necesaria, las creencias negativas del consumo de drogas son un factor protector que estimula la conducta promotora de salud del adolescente (Reyes & Khenti, 2019; Trujillo et al., 2016; Valadez & Oropeza, 2020).

### **Autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas.**

La autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas se subestructuró del concepto de la percepción de autoeficacia. Se define como la capacidad percibida por el adolescente para resistir la tentación de consumir drogas ilícitas.

La autoeficacia es una variable que ha demostrado ser un factor protector para el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes. Estudios describen que los adolescentes que no consumen drogas ilícitas reportan altos niveles de autoeficacia y los adolescentes con problemas de consumo de drogas tienen puntuaciones bajas de autoeficacia y, por lo tanto, están más expuestos a no resistir la tentación del consumo, esto sugiere que con menor autoeficacia la intención es más fuerte para el mantenimiento del consumo

(Caycho, 2017; Melo & Jaimes, 2015).

### **Afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas.**

Afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas es el concepto subestructurado del concepto de afecto relacionado a la conducta, la cual se refiere a los sentimientos positivos o negativos del adolescente sobre el no consumo de drogas ilícitas. Es probable que se repitan o mantenga el no consumo de drogas asociado con el afecto positivo de no consumir drogas, mientras que es probable que se consuma cuando se asocie con el afecto negativo. En algunos comportamientos se inducen estados de sentimientos tanto positivos como negativos. Por lo tanto, es importante determinar el equilibrio relativo entre el afecto positivo y negativo antes, durante y después de la conducta.

Los afectos relacionados se han estudiado en torno a diversas conductas específicas de promoción de la salud y también en el área de adicciones a las drogas lícitas e ilícitas. El afecto negativo (sentimientos negativos), se incrementaba junto con el consumo de cocaína y el afecto positivo (sentimientos positivos) se relacionan de manera positiva y significativa con estrategias para evitar el consumo de droga ilícitas (Bujarski & Ray, 2014; Dermody et al., 2013).

### **Apoyo social.**

El apoyo social es conceptualizado como la percepción que tiene el adolescente acerca de la cantidad de amigos y familiares que lo apoyan y la percepción que recibe de estos en función de la ayuda emocional y apoyo para obtener información para la solución de problemas, el cual fue subestructurado del concepto de influencia interpersonal. Como constructo, se le conceptualiza al apoyo social desde dos

dimensiones: la estructural y la funcional (Gottlieb, 1983). La primera hace referencia al tamaño de la red social y la segunda a la percepción de la utilidad que esta tiene. El apoyo funcional se compone por la percepción de los apoyos emocionales, instrumentales e informativos. Emocionales donde el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza. Instrumentales en el cual se aporta a la solución de problemas. Informativos a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema (Antonucci & Israel, 1986; Gottlieb, 1983; Leiva et al., 2013; Uribe & Gomez, 2012).

Estudios realizados en poblaciones de adolescentes indican que el apoyo social ayuda a afrontar los ofrecimientos que favorecen el consumo de drogas ilícitas (Carmona & Lever, 2017; Doménech, 2020; Segrin et al., 2016).

### **Conducta promotora de salud.**

La promoción de la salud es el punto final o los resultados de la acción en el MPS, la conducta promotora de la salud es en última instancia dirigida a la consecución de los resultados que favorecen la salud o el estado de bienestar para el individuo. Para este estudio, el concepto de la conducta promotora de salud corresponde a la condición de aquellos adolescentes de zonas urbanas marginales que se han abstenido del consumo de drogas ilícitas o que en alguna ocasión desarrollaron una conducta de consumo experimental, pero debido a la experiencia o los efectos negativos de la sustancia han decidido evitar el consumo de drogas ilícitas.

De acuerdo a la literatura, el consumo o ingesta de drogas constituye una conducta no saludable que ha recibido especial atención en los últimos años por el personal de enfermería, debido a las diversas consecuencias que puede tener sobre la

salud del individuo y la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), define como droga a toda sustancia psicoactiva, que 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. El consumo de drogas es una conducta de riesgo y por ello no saludable, y corresponde a la frecuencia de consumo (experimental, ocasional, habitual y abusivo) y cantidad de ingesta de cualquier sustancia psicoactiva.

El consumo de drogas también se puede clasificar en términos de prevalencia alguna vez en la vida (global), en el último año (lápsica), en el último mes (actual) y en los últimos siete días (instantánea). Las drogas que se considerarán en el presente estudio serán la marihuana, cocaína, estimulante de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos y opiáceos.

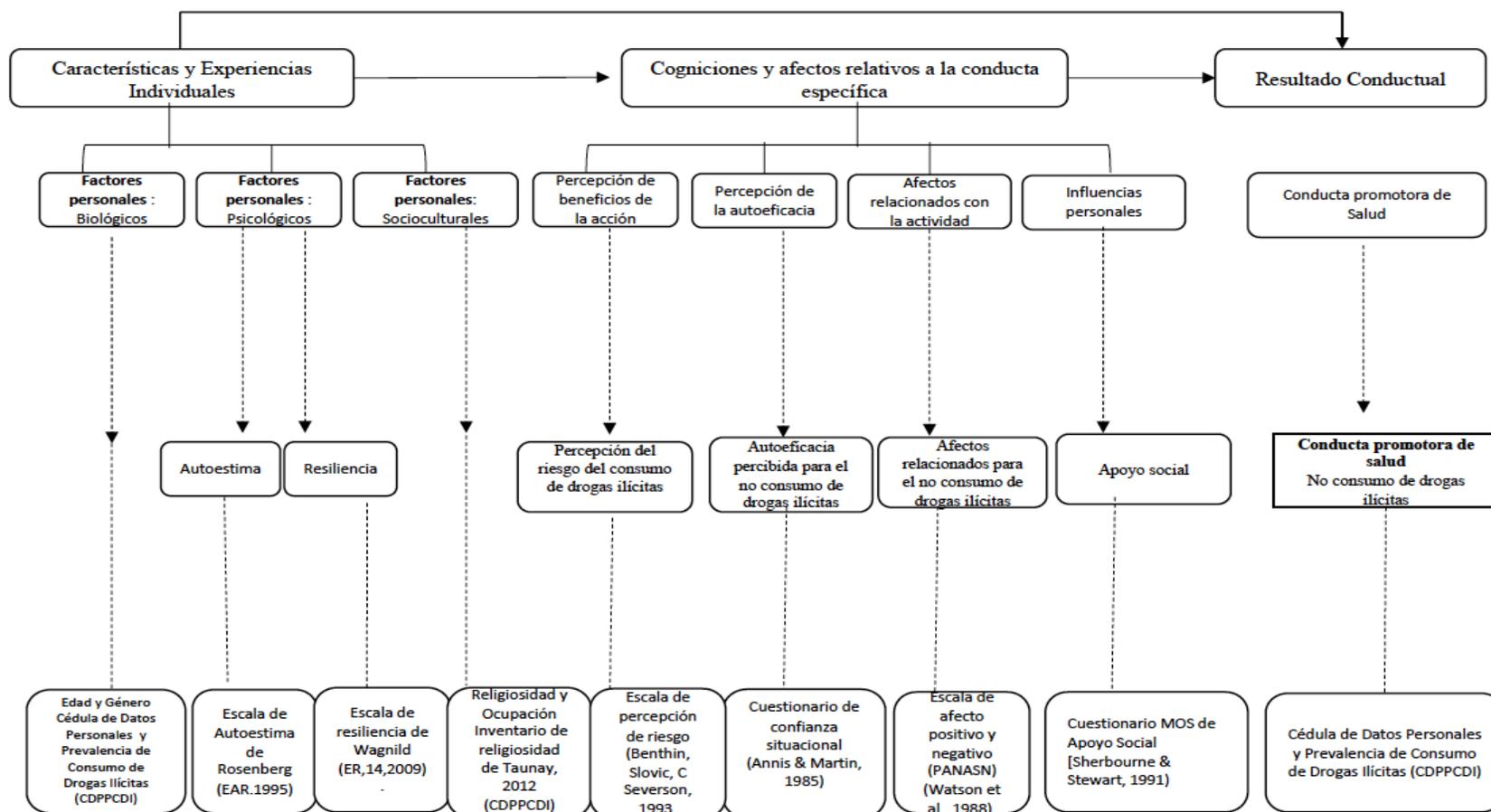
En la figura 3 se observa la subestructuración teórica del MECD-AM, donde se observa los conceptos seleccionados del MPS y los conceptos que fueron subestructurados para formar el MECD-AM y finalmente observar los indicadores empíricos propuestos. Cabe mencionar que se observa la relación de los conceptos que permitieron proponer las hipótesis del estudio. Donde se muestra la influencia de la edad, sexo, la autoestima, resiliencia, la religiosidad, ocupación, apoyo social con la conducta promotora de salud del no consumo de drogas.

Finalmente, se observa una relación directa de la percepción del riesgo del consumo de drogas, la autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social con la

conducta promotora de salud del no consumo de drogas

Figura 3

Subestructuración del modelo de conducta promotora de salud de no consumo de drogas ilícitas



### ***Estudios relacionados***

En esta sección se presentan los estudios relacionados con respecto a las variables del presente estudio. Con el propósito de conocer la evidencia empírica que apoyan las proposiciones del estudio, por lo cual se realizó una búsqueda de la literatura publicada en los últimos 10 años, debido a que no se localizaron suficientes en un periodo de 5 años.

#### **Edad y sexo.**

Bustamante et al. (2018), realizaron un estudio descriptivo, analítico y transversal en 164 estudiantes de una preparatoria del Norte de México, con edad media de 15 años. Los resultados describen diferencias significativas por edad, los de 15 años tuvieron menor riesgo de consumo (72%), que los de 16 años (91.2%), datos que son estadísticamente significativos ( $p < .05$ ). En la variable sexo, el riesgo de consumo de sustancias ilícitas de alguna vez en la vida fue mayor en los hombres, con un 79.6%.

Saravia et al. (2014), realizaron un estudio para analizar la III Encuesta Nacional sobre prevención y consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas de Perú en 54, 675 registros con el objetivo de establecer la relación entre factores demográficos, escolares, familiares y sociales y el inicio de consumo de drogas ilícitas en escolares peruanos. Los resultados mostraron variabilidad en el consumo de drogas entre hombres y mujeres. Destacando que las mujeres tienen un 36% menor probabilidad de consumir drogas ilegales en el último año en comparación a los hombres ( $OR= 0.64$ ,  $IC\ 95\% [0.62, 0.66]$ ). Además, los adolescentes entre 14 y 16 años tienen 61% más probabilidad de iniciar el consumo de drogas ilícitas que los de 11 a 13 años, indicando que a mayor edad aumenta es la probabilidad de riesgo de consumo

(*OR* = 1.61, *IC* 95% [0.62, 0.66]).

Wu et al. (2014), realizaron un estudio donde adaptaron una escala de autoestima y la versión china de la encuesta global de salud, con 1, 223 estudiantes de dos escuelas mixtas y una escuela para niños. Los resultados reportaron una prevalencia general de consumo de drogas durante 30 días del 1.3%, mientras que las cifras para hombres fueron del 1.6% y para las mujeres del 0.6%, respectivamente, el 59.3% de los estudiantes tenían entre 11 y 14 años y el 26.9% de los participantes eran mujeres.

Zamora et al. (2020, en su estudio describieron la relación entre y los factores de riesgo y protección medidos por las Comunidades Que se Cuidan (CQC) y el consumo de drogas ilícitas en adolescentes colombianos, con 52, 588 escolares de 6° a 11° grado con un rango de edad de 10 a 19 años, provenientes de 114 colegios públicos y privados de 23 comunidades, pertenecientes al estrato socioeconómico bajo y medio. Los resultados muestran que el 52.8% corresponde al sexo femenino y el 48.2% al masculino, la media de edad fue 14.2 años (*DE* = 1.9, rango de 11 a 19). Destacando que en la categoría de drogas ilícitas en los últimos 30 días, las prevalencias de consumo por sexo femenino fueron de 4.2% y masculino de 6%, en el último año las mujeres tuvieron el 8.8% y los hombres el 11.8%.

Aguirre et al. (2017), realizaron un estudio para determinar los factores de riesgo familiares que inciden en el consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de la Institución Educativa Técnica San Luis Gonzaga del corregimiento de Chicoral de Colombia con 173 estudiantes de 14 a 19 años. Los resultados describen que el consumo de tranquilizantes, estimulantes y marihuana es bajo (11 %), con una distribución similar en hombres y mujeres y las edades de consumo están comprendidas entre los 15 y 18

años.

Öztaş et al. (2018), realizaron un estudio en Turquía con una muestra de 8, 714 adolescentes escolarizados, en donde su objetivo fue detectar la prevalencia del consumo de sustancias entre los estudiantes de décimo grado, sus pensamientos, actitudes, comportamientos y tendencias hacia el uso de sustancias y factores de riesgo de uso de sustancias en estudiantes de décimo grado. Los resultados describen que la tasa de consumo de sustancias fue del 4.8% en estudiantes varones y del 2.2% en estudiantes mujeres, indicando que la tasa de consumo de sustancias fue mayor en los hombres, y la diferencia entre estudiantes hombres y mujeres es estadísticamente significativa ( $p < .001$ ). Mientras que el consumo de sustancias en los estudiantes de 15 años o más (16 y 17 años) fue del 3,9%, fue del 1,8% para los estudiantes de 15 años o menos (14 y 15 años). El consumo de sustancias fue dos veces mayor en los estudiantes de 15 años o más (16 y 17 años) en comparación con los estudiantes de 15 años o menos (14 y 15 años); y la diferencia también es estadísticamente significativa ( $p < .001$ ). En conclusión, ser hombre y mayor de 15 años es un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

Síntesis: con respecto a los estudios relacionados se evidencia de acuerdo al sexo, los hombres tienen más consumo de drogas ilícitas que las mujeres, de igual manera tener 15 años de edad y estar en la etapa de la adolescencia muestra ser un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas.

### **Autoestima.**

Ojo et al. (2013), realizaron un estudio que tenía como objetivo determinar la relación entre la autoestima y el consumo de sustancias en adolescentes. El estudio se

realizó en una escuela secundaria de la ciudad de Lagos de Nigeria. Los resultados describen que el 23.8% de los adolescentes han consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida, mientras que el 19% informó baja autoestima. Tener baja autoestima se asoció con el incremento de la probabilidad de consumo durante el último año, siendo significativa con un  $OR = 1.5$ ,  $IC\ 95\% [3.12, 6.21]$ ,  $p < .001$ , la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, presentó un  $OR = 2.2$ ,  $IC\ 95\% [1.61, 4.32]$ ,  $p < .001$ .

Fisher et al. (2020), el propósito de su estudio fue investigar la relación entre la identidad étnica y el uso de drogas ilícitas en una muestra de jóvenes multirraciales. Además, determinar si el modelo de trayectoria opera indirectamente a través de la autoestima. Con una muestra de 159 escuelas participantes (21 distritos escolares) en un condado grande del Medio Oeste de Nebraska. Los resultados describen que la autoestima se correlacionó significativamente de forma negativa con el consumo de sustancias ( $r = -0.155$ ,  $p < .01$ ).

Schwinn et al. (2016), realizaron un estudio para proporcionar una base empírica para el desarrollo de programas de prevención del abuso de drogas basados en la ciencia y personalizados para las adolescentes. Los participantes del estudio fueron 788 niñas de 48 estados. Las niñas fueron reclutadas a través de anuncios de Facebook que aparecieron en las páginas de los usuarios que se registraron como niñas de 13 y 14 años que residen en los Estados Unidos. Los resultados describen que tener una menor autoestima se asoció con una mayor prevalencia de consumo de alcohol en el último mes ( $\beta = 0.218$ ,  $p < .001$ ), de consumo de cigarrillos ( $\beta = .127$ ,  $p < .05$ ) y de otras drogas ( $\beta = 0.262$ ,  $p < .001$ ).

Carmona y Lever (2017), en su investigación cuyo propósito fue establecer la

asociación entre algunos factores familiares y psicosociales y el consumo de drogas en adolescentes colombianos. Con el fin de garantizar la comparabilidad, seleccionaron estudiantes de secundaria con un buen rendimiento académico, sin problemas evidentes de consumo de psicoactivos y adolescentes que estuvieran en tratamiento por dicha problemática.

La muestra fue de 245 adolescentes de ambos sexos entre 13 y 17 años de la ciudad de Medellín (Colombia), seleccionados según criterio de comparabilidad, así: 120 estudiantes sobresalientes tanto a nivel académico (promedio igual o superior a 4.2) y social (sin problemas de conducta aparente), de algunos colegios públicos y privados, seleccionados por los mismos coordinadores académicos de las instituciones educativas; y 125 adolescentes en tratamiento por consumo de drogas, internados en comunidades terapéuticas de la ciudad.

Los resultados describen que los principales factores de riesgo para el desarrollo de los adolescentes son algunos factores internos que tienden a hacer de estos sujetos personas más vulnerables como, por ejemplo: la baja autoestima. Encontrando una asociación significativa entre la baja autoestima y el consumo de drogas ( $p < .001$ ).

Síntesis: con respecto a la autoestima, se encontró asociación positiva entre la baja autoestima y el consumo de drogas ilícitas, diversos autores refieren que la baja autoestima es un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas.

### **Resiliencia.**

Leiva et al. (2013), realizaron una investigación con el objetivo de identificar la relación entre la variable de apoyo social (de padres y de amigos) y autoestima con la resiliencia, en una muestra de 195 adolescentes de 1.º y 4.º año de enseñanza media en

Santiago de Chile. Los resultados mostraron que la resiliencia se relacionó con el apoyo social percibido por parte de los amigos ( $r = .22, p < .01$ ). Al realizar la interacción entre las 34 variables de autoestima y apoyo social se encontró que; la autoestima ( $\beta = .35, p < .001$ ) como el apoyo social percibido ( $\beta = .39, p < .001$ ) mostraron un efecto significativo con la resiliencia. Además, la resiliencia correlaciona significativamente con todas las demás variables, siendo la más baja aquella relación con el apoyo social percibido por parte de los amigos ( $r = .22; p < .01$ ).

Iglesias et al. (2013), realizaron un estudio donde analizaron la relación entre la resiliencia y el consumo de drogas ilegales. Su muestra fue de 1 ,706 adolescentes y jóvenes de 14 a 25 años, que fueron seleccionados en tres áreas geográficas de Galicia: Vigo (Pontevedra), en la comarca del Salnés (Pontevedra) y en la comarca de O Carballiño (Ourense) de España. Utilizaron la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993). La resiliencia que los jóvenes reportaron reflejó diferencias significativas en función de la edad ( $F = 9.7, p < .001$ ) de manera que la resiliencia se incrementa a medida que la edad aumenta, en el grupo de 14 a 17 años la escala tuvo un puntaje de 133.64 y en el grupo de 18 a 21 en puntaje fue de 135.72.

Gutiérrez y Romero (2014), realizaron un estudio para analizar las relaciones entre autoestima, inteligencia emocional, apoyo social, resiliencia, satisfacción con la vida y actitudes hacia el consumo de drogas de los adolescentes. La muestra fue de 2 ,506 adolescentes (1 ,231 varones y 1 ,275 mujeres) de 14 y 18 años ( $M = 16.40, DT = 1.40$ ). Utilizaron la escala de resiliencia (Smith et al., 2008) que está formada por seis ítems. Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales describen que las variables con mayor capacidad predictiva fueron: la autoestima

( $\beta = .190, p < .01$ ), el apoyo social de la familia ( $\beta = .246, p < .01$ ), el control emocional ( $\beta = .168, p < .01$ ), y la resiliencia ( $\beta = -.095, p < .05$ ), ésta última en negativo, la cual no presenta relación con las otras variables. En cuanto a las actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas, la resiliencia predice “el consumo de drogas no perjudica la salud” ( $\beta = -.169, p < .05$ ).

Castillo et al. (2017), realizaron un estudio con un diseño no experimental, con el objetivo de examinar si los adolescentes que han vivido circunstancias de riesgo y adversidad pueden tener resultados resilientes cuando participan en programas de intervención psico socioeducativa. Los participantes fueron 507 adolescentes pertenecientes a cuatro grupos con diferentes niveles de riesgo: protección social ( $n = 189$ ), cumplimiento de medidas judiciales ( $n = 104$ ), tratamiento por abuso de drogas ( $n = 25$ ) y un grupo de comparación ( $n = 189$ ). Utilizaron una versión reducida de la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young (1993). En los resultados describen diferencias significativas entre el grupo de adolescentes en tratamiento por consumo de drogas ( $ME = 53.72, DT = 10.15$ ) el resto de los grupos: protección (grupo 1 > grupo 3,  $Z = -3.46, p < .001$ ), medidas judiciales (grupo 2 > grupo 3,  $Z = -4.68, p < .001$ ) y comparación (grupo 4 > grupo 3,  $Z = 4.24, p < .001$ ).

Síntesis: de acuerdo con la resiliencia los estudios relacionados describen que los adolescentes con características de resiliencia pueden adoptar una conducta promotora de salud y evitar el consumo de drogas ilícitas.

### **Religiosidad.**

Francis et al. (2019), efectuaron un estudio transversal, con el objetivo de analizar la prevalencia de la religiosidad y la asociación con el consumo de alcohol y

drogas ilícitas. Con una muestra de 20,227 estudiantes de 240 escuelas públicas de Sudáfrica, que fueron seleccionados al azar mediante un diseño de muestreo estratificado de múltiples etapas para determinar la prevalencia. Los resultados describen que, en comparación con los alumnos con poca religiosidad, los alumnos con alta religiosidad tenían menor probabilidad de consumir cannabis en los últimos 30 días ( $OR = 0.57$ , IC 95% [0.46, 0.68]  $p < .001$ ). La mayoría de los estudiantes (74 %) informaron una alta religiosidad, resaltando que las mujeres tienen más alta religiosidad que hombres (76 % frente a 70 %).

Oroian et al. (2018), realizaron un estudio que tenía como objetivo analizar los factores de riesgo y resiliencia frente al consumo de drogas en una población adolescente de Rumanía. El proyecto WE-STAY es un ensayo clínico de control aleatorio que prueba estrategias de prevención de la salud mental (detección profesional y aumento de la conciencia). Con una muestra de 1,730 adolescentes, la media de edad fue de 16.6 años ( $DE = 0.6$ ), 980 participantes (56.9%) eran mujeres. Los resultados describen que la religiosidad, fue factor protector, reduciendo el riesgo de consumo de drogas ilícitas con un  $OR = 0.256$ , IC 95% [0.174, 0.377],  $p < .01$ .

Jang y Johnson (2011), realizaron un estudio donde los autores plantearon la hipótesis de que la exposición de un niño al uso de drogas por parte de los padres y la educación religiosa tienen una influencia causal en el uso de drogas en los jóvenes principalmente a través de la asociación de pares que usan drogas y la religiosidad durante la adolescencia y la edad adulta. Con una muestra representativa a nivel nacional de niños que viven en hogares en los 48 estados de Texas. Cuando fueron entrevistados los niños nacidos entre el 1 de septiembre de 1964 y el 31 de diciembre de

1969 tenían entre 6 y 12 años. Después, fueron entrevistados nuevamente cuando tenían entre 11 y 16 años y nuevamente cuando tenían entre 17 y 22 años.

Los resultados revelaron que la educación religiosa conservadora no tuvo un efecto directo sobre el consumo de drogas por parte de los jóvenes, ni en la adolescencia ( $p = .016$ ).

Heimpel (2016), realizó una investigación que tenía como objetivo examinar las relaciones transversales entre dos factores de riesgo psicológico (delincuencia y depresión) y dos factores de protección psicosocial (religiosidad y apoyo social), y el consumo de sustancias (cigarrillos marihuana, frecuencia de intoxicación y uso de sustancias de por vida). Con una muestra de 6 ,504 adolescentes.

Los resultados describen que la religiosidad se asoció significativamente con menor consumo de marihuana ( $\beta = -.18, p = .001$ ).

Síntesis: de acuerdo con los estudios relacionados se encontró una relación significativa entre la religiosidad y el consumo de drogas ilícitas, ya que el adolescente que con alta religiosidad tiene menos probabilidades de involucrarse en conductas de uso de drogas ilícitas.

### **Ocupación.**

Rodríguez et al. (2019), realizó un estudio para evaluar la prevalencia del consumo de marihuana y otras drogas en adolescentes puertorriqueños, la muestra fue de 8 ,092 participantes. Los resultados describen los factores que se relacionan significativamente con una disminución en la probabilidad de consumo de la marihuana en adolescentes puertorriqueños entre ellos se encuentra la ocupación de tiempo libre ( $OR = 1.147, IC 95\% [0.941, 1.398], p = .174$ ).

Menezes y Pereira (2019), realizaron un estudio cualitativo, en donde su objetivo era describir y analizar el desempeño ocupacional de las adolescentes del sexo femenino en los períodos antes, durante y después de la interrupción del consumo de drogas.

Realizado en una en una institución de atención a adolescentes mujeres con uso abusivo de drogas, ubicada en el interior de Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada elaborada por los autores con preguntas relacionadas con el desempeño ocupacional en las diversas ocupaciones, antes y durante el consumo de drogas, durante el seguimiento de rehabilitación, factores de riesgo para el consumo, edad de inicio del consumo y factores asociados. con rehabilitación.

Participaron en el estudio ocho adolescentes del sexo femenino, con edades entre trece y dieciocho años.

Los resultados describen que el uso de drogas compromete el desempeño ocupacional de los adolescentes en todas las ocupaciones, con énfasis en las actividades propias de este grupo etario, como la educación, el ocio y las actividades de la vida diaria. Síntesis: el tener una ocupación es un factor protector del consumo de drogas ilícitas en adolescentes.

### **Percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas.**

Vázquez et al. (2014), realizaron un estudio con el objetivo de analizar las prevalencias de consumo de sustancias adictivas en 2,412 adolescentes de secundaria y bachillerato de 13 a 18 años en Colegios privados de Valladolid, España encontrando al alcohol, tabaco y marihuana como las drogas más consumidas. Los resultados describen que el 77.2% han consumido alcohol y el 17.0% han consumido marihuana alguna vez en la vida, en los últimos 30 días el 64.0% habían consumido alcohol y el 4.0%

marihuana, el 2.1% consumían alcohol diariamente.

Con relación a las prevalencias de consumo de sustancias adictivas el 39.1% han consumido alcohol, el 21.1% alcohol y tabaco, el 10.7% alcohol, tabaco y marihuana y el 1.8% alcohol y marihuana. La percepción de riesgo relacionada con el consumo de drogas ilícitas es alta, el 79.0% de los encuestados perciben como peligroso o muy peligroso el consumo de marihuana, el 97% de los encuestados perciben como peligroso o muy peligroso el consumo de cocaína, speed o anfetaminas y éxtasis.

Villatoro et al. (2017), estudiaron la relación entre el nivel de urbanización, la disponibilidad de drogas, la exposición a la oportunidad de consumo, la percepción de riesgo y la tolerancia social con el nivel de consumo de marihuana en los estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato. Con una muestra de 114,364 alumnos de secundaria y bachillerato (49.8% hombres y 50.2% mujeres).

Los resultados describen que la evolución de la percepción de riesgo de daño por el consumo de marihuana en relación con el consumo de drogas, utilizando datos de estudios periódicos en la Ciudad de México entre estudiantes de secundaria y preparatoria. Los resultados describen que los hombres (65,9%) reportan una menor percepción de riesgo que las mujeres (72,5%), tanto en secundaria como en preparatoria.

Los datos estatales promedio para la marihuana el uso se correlacionó con el riesgo percibido de daño y la tolerancia social. Esto demuestra que los estados con mayor tolerancia social también tienen el mayor consumo de marihuana ( $r = 0.697$ ,  $p = .01$ ), y los estados con mayor percepción de riesgo de daño tienen menor consumo de marihuana ( $r = -0.836$ ,  $p < 0.01$ ).

Galván et al. (2015) evaluaron las creencias y la percepción de riesgo con

relación a la marihuana en 154 estudiantes entre 13 y 18 años de un colegio privado de Santa Rosa, Argentina. Los resultados descriptivos de la encuesta se muestran diferencias significativas por sexo, las mujeres ven con mayor riesgo que los hombres, el hecho de que el consumo de marihuana podría desencadenar un trastorno mental (M= 63.4%, H= 41.0%) y creen que fumar marihuana podría generar desgano, falta de motivación y menores niveles de satisfacción con la vida (M= 66.2%, H= 45.8%).

Además, se observa en general, diferencias porcentuales que muestran una tendencia por parte de las mujeres a percibir un mayor riesgo en general en relación al uso de marihuana y sus consecuencias, creen que “puede deteriorar otras funciones cognitivas” (M= 74.6%, H= 68.0%), “afecta los pulmones” (M= 53.5%, H= 51.8%), “genera dependencia” (M= 45.1%, H= 36.1%), “puede afectar las neuronas” (M= 85.9%, H= 83.1%), “afecta la salud física y mental” (M= 76.1%, H= 68.7%), “podría desencadenar un trastorno mental como ansiedad, depresión, esquizofrenia” (M= 63.4%, H= 41.0%), “los traficantes de drogas hacen que la marihuana sea cada vez más potente para que siempre sientas los efectos y no dejes de consumir” (M= 60.6%, H= 47.0%), “la marihuana que se vende en la calle es siempre pura” (M= 12.7%, H= 12.0%), “puede crear problemas legales” (M= 90.1%, H= 83.1%), “podría generar desgano, falta de motivación, menores niveles de satisfacción con la vida” (M= 66.2%, H= 45.8%), “podría afectar en el rendimiento escolar, deportivo, social y familiar” (M= 74.6%, H= 65.1%).

Síntesis: existe una asociación significativa entre la percepción de riesgo y la intención de uso de consumo de drogas, tener una percepción de los daños que puede ocasionar el consumo de drogas ilícitas puede prevenir el consumo de drogas, cuando la

percepción de riesgo disminuye aumenta el consumo de drogas.

**Autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas.**

Schinke et al. (2016) realizaron un estudio a fines de 2014 y principios de 2015. Como parte de un ensayo clínico más amplio, recopilaron datos de referencia de una muestra de adolescentes hispánicos reclutados de organizaciones comunitarias y de servicios sociales en todo EE. UU. La muestra del estudio fue de 507 jóvenes hispanos. Después del reclutamiento, 518 adolescentes hispanos se inscribieron para el estudio; 11 no completaron el cuestionario. Los resultados describen que los jóvenes con alta autoeficacia ( $OR = 0.35$ , IC 95% [0.16, 0.78],  $p < .01$ ) tenían menor probabilidad de usar drogas.

Malacas et al. (2020), realizaron una investigación sobre factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes de nivel secundaria de Perú. Su objetivo fue determinar si las actitudes, las normas subjetivas y la autoeficacia son factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes escolares de nivel secundaria en instituciones educativas públicas. La muestra estuvo conformada por 510 estudiantes. Los resultados de acuerdo con el análisis de Regresión Logística Binaria, describe que se encontró que las variables (actitud, norma subjetiva y autoeficacia) que no están incluidas en la ecuación, son altamente significativas ( $p = .001$ ).

También se observa que hay un 88.6% de probabilidad de consumo de marihuana, cuando se conoce la actitud, la norma subjetiva y la autoeficacia de los adolescentes ( $\beta=1.18$   $p=.001$ ). Los adolescentes que se perciben con un nivel bajo de autoeficacia de no consumir marihuana tienen 3.89 % más probabilidades de tener una

intención de consumo de marihuana.

Karatay y Gürarlan (2019), realizaron un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 613 estudiantes de secundaria en el este de Turquía. Los datos se recopilaron mediante el cuestionario sobre el uso de sustancias y sus causas y la autoeficacia en la escala de prevención del abuso de sustancias (SEAPSAS). El propósito de este estudio fue determinar los patrones de consumo de sustancias, los factores de riesgo y el estado de la autoeficacia de los jóvenes en las escuelas secundarias de la provincia de Tunceli en Turquía. En los resultados se encontró que la autoeficacia era menor en los hombres (89.94,  $DE=21.08$ ) que en las mujeres (97.03,  $DE=16.76$ ) ( $t = 21.234, p = .001$ ).

Fathiandastgerdi et al. (2016), realizaron un estudio en Irán que tuvo como objetivo investigar las interrelaciones entre la autoeficacia y la habilidad de afrontamiento en relación con el comportamiento de uso de sustancias en los adolescentes. Con una muestra de 720 niños de edades de 14 a 18 años. Los resultados mencionan que la autoeficacia tiene una correlación negativa con el consumo de sustancias ( $r = -0.29, p < .000$ ).

Síntesis: Dentro de varios estudios sobre la autoeficacia y el consumo de drogas ilícitas se observa una asociación negativa, ya que se ha demostrado ser un factor protector para el consumo de drogas ilícitas. Los adolescentes que reportan altos niveles de autoeficacia tienen la habilidad para afrontar y evitar el consumo de drogas ilícitas.

#### **Afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas.**

Murillo y Miasso (2011), realizaron un estudio con metodología cualitativa. Utilizaron la técnica de grupo focal para que los adolescentes expresarán sus

sentimientos y sus vivencias acerca del consumo de drogas ilícitas. Los resultados de los grupos focales describen que las sensaciones y los sentimientos que sufren y expresan los adolescentes cuando inician el proceso de consumo de las drogas ilícitas son las siguientes: sentía soledad y miedo, muchos vacíos, sufría de depresiones, no valía nada. (m.3) mis padres no me dieron importancia, sentía vacíos desde la niñez, mi papá siempre estaba borracho, entonces busque los amigos negativos. (m.1) ... sentía odio, rencor, vacíos, yo entonces empecé a buscar gente negativa, por los problemas de mi familia y porque mis papás se separaron. (m.8).

Síntesis: los afectos relacionados del no consumo de drogas ilícitas son los sentimientos positivos y negativos a los cuales el adolescente se enfrenta. Los sentimientos positivos apoyan el no consumo de drogas ilícitas, mientras que los sentimientos negativos favorecen el consumo de drogas ilícitas.

### **Apoyo social.**

Margono (2020), en su estudio analizó varios factores psicosociales que se correlacionan con los niveles de consumo de drogas en la adolescencia en la Agencia Nacional de Estupeficientes de la provincia de Java Oriental. Este fue un estudio analítico observacional con un enfoque transversal con una muestra de 31 adolescentes. Los resultados muestran que el 32.3% tenían un nivel alto de consumo de drogas.

En cuanto a las características del apoyo social, se encontró que el 38.7% contaba con un buen apoyo social. El nivel bajo de consumo de drogas tuvo una correlación positiva con el apoyo social ( $r = 0.489$ ,  $p = .005$ ).

Pandian y Lakshmana (2017), realizaron un estudio donde el objetivo de la investigación fue explorar los factores de riesgo y de protección entre los adolescentes

de la calle que usan sustancias para identificar los requisitos de intervención y desarrollar un programa de intervención y probar su eficacia en la configuración de la comunidad. La hipótesis de la investigación fue que la intervención de divulgación propuesta transformaría el uso de sustancias entre los adolescentes varones de la calle. La evaluación de necesidades fue realizada por los investigadores en 20 entrevistas a expertos (EI), 20 entrevistas a informantes clave (KII) y cuatro discusiones de grupos focales (FGD) con una muestra de 15 adolescentes de la calle consumidores de sustancias y 15 no consumidores.

Los resultados describen que contar con un apoyo social funciona como factor protector. Una persona con apoyo social puede buscar apoyo siempre que se enfrente a un momento difícil. Dicho apoyo social ayudó a la resiliencia cuando los adolescentes enfrentaban problemas y cuando era necesario buscaban el apoyo diversos sistemas.

Heimpel (2016), realizó una investigación que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre dos factores de riesgo psicológico (delincuencia y depresión) y dos factores de protección psicosocial (religiosidad y apoyo social), y cuatro resultados de consumo de sustancias (consumo de cigarrillos, consumo de marihuana, frecuencia de intoxicación y uso de sustancias de por vida). Con una muestra de 6,504 adolescentes de Minnesota. Los resultados describen que la religiosidad ( $\beta = -.18, p < .001$ ) y el apoyo social ( $\beta = -.07, p < .001$ ) se asociaron de forma negativa con menor consumo de marihuana. El sexo masculino predijo significativamente el consumo de marihuana ( $\beta = .03, p < .05$ ).

Síntesis: En cuanto a la influencia del apoyo social también se encontró una asociación negativa ya que los adolescentes que tenían apoyo de los padres, amigos y

familiares, evitaban conductas no saludables como el consumo de drogas ilícitas.

### **Conducta promotora de salud y conducta no promotora de salud.**

Jara et al. (2020), realizaron un estudio para determinar los factores que condicionan la adopción de la Conducta Promotora de Salud en estudiantes de una Universidad en Chile, con una muestra de 189 estudiantes de secundaria utilizaron la Escala de Estilo de vida Promotor de Salud, Escala de Autoeficacia General, Escala de Autoestima de Rosenberg. En cuanto a los Factores de Riesgo para la Salud solo el no consumo de marihuana se relacionó significativamente con la Conducta Promotora de Salud ( $p = .036$ ). Además, se aprecia que la Conducta Promotora de Salud tiene una relación directamente proporcional y significativa con percepción de autoestima ( $r = .469, p = .01$ ). y autoeficacia ( $r = .452, p = .01$ ). Se concluye que, a mayor percepción de Autoestima y Autoeficacia mayor es la adopción de Conducta Promotora de Salud.

Velázquez et al. (2016), realizaron un estudio para conocer las prevalencias de uso de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de primaria (5° y 6°) y secundaria-bachillerato de México y sus Estados. La muestra fue de 52 ,171 alumnos de primaria y 114 ,364 de secundaria-bachillerato. Los resultados describen que la prevalencia anual de cualquier droga es de 12.2% (13.2% en hombres y 11.2% en mujeres), en secundaria es de 8.9% y para bachillerato el porcentaje fue de 17.6%. Por sustancia específica, 7.6% consumió marihuana en el último año (9.2% en hombres y 6.1% en mujeres); 1.7% cocaína (hombres 2.2% y mujeres 1.2%) y 3.6% inhalables (3.6% hombres y 3.6% mujeres). Al comparar el consumo de drogas entre los estudiantes de escuelas en comunidades urbanas y rurales, se observa que la prevalencia total en las comunidades rurales es de 11.2%, menor que el 18.3% de las escuelas en

comunidades urbanas. Esta situación es similar para todas las drogas, particularmente en marihuana (11.6% en urbanas y 5.2% en rurales).

Avilés (2017), realizó un estudio para caracterizar el consumo de drogas en adolescentes de la Unidad Educativa “Dr. Emilio Uzcátegui García” del período lectivo 2015 -2016. Con una muestra de 190 adolescentes de Santiago Guayaquil, Ecuador. Los resultados de prevalencia de alguna vez en la vida y de los últimos treinta días fue del 19% y 4.7%, respectivamente y la edad de inicio se encontró entre los 10 a 14 años (67.7%).

**Síntesis:** La conducta promotora de salud es el punto final o los resultados de la acción en el MPS. Sin embargo, la conducta promotora de salud es en última instancia dirigida a la consecución de los resultados de salud positivos para el cliente.

### **Definición de Términos**

A continuación, se señala la definición operacional de variables del presente estudio.

**Edad.** Son los años de vida cumplidos y expresados por el adolescente de zonas urbanas marginales en el momento de la entrevista. La medición de este concepto se realizó mediante Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (CDPPCDI).

**Sexo.** Es definido como la característica biológica que identifica a los adolescentes de zonas urbanas marginales como hombre o mujer. La medición de esta variable se realizó mediante la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (CDPPCDI).

**Autoestima.** Se define como un sentimiento hacia sí mismo, que puede ser

positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características del adolescente de zonas urbanas marginales. Para la medición de la autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 2015).

La resiliencia. Se define como la percepción sobre la capacidad del adolescente de zonas urbanas marginales de superar los eventos adversos relacionados con el consumo de drogas, como uso regular de drogas ilícitas y ser capaz de tener un desarrollo exitoso de la conducta promotora de salud. Este concepto se midió con la Escala de resiliencia (Wagnild, 2009).

La religiosidad. Es el conjunto de creencias que tiene el adolescente de zonas urbanas marginales acerca de la religión que profesa y sobre la importancia que le proporciona a dichas creencias. Este concepto se midió a través del Inventario de Religiosidad de Taunay et al. (2012).

Ocupación. Es la actividad laboral con remuneración económica que tiene el adolescente de zonas urbanas marginales. La medición de este concepto se realizó mediante la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (CDPPCDI).

Percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas. Son las creencias negativas de los adolescentes de zonas urbanas marginales sobre el consumo de drogas ilícitas y sus efectos en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas. Este concepto se medirá con la Escala de Percepción de Riesgo de Benthin et al. (1993).

Autoeficacia percibida para el no consumo de drogas ilícitas. Es la capacidad percibida por el adolescente de zonas urbanas marginales para resistir y evitar la presión de consumo de drogas ilícitas. Este concepto se midió con el Cuestionario de Confianza

Situacional, diseñado por Annis y Martin (1985).

Afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas. Son los sentimientos percibidos por el adolescente de zonas urbanas marginales sobre los afectos o emociones positivos o negativos que experimenta al no consumir drogas ilícitas. Este concepto se midió con la escala de afecto positivo y negativo de Watson et al. (1988).

Apoyo social. Es la percepción que tiene el adolescente de zonas urbanas marginales de la cantidad de amigos y familiares que lo apoyan y la percepción que recibe de estos en función de la ayuda emocional y apoyo para obtener información para la solución de problemas como el consumo de drogas. Este concepto se midió con el Cuestionario de apoyo social [MOS] (Rodríguez y Enrique, 2007).

Conducta promotora de salud y conducta no promotora de salud. Corresponde a la condición de aquellos adolescentes de zonas urbanas marginales que jamás han consumido drogas en la vida o aquellos que solo presentaron un consumo en el último año, último mes y última semana. Para medir esta variable se tomó en cuenta las prevalencias del consumo de drogas.

Prevalencia global de consumo drogas. Es la proporción de adolescentes que viven en zonas urbanas-marginales que ha consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida.

Prevalencia lápsica de consumo de drogas. Es la proporción de adolescentes de zonas urbana-marginales que han consumido drogas durante los últimos doce meses.

Prevalencia actual de consumo de drogas. Es la proporción de adolescentes de zonas urbanas marginales que han consumido drogas durante el último mes.

Las drogas que se consideraron son: la marihuana, cocaína, estimulante de tipo

anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos y opiáceos.

Se midieron con la Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (CDPPCDI).

## **Objetivos e hipótesis del estudio**

### ***Objetivo general***

Proponer un modelo explicativo de la conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua, guiado por las proposiciones del MPS.

### ***Objetivos específicos***

1. Describir el no consumo de drogas ilícitas por sexo en adolescentes de zonas urbanas marginales.
2. Identificar la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes por sexo.
3. Describir la resiliencia, autoestima, religiosidad, ocupación, percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, afectos relacionados, la autoeficacia y el apoyo social por sexo.
4. Analizar la relación entre edad, sexo, ocupación, resiliencia, autoestima, religiosidad, percepción del riesgo del consumo de drogas, autoeficacia percibida, afectos relacionados para el no consumo de drogas y apoyo social en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales.

***Hipótesis del estudio***

1. La edad, el sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación y la religiosidad influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales.
2. La percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social, influyen en la conducta promotora de salud de no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales.
3. La edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo del consumo de drogas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe lo siguiente: diseño del estudio, población, muestreo, muestra, instrumentos de medición, procedimientos para la recolección de información, consideraciones éticas y estrategia de análisis de los datos.

#### **Diseño del estudio**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, con un diseño correlacional, predictivo y de comprobación de modelo, ya que consistió en predecir el efecto de las variables independientes: edad, sexo, autoestima, resiliencia, religiosidad, ocupación, percepción de riesgo, autoeficacia para el no consumo de drogas, afectos relacionados para el no consumo de drogas y apoyo social sobre las variables dependientes de la conducta promotora de salud. Asimismo, fue transversal, puesto que la obtención de los datos se realizó en un momento específico en el tiempo (Bruns & Grove, 2012).

El Estado de Chihuahua cuenta con una población de 3, 556,574 habitantes correspondiente al 2.98% de la población nacional. El 27.8% de los ciudadanos chihuahuenses está dentro del rango de la población no pobre y no vulnerable, el 25.8% es población vulnerable por carencias sociales. Según la evaluación del Consejo Nacional de Población, Chihuahua presenta un grado muy alto de marginación en el 2015. Entendiendo que la marginación se asocia a la carencia de oportunidades sociales y a la ausencia de capacidades para adquirirlas o generarlas, pero también a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar. En consecuencia, las comunidades marginadas enfrentan escenarios de elevada vulnerabilidad social cuya mitigación escapa del control personal o familiar. En la

ciudad de Chihuahua las áreas marginadas se encuentran al sur de la ciudad o en las periferias.

### **Población, muestreo y muestra**

La población del estudio estuvo constituida por adolescentes de 12 a 17 años de una zona marginal del municipio de Chihuahua, en el Estado de Chihuahua de una población total de 982 adolescentes. La zona marginal se seleccionó de acuerdo con las dimensiones de marginación urbana, como son: asentamiento de manera irregular en la periferia de la ciudad y en zonas donde no existe desarrollo urbano, riesgos que comprometen su calidad de vida, integridad física y patrimonio, con efectos también negativos sobre el medio ambiente (Consejo Nacional de Población, 2015). El tamaño de la muestra se determinó mediante el paquete n'Query Advisor versión 8.5, para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 11 variables independientes con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación  $R^2$  de .09, con un efecto mediano según Cohen (1988) y una potencia de 90%, la muestra calculada fue de 225 adolescentes.

El tipo de muestreo fue probabilístico por conglomerados, de tal forma que se contó con un croquis del Área Geoestadística Básica (AGEB) con información del número de manzanas y viviendas donde se realizó la selección aleatoria de las manzanas, los domicilios y de cada participante de forma presencial.

La búsqueda de los adolescentes se realizó en cada manzana con apoyo de cuatro auxiliares de investigación previamente capacitados. Para el conteo de las viviendas se inició en dirección noroeste y se continuó en sentido contrario a las manecillas del reloj. A partir del número inicial de la vivienda de esa manzana hasta

llegar al número seleccionado aleatoriamente. Luego se verificó en el domicilio seleccionado la presencia de adolescentes entre 12 y 17 años. Cuando se encontraron dos o más adolescentes se seleccionó solamente a uno de ellos, mediante la tabla de números aleatorios. Asimismo, en los casos que no se encontraron adolescentes en el domicilio se procedió a seleccionar la vivienda continua y así sucesivamente en cada una de las manzanas seleccionadas hasta completar la muestra. El periodo de la recolecta de datos fue de Enero a Abril del 2015.

### **Instrumentos de medición**

La medición de las variables se realizó mediante un cuestionario impreso que contenía los siguientes instrumentos: 1.Cédula de Datos Personales y Prevalencia de Consumo de Drogas Ilícitas (CDPPCDI), 2.Escala de Autoestima de Rosenberg, 3.Escala de resiliencia de Wagnild (ER-14), 4.Inventario de religiosidad de Taunay (IR), 5.Escala de percepción de riesgo de Benthin (EPR), 6.Cuestionario de confianza situaciona (CCS), 7.Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para adolescentes (PANASN), 8. Cuestionario de Apoyo Social.

#### ***Cédula de datos personales y prevalencia de consumo de drogas ilícitas (CDPPCDI)***

La cédula de datos personales y prevalencia de consumo de drogas ilícitas (Apéndice A) consta de dos secciones, la primera está constituida por nueve preguntas que corresponden a datos personales como edad, sexo, escolaridad, trabajo actual, religión y horas que asiste a servicios religiosos, la segunda sección corresponde a la prevalencia del consumo de drogas ilícitas (alguna vez en la vida, en el último año, mes, y siete días), está constituida por ocho ítems que presentan respuestas dicotómicas con opción de sí o no.

### ***Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)***

Para la medición de la variable de autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg ([EAR], 2015). Este instrumento evalúa la percepción positiva o negativa que el adolescente tiene de sí mismo. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg en 1965 y traducida al castellano por Echeburua en 1995. La escala incluye diez ítems que valoran sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente (1, 2, 4, 6 y 7) y la otra mitad negativamente (3, 5, 8, 9 y 10), los cuales fueron convertidos para dar el mismo sentido en el análisis. Los ítems se responden en una escala Likert de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40. En donde a mayor puntaje, indica más alta autoestima (Apéndice B).

Estudios describen propiedades psicométricas adecuadas, por lo cual puede ser utilizada en población adolescente (Góngora et al., 2010; Rizwan et al., 2017; Rosenberg, 2015). Es una escala que ha demostrado fiabilidad y validez aceptables en diferentes contextos en población anglosajona, reportó un Alpha de Cronbach de .92 (Góngora et al., 2010), en población mexicana ha mostrado un Alpha de Cronbach de .76 (Castillo et al., 2017; Gámez et al., 2017).

No obstante, para fines de este estudio se calcularon los índices tomando la puntuación total que oscila entre 0 a 100. En donde a mayor puntaje, indicará más alta autoestima, de tal manera que a mayor índice mayor autoestima.

### ***Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14).***

La variable de resiliencia se midió con la Escala de resiliencia de 14 ítems (ER-14) de Wagnild, (2009) basada en la Resilience Scale (RS-25) de 25 ítems (Wagnild &

Young, 1993). Este instrumento mide el nivel de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. La ER-14 mide dos factores: Factor I: Competencia Personal (11 ítems, autoconfianza, independencia, decisión, ingenio y perseverancia) (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14), y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable) (3, 4, 8). Cada ítem se califica en una escala de 7 puntos, desde 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo). Están redactadas de manera positiva, las puntuaciones de la ER-14 puede variar desde 14 hasta 98, donde a mayor puntuación mayor es nivel de resiliencia (Apéndice C).

El autor (Wagnild, 2009) de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre 82-98=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja y de 30-14=Muy baja: La ER-14 ha mostrado un Coeficiente Alpha de Cronbach de .79 a .91 (Pritzker & Minter, 2014; Sánchez & Robles, 2015; Dávila, 2017). Para este estudio, aparte de los puntos de corte, se calcularon los índices tomando valores de 0 a 100, de tal manera que a mayor puntaje mayor será la resiliencia.

### ***Inventario de religiosidad por Taunay (IR)***

La variable de religiosidad se midió con el Inventario de Religiosidad (IR), fue validado por Taunay et al. (2012) en estudiantes universitarios, adolescentes y pacientes de un hospital psiquiátrico que no presentaban déficit cognitivo en Brasil, se observó una consistencia interna aceptable con un valor de Alpha de Cronbach de .96, consta de 10 ítems que evalúan la religiosidad, la escala es tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde: (a) Nunca / nada, (b) Raramente / poco, (c) Ocasionalmente / regular, (d)

Frecuentemente / mucho y Siempre / extremadamente. La escala tiene una puntuación mínima de 10 y máxima de 50 puntos, lo que indica que a mayor puntuación mayor es la religiosidad (Apéndice D).

En el estudio realizado por Taunay et al. (2012) se observó que el Inventario de Religiosidad tuvo una consistencia interna aceptable con un valor de Alpha de Cronbach de .96, se ha aplicado en adolescentes mexicanos obteniendo un Alpha de Cronbach de .94 a .96 (Guzmán et al., 2020; Pérez, 2012; Rodríguez et al., 2018). Para el análisis se convirtieron los índices de puntuación mínima de 0 y máxima de 100 puntos, de tal manera que mayor índice mayor es la religiosidad.

### ***Escala de percepción de riesgo (EPR)***

La percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas se midió con la Escala de percepción de riesgo (EPR), diseñada por Benthin et al. (1993) para escolares de primaria y secundaria, la cual evalúa 30 actividades (por ejemplo, fumar, beber alcohol, consumir drogas y tener sexo). Para cada una de estas actividades se evaluaron las 9 variables asociadas a la percepción de la situación (conocimiento del riesgo, miedo, riesgo personal, riesgo a terceros, beneficios, presión, admiración, evitación y facilidad). Cada una de estas variables tiene una puntuación en una escala de 1 a 7 según la percepción de riesgo (Apéndice E).

Esta escala ha sido utilizada para evaluar la percepción de riesgo del consumo de alcohol y drogas en adolescentes en estudios realizados en Colombia (Trujillo et al., 2008), Chile (Tapia & Khenti, 2019) Brasil (Conceição & Ventura, 2019) e Irlandeses (O'Brien & Gormley, 2017), el cual ha mostrado Alpha de Cronbach de .84. En México se ha utilizado en adolescentes mostrando Alpha de Cronbach de .88 (Candia, 2018).

Asimismo, se calcularon los índices tomando valores de 0 a 100 para el total de la escala, de tal manera que a mayor índice mayor es la percepción de riesgo del consumo de drogas ilícitas.

### ***Cuestionario de confianza situacional (CCS)***

La Autoeficacia percibida para el no consumo de drogas se midió con el Cuestionario de confianza situacional (Apéndice F), diseñada por Annis y Martin (1985), el cual fue desarrollado como instrumento de medida para evaluar la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir el deseo de consumir drogas en una serie de situaciones particulares “de riesgo” y, en tal medida, es considerado como una medida anticipatoria de la autoeficacia de afrontamiento.

El cuestionario está integrado por 39 reactivos que tienen un patrón de respuesta tipo likert que va desde 1 = seguro que no podría, 2 = no podría, 3 = a veces no podría, 4 = a veces sí podría, 5 = sí podría, y 6 = seguro que sí podría, con un rango de puntaje de 39 a 234, en donde a mayor puntaje indica mayor confianza de resistir el consumo de drogas. La escala tiene dos subescalas; la intrapersonal, en la cual el consumo de drogas involucra una respuesta a un evento que es primariamente de naturaleza psicológica o física. La subescala intrapersonal se subdivide en cinco categorías: estados emocionales negativos (1 – 3), estados físicos negativos (7 – 13), estados emocionales positivos (17– 23), prueba de control personal (27 – 33) y los impulsos y tentaciones (36 – 39).

La segunda subescala es la interpersonal, en la cual se involucra una influencia significativa por parte de otra persona; esta subescala se subdivide en tres categorías: problemas sociales en la escuela (4 – 6), presión social para el consumo de drogas (14– 16) y situaciones sociales positivas (24 – 26 y 34 – 35).

El instrumento se ha aplicado en población mexicana obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.96 y 0.97 (Alonso et al., 2016; Martínez et al., 2008). Para fines de este estudio, los valores se transformarán en índices de 0-100 a fin de que las diferentes escalas usadas sean equivalentes y poder establecer comparaciones, lo que indicará que a mayor puntaje mayor será la autoeficacia percibida.

### ***Escala de afecto positivo y afecto negativo (PANASN)***

Para la medición de la variable de afectos relacionados para el no consumo de drogas se utilizó la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para niños y adolescentes PANASN (Sandin, 2003). La cual fue elaborada a partir de la forma para adultos del PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988). Se trata de una escala auto aplicable. Se compone de 20 reactivos que describen emociones de carácter positivo o negativo, 10 de ellas positivas y 10 negativas. Cada reactivo es contestado mediante una escala con formato ordinal tipo Likert con 5 opciones de respuesta (nada, muy poco, algo, bastante, mucho). El puntaje más bajo que se puede obtener es 20 y el más alto es 100. La escala se compone de dos subescalas, cada una referente al tipo de emociones (Escala de Afecto positivo y Escala de Afecto Negativo), en donde altas puntuaciones en cada una de las subescalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el sujeto, respectivamente. El propósito principal de la escala es medir los afectos positivos y negativos (Apéndice G).

Esta escala ha sido utilizada para evaluar los afectos positivos y negativos del consumo de drogas adolescentes en estudios realizados en España (Borras, 2002) y en México ha obtenido un Alpha de Cronbach de .94 (Mondragón et al., 2017). Para este estudio se calcularon los índices de 0 a 100 para el total de la escala y para cada

subescala, de tal manera que altas puntuaciones en cada una de las subescalas sugieren alta presencia de emociones positivas o negativas en el adolescente.

### ***Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)***

Para el apoyo social percibido se utilizó el Cuestionario MOS de apoyo social, el cual está basado en el cuestionario MOS para adultos desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) siendo parte del grupo The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems. El primer ítem valora el apoyo estructural (se refiere a características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como el tamaño y densidad), se responde mencionando los nombres o tipos de vínculo y se evalúa contando la cantidad de personas que brindan apoyo para el niño, lo que indica que a mayor cantidad de personas que brindan apoyo mayor es el apoyo social estructural. Los 19 ítems restantes evalúan apoyo funcional percibido (los efectos o consecuencias que le brindan al niño el acceso y conservación de las relaciones sociales que tienen en su red).

Se pregunta con qué frecuencia se percibe para el entrevistado cada tipo de apoyo y se responde mediante una escala de tipo Likert de tres opciones (nunca, a veces y siempre). Para fines de este estudio se considerará solo apoyo social y para el análisis estadístico se convertirá el índice tomando valores de 0 a 100, lo que indicará que a mayor puntuación mayor será el apoyo social funcional percibido por el adolescente (Apéndice H).

Esta escala ha sido utilizada para analizar el apoyo social que reciben los adolescentes consumidores de drogas en España, Colombia, Chile (Garmendia et al., 2008), esta escala se encuentra ampliamente validada en la literatura y ha demostrado

excelentes características métricas, esta escala ha presentado consistencias internas aceptables con Alpha de Cronbach de .92. En estudios realizados en México en adolescentes y jóvenes (Ozuna, 2018, Candia, et al. 2018), ha presentado un Coeficiente Alpha de Cronbach de .86 a .96.

### **Procedimiento de recolección de datos**

Antes de la aplicación de los instrumentos se obtuvo la aprobación de los Comités de Investigación y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Una vez obtenidas las autorizaciones correspondientes, se estableció contacto con los centros comunitarios que se encontraban en la zona urbana marginal. Se contó con un croquis de los AGEBS<sup>S</sup> y el número de manzanas, para realizar la selección aleatoria de las manzanas, los domicilios y cada participante. La búsqueda de los adolescentes se realizó en cada manzana con apoyo de cuatro auxiliares de investigación previamente capacitados. Posteriormente, se seleccionaron las viviendas donde vivían adolescentes entre 12 y 17 años.

Una vez identificadas las viviendas en los AGEBS<sup>S</sup> donde habitaban adolescentes, se procedió a realizar la búsqueda de los adolescentes con el apoyo de cuatro auxiliares de investigación para invitar a participar en el estudio. El investigador principal como los auxiliares de investigación llevaron el equipo de protección (Guantes, cubrebocas, gel antibacterial, careta) para evitar el contagio del COVID-19, además se llevaron a cabo las medidas preventivas de sana distancia recomendadas por la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2019).

Se solicitó a los padres o tutores su autorización por medio del consentimiento informado, cuando los padres dieron su autorización se les entregó el consentimiento informado a los adolescentes. A los adolescentes seleccionados se les explicó los objetivos de la investigación, la dinámica del llenado de los instrumentos, la duración del llenado de los instrumentos y los requisitos necesarios para participar.

Posterior a la entrega del consentimiento informado y asentimiento informado, se solicitó dentro de la vivienda un espacio donde el adolescente contestará en privado los instrumentos de no ser así, se le dio una cita para asistir al centro comunitario y realizar el llenado de los instrumentos en un espacio privado solicitado con antelación a los directivos del centro. Cabe mencionar que este mismo procedimiento se realizó con cada uno de los participantes y de padres o tutores.

Posteriormente, se procedió con la recoleta del mismo y se aplicaron los instrumentos, antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos se explicó una vez más los objetivos de la investigación, la importancia de su participación y se puntualizó que los instrumentos eran anónimos, protegiendo así la privacidad del participante por lo que no tenían que anotar sus nombres, además se hizo énfasis en la oportunidad de decidir participar o retirarse en cualquier momento que ellos así lo decidan. El llenado de los instrumentos se realizó en un lugar cómodo y que facilitaba el llenado, cuidando que no existiera ninguna interrupción por algún familiar. Además, en caso de no contar con las condiciones apropiadas, se invitó acudir al centro comunitario para realizar el llenado de los instrumentos. Los instrumentos se entregaron en un sobre amarillo. La entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos para contestar los instrumentos.

Al terminar de responder los instrumentos se solicitaba a los adolescentes que los entregarán, se cuidó el anonimato colocando los instrumentos en un sobre sellado y depositándolo en un contenedor que el investigador y su equipo tenían para resguardar los sobres con los instrumentos, por último, se agradeció su participación en el estudio. Los instrumentos fueron resguardados por el autor principal, quedando en custodia por un máximo de dos años, posteriormente serán destruidos por el mismo.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987, última reforma 2014).

De acuerdo con lo estipulado en el Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, prevaleció el respeto a la dignidad y protección del derecho y bienestar del sujeto: por lo que se abordó al adolescente con trato amable y profesional, se respetó la decisión de participar o no en el estudio.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 14; Fracción I, V, VI, VII y VIII, el estudio se ajustó a los principios científicos y éticos; se contó con el consentimiento informado por escrito y virtual de los padres o tutores y el asentimiento informado de los participantes, donde se solicitó la participación en el estudio, además se les explicó que contaban con la libertad de retirarse del estudio, en el momento que ellos lo decidieran. El presente estudio se realizó por un profesional de la salud después de obtener el dictamen favorable de los Comités de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la FAEN – UANL y autorizaciones de los directivos de los centros comunitarios de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua.

Se protegió la privacidad del individuo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 16, por lo cual en los instrumentos no se identificaron con el nombre de los adolescentes, posterior a su llenado se colocaron en un sobre cerrado. Solamente tuvieron acceso a la información obtenida en los instrumentos, el investigador y el director de tesis, los instrumentos se resguardaron en un lugar seguro para cuidar del anonimato y confidencialidad de la información.

Acorde con lo establecido en el Artículo 17, Fracción II, se consideró la investigación de riesgo mínimo, dado que los instrumentos valoran aspectos psicosociales sobre el consumo de drogas ilícitas, situaciones que pueden incomodar al joven o provocarles estados emotivos. En caso de que se presentara incomodidad por parte de algún adolescente, se le informó que podría suspender el llenado de los instrumentos y si así lo desea continuar en otro momento o suspenderlo definitivamente.

En relación con Artículo 20 se contó con el consentimiento informado que fue el acuerdo por escrito donde el padre o tutor autorizo la participación del menor con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección. Para fines del presente estudio se entregó por escrito el consentimiento informado a los padres de los adolescentes menores de 18 años, a través del cual se confirmó el consentimiento sobre la participación de sus hijos voluntaria y con pleno conocimiento del procedimiento que se llevó a cabo con sus hijos. Además, se entregó un asentimiento por escrito a los adolescentes, donde se les explicó brevemente los objetivos y procedimientos a realizar en el estudio.

Como se estipula en el Artículo 21; Fracción I, III, IV, VI, VII y VIII, se les brindó una explicación de los objetivos del estudio y se les mencionó que, si llegaron a

sentirse incómodos con las preguntas, podrían retirarse si así lo establecían; también se les explicó que no se obtendrían beneficios inmediatos, sino en el futuro los resultados permitirán ser la base para la realización de intervenciones de enfermería preventivas para evitar o disminuir el consumo de drogas en adolescentes, además, se garantizó responder a cualquier duda sobre la investigación. En cuanto al resguardo de la información, será destruida a los 12 meses posteriores de concluir la investigación.

Por último, se acató lo establecido en el Capítulo II, Artículo 29 y 30, para la investigación en comunidades, que establece que, se deberá contar con la aprobación de las autoridades, en este caso, se contó con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la FAEN - UANL, aunado a la autorización de los directivos de Centros Comunitarios de la Secretaria de Salud del Estado de Chihuahua. Además, cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la Comisión de Ética de la institución a la que pertenece el responsable principal del estudio, fue quien dio respuesta a algunas dudas sobre la investigación que se realizó.

### **Estrategia de análisis de datos**

Para capturar y analizar los datos del estudio se utilizó el paquete estadístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS), versión 26. Se utilizó la estadística descriptiva e Inferencial. El análisis descriptivo se realizó a través de la obtención de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad, esto para describir la población del estudio y las variables utilizadas. Además, se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach.

Previo a análisis se procedió a calcular sumatorias, promedios e índices de los instrumentos y posteriormente se evaluó la normalidad en la distribución de las variables continuas a través de la prueba de bondad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados de esta prueba mostraron que todas las variables rechazaron la hipótesis de normalidad, por lo que se decidió utilizar estadística inferencial no paramétrica.

Para dar cumplimiento a los objetivos e hipótesis del estudio en la Tabla 1 y 2 se muestra el resumen de las pruebas de estadísticas que se aplicaron.

**Tabla 1**

*Plan de análisis de datos para objetivos*

Objetivo	Prueba(s) Estadística(s)
Objetivo 1 Describir el no consumo de drogas ilícitas por sexo en adolescentes de zonas urbanas marginales.	Medidas de frecuencia Chi Cuadrada de Pearson
Objetivo 2 Identificar la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes por sexo.	Medidas de frecuencia Chi Cuadrada de Pearson
Objetivo 3 Describir la resiliencia, autoestima, religiosidad, ocupación, percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, afectos relacionados, la autoeficacia y el apoyo social por sexo.	Medidas de frecuencia y de tendencia central y variabilidad Chi Cuadrada de Pearson U de Mann-Whitney para muestras independientes

**Tabla 1***Plan de análisis de datos para objetivos (Continuación...)*

Objetivo	Prueba(s) Estadística(s)
Objetivo 4. Analizar la relación entre edad, sexo, ocupación, resiliencia, autoestima, religiosidad, percepción del riesgo del consumo de drogas, autoeficacia percibida, afectos relacionados para el no consumo de drogas y apoyo social en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales.	Medidas de frecuencia y de tendencia central y variabilidad Chi Cuadrada de Pearson U de Mann-Whitney para muestras independientes
Objetivo General	
Proponer un modelo explicativo de la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua, guiado por las proposiciones del MPS.	Modelo de regresión logística

**Tabla 2***Plan de análisis de datos para hipótesis*

Hipótesis	Prueba(s) Estadística(s)
Hipótesis 1	Modelo de regresión logística
La edad, el sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación y la religiosidad influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales.	

**Tabla 2***Plan de análisis de datos para hipótesis (Continuación...)*

Hipótesis	Prueba(s) Estadística(s)
<p>Hipótesis 2</p> <p>La percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social, influyen en conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales.</p>	Modelo de regresión logística
<p>Hipótesis 3</p> <p>La edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo del consumo de drogas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas</p>	Modelo de regresión logística

## **Capítulo III**

### **Resultados**

En este apartado se describen los resultados del estudio modelo explicativo del no consumo de drogas, en una muestra de 225 adolescentes de zonas urbanas marginales de la Ciudad de Chihuahua, Chih. Los resultados se presentan de la siguiente manera, primero la consistencia interna de los instrumentos utilizados, seguido se reporta la estadística descriptiva correspondiente a los datos personales de la muestra y de cada una de las variables, posteriormente se presenta la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de estudio

#### **Consistencia interna de los instrumentos**

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos, para verificar la consistencia interna, se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 3 se muestran los resultados de la confiabilidad interna de cada uno de los instrumentos y sus subescalas, los resultados muestran confiabilidad aceptable en los instrumentos de forma general (Polit & Beck, 2018).

**Tabla 3***Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Ítems	Alpha de Cronbach
Escala de Autoestima de Rosenberg	10	.76
Escala de Resiliencia	14	.98
Inventario de Religiosidad	10	.97
Escala de Percepción de Riesgo	9	.72
Cuestionario de Confianza Situacional (autoeficacia)	39	.99
Intrapersonal	Estados emocionales negativos (1 – 3), estados físicos negativos (7 – 13), estados emocionales positivos (17 – 23), prueba de control personal (27 – 33) y los impulsos y tentaciones (36 – 39).	.99
Interpersonal	Problemas sociales en la escuela (4 – 6), presión social para el consumo de drogas (14 – 16) y situaciones sociales positivas (24 – 26 y 34 – 35)	.97
Escala de Afecto Positivo y Negativo para Adolescentes	20	.95
Afecto positivo	1,3,5,9,10,12,14,16,17,19	.93
Afecto Negativo	2,4,6,7,8,11,13,15,18,20	.93
Cuestionario de Apoyo Social	20	.98

Nota.  $n=225$

### Estadística descriptiva

En esta sección se reportan las características sociodemográficas de la población. En la tabla 4 se muestra que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino (57.8%), con edad de entre 16 y 17 años ( $\bar{X}=15.91$ ,  $DE=1.10$ ). Respecto al dato relacionado a identificar con quien vive actualmente el adolescente, se reporta que la mayoría vive con ambos padres (51.1%), seguido de quienes viven solo con el padre (28.4%). De acuerdo con la religión que práctica, el 60% refirió pertenecer a la religión católica, el 22.7 % a la religión cristiana y el 0.4% refirió no pertenecer a ninguna.

Al revisar el nivel de estudios de los adolescentes, el 88.4% reportó que habían o estaban cursado el bachillerato y el 8.0 % la secundaria. En relación con, si trabaja actualmente, el 24.9 % refirió que si trabajaban al momento de realizar la entrevista y el 75.1% actualmente no trabajaban.

**Tabla 4**

*Características personales de los adolescentes de zonas marginales, Chihuahua, México, 2022*

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	95	42.2
Femenino	130	57.8
Edad		
12-13	9	4.0
14-15	61	27.0
16-17	155	69.0
Con quien vive actualmente		
Ambos padres	115	51.1
Solo con mi madre	14	6.2
Solo con mi padre	64	28.4
Con mi madre y su pareja	9	4.0
Con mi padre y su pareja	11	4.9
Con otra persona	12	5.4

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

**Tabla 4**

*Características personales de los adolescentes, Chihuahua, México, 2022.*

*(Continuación...)*

Características	<i>f</i>	%
Religión que práctica		
Católico	135	60.0
Testigo de Jehová	26	11.6
Ateo	12	5.3
Cristiano	51	22.7
Ninguna	1	0.4
Nivel de estudios		
Primaria	4	1.8
Secundaria	18	8.0
Bachillerato	199	88.4
Sin estudios	4	1.8
Trabaja actualmente		
Si	56	24.9
No	169	75.1

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

A continuación, en la tabla 5 se presentan los datos descriptivos de la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados muestran que el 64.0% están muy de acuerdo en sentir que son una persona digna de aprecio, 44.4% están totalmente en desacuerdo al pensar que son fracasados, 51.6% está muy de acuerdo en tener cualidades buenas, 48.9% está muy de acuerdo en hacer cosas tan bien como los demás, 30.2% está en desacuerdo en creer que no tiene motivos para sentirse orgulloso, 47.1%, 50.2% y 47.6% está muy de acuerdo en tener una actitud positiva, en sentirse satisfecho consigo mismo y siente que debería valorarse más, respectivamente el 33.3% y 39.6% están totalmente en desacuerdo en sentirse inútiles y en pensar que no sirven para nada.

**Tabla 5***Descripción de datos sobre la autoestima- Escala de autoestima de Rosenberg*

Items	Muy de acuerdo		De acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	144	64.0	63	28.0	11	4.9	7	3.1
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado	15	6.7	48	21.3	62	27.6	100	44.4
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.	116	51.6	80	35.6	19	8.4	10	4.4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	110	48.9	80	35.6	25	11.1	10	4.4
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	52	23.2	41	18.2	68	30.2	64	28.4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	106	47.1	70	31.1	34	15.1	15	6.7
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	113	50.2	67	29.8	33	14.7	12	5.3
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	107	47.6	77	34.2	20	8.9	21	9.3
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	47	20.9	56	24.9	47	20.9	75	33.3
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	38	16.9	46	20.4	52	23.1	89	39.6

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

A continuación, en la tabla 6 se presentan los datos descriptivos de la Escala de Resiliencia. El 59.6% de los adolescentes, respondió estar totalmente de acuerdo de normalmente, se las arreglo de una manera u otra,, el 66.2% declara estar totalmente de acuerdo de sentirse orgulloso de las cosas que ha logrado, el 63.1% está totalmente de acuerdo en tomar las cosas con calma, además el 57.7% está totalmente de acuerdo en

ser una persona con una adecuada autoestima, el 65.3% está totalmente de acuerdo en sentir que puede manejar muchas situaciones a la vez y son resueltos y decididos.

El 41.7% está totalmente de acuerdo en que no le asusta sufrir dificultades con él porque ya las ha experimentado en el pasado, 66.2% está totalmente de acuerdo en ser una persona disciplinada, 64.0% está totalmente de acuerdo en poner interés en las cosas, el 66.7% está totalmente de acuerdo con la frase: Puedo encontrar generalmente algo sobre que reírme, el 62.3% está totalmente de acuerdo con la frase: La seguridad en mí mismo me ayuda en momentos difíciles.

El 67.6% está totalmente de acuerdo con la frase: en una emergencia, es alguien en quien la gente puede confiar, el 68% está totalmente de acuerdo respecto a que su vida tiene sentido. Y finalmente, el 69.8% de los adolescentes, está totalmente de acuerdo con la frase: cuando estoy en una situación difícil, puedo encontrar una salida.

**Tabla 6***Descripción de la resiliencia - Escala de resiliencia de 14 ítems*

Ítems	Totalmente en desacuerdo								Totalmente de acuerdo							
	1		2		3		4		5		6		7			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	27	12.0	9	4.0	19	8.4	17	7.6	5	2.2	14	6.2	134	59.6		
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	9	4.0	8	3.6	18	8.0	21	9.3	8	3.6	12	5.3	149	66.2		
3. En general me tomo las cosas con calma	7	3.1	18	8.1	12	5.3	18	8.0	12	5.3	16	7.1	142	63.1		
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	6	2.7	11	4.9	13	5.8	27	12.0	18	8.0	20	8.9	130	57.7		
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	6	2.7	13	5.8	17	7.6	20	8.9	13	5.8	9	4.0	147	65.2		
6. Soy resuelto y decidido	14	6.2	10	4.4	13	5.8	17	7.6	15	6.7	9	4.0	147	65.3		
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado.	40	17.8	20	8.9	16	7.1	29	12.9	15	6.7	11	4.9	94	41.7		
8. Soy una persona disciplinada	8	3.6	13	5.8	15	6.7	18	8.0	12	5.3	10	4.4	149	66.2		
9. Pongo interés en las cosas.	9	4.0	12	5.3	9	4.0	27	12.0	11	4.9	13	5.8	144	64.0		
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre que reírme	8	3.6	9	4.0	11	4.9	16	7.0	13	5.8	18	8.0	150	66.7		
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en momentos difíciles	10	4.4	14	6.2	15	6.7	22	9.8	12	5.3	12	5.3	140	62.3		
12. En una emergencia soy alguien en quien gente puede confiar	9	4.0	12	5.3	6	2.7	16	7.1	16	7.1	14	6.2	152	67.6		
13. Mi vida tiene sentido	11	4.9	9	4.0	12	5.3	20	8.9	10	4.4	10	4.4	153	68.1		
14. Cuando estoy en una situación difícil, puedo encontrar una salida.	9	4.0	13	5.8	8	3.6	18	8.0	10	4.4	10	4.4	157	69.8		

Nota. *f*=Frecuencia, %=porcentaje, n=225

En la tabla 7 se muestran los niveles de resiliencia, los resultados muestran que solo el 4.4% y 9.8% de los adolescentes clasificaron en resiliencia muy baja y baja respectivamente.

**Tabla 7**

*Niveles de resiliencia en adolescentes de zonas marginadas*

Nivel de resiliencia	<i>f</i>	%
Muy baja	10	4.4
Baja	22	9.8
Normal	20	8.9
Alta	23	10.2
Muy alta	150	66.7

Nota. *f*= frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

A continuación, en la tabla 8 se presentan los datos descriptivos del inventario de religiosidad. El 36.9% de los adolescentes cree siempre o extremadamente en la existencia de Dios/Ser supremo, 24.8% considera siempre o extremadamente importante la religión, 26.2% indica que siempre su religión es una fuente de inspiración, 28.4% consideran que nunca o nada su creencia religiosa le da sentido y propósito a su vida, 24.9% considera que siempre la religión es una parte importante, el 25.8% indica que nunca su creencia religiosa es una fuente de inspiración, 30.7% considera extremadamente importante su relación con Dios, 32.5% cree siempre o extremadamente en la fuerza de sus oraciones, 33.8% cree siempre o extremadamente en los milagros y finalmente el 33.0% considera que siempre Dios es una fuente de beneficios para su vida y la de los demás.

**Tabla 8***Descripción de resultados del Inventario de Religiosidad IR*

Ítems	Nada		Poco		Regular		Mucho		Siempre	
	<i>f</i>	%								
1. ¿Crees en la existencia de Dios / Ser Supremo?	30	13.3	32	14.2	52	23.2	28	12.4	83	36.9
2. ¿Qué tan importante es para ti la religión?	33	14.7	47	20.9	58	25.8	31	13.8	56	24.8
3. ¿Tu religión es una fuente de bienestar para ti?	51	22.7	46	20.4	53	23.6	16	7.1	59	26.2
4. ¿Tu creencia religiosa le da sentido y propósito a tu vida?	64	28.4	39	17.3	49	21.8	20	8.9	53	23.6
5. ¿Tu religión es una parte importante de ti?	54	24.0	43	19.1	41	18.2	31	13.8	56	24.9
6. ¿Tu creencia religiosa es una fuente de inspiración?	58	25.8	47	20.9	46	20.4	25	11.1	49	21.8
7. ¿Qué tan importante es tu relación con Dios / Ser Supremo?	41	18.2	44	19.6	49	21.8	22	9.7	69	30.7
8. ¿Crees en la fuerza de tus oraciones?	47	20.9	45	20.0	41	18.2	19	8.4	73	32.5
9. ¿Crees en los milagros?	41	18.2	34	15.1	51	22.7	23	10.2	76	33.8
10. ¿Dios / Ser Supremo es una fuente de beneficios para tu vida y la de los demás?	37	16.4	39	17.3	54	24.0	21	9.3	74	33.0

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 9 se presentan los datos descriptivos de la Escala de Percepción de Riesgo, el 33.3% de los adolescentes respondió que las personas de su edad conocen

mucho el riesgo del consumo drogas, el 22.2% contestó que los riesgo a daños asociados al consumo de drogas les produce mucho miedo a las personas de su edad.

El 42.7% de los adolescentes responde que estaría en mucho riesgo de ser herido o enfermarse si consumieras drogas, el 42.7% de los adolescentes cree que estaría en mucho riesgo de hacerse daño o enfermarse mucho riesgo si alguno de su edad. El 47.1% respondió tendría muy pocos beneficios si consumieras drogas. el 56.0% no siente ninguna presión por parte de los para consumir drogas.

El 46.2 % respondió que para nada admiran sus amigos a las personas que consumen drogas, el 25.8% de los adolescentes contestó que un persona de su edad evita por completo consumir drogas. Y finalmente, en el reactivo nueve, se les cuestionó: si quisieras consumir drogas, ¿con qué facilidad podrías hacerlo?, el 37.3% de los adolescentes declara que no sería para nada fácil.

### Tabla 9

*Descripción de percepción de riesgo para el consumo de drogas-Escalas de Percepción de Riesgo*

1. ¿Hasta dónde los riesgos asociados al consumo de drogas son conocidos por las personas de tu edad?	1. No se conoce mucho	2	3	4	5	6	7. Se conoce mucho
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
	28 12.4	18 8.0	21 9.3	37 16.4	22 9.8	24 10.8	75 33.3
2. ¿Hasta qué punto los riesgos o daños asociados con el consumo de drogas producen miedo a personas de tu edad?	1. No produce ningún miedo	2	3	4	5	6	7. Producen mucho miedo
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
	29 12.9	23 10.2	34 15.1	50 22.2	28 12.4	21 9.3	40 17.9

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

**Tabla 9***Descripción de percepción de riesgo para el consumo de drogas-Escalas de Percepción**de Riesgo (Continuación...)*

3. Si consumieras drogas, ¿hasta qué punto crees que estarías personalmente en riesgo de ser herido o enfermarte?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
	%	%	%	%	%	%	%
	96 42.7	28 12.4	20 8.9	31 13.8	16 7.1	10 4.4	24 10.7
4. Si alguno de tu edad consumiera drogas, ¿hasta qué punto crees que él o ella estaría en riesgo de hacerse daño o enfermarse?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
	%	%	%	%	%	%	%
	96 42.7	29 12.9	16 7.1	41 18.2	11 4.9	12. 5.3	20 8.9
5. Si consumieras drogas, ¿hasta qué punto te dará placer u otros beneficios?	1. Muy pocos	2	3	4	5	6	7. Muchos
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
	%	%	%	%	%	%	%
	106 47.1	27 12	25 11.1	30 13.3	12 5.3	13 5.8	12 5.4
6. ¿Hasta qué punto sientes presión de tus amigos para que consumas drogas?	1. Ninguna presión	2	3	4	5	6	7. Mucha presión
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
	%	%	%	%	%	%	%
	126 56.0	21 9.3	20 8.9	28 12.4	11 4.9	10 4.5	9 4.0
7. ¿Hasta dónde las personas que consumen drogas son admiradas por sus amigos?	1. Lo evita por completo	2	3	4	5	6	7. No lo evita en absoluto
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
	%	%	%	%	%	%	%
	104 46.2	24 10.7	28 12.4	34 15.1	18 8.0	3 1.3	14 6.3

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

**Tabla 9**

*Descripción de percepción de riesgo para el consumo de drogas-Escalas de Percepción de Riesgo (Continuación...)*

8. ¿Hasta dónde una persona de tu edad evita consumir drogas?	1. Lo evita por completo	2	3	4	5	6	7. No lo evita en absoluto
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
	58 25.8	28 12.4	36 16.0	42 18.7	28 12.4	14 6.2	19 8.5
9. Si quisieras consumir drogas ¿Con qué facilidad podría hacerlo?	1. Para nada fácil	2	3	4	5	6	7. Extremadamente fácil
	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %	<i>f</i> %
	84 37.3	21 9.3	13 5.8	39 17.3	22 9.8	14 6.2	32 14.2

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

A continuación, se presentan los datos descriptivos de la Autoeficacia percibida para el no consumo de drogas que se midió con el Cuestionario de confianza situacional CCS, clasificado en dos subescalas (Intrapersonal e Interpersonal).

En la tabla 10 se muestran las proporciones de las respuestas de los ítems de la subescala intrapersonal de los estados emocionales negativos. En voy a estar seguro/segura de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga, , el 36.0 % de los adolescentes respondió que seguro que si podría resistir ingerir alcohol u otra droga si siente que está deprimido, el 36.4 % respondió seguro que si podría resistir ingerir alcohol u otra droga, si hubo peleas en su casa y el 36.9 % respondió seguro que si podría resistir ingerir alcohol u otra droga si tuvo problemas para dormir.

**Tabla 10**

*Descripción de resultados de confianza situacional CCS; estados emocionales negativos*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Si yo siento que estoy deprimido.	57	25.3	25	11.1	36	16.0	26	11.6	81	36.0
2. Si hubo peleas en tú casa	52	23.1	38	16.9	22	9.8	31	13.8	82	36.4
3. Sí, tuve problemas para dormir	51	22.7	23	10.2	43	19.1	25	11.1	83	36.9

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 11, se muestran las proporciones de las respuestas de los ítems sobre la seguridad de resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga cuando existen estados físico-negativos, el 37.7% menciono que estaba seguro de poder resistir si salía con amigos que decidían consumir drogas, el 36.9% de los adolescentes respondió estar seguro que podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga.

El 39.1 % respondió estar seguro de podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si se acordaba que sentía cuando consume drogas, el 40.4 % expresa estar seguro de que podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si cree que consumiendo drogas voy a hacer otra persona, el 36.9% expresa que seguro que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si cree que las cosas no le van a salir bien. El 40.0% expresa que seguro que podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si otras personas interfieren en sus planes y finalmente el 39.1% expresa que seguro que podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si se siente mal físicamente y consumiendo drogas cree que va a sentirse alerta

**Tabla 11***Descripción de resultados de confianza situacional CCS; Estados físicos negativos*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
7. Si salí con amigos y ellos deciden consumir drogas	49	21.8	34	15.1	31	13.8	26	11.6	85	37.7
8. Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor.	57	25.3	24	10.7	24	10.7	37	16.4	83	36.9
9. Si me acordé de que tan bien se sintió cuando se consumen drogas.	54	24.0	34	15.1	27	12.0	22	9.8	88	39.1
10. Si yo creo que consumiendo drogas voy a hacer otra persona	56	24.9	30	13.3	22	9.8	26	11.6	91	40.4
11. Si yo creo que las cosas no me van a salir bien	51	22.7	35	15.5	23	10.2	33	14.7	83	36.9
12. Si otras drogas interfieren en mis planes	59	26.2	27	12.0	24	10.7	25	11.1	90	40.0
13. Si me siento mal físicamente y consumiendo drogas creo que voy a sentirme alerta	59	26.2	30	13.3	27	12.0	21	9.3	88	39.2

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 12 en voy a estar seguro/segura de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga en la prueba de control personal, el 43.6%, expresó seguro que sí podría

resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si estaba a gusto con un amigo y se quería sentir mejor, el 41.8%, seguro que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga respondió sí iba a una quinceañera y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol. El 44.4% expreso seguro que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si se encontraba de repente con alguien y lo invitaba a tomar, fumar o probar otra droga. El 39.6 % respondió que seguro que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si comenzaba a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas.

El 43.6 % expresó seguro que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si se sintiera confundido acerca de lo que debe hacer, el 39.6% expresó seguro que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si se sentía con muchas presiones familiares y finalmente el 43.1% expresó seguro que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si se sentía con indigestión (pesadez estomacal).

**Tabla 12***Descripción de resultados de confianza situacional CCS; prueba de control personal*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
27. Si estoy agusto con un amigo y me quiero sentir mejor.	43	19.0	22	9.8	36	16.0	26	11.6	98	43.6
28. Si voy a una quinceañera y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol	39	17.3	37	16.4	32	14.3	23	10.2	94	41.8
29. Sí, me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar o probar otra droga	42	18.7	29	12.9	29	12.9	25	11.1	100	44.4
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas.	44	19.6	29	12.9	33	14.6	30	13.3	89	39.6
31. Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.	44	19.6	24	10.6	36	16.0	23	10.2	98	43.6
32. Sí, me siento con muchas presiones familiares.	47	20.8	29	12.9	29	12.9	31	13.8	89	39.6
33. Sí, siento con indigestión (pesadez estomacal).	50	22.2	26	11.6	27	12.0	25	11.1	97	43.1

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

A continuación, en la tabla 13, se describen los resultados de confianza situacional CCS, en la subescala intrapersonal (impulsos y tentaciones), refiere de que

va a estar seguro/segura de que resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, el 37.8% expresó estar seguro que resistirá consumir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si sale con amigos y quiere disfrutar, 36.9% expresó estar seguro que podría resistir si un amigo le sugiere tomar un trago o fumar, el 37.3 %, respondió seguro que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si de repente sentía la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro. El 41.8% expreso seguro que si podría probarse que puede tomar varios tragos y no emborracharse.

**Tabla 13**

*Descripción de resultados de confianza situacional CCS; impulsos y tentaciones*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más	59	26.2	31	13.8	22	9.8	28	12.4	85	37.8
37. Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago o fumar un cigarro u otra droga.	49	21.8	39	17.3	23	10.2	31	13.8	83	36.9
38. Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol o un cigarro.	47	20.9	34	15.2	37	16.4	23	10.2	84	37.3
39. Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme.	43	19.1	29	12.9	28	12.4	31	13.8	94	41.8

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 14 se muestran los resultados de la descripción de resultados de confianza situacional CCS, subescala interpersonal de los adolescentes, el 36.4% mostró

seguridad que sí podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si tiene problemas con sus compañeros de la escuela o amigos, el 40.0% expreso seguridad que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si cree que a otras personas no les caigo bien y 39.2% de los adolescentes, expreso estar seguro si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si no se sentía seguro y relajado.

**Tabla 14**

*Descripción de resultados de confianza situacional CCS, problemas sociales en la escuela*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4.Si tuve una discusión con un amigo	56	24.9	35	15.6	22	9.8	30	13.3	82	36.4
5.Si creo que otras personas no les caigo bien	55	24.4	27	12.0	28	12.4	25	11.2	90	40.0
6.Si no me siento seguro y relajado	52	23.1	28	12.4	27	12.0	30	13.3	88	39.2

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 15, se muestra la descripción de resultados de confianza situacional CCS, subescala interpersonal (presión social para el consumo de drogas), el 39.6% está seguro que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si tuvo problemas con compañeros de escuela o amigos, el 40.4% está seguro que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si no se siente bien con la presencia de alguien, el 46.3 %

respondió estar seguro de que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga, si todo va saliendo bien.

**Tabla 15**

*Descripción de resultados de confianza situacional CCS; presión social para el consumo de drogas*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
14.Si tuve problemas con mi compañeros de la escuela o amigos	49	21.8	44	19.6	21	9.2	22	9.8	89	39.6
15.Si no me siento bien con la presencia de alguien	57	25.3	29	12.9	22	9.8	26	11.6	91	40.4
16.Si todo va saliendo bien	52	23.1	25	11.1	30	13.3	14	6.2	104	46.3

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 16 se muestra la descripción de resultados de confianza situacional CCS, subescala interpersonal (situaciones sociales positivas), el 42.7 % respondió estar seguro de que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si las presiones están aumentaban en la escuela, el 43.6% respondió estar seguro de que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si alguien lo criticaba. El 42.7% expreso estar seguro de que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si se sentía satisfecho con algo que yo realizaré, 43.6% respondió estar seguro de que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si no se llevaba bien con sus compañeros de clase y finalmente el 40.4% expreso estar seguro de que si podría resistir ingerir alcohol, tabaco u otra droga si las personas a su alrededor lo hacían sentir tenso (nervioso).

**Tabla 16**

*Descripción de resultados de confianza situacional, CCS, situaciones sociales positivas*

Resistir consumo de drogas	Seguro que no podría		No podría		A veces sí podría		Sí podría		Seguro que sí podría	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
24. Si las presiones están aumentando en la escuela	45	20.0	33	14.7	30	13.3	21	9.3	96	42.7
25. Si alguien me critica	45	20.0	27	12.0	30	13.3	25	11.1	98	43.6
26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice	42	18.7	37	16.3	26	11.6	24	10.7	96	42.7
34. Si no me llevo bien con mis compañeros de clase.	54	24.0	26	11.6	27	12.0	20	8.8	98	43.6
35. Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (nervioso)	49	21.8	27	12.0	29	12.9	29	12.9	91	40.4

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

Con respecto a los afectos relacionados para el no consumo de drogas, a continuación, se presentan los datos descriptivos de los afectos positivos y negativos de adolescentes de zonas marginales de escala de afecto positivo y negativo para adolescentes (PANASN).

En la tabla 17 se muestran la descripción de los afectos positivos de los adolescentes de zonas marginales, el 48.4% respondió que nada o casi nada estar

interesado en consumir drogas, el 47.6% que nada o casi nada estar estimulado en consumir drogas, el 40.0% que nada o casi nada estar motivado en consumir drogas, el 39.1% de los adolescentes muestra que nada o casi nada está entusiasmado en consumir drogas. Con respecto a estar orgulloso, el 38.7% mostró nada o casi nada estar orgulloso en consumir drogas, el 37.3% del adolescente respondió que nada o casi nada estar alerta e inspirado en consumir drogas, el 41.8% muestra que nada o casi nada estar decidió y activo en consumir drogas, el 39.6% respondió que nada o casi nada está atento en consumir drogas y finalmente 40.9% respondió que nada o casi nada está activo en consumir drogas.

**Tabla 17**

*Descripción de resultados de los afectos positivos de adolescentes de zonas marginales*

Afecto positivo	Nada o casi nada		Un poco		Bastante		Mucho		Muchísimo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Interesado/a	109	48.4	40	17.8	34	15.1	17	7.6	25	11.1
Estimulado/a	107	47.6	46	20.4	36	16.0	23	10.2	13	5.8
Motivado/a	90	40.0	32	14.2	47	20.9	21	9.3	35	15.6
Entusiasmado/a	88	39.1	28	12.4	44	19.6	26	11.6	39	17.3
Orgulloso/a	87	38.7	31	13.8	53	23.5	19	8.4	35	15.6
Alerta	84	37.3	34	15.1	48	21.3	32	14.3	27	12.0
Inspirado/a	84	37.3	38	16.9	43	19.1	33	14.7	27	12.0
Decidido/a	94	41.8	36	16.0	49	21.8	19	8.5	27	12.0
Atento/a	89	39.6	24	10.7	43	19.0	36	16.0	33	14.7
Activo/a	92	40.9	29	12.9	40	17.8	26	11.6	38	16.8

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En la tabla 18 se muestra la descripción de los afectos negativos de los adolescentes de zonas marginales, 42.2% mostró nada o casi nada estar tenso por

consumir drogas, el 39.6% respondió que nada o casi nada estar disgustado por consumir drogas, el 44.9% nada o casi nada estar culpable por consumir drogas, el 43.1% nada o casi nada estar asustado por consumir drogas, el 45.8% nada o casi nada estar hostil por consumir drogas. Con respecto a estar irritable, el 37.8 % respondió nada o casi nada estar asustado por consumir drogas, el 45.3% nada o casi nada estar avergonzando y miedoso por consumir drogas, el 39.1% que nada o casi nada estar nervioso por consumir drogas, el 43.6% que nada o casi nada estar miedoso por consumir drogas y finalmente el 44.9% respondió que nada o casi nada estar atemorizado por consumir drogas

**Tabla 18**

*Descripción de resultados de los afectos negativos de adolescentes de zonas marginales*

Afecto negativo	Nada o casi nada		Un poco		Bastante		Mucho		Muchísimo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tenso/a	95	42.2	33	14.7	55	24.4	23	10.2	19	8.4
Disgustado/a	89	39.6	53	23.6	45	20.0	25	11.1	13	5.8
Culpable	101	44.9	50	22.2	45	20.0	18	8.0	11	4.9
Asustado/a	97	43.1	46	20.4	44	19.6	29	12.9	9	4.0
Hostil	103	45.8	40	17.8	47	20.9	26	11.6	9	4.0
Irritable	85	37.8	52	23.1	35	15.6	26	11.6	27	12.0
Avergonzado/a	102	45.3	46	20.4	32	14.2	23	10.2	22	9.8
Nervioso/a	88	39.1	46	20.4	35	15.6	30	13.3	26	11.6
Miedoso/a	98	43.6	47	20.9	39	17.3	21	9.3	20	8.9
Atemorizado/a	101	44.9	33	14.7	42	18.7	30	13.3	19	8.4

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

Con respecto a la descripción del apoyo social, se mostró que los adolescentes tienen en promedio 8.34 (*DE*=13.9) amigos con los que puede contar para recibir apoyo.

En la tabla 19, se describen frecuencias y proporciones del instrumento de apoyo social en adolescentes MOS, el 37.8% expresa que siempre tiene a alguien que le ayude

cuando tenga que estar en la cama, el 44.4 % de los adolescentes respondió que siempre tiene alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar, el 43.1 % que siempre tiene a alguien que le aconseje cuando tenga problemas, 45.3% de los adolescentes expresa que siempre tiene a alguien que le lleve al médico cuando lo necesita, el 47.6% muestra que siempre tiene alguien que le muestre amor y afecto.

Además el 50.7% siempre tiene a alguien con quien pasar un buen rato, el 47.6% siempre tiene a alguien que le informe y le ayude a entender una situación, el 48.0% de los adolescentes siempre tiene a alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones, el 45.3% siempre tiene a alguien que le abrace, el 49.8% de los adolescentes, muestra que siempre tiene a alguien con quien pueda relajarse, el 45.8% respondió que siempre tiene a alguien que le prepare la comida, el 44.9% de los adolescentes expreso que siempre tiene a alguien cuyo consejo realmente desee.

De acuerdo con el reactivo 14, el 47.6% siempre tiene a alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas, el 41.3% siempre tiene a alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo, el 45.8% de los adolescentes siempre tiene a alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos, en el reactivo 17, el 46.7% respondió que siempre tiene a alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales,, el 48.4% siempre tiene a alguien con quien divertirse, en reactivo 19, el 45.3% de los adolescentes siempre tiene a alguien que comprenda sus problemas y finalmente en reactivo 20 el 52.9% de los adolescentes mostró que siempre tiene a alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.

**Tabla 19***Descripción de apoyo social funcional en adolescentes MOS*

Reactivo	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		La mayoría de las veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	40	17.8	37	16.4	45	20.0	18	8.0	85	37.8
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	16	7.1	35	15.6	44	19.6	30	13.3	100	44.4
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	15	6.7	37	16.4	42	18.7	34	15.1	97	43.1
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	19	8.4	19	8.4	46	20.4	39	17.3	102	45.3
6. Alguien que le muestre amor y afecto	17	7.6	24	10.7	43	19.1	34	15.1	107	47.6
7. Alguien con quien pasar un buen rato	13	5.8	27	12.0	32	14.2	39	17.3	114	50.7
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	16	7.1	26	11.6	43	19.1	33	14.7	107	47.6
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	20	8.9	25	11.1	45	20.0	27	12.0	108	48.0
10. Alguien que le abrace	20	8.9	24	10.7	40	17.8	39	17.3	102	45.3
11. Alguien con quien pueda relajarse	16	7.1	23	10.2	42	18.7	32	14.2	112	49.8
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	22	9.8	22	9.8	36	16.0	42	18.7	103	45.8

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

**Tabla 19***Descripción de apoyo social funcional en adolescentes MOS (Continuación...)*

Reactivo	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		La mayoría de las veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	13	5.8	24	10.7	59	26.2	28	12.4	101	44.9
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	16	7.1	21	9.3	47	20.9	34	15.1	107	47.6
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	19	8.4	23	10.2	50	22.2	40	17.8	93	41.3
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	26	11.6	22	9.8	46	20.4	28	12.4	103	45.8
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	21	9.3	23	10.2	42	18.7	34	15.1	105	46.7
18. Alguien con quien divertirse	16	7.1	21	9.3	50	22.2	29	12.9	109	48.4
19. Alguien que comprenda sus problemas	18	8.0	24	10.7	50	22.2	31	13.8	102	45.3
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	14	6.2	24	10.7	41	18.2	27	12.0	119	52.9

Nota. *f*=frecuencia, %=porcentaje, *n*=225

En este apartado se muestran resultados del no consumo de drogas ilícita, es importante destacar que también se muestran resultados de proporciones de adolescentes quienes refirieron el consumo de cualquier droga ilícita alguna vez en la vida y en el último año.

## Estadística Inferencial

En la tabla 20 se muestra que 72% de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales nunca han consumido drogas en su vida, durante el último año 86.7% reportaron no haber consumido drogas en el último año, respecto al consumo de drogas se identifica que 28% ha consumido drogas alguna vez en la vida, 13.3% en el último año y 10.2% en los últimos 30 días.

**Tabla 20**

*Descripción de la conducta de no consumo de drogas y consumo de drogas*

Conducta	f	%	IC 95%	
			LI	LS
No consumo de drogas	162	72	66	77
No consumo en el último año	195	86.7	82	91
Consumo de drogas alguna vez	63	28	22	34
Consumo en el último año	30	13.3	9	18
Consumo en los últimos 30 días	23	10.2	6	14

Nota- *f* = frecuencia, % = porcentaje, *IC* = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior, *n* = 225

Asimismo, en la tabla 21, se observa que la droga de mayor consumo fue la marihuana de alguna vez en la vida (17.8 %), seguida de los sedantes (12.7%) e inhalables (4.4%).

**Tabla 21***Datos descriptivos de las prevalencias del consumo de drogas ilícitas*

Prevalencias de consumo de drogas	<i>f</i>	%	95% IC	
			LI	LS
Consumo de marihuana				
Alguna vez en la vida	40	17.8	13	23
En el último año	16	7.1	4	10
En los últimos 30 días	10	4.4	2	7
Consumo de Cocaína				
Alguna vez en la vida	6	2.7	1	5
En el último año	6	2.7	1	5
En los últimos 30 días	4	1.8	0	4
Consumo de Anfetaminas				
Alguna vez en la vida	5	2.0	0	4
En el último año	5	2.0	0	4
En los últimos 30 días	3	1.3	0	3
Consumo de Inhalantes,				
Alguna vez en la vida	10	4.4	2	7
En el último año	2	0.9	0	2
En los últimos 30 días	2	0.9	0	2
Consumo de Sedantes				
Alguna vez en la vida	29	12.7	8	17
En el último año	16	7.1	4	10
En los últimos 30 días	14	6.2	3	9
Consumo de Alucinógenos				
Alguna vez en la vida	4	1.8	0	4
En el último año	3	1.3	0	3
En los últimos 30 días	3	1.3	0	3
Consumo de opiáceos				
Alguna vez en la vida	5	2.2	0	4
En el último año	1	0.4	0	1
En los últimos 30 días	1	0.4	0	1

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, IC = intervalo de confianza, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior, *n* = 225

En este apartado se presentan los resultados de la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.,

En la tabla 22, se presenta la distribución de las variables del estudio, además de las puntuaciones de índice de las escalas utilizadas: Autoestima (EAR), Escala de Resiliencia (ER-14), Inventario de Religiosidad (IR), Escala de Percepción de Riesgo (EPR), Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas (CACD) y la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo para Adolescentes (PANASN) y Cuestionario de Apoyo Social (CAS).

Previo al análisis, se realizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, para comprobar el supuesto de normalidad ( $p > .05$ ) de las variables de estudio. Los resultados mostraron que las variables no mantuvieron una distribución normal de los datos por lo que se decide utilizar estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos e hipótesis de estudio.

**Tabla 22***Prueba de normalidad para las variables continuas*

VARIABLES e índices	N	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	D <sup>a</sup>	Valor <i>p</i>
Edad	225	15.91	16	1.10	12	17	.232	.001
11 Horas por semanas asiste a servicios religiosos	225	1.23	.00	2.18	0	12	.287	.001
Número de drogas en la vida	225	.45	.00	.98	0.00	7.00	.397	.001
Número de drogas en el año	225	.22	.00	.72	0.00	6.00	.490	.001
Índice de Autoestima	225	34.48	33.33	18.15	0.00	90.00	.060	.049
I. Resiliencia	225	78.80	92.85	26.58	0.00	100.00	.235	.001
I. Religiosidad	225	52.26	50.00	33.19	0.00	100.00	.105	.001
I. Percepción de Riesgo	225	66.17	70.77	17.49	12.96	100.00	.092	.001
I. Autoeficacia	225	58.72	60.89	35.95	0.00	100.00	.154	.001
I. Afectos positivos	225	35.15	40.00	29.40	0.00	100.00	.142	.001
I. Afectos negativos	225	30.41	30.00	25.57	0.00	100.00	.150	.001
I. Número de amigos	225	8.34	5.0	13.31	0.00	105.00	.306	.001
I. Apoyo social	225	68.73	76.71	29.19	0.00	100.00	.151	.001

Nota.  $\bar{X}$ = media, *Mdn*= mediana, *DE* = desviación estándar, *Min.* = Valor mínimo, *Máx.*= Valor máximo, *D<sup>a</sup>* =distribución con corrección de Lilliefors, *n* = total de la muestra.

### **Resultados para dar respuesta a objetivo uno**

Para responder al primer objetivo sobre el no consumo de drogas ilícitas por sexo en adolescentes de zonas urbanas marginales, se aplicó la prueba Chi Cuadrada de Pearson los resultados se muestran en la tabla 23.

En la tabla 23 se observan las prevalencias de no consumo y consumo de drogas ilícitas de en el último año y en los últimos 30 días en relación con el sexo, los resultados indican que el 65.3% (IC 95% 55-75) del sexo masculino y el 76.9% (IC 95% 69-84) de las mujeres no ha consumido drogas en la vida, cabe mencionar que estos resultados no mostraron diferencias significativas ( $\chi^2= 0.54$ ,  $p = .054$ ). De la misma forma fue el consumo de drogas en el último año ( $\chi^2=0.89$ ,  $p=.895$ ), en los hombres fue

de 13.7% (IC 95% ,7-21) y en las mujeres de 13.1% (IC 95% , 7-19), de igual manera en el consumo de drogas en los últimos 30 días ( $\chi^2=0.58$ ,  $p=.446$ ), se observa que el 8.4% (IC 95%, 3-14) fue en el sexo masculino y el 11.5% (IC 95%, 6-17) en el sexo femenino de esta forma se responde al objetivo del estudio.

**Tabla 23**

*Prevalencias de no consumo de drogas ilícitas y consumo en el último año y en los últimos 30 días por sexo*

Prevalencias de cualquier consumo de drogas	Hombres			Mujeres			$\chi^2$	$p$
	$f$	%	IC 95%	$f$	%	IC 95%		
No consumo de drogas	62	65.3	[55-75]	100	76.9	[69-84]	0.54	.054
Consumo en el último año	13	13.7	[7-21]	17	13.1	[7-19]	0.89	.895
Consumo en los últimos 30 días	8	8.4	[3-14]	15	11.5	[6-17]	0.58	.446

Nota.  $f$  = frecuencia,  $IC$  = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada,  $p$  = significancia estadística,  $n = 225$

### **Resultados para dar respuesta a objetivo dos**

Los resultados para dar respuesta al segundo objetivo que indicó identificar la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes por sexo, los resultados se muestran en la tabla 24 a la 26.

En la tabla 24, se muestran las prevalencias de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida por sexo. Los resultados muestran mayores prevalencias en los hombres que en las mujeres; sin embargo, mostraron diferencias significativas en el consumo de marihuana ( $\chi^2= 10.3$ ,  $p=.001$ ), cocaína ( $\chi^2= 4.27$ ,  $p=.039$ )

y alucinógenos ( $\chi^2= 5.57, p=.018$ ).

**Tabla 24**

*Prevalencias de consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida*

Prevalencias alguna vez en la vida	Hombres (n=94)			Mujeres (n=120)			$\chi^2$	Valor de p
	f	%	IC 95%	f	%	IC 95%		
Marihuana	26	27.4	[18-36]	14	10.8	[5-16]	10.3	.001
Cocaína	5	5.3	[1-10]	1	0.8	[0-2]	4.27	.039
Estimulantes de tipo anfetamina	4	4.2	[0-8]	1	0.8	[0-2]	2.99	.084
Inhalantes	6	6.3	[1-11]	4	3.1	[0-6]	1.35	.244
Drogas médicas	9	9.5	[3-15]	20	15.4	[9-22]	1.70	.191
Alucinógenos, LSD, ácidos, hongos.	4	4.2	[0-8]	0	0.0	-	5.57	.018
Opiáceos, heroína, morfina, codeína, etc.	2	2.1	[0-5]	3	2.3	[0-5]	.010	.919

Nota: f = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 225

En la tabla 25 se muestran las prevalencias de consumo de drogas ilícitas en el último año por sexo. Los resultados muestran mayores prevalencias en los hombres que en las mujeres; sin embargo, solo se mostraron diferencias significativas en el consumo de cocaína ( $\chi^2= 4.27, p =.032$ ) y alucinógenos ( $\chi^2= 4.16, p =.041$ ).

**Tabla 25***Prevalencias de consumo de drogas ilícitas alguna en el último año*

Prevalencias en el último año	Hombres			Mujeres			$\chi^2$	Valor de <i>p</i>
	<i>f</i>	%	IC 95%	<i>f</i>	%	IC 95%		
Marihuana	9	9.5	[3-15]	7	5.4	[1-9]	1.38	.239
Cocaína	5	5.3	[1-10]	1	0.8	[0-2]	4.27	.032
Estimulantes de tipo anfetamina	3	3.2	[0-7]	2	1.5	[0-4]	0.66	.416
Inhalantes	0	0.0	-	2	1.5	[0-4]	1.47	.225
Drogas médicas	5	5.3	[1-10]	11	8.5	[4-13]	0.85	.357
Alucinógenos, LSD, ácidos, hongos.	3	3.2	[0-7]	0	0.0	-	4.16	.041
Opiáceos, heroína, morfina, codeína, etc.	1	1.1	[0-3]	0	0.0	-	1.37	.241

Nota. *f* = frecuencia, *IC* = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada, *p* = significancia estadística, *n* = 225

En la tabla 26 se muestran las prevalencias de consumo de drogas ilícitas en el último mes por sexo. Los resultados muestran mayores prevalencias en los hombres en marihuana (9.5%, 3-15), cocaína (5.3%, 1-10), anfetaminas (3.2%, 0-7), que en las mujeres, sin embargo, solo mostraron diferencias significativas en el consumo de alucinógenas ( $\chi^2 = 4.16$ , *p* = .041).

**Tabla 26***Prevalencias de consumo de drogas ilícitas alguna en los últimos 30 días*

Prevalencias en los últimos 30 días	Hombres			Mujeres			$\chi^2$	Valor de <i>p</i>
	<i>f</i>	%	IC 95%	<i>f</i>	%	IC 95%		
Marihuana	5	5.3	[1-10]	5	3.8	[0-7]	0.26	.610
Cocaína	3	3.2	[0-7]	1	0.8	[0-2]	1.79	.180
Estimulantes de tipo anfetamina	2	2.1	[0-5]	1	0.8	[0-2]	0.74	.388
Inhalantes	0	0.0	-	2	1.5	[0-4]	1.47	.225
Drogas médicas	3	3.2	[1-7]	11	8.5	[4-13]	2.64	.104
Alucinógenos, LSD, ácidos, hongos.	3	3.2	[0-7]	0	0.0	-	4.16	.041
Opiáceos, heroína, morfina, codeína, etc.	1	1.1	[0-3]	0	0.0	-	1.37	.241

Nota. *f* = frecuencia, *IC* = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada, *p* = significancia estadística, *n* = 248

### ***Resultados para dar respuesta a objetivo tres***

En este apartado se describen los resultados para dar respuesta al tercer objetivo que indica describir la resiliencia, autoestima, religiosidad, ocupación, percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, afectos relacionados, la autoeficacia y el apoyo social por sexo, los resultados se muestran en la tabla 27 a la 29.

En la tabla 27 se presenta que el 20% de los hombres y el 31.6% de las mujeres trabajan actualmente y estas diferencias fueron significativas ( $\chi^2 = 3.93, p = .047$ ).

**Tabla 27***Ocupación por sexo*

Actualmente trabajas	Hombres		Mujeres		$\chi^2$	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
No	104	80.0	65	68.4	3.93	.047
Si	26	20.0	30	31.6		

Nota. *f* = frecuencia, *IC* = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada, *p* = significancia estadística, *n* = 225

En la tabla 28 se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación de los índices de resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por sexo. Los resultados de la prueba U de Mann Whitney mostraron diferencias significativas solo de los índices de religiosidad ( $U = 5013.0$ ,  $p = 0.016$ ) y afecto negativo ( $U = 5106.550$ ,  $p = 0.025$ ), se destaca que las mujeres tienen mayor religiosidad que los hombres y respecto al afecto negativo se observa que los hombres mostraron mayores puntuaciones de esta forma se responde al tercer objetivo del estudio.

**Tabla 28**

*Contraste de tendencia central de los índices resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney*

Variable	Sexo	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Resiliencia	Mujeres	130	81.85	92.85	25.47	5437.00	.122
	Hombres	95	74.63	90.47	27.62		
Autoestima	Mujeres	130	35.12	36.66	17.44	5913.00	.586
	Hombres	95	33.61	33.33	19.14		
Percepción de riesgo	Mujeres	130	67.46	70.37	17.53	5725.00	.350
	Hombres	95	64.40	66.66	21.86		
Religiosidad	Mujeres	130	57.17	53.75	33.24	5013.00	.016
	Hombres	95	45.55	47.50	32.09		
Autoeficacia	Mujeres	130	60.85	72.75	36.55	5622.00	.249
	Hombres	95	55.80	50.00	35.10		
Afecto Negativo	Mujeres	130	26.94	25.00	23.50	5106.50	.025
	Hombres	95	35.15	40.00	27.57		
Afecto Positivo	Mujeres	130	32.55	26.50	29.40	5369.50	.092
	Hombres	95	38.71	50.00	29.17		
Apoyo social	Mujeres	130	72.31	79.61	28.48	5437.50	.124
	Hombres	95	66.20	72.36	29.92		

*Nota:*  $\bar{X}$ = media, *Mdn*= mediana, *DE* = desviación estándar, *U*=Prueba de U de Mann-Whitney, *n*=225.

### ***Resultados para dar respuesta al objetivo cuatro***

En este apartado se describen los resultados del objetivo cuatro, que menciona analizar la relación entre edad, sexo, ocupación, resiliencia, autoestima, religiosidad, percepción del riesgo del consumo de drogas, autoeficacia percibida, afectos relacionados para el no consumo de drogas y apoyo social por la conducta promotora de salud del no consumo de drogas de zonas urbanas marginales, los resultados se muestran en la tabla 29 a la 32.

En la tabla 29, se presenta que 76.9% de las mujeres y 65.3% de los hombres no han consumido drogas, sin embargo, no difirieron con los valores estadísticamente significativos. Con respecto a la ocupación se mostró que 77.5% de los que no trabajan y 55.4% de los que trabajan no han consumido drogas, estas diferencias fueron significativas ( $\chi^2=5.47$ ,  $p < .019$ ), es decir que consumen más los que no trabajan que los que trabajan.

**Tabla 29**

*Conducta promotora de salud del no consumo de drogas por sexo y ocupación de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales*

Variable		Ha consumido drogas		No ha consumido drogas		$\chi^2$	$p$
		$f$	%	$f$	%		
Sexo	Femenino	30	23.1	100	76.9	3.70	.054
	Masculino	33	34.7	62	65.3		
Ocupación	No trabaja	38	22.5	131	77.5	5.47	.019
	Trabaja	25	44.6	31	55.4		

*Nota:*  $f$  = frecuencia,  $IC$  = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada,  $p$  = significancia estadística,  $n = 225$

En la tabla 30, se observan los contrastes de tendencia central de la puntuación del índice de resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de salud del no consumo de drogas. Los resultados de la prueba de U de Mann Whitney mostraron diferencias significativas de la edad ( $U= 3874.50, p = .003$ ), resiliencia ( $U= 3386.50, p <.001$ ), autoestima ( $U= 3746.50, p <.001$ ), percepción de Riesgo ( $U= 3241.50, p <.001$ ), religiosidad ( $U=2753.50, p <.001$ ), afecto negativo ( $U= 3314.50, p <.001$ ), afecto positivo ( $U= 3727.50, p= .002$ ) y apoyo social. ( $U= 4050.50, p = .016$ ), observando puntuaciones de medias y medianas más altas de resiliencia, percepción de riesgo, religiosidad y apoyo social en los adolescentes que no han consumido, y se observaron puntuaciones mayores de autoestima, afecto positivo y negativo en los adolescentes que han consumido alguna droga y una mayor edad.

**Tabla 30**

*Contraste de tendencia central de la edad, de los índices de resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de salud, según la prueba U de Mann-Whitney*

Variable	Consumo	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Edad	Si	63	16.24	16.00	.911	3874.50	.003
	No	162	15.78	15.00	1.14		
Resiliencia	Si	63	69.25	73.80	28.58	3746.50	.002
	No	162	82.52	92.85	24.48		
Autoestima	Si	63	41.74	46.66	19.01	3386.50	.001
	No	162	31.66	30.00	17.05		
Percepción de riesgo	Si	63	57.87	55.55	18.90	3241.50	.001
	No	162	69.39	72.22	18.80		
Religiosidad	Si	63	32.85	30.00	26.75	2753.50	.001
	No	162	59.81	57.50	32.44		
Confianza situacional	Si	63	54.45	50.00	32.21	4510.00	.174
	No	162	60.38	65.58	37.27		
Afecto Negativo	Si	63	41.78	45.00	25.51	3314.00	.001
	No	162	25.95	25.98	24.26		
Afecto Positivo	Si	63	44.60	50.00	27.60	3727.50	.002
	No	162	31.48	25.00	29.34		
Apoyo social	Si	63	64.41	71.05	29.56	4050.50	.016
	No	162	71.80	78.94	28.87		

*Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U* = Prueba U de Mann-Whitney, *n* = 225*

En la tabla 31, se presenta las diferencias de la conducta promotora del no consumo de drogas en el último año por sexo y la ocupación de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales, los resultados muestran que 86.9% de las mujeres y

86.3% de los hombres no han consumido drogas en el último año, respecto a la ocupación el 89.3% de los que no trabajan y 78.6% de los que trabajan no han consumido drogas, con diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2=4.22$ ,  $p <.040$ ).

**Tabla 31**

*Conducta promotora de salud y conducta no promotora de salud, en el último año por sexo y ocupación de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales*

Variable		Ha consumido		No ha consumido		$\chi^2$	P
		drogas		drogas			
		f	%	f	%		
Sexo	Femenino	17	13.1	113	86.9	.018	.895
	Masculino	13	13.7	88	86.3		
Ocupación	No trabaja	18	10.7	151	89.3	4.22	.040
	Trabaja	12	21.4	44	78.6		

*Nota:* f = frecuencia, IC = Intervalo de Confianza,  $\chi^2$  = Chi cuadrada, p = significancia estadística, n = 225

En la tabla 32, se observan los contrastes de tendencia central de la edad de la puntuación del índice de resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de salud del no consumo de drogas en el último año. Los resultados de la prueba de U de Mann Whitney mostraron diferencias significativas de la resiliencia ( $U= 2010.50$ ,  $p=.005$ ), autoestima ( $U= 1890.50$ ,  $p<.002$ ), percepción de Riesgo. ( $U= 1746.50$ ,  $p<.001$ ), religiosidad ( $U=1689.00$ ,  $p<.001$ ), afecto negativo. ( $U= 1911.00$ ,  $p<.002$ ) y afecto positivo ( $U= 2019.50$ ,  $p= .006$ ), observando puntuaciones de medias y medianas más altas de resiliencia, percepción de riesgo y religiosidad en los adolescentes que no han consumido, y se observaron puntuaciones

mayores de autoestima, afecto positivo y negativo en los adolescentes que han consumido alguna droga en el último año

**Tabla 32**

*Contraste de tendencia central de la edad, los índices resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, confianza situacional, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de salud, en el último año, según la prueba U de Mann-Whitney*

Variable	Consumo	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Edad	Si	30	16.20	16.50	.961	2406.50	.101
	No	195	15.86	16.00	1.15		
Resiliencia	Si	30	67.22	67.26	27.43	2010.00	.005
	No	195	80.59	92.85	26.06		
Autoestima	Si	30	43.55	46.66	17.68	1890.00	.002
	No	195	33.09	33.33	17.86		
Percepción de riesgo	Si	30	55.00	55.55	15.94	1746.50	.001
	No	195	67.89	70.37	19.45		
Religiosidad	Si	30	30.83	28.75	25.54	1689.00	.001
	No	195	55.56	52.50	33.05		
Confianza situacional	Si	30	54.38	50.00	25.53	2578.50	.294
	No	195	59.39	64.74	37.31		
Afecto Negativo	Si	30	43.91	48.75	46.65	1911.00	.002
	No	195	28.33	25.00	24.82		
Afecto Positivo	Si	30	48.66	52.50	28.72	2019.50	.006
	No	195	33.07	30.00	29.02		
Apoyo social	Si	30	66.44	73.68	29.43	2584.00	.303
	No	195	70.24	76.31	29.19		

*Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n*=225*

***Resultados para responder hipótesis de estudio uno***

Para responder a la hipótesis uno, que menciona la edad, el sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación y la religiosidad influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales.

En la tabla 33, se muestra el Modelo de Regresión Logística para las variables sexo, edad, resiliencia, autoestima, religiosidad y ocupación sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas, el modelo fue significativo ( $\chi^2 = 60.68, p < .001$ ) con una varianza explicada del 23.6%, posterior al procedimiento Backward de eliminación de variables hacia atrás se observó que las variables que mostraron mayor contribución al modelo y efecto sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas fueron: la edad ( $\beta = -.544, p = .006$ ), autoestima ( $\beta = -.027, p = .005$ ), ocupación ( $\beta = -1.02, p = .006$ ) y religiosidad ( $\beta = .029, p < .000$ ), posterior de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás).

**Tabla 33**

*Modelo de Regresión Logística para las variables sexo, edad, resiliencia, autoestima, religiosidad y ocupación sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas*

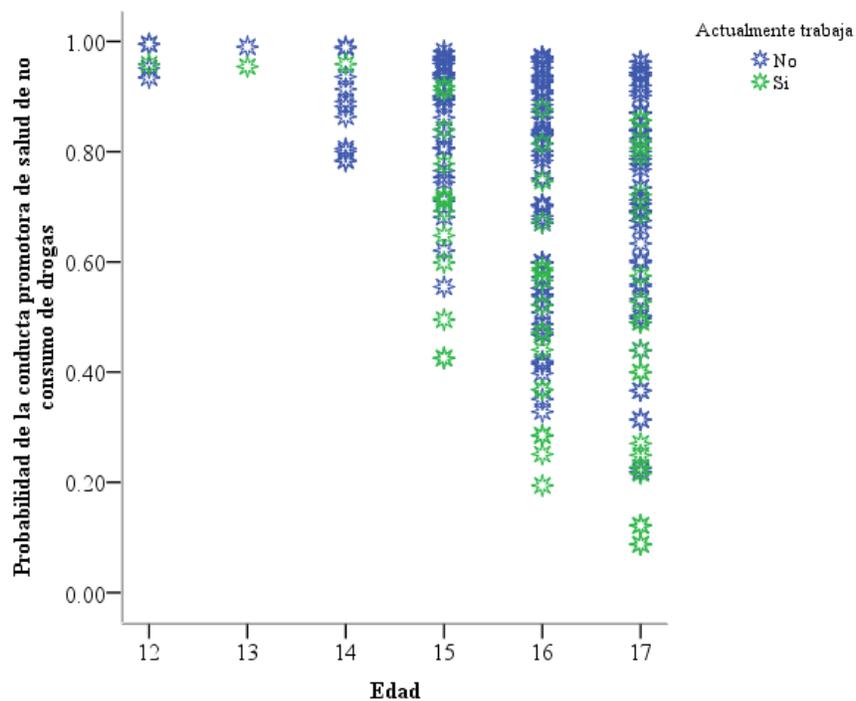
Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Edad	-.521	.197	6.97	1	.008	.594	.404	.874
Sexo	-.281	.356	.623	1	.430	.755	.376	1.51
Resiliencia	.007	.007	1.25	1	.263	1.00	.994	1.02
Autoestima	-.025	.010	6.23	1	.013	.975	.956	.995
Ocupación	-.906	.386	5.51	1	.019	.404	.190	.861
Religiosidad	.028	.006	21.1	1	.000	1.02	1.01	1.04
Constante	9.05	3.40	7.08					
Modelo 1		$\chi^2 = 60.68, gl = 6, R^2 = 23.6\%, p < .001$						
Edad	-.516	.195	6.97	1	.008	.597	.407	.876
Resiliencia	.008	.007	1.51	1	.218	1.00	.995	1.02
Autoestima	-.024	.010	5.83	1	.016	.976	.957	.995
Ocupación	-.943	.382	6.08	1	.014	.389	.184	.824
Religiosidad	.028	.006	22.30	1	.000	1.02	1.01	1.04
Constante	8.46	3.283	6.65					
Modelo 3		$\chi^2 = 60.06, gl = 5, R^2 = 23.4\%, p < .001$						
Edad	-.544	.197	7.624	1	.006	.580	.395	.854
Autoestima	-.027	.010	7.845	1	.005	.973	.955	.992
Ocupación	-1.02	.374	7.452	1	.006	.360	.173	.750
Religiosidad	.029	.006	23.24	1	.000	1.02	1.01	1.04
Constante	9.65	3.19	9.12					
Modelo 3		$\chi^2 = 58.56, gl = 4, R^2 = 22.94\%, p < .001$						

*Nota:*  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 225$

En la figura 4 se puede apreciar que a menor edad mayor es la probabilidad de no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales

**Figura 4**

*Efecto de la edad en el no consumo de drogas*

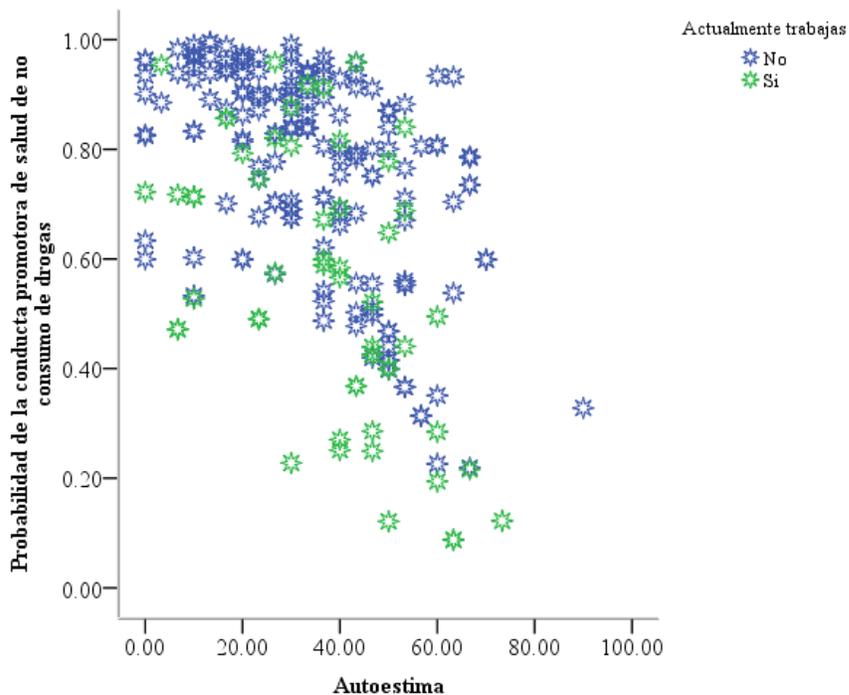


En la figura 5, se muestra que a menor autoestima mayor probabilidad de no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales.

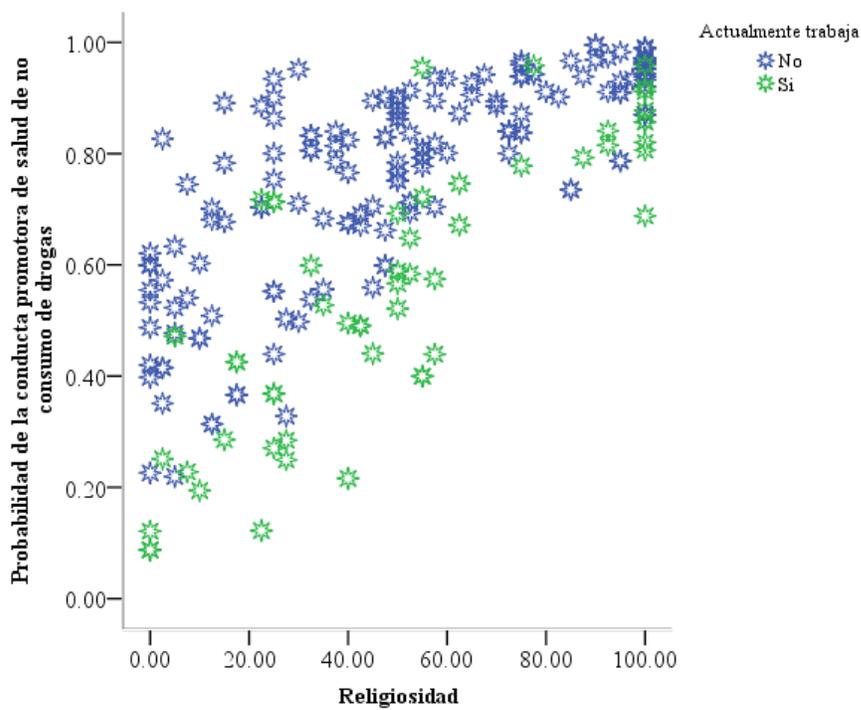
En la figura 6, se observa que a mayor religiosidad mayor es la probabilidad de no consumir drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales. Además, se observa que los adolescentes que no tienen una ocupación presentan mayor probabilidad de no consumir drogas que aquellos adolescentes que si cuentan con trabajo remunerado.

**Figura 5**

*Efecto de la autoestima en el no consumo de drogas*

**Figura 6**

*Efecto de la religiosidad en el no consumo de drogas*



En la tabla 34, se muestra que el modelo fue significativo ( $\chi^2= 27.63, p<.001$ ) con una varianza explicada del 11.6%, al observar la contribución de cada variable después de aplicar el procedimiento de Backward (método hacía atrás) se muestra que las variables que mostraron un efecto sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en el último año fueron la autoestima ( $\beta =-.027, p =.023$ ) y la religiosidad ( $\beta =.024, p=.001$ ).

En la figura 7 se observa que a menor autoestima mayor probabilidad de no consumo de drogas en el último año en adolescentes de zonas marginales.

En la figura 8 se puede apreciar que a medida que incrementa la religiosidad mayor es la probabilidad de no consumo de drogas ilícitas en el último año en adolescentes de zonas urbanas marginales, por lo cual se acepta la hipótesis uno.

**Tabla 34**

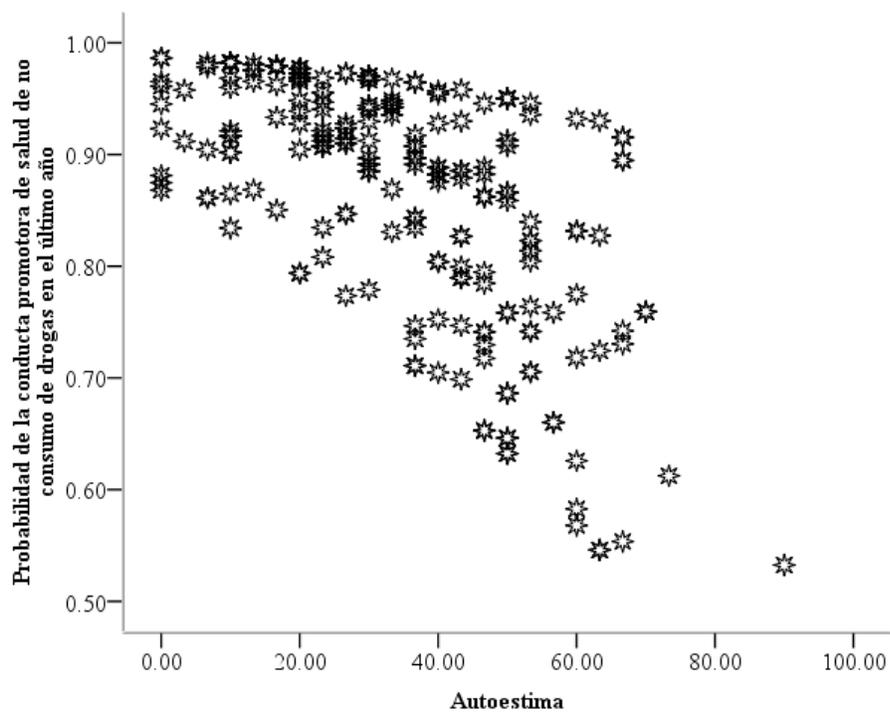
*Modelo de Regresión Logística para las variables sexo, edad, resiliencia, autoestima, religiosidad y ocupación sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas en el último año*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Edad	-.299	.237	1.60	1	.206	.741	.466	1.17
Sexo	.382	.447	.729	1	.393	1.46	.610	3.52
Ocupación	-.660	.468	1.99	1	.158	.517	.207	1.29
Resiliencia	.009	.008	1.23	1	.266	1.00	.993	1.02
Autoestima	-.022	.012	3.00	1	.083	.979	.955	1.00
Religiosidad	.025	.008	10.24	1	.001	1.025	1.01	1.04
Constante	5.47	4.00	1.87					
Modelo 1		$\chi^2 = 27.63, gl = 6, R^2 = 11.6\%, p < .001$						
Edad	-.297	.238	1.55	1	.212	.743	.466	1.18
Ocupación	-.590	.457	1.66	1	.197	.554	.226	1.35
Resiliencia	.008	.008	1.02	1	.312	1.008	.993	1.02
Autoestima	-.022	.012	3.31	1	.069	.978	.955	1.00
Religiosidad	.024	.008	9.75	1	.002	1.024	1.00	1.03
Constante	6.09	3.97	2.35					
Modelo 2		$\chi^2 = 26.99, gl = 5, R^2 = 11.3\%, p < .001$						
Edad	-.318	.239	1.78	1	.182	.727	.456	1.16
Ocupación	-.703	.441	2.54	1	.110	.495	.209	1.17
Autoestima	-.025	.012	4.50	1	.034	.975	.953	.998
Religiosidad	.024	.008	10.20	1	.001	1.02	1.00	1.03
Constante	7.14	3.86	3.42					
Modelo 3		$\chi^2 = 25.99, gl = 4, R^2 = 10.9\%, p < .001$						
Ocupación	-.763	.435	3.07	1	.079	.466	.199	1.09
Autoestima	-.026	.012	4.86	1	.027	.974	.952	.997
Religiosidad	.024	.008	10.18	1	.001	1.02	1.00	1.04
Constante	2.09	.630	11.06					
Modelo 4		$\chi^2 = 24.04, gl = 3, R^2 = 10.1\%, p < .001$						
Autoestima	-.027	.012	5.18	1	.023	.974	.951	.996
Religiosidad	.024	.007	10.48	1	.001	1.02	1.01	1.03
Constante	1.88	.608	9.61					
Modelo 5		$\chi^2 = 21.50, gl = 2, R^2 = 8.9\%, p < .001$						

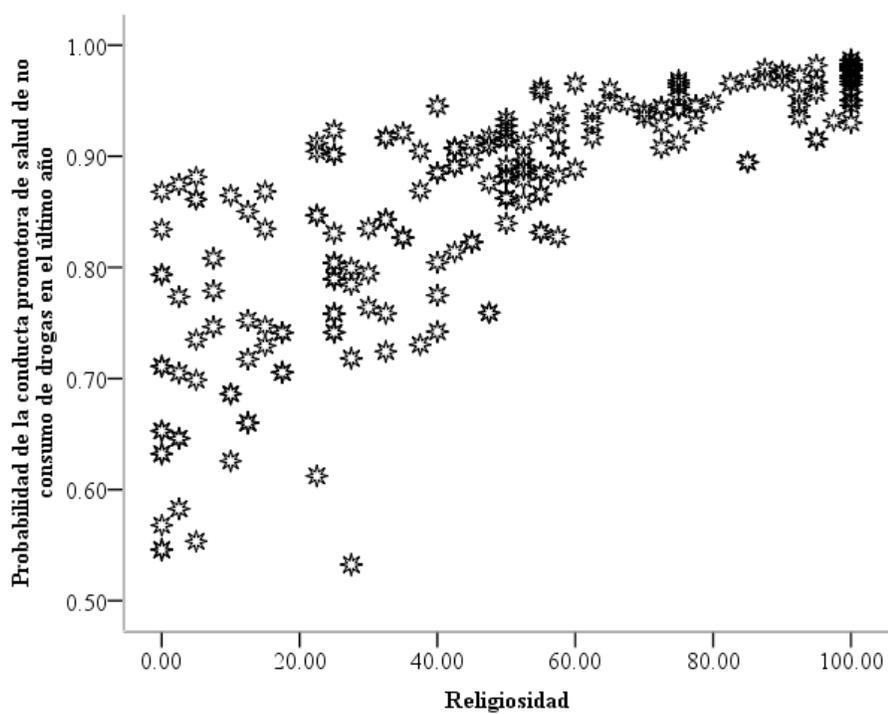
*Nota:*  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 225$

**Figura 7**

*Efecto de la autoestima en el no consumo de drogas en el último año*

**Figura 8**

*Efecto de la religiosidad en el no consumo de drogas en el último año*



**Resultados para responder hipótesis de estudio dos.**

Para responder a la hipótesis dos, que menciona que la percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social, influyen en conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales.

En la tabla 35 se muestra el Modelo de Regresión Logística para las variables percepción del riesgo, la autoeficacia, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas, el cual fue significativo ( $\chi^2= 31.54, p <.001$ ) con una varianza explicada del 18.8%.

Las variables que se mantuvieron en el último modelo con un efecto significativo sobre el no consumo posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás) fueron la percepción de riesgo ( $\beta =.027, p<.001$ ) y los afectos negativos ( $\beta =-.022, p<.001$ ).

**Tabla 35**

*Modelo de Regresión Logística para las variables percepción del riesgo, la autoeficacia, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor <i>p</i>	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Percepción de riesgo	.027	.009	9.76	1	.002	1.02	1.01	1.04
Autoeficacia	.004	.005	.671	1	.413	1.00	.995	1.01
Afectos positivos	.001	.008	.026	1	.873	1.00	.985	1.01
Afectos negativos	-.024	.009	7.12	1	.008	.977	.960	.994
Apoyo social	.008	.006	1.78	1	.181	1.00	.996	1.01
Constante	-.757	.741	1.04					
Modelo 1		$\chi^2 = 31.54, gl = 5, R^2 = 18.8\%, p < .001$						
Percepción de riesgo	.027	.009	9.89	1	.002	1.027	1.01	1.04
Autoeficacia	.004	.005	.662	1	.416	1.004	.995	1.01
Afectos negativos	-.023	.007	12.20	1	.000	.977	.965	.990
Apoyo social	.008	.006	1.94	1	.164	1.008	.997	1.01
Constante	-.734	.727	1.01					
Modelo 2		$\chi^2 = 31.51, gl = 4, R^2 = 18.8\%, p < .001$						
Percepción de riesgo	.026	.008	9.73	1	.002	1.02	1.01	1.04
Afectos negativos	-.023	.006	12.46	1	.000	.977	.965	.990
Apoyo social	.009	.006	2.38	1	.122	1.00	.998	1.02
Constante	-.539	.685	.619					
Modelo 3		$\chi^2 = 30.85, gl = 3, R^2 = 18.1\%, p < .001$						
Percepción de riesgo	.027	.008	10.54	1	.001	1.02	1.01	1.04
Afectos negativos	-.022	.006	11.91	1	.001	.978	.966	.990
Constante	-.044	.605	.005					
Modelo 4		$\chi^2 = 28.48, gl = 2, R^2 = 17.1\%, p < .001$						

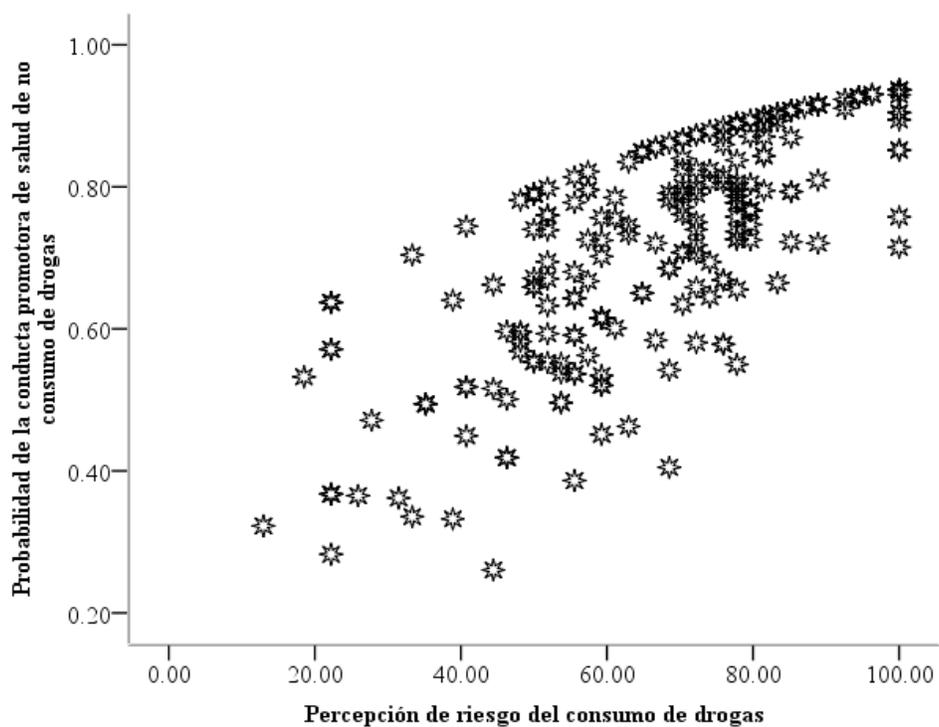
Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, **p= Probabilidad**, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 225$

En la figura 9 se puede observar que a mayor la percepción de riesgo mayor es la probabilidad de no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales. En la figura 10 se muestra el efecto de los afectos negativos sobre el no

consumo de drogas, destacando que a menores afectos negativos mayor es la probabilidad de no consumo de drogas en adolescentes de zonas marginales.

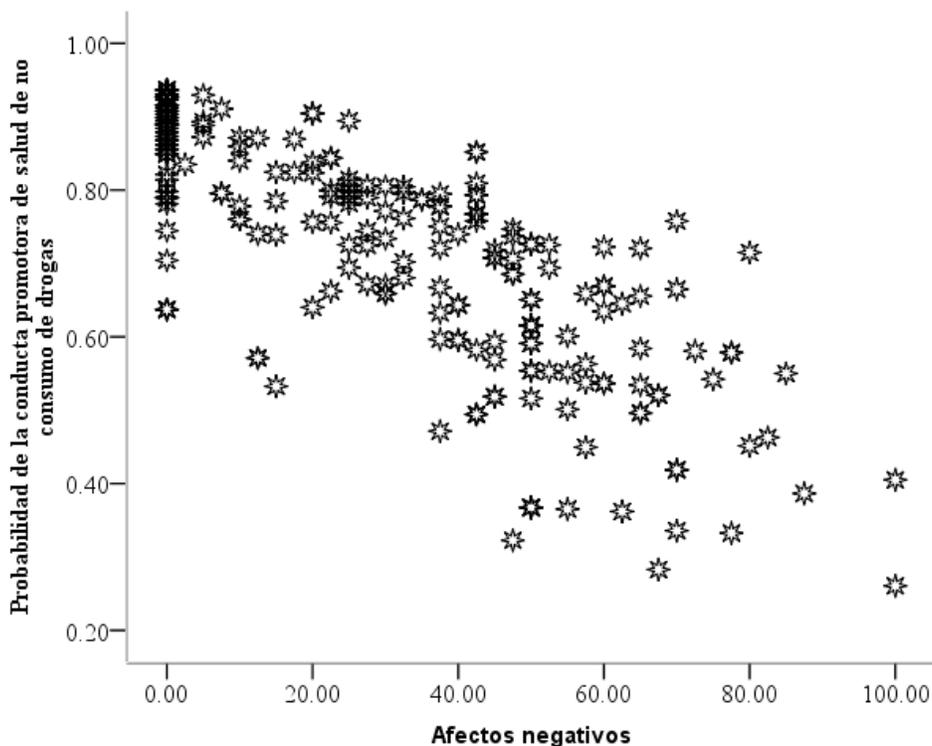
### Figura 9

*Efecto de la percepción de riesgo en el no consumo de drogas*



**Figura 10**

*Efecto de los afectos negativos en el no consumo de drogas*



En la tabla 36 se muestra el Modelo de Regresión Logística para las variables percepción del riesgo, la autoeficacia, los afectos relacionados y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas en el último año, el cual fue significativo ( $\chi^2= 18.61, p<.001$ ) con una varianza explicada del 14.6%.

Las variables que se mantuvieron en el último modelo con un efecto significativo sobre el no consumo de drogas en el último año posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás) fueron la percepción de riesgo ( $\beta =.030, p<.004$ ) y los afectos negativos ( $\beta =-.021, p=.011$ ).

**Tabla 36**

*Modelo de Regresión Logística para las variables, percepción del riesgo, la autoeficacia, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas en el último año*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor <i>p</i>	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Percepción de riesgo	.029	.011	7.15	1	.007	1.03	1.00	1.05
Autoeficacia	.004	.006	.329	1	.566	1.00	.991	1.01
Afectos positivos	-.005	.010	.276	1	.600	.995	.974	1.01
Afectos negativos	-.017	.011	2.42	1	.120	.983	.962	1.00
Apoyo social	.003	.008	.190	1	.663	1.00	.988	1.01
Constante	.506	.923	.300					
Modelo 1	$\chi^2 = 18.61, gl = 5, R^2 = 14.6\%, p < .001$							
Percepción de riesgo	.030	.011	7.65	1	.006	1.03	1.00	1.05
Autoeficacia	.004	.006	.430	1	.512	1.00	.992	1.01
Afectos positivos	-.005	.010	.199	1	.656	.996	.976	1.01
Afectos negativos	-.018	.011	2.58	1	.108	.983	.962	1.00
Constante	.636	.877	.525	1				
Modelo 2	$\chi^2 = 18.42, gl = 4, R^2 = 14.5\%, p < .001$							
Percepción de riesgo	.030	.011	8.16	1	.004	1.03	1.01	1.05
Autoeficacia	.004	.006	.424	1	.515	1.00	.992	1.01
Afectos negativos	-.021	.008	6.29	1	.012	.979	.964	.995
Constante	.528	.838	.397					
Modelo 3	$\chi^2 = 18.22, gl = 3, R^2 = 14.3\%, p < .001$							
Percepción de riesgo	.030	.011	8.10	1	.004	1.03	1.00	1.05
Afectos negativos	-.021	.008	6.51	1	.011	.979	.964	.995
Constante	.780	.741	1.10					
Modelo 4	$\chi^2 = 17.80, gl = 2, R^2 = 14.0\%, p < .001$							

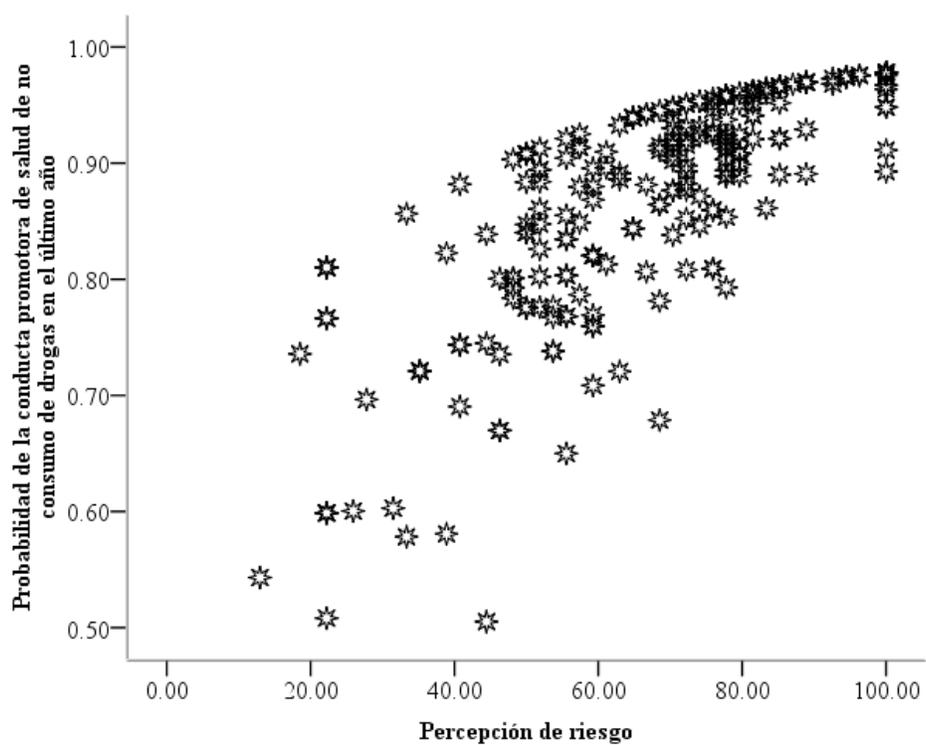
Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, *p*= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 225$

En la figura 11, se muestra el efecto de la percepción de riesgo con el no consumo de drogas en el último año, se puede observar que a mayor la percepción de riesgo mayor es la probabilidad de no consumo de drogas ilícitas en el último año en adolescentes de zonas urbanas marginales.

En la figura 12 se muestra el efecto de los afectos negativos sobre el no consumo de drogas ilícitas en el último año, destacando que a menores afectos negativos mayor es la probabilidad de no consumo de drogas ilícitas en el último año en adolescentes de zonas marginales.

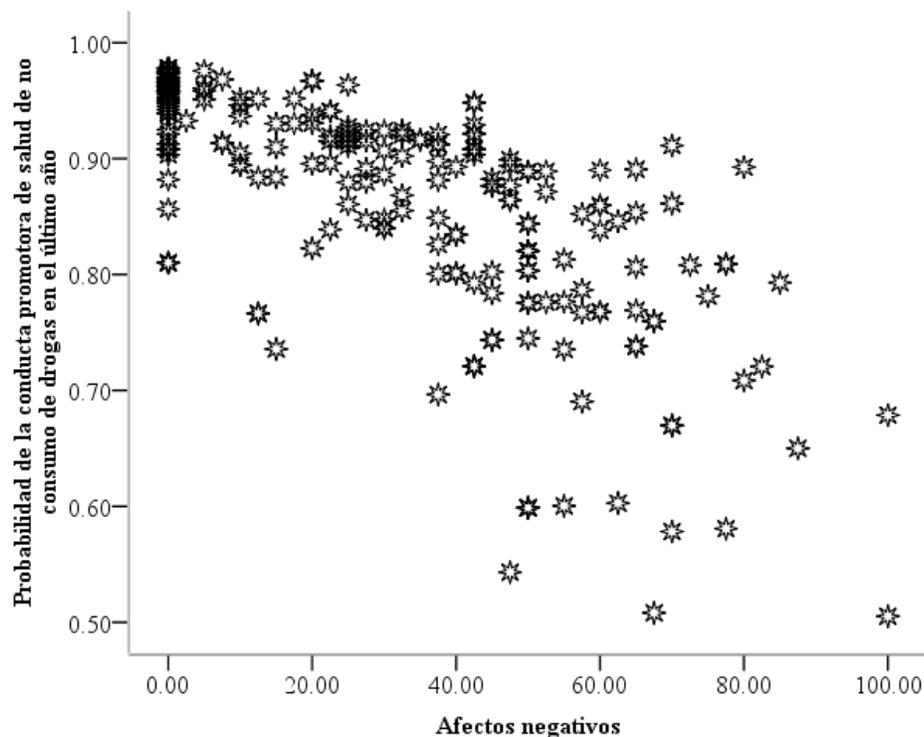
### Figura 11

*Efecto de la percepción de riesgo en el no consumo de drogas en el último año*



**Figura 12**

*Efecto de los afectos negativos en el no consumo de drogas en el último año*



***Resultados para responder hipótesis de estudio tres***

Para responder a la hipótesis tres, que menciona la edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo del consumo de drogas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas.

**Tabla 37**

*Modelo de Regresión Logística para las variables, edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo, la autoeficacia para, los afectos y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor <i>p</i>	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Edad	-.331	.212	2.42	1	.119	.719	.474	1.08
Sexo	-.233	.367	.404	1	.525	.792	.386	1.62
Ocupación	-.971	.408	5.66	1	.017	.379	.170	.842
Autoestima	-.021	.011	3.76	1	.052	.979	.959	1.00
Resiliencia	.004	.007	.335	1	.563	1.00	.990	1.01
Religiosidad	.030	.006	21.44	1	.000	1.03	1.01	1.04
Percepción de riesgo	.017	.011	2.20	1	.138	1.01	.995	1.03
Autoeficacia	.000	.006	.000	1	1.00	1.00	.989	1.01
Afectos positivos	.003	.010	.070	1	.792	1.00	.983	1.02
Afectos negativos	-.020	.011	3.42	1	.064	.980	.960	1.00
Apoyo social	-.005	.007	.574	1	.449	.995	.981	1.00
Constante	5.82	3.85	2.28					
Modelo 1		$\chi^2 = 70.65, gl = 11, R^2 = 38.8\%, p < .001$						
Edad	-.331	.212	2.42	1	.119	.719	.474	1.08
Sexo	-.233	.367	.404	1	.525	.792	.386	1.62
Ocupación	-.971	.408	5.66	1	.017	.379	.170	.842
Autoestima	-.021	.011	3.80	1	.051	.979	.959	1.00
Resiliencia	.004	.007	.358	1	.550	1.00	.990	1.01
Religiosidad	.030	.006	21.46	1	.000	1.03	1.01	1.04
Percepción de riesgo	.017	.011	2.248	1	.134	1.01	.995	1.03
Afectos positivos	.003	.010	.070	1	.791	1.00	.983	1.02
Afectos negativos	-.020	.011	3.47	1	.062	.980	.960	1.00
Apoyo social	-.005	.007	.576	1	.448	.995	.981	1.00
Constante	5.82	3.83	2.31					
Modelo 2		$\chi^2 = 70.65, gl = 10, R^2 = 38.8\%, p < .001$						

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, **p= Probabilidad**, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 225$

En la tabla 37 se observa el Modelo de Regresión logística para las variables, edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo, la autoeficacia para, los afectos y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas, el cual fue significativo ( $\chi^2= 70.65, p<.001$ ), este explicó el 38.8% de la varianza total, por lo cual se acepta la hipótesis.

Las variables que se mantuvieron en el último modelo con un efecto significativo sobre el no consumo de drogas posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás) fueron la ocupación ( $\beta= .029, p<.000$ ), la religiosidad ( $\beta= .029, p<.001$ ), la percepción de riesgo ( $\beta= .027, p<.00$ ) y el afecto negativo ( $\beta= -.029, p<.001$ ), por lo cual se acepta la hipótesis dos.

**Tabla 37**

*Modelo de Regresión Logística para las variables, edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo, la autoeficacia para, los afectos y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas (Continuación...)*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Edad	-.323	.210	2.36	1	.124	.724	.480	1.09
Sexo	-.229	.367	.391	1	.532	.795	.387	1.63
Ocupación	-.961	.406	5.60	1	.018	.382	.172	.848
Autoestima	-.021	.011	3.86	1	.049	.979	.959	1.00
Resiliencia	.004	.007	.365	1	.546	1.00	.990	1.01
Religiosidad	.030	.006	21.41	1	.000	1.03	1.01	1.04
Percepción de riesgo	.016	.011	2.17	1	.140	1.01	.995	1.03
Afectos negativos	-.018	.007	5.71	1	.017	.982	.968	.997
Apoyo social	-.005	.007	.516	1	.473	.995	.982	1.00
Constante	5.73	3.81	2.25					
Modelo 3		$\chi^2 = 70.65, gl = 9, R^2 = 38.8\%, p < .001$						
Edad	-.321	.212	2.29	1	.130	.725	.479	1.09
Sexo	-.250	.365	.469	1	.494	.779	.381	1.59
Ocupación	-1.00	.399	6.33	1	.012	.367	.168	.801
Autoestima	-.022	.011	4.44	1	.035	.978	.958	.998
Religiosidad	.030	.006	21.46	1	.000	1.03	1.01	1.04
Percepción de riesgo	.018	.010	2.88	1	.089	1.01	.997	1.039
Afectos negativos	-.018	.007	5.94	1	.015	.982	.968	.996
Apoyo social	-.004	.007	.388	1	.533	.996	.983	1.009
Constante	5.97	3.83	2.42					
Modelo 4		$\chi^2 = 70.22, gl = 8, R^2 = 38.6\%, p < .001$						

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación, n =225

**Tabla 37**

*Modelo de Regresión Logística para las variables, edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo, la autoeficacia para, los afectos y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas (Continuación...)*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Edad	-.312	.210	2.19	1	.138	.732	.485	-.312
Sexo	-.224	.362	.382	1	.537	.800	.393	-.224
Ocupación	-.969	.395	6.03	1	.014	.379	.175	-.969
Autoestima	-.021	.010	4.21	1	.040	.979	.959	-.021
Religiosidad	.029	.006	21.12	1	.000	1.02	1.01	.029
Percepción de riesgo	.018	.010	3.06	1	.080	1.01	.998	.018
Afectos negativos	-.019	.007	6.42	1	.011	.981	.967	-.019
Constante	-.312	.210	2.19					
Modelo 5		$\chi^2 = 69.83, gl = 7, R^2 = 38.4\%, p < .001$						
Edad	-.306	.209	2.15	1	.142	.736	.489	1.10
Ocupación	-.996	.392	6.44	1	.011	.369	.171	.797
Autoestima	-.021	.010	3.96	1	.046	.980	.960	1.00
Religiosidad	.029	.006	21.88	1	.000	1.02	1.01	1.04
Percepción de riesgo	.018	.010	3.08	1	.079	1.01	.998	1.03
Afectos negativos	-.019	.007	6.77	1	.009	.981	.967	.995
Constante	5.05	3.64	1.92					
Modelo 6		$\chi^2 = 69.45, gl = 6, R^2 = 38.2\%, p < .001$						
Ocupación	-1.00	.389	6.61	1	.010	.368	.172	.788
Autoestima	-.019	.010	3.40	1	.065	.981	.962	1.01
Religiosidad	.029	.006	21.24	1	.000	1.09	1.07	1.02
Percepción de riesgo	.023	.010	5.47	1	.020	1.03	1.04	1.03
Afectos negativos	-.021	.007	8.87	1	.003	.979	.965	.993
Constante	-.134	.900	.022	1	.881	.874		
Modelo 7		$\chi^2 = 67.14, gl = 5, R^2 = 37.1\%, p < .001$						

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, **p= Probabilidad**, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $n = 225$

**Tabla 37**

*Modelo de Regresión Logística para las variables, edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo, la autoeficacia para, los afectos y el apoyo social sobre la conducta promotora de salud de no consumo de drogas (Continuación...)*

Variable	$\beta$	EE	Wald	gl	Valor p	OR	IC 95% para OR	
							LI	LS
Ocupación	-1.00	.384	6.86	1	.009	.366	.172	.776
Religiosidad	.029	.006	22.92	1	.000	1.03	1.01	1.04
Percepción de riesgo	.027	.010	7.971	1	.005	1.02	1.00	1.04
Afectos negativos	-.022	.007	9.705	1	.002	.978	.965	.992
Constante	-1.09	.731	2.23					
Modelo 8	$\chi^2 = 63.65$ gl = 4, $R^2 = 35.5\%$ , $p < .001$							

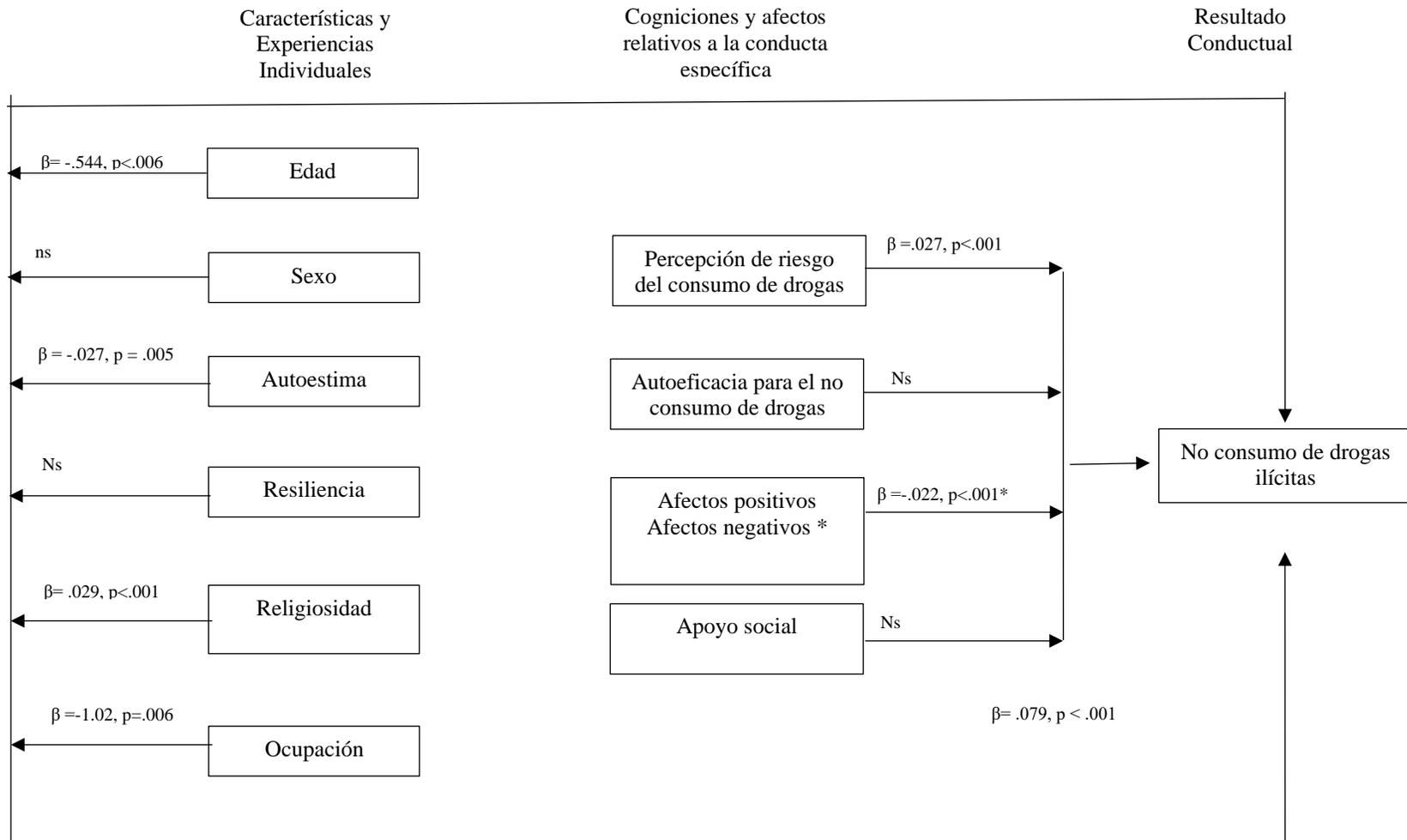
Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación, n =225

### **Resultados para responder objetivo general.**

En este apartado se presentan los resultados para responder al objetivo general, proponer un modelo explicativo de la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua, guiado por las declaraciones teóricas del MPS.

Si bien los modelos de regresión logística permitieron si las variables del estudio influyen sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas, en la figura 13 se muestran las variables que contribuyeron a la explicación del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales, destacando que de las características y experiencias individuales dentro del factor personal biológico la edad, dentro del factor personal psicológico la autoestima y del factor sociocultural la

religiosidad y ocupación. Por otro lado, de las cogniciones y afectos de la conducta específica son la percepción de riesgo al consumo de drogas y los afectos negativos.

**Figura 13***Interrelación de los conceptos del MECD-AM.*

## Capítulo IV

### Discusión

El propósito de este estudio fue proponer un modelo explicativo de la conducta promotora del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas marginales del Estado de Chihuahua. Los datos fueron recolectados de 225 adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua.

En relación con las características sociodemográficas de los adolescentes de zonas urbanas marginales, estos reportaron una media de edad de 16 años, en su mayoría el 57% de los entrevistados fueron hombres. Los adolescentes son una población vulnerable al consumo de drogas ilícitas esto es debido a su necesidad de experimentación y aceptación, la edad promedio para el inicio del consumo de drogas ilícitas en los adolescentes es entre 14 y 16 años, sin embargo, diversos estudios describen que conforme va aumentando la edad va disminuyendo la experimentación y consumo de drogas ilícitas en adolescentes (Bustamante et al., 2018; Saravia et al., 2014; Zamora et al., 2020).

Con relación a la escolaridad, el 88.4% reportó cursar el bachillerato, 51.1% vive actualmente con ambos padres, el 60% de los participantes practica la religión católica. Respecto al consumo de drogas el 28% reportó haber consumido drogas ilícitas alguna vez en su vida, siendo la droga de mayor consumo la marihuana. Lo anterior coincide con algunos estudios que reportaron un perfil similar de adolescentes de zonas urbanas marginales que consumen drogas ilícitas (Guzmán et al., 2014; Mennis et al., 2016; Reboussin et al., 2019).

En relación con el primer objetivo que indicó describir el consumo y no consumo de drogas ilícitas por sexo en adolescentes de zonas urbanas marginales, 72% de adolescentes que viven en zonas urbanas marginales nunca han consumido drogas, no se mostraron diferencias significativas por sexo, destacando el 65.3% del sexo masculino y el 76.9% de las mujeres no ha consumido drogas en la vida. Respecto al consumo de drogas alguna vez se reportó que el 28% ha consumido alguna droga, en el último año el 13.7% del sexo masculino y el 13.1% de las mujeres ha consumido alguna droga ilícita.

El consumo de drogas en esta población de adolescentes muestra mayor prevalencia de consumo que adolescentes de población general (INPRFM et al., 2017) y adolescentes escolarizados de Chihuahua (Programa Estatal de Salud, 2017-2021), esto confirma que los adolescentes de zonas marginales están más expuestos a situaciones que favorecen el consumo de drogas, donde el entorno de una zona urbano-marginal puede permitir mayor accesibilidad a las drogas, ya que existe un deterioro ambiental y social, tal como la existencia de terrenos baldíos o casas abandonadas, que pueden configurar como espacios propios de estos jóvenes que facilita el consumo de drogas (DeCuir et al., 2018; Guzmán et al., 2014; Mennis et al., 2016; Reboussin et al., 2019).

El 11.5% de las mujeres y el 8.4% de los hombres mencionó haber consumido drogas ilícitas en los últimos 30 días. Estos datos muestran una situación alarmante en el acceso que tienen las mujeres adolescentes a las drogas ilícitas en las zonas urbano marginales, dado que la prevalencia de consumo en los últimos 30 días incrementó de manera considerable a lo reportado en la Encuesta Nacional de Consumo de drogas (INPRFM et al., 2017), cabe mencionar que estudios realizados en adolescentes de

zonas marginales donde se compara el consumo por sexo, reportan un incremento considerable en las mujeres, haciendo énfasis en que las mujeres adolescentes tienen un mayor consumo que los hombres, probablemente porque sufren aún más los efectos de marginalidad, violencia acoso o menos oportunidades de estudio o embarazo en esta etapa (Bustamante et al., 2018; Saravia et al., 2014).

De acuerdo con el objetivo dos que indicó identificar la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales, alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes por sexo, se muestran mayores prevalencias de consumo de drogas ilícitas en los hombres que en las mujeres, se mostraron diferencias significativas por sexo en el consumo de marihuana, cocaína y alucinógenos alguna vez en la vida.

Si bien la literatura muestra mayor consumo en jóvenes del sexo masculino; esto ha sido explicado por cuestiones culturales donde los hombres tienden a experimentar prácticas más riesgosas que las mujeres, y es frecuente que los hombres asocien el consumo de drogas como sinónimo de fortaleza y hombría (INPRFM et al., 2017, Guzmán, et al., 2014; Öztaş, et al., 2017; Zamora et al, 2020). Sin embargo, en este estudio se mostraron diferencias significativas por sexo, se observa un alto consumo en mujeres, esto puede explicarse dado que estos adolescentes tanto hombres y mujeres están expuestos a las mismas condiciones de vulnerabilidad que se viven en estas zonas marginadas.

Respecto con la droga de mayor consumo fue la marihuana, estos datos coinciden con lo reportado por la ECONDAT (INPRFM et al., 2017) donde se encontró que la droga de mayor prevalencia fue la marihuana. Lo anterior se debe a que el

consumo de marihuana constituye el principal problema de uso de drogas ilícita en el mundo; de hecho, la producción, el tráfico y la demanda de marihuana han constituido históricamente el mayor y más extendido de los mercados de drogas ilícitas a nivel global (OMS, 2020). Por otro lado, la percepción de los adolescentes respecto de que el consumo de marihuana tiene efectos menos dañinos que el resto de las drogas, propicia que justifiquen su uso, haciendo de éste una práctica endémica en adolescentes de zonas urbano-marginales (Guzmán et al., 2020; Reyes y Khenti, 2019).

Con respecto al objetivo tres que indica describir ocupación la resiliencia, autoestima, religiosidad, ocupación, percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, afectos relacionados, la autoeficacia y el apoyo social por sexo. Los resultados indican que existen diferencias significativas respecto a la ocupación por sexo, indicando que el 20% de los hombres y el 31% de las mujeres trabajaban al momento de realizar la entrevista. Además, se observó diferencias significativas de la religiosidad y el afecto negativo, se destacó que las mujeres tienen mayor religiosidad que los hombres y respecto a los afectos negativos los hombres mostraron mayores puntuaciones que las mujeres. Los datos revelan una mayor afiliación de las mujeres a la religión, estas diferencias provienen de cuestiones culturales, ya que el modelo tradicional de masculinidad tienen una resistencia a admitir debilidades por parte de los hombres (Sánchez, 2014), sin embargo algunos autores describen que la religiosidad se enseña en casa y que constituye un aspecto cultural (Chahua et al., 2014; Gámez et al., 2020; Isralowitz et al., 2018).

La religiosidad es una variable que se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo en adolescentes de zonas marginales (Zambrano, 2017), diversos estudios

reportaron una asociación negativa significativa de la religiosidad con el consumo de alcohol y drogas por parte de adolescentes (Chahua et al., 2014; Gámez et al., 2020; Isralowitz et al., 2018), estudios que describen que adolescentes a los que se les atribuía un acercamiento religioso, que pertenecían a un grupo de adolescentes de la iglesia, que leían las escrituras sagradas, rezaban, concurrían a misa o las ceremonias de su religión, tenían una relación cercana y se sentían muy unidos a Dios, presentan menor consumo de drogas ilícitas (Burke et al., 2014; Foster et al., 2016; Gámez et al., 2020; Isralowitz, et al., 2018). Las creencias religiosas tienen influencia sobre las actitudes y el estilo de vida del adolescente de zonas urbano marginales.

Respecto al afecto negativo los hombres mostraron mayores puntuaciones que las mujeres, la literatura describe las emociones de carácter negativo como estar de tenso, sentirse culpable, asustado, avergonzado, atemorizado, miedoso y disgustado se incrementan junto con el consumo de drogas ilícitas (Bujarski & Ray, 2014; Dermody et al., 2013). Además, Mondragon et al., (2017), sugieren que los sentimientos afecto negativo como el miedo, tensión, nerviosismo, culpabilidad, tristeza, entre otros, se potencia a través del uso de drogas ilícitas como la cocaína, y describe de acuerdo a sus resultados, el alcohol, tabaco, sedantes y opiáceos también representan una alta asociación con dichos sentimientos.

De acuerdo con Mondragón et al.,( 2017) explica que el afecto negativo se incrementaba junto con el consumo de cocaína; también un mayor consumo de sedantes incrementa la probabilidad de cometer comportamiento vandálico, a la vez que se incrementaba el nivel de afecto negativo; esto último sucede también con el consumo de opiáceos. Esto es posible ya que los adolescentes de zonas urbano marginales pueden

tener emociones negativas debido a las circunstancias de pobreza y desigualdad, a el ambiente de barrio, las problemáticas que enfrenta día a día en la familia, escuela o con los amigos (Dermody et al., 2013).

De conformidad con el objetivo cuatro que menciona analizar la relación entre de edad, sexo, ocupación, resiliencia, autoestima, religiosidad, percepción del riesgo del consumo de drogas, autoeficacia percibida, afectos relacionados para el no consumo de drogas y apoyo social por la conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales. El 76.9% de las mujeres y 65.3% de los hombres no han consumido drogas, estas diferencias no fueron significativas. Esto muestra que los adolescentes de las zonas urbano marginales tienen un conducta promotora de salud de no consumo de drogas ilícitas, a pesar de vivir en un area donde existe una facilidad de acceso a las mismas.

Respecto a la ocupación se mostró diferencias significativas, destacando mayor prevalencia de no consumo de drogas en los adolescentes que no trabajan actualmente. Esto es importante dado que en otros estudios se ha encontrado que los adolescente de zonas urbanas marginales que trabajan consumen más marihuana, cocaína dado el hecho de tener recursos económicos (Bustamante et al., 2018; Saravia et al., 2014; Zamora et al., 2020).

Se encontraron diferencias significativas de la edad, la resiliencia, autoestima, percepción de riesgo, religiosidad, afecto negativo, afecto positivo y apoyo social por conducta promotora de la salud, destacando mayor puntuación de resiliencia, percepción de riesgo, religiosidad y apoyo social en los adolescentes que no han consumido drogas ilícitas.

La edad media de inicio para el consumo de drogas ilícitas en los adolescentes de zonas urbano marginales fue de 14 y 16 años sin embargo, conforme va aumentando la edad va disminuyendo la experimentación y consumo de drogas ilícitas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales. Esto concuerda con la literatura que describe que los adolescentes entre 14 y 16 años tenían más probabilidad de iniciar el consumo de drogas ilícitas, esto debido a los cambios debido a la edad, a la necesidad de experimentación y a las diversas problemáticas familiares que enfrentan (Bustamante et al., 2018; Saravia et al., 2014; Zamora et al., 2020). Además de la edad el inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales depende también de factores sociológicos.

Respecto a los resultados de la resiliencia con la conducta promotora de salud del no consumo de drogas pueden confirmar la proposición de Leiva et al. (2013) encontraron que porcentajes más alto en resiliencia ayudan a prevenir el consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas marginales. Entendiendo a la resiliencia como la capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas. Además de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo. Una de las virtudes del concepto de resiliencia radica en la observación o tendencia de que una persona, por el hecho de vivir en un ambiente con condiciones de extrema necesidad, adversidad o desigualdad, no implica que esa persona esté abocada al fracaso social, personal o de salud (Becoña, 2006; Kotliarenco et al., 1997).

De acuerdo a la literatura los adolescentes de zonas urbano marginales que no consumen drogas ilícitas han mostrado porcentajes altos en resiliencia, ya que a pesar de

tener diversas desigualdades o vivir en barrios donde hay características de inseguridad o de fácil acceso a las diversas drogas ilícitas no desarrollan un consumo, esto es debido a su resiliencia. Es relevante mencionar que a pesar de las adversidades que enfrentan, los adolescentes de zonas urbano marginales resilientes son capaces de superar y aprender de las adversidades (Bustamante et al., 2018; Saravia et al., 2014; Zamora et al., 2020).

Diversos estudios que describen que los adolescentes con características de resiliencia pueden adoptar una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en zonas urbanas marginales (Castillo et al., 2017; Iglesias et al., 2013; Leyva et al., 2013, Ojo et al., 2013; Rueda et al., 2011). Lo que confirma el resultado del presente estudio.

El tener una alta autoestima implica sentirse bien, feliz, seguro, confiado; bien consigo mismo y sentir que está al mando de su vida, y sentirse creativo lo que puede en los adolescentes de zonas urbano marginales favorecer el consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales, las características del ambiente de barrio lo favorecen la experimentación por el fácil acceso a las drogas, ya que la autoestima social busca la afirmación, la consideración y el reconocimiento de los demás. Además el adolescente se esfuerza por alcanzar una fama, honor y respeto ante los demás (Leiva et al., 2013; Rueda et al., 2011).

En cuanto a la religiosidad esta variable se ha asociado con la reducción de conductas de riesgo en adolescentes de zonas marginales (Zambrano, 2017), diversos estudios reportaron una asociación negativa significativa de la religiosidad con el consumo de alcohol y drogas por parte de los adolescentes (Chahua et al., 2014; Gámez

et al., 2020; Isralowitz et al., 2018). La religiosidad es un factor de la salud física y psicológica, ya que los adolescentes de zonas urbano marginales religiosos presentan menor porcentaje en depresión, ansiedad, estrés, suicidio, y menores hábitos no saludables como el consumo de drogas ilícitas (Burke et al., 2014; Foster et al., 2016; Gámez et al., 2020; Isralowitz, et al., 2018).

Las creencias religiosas tienen influencia sobre las decisiones y el estilo de vida del adolescente de zonas urbano marginales, estas evidencias se relacionan con diferentes fortalezas psicológicas que la religiosidad promueve de forma especial con el perdón, la gratitud, la espiritualidad, la justicia, la esperanza, la humanidad y el fortalecimiento de relaciones interpersonales (Gámez et al., 2020; Isralowitz, et al., 2018). Por lo tanto la evidencia descrita confirma los resultados del presente estudio que afirman la relación de la religiosidad con la conducta de no consumo de drogas

De acuerdo con la percepción de riesgo, la literatura describe que las creencias positivas o negativas son una condición necesaria, las creencias negativas del consumo de drogas son un factor protector que estimula la conducta promotora de salud del adolescente. En cambio, las creencias positivas hacia el consumo de drogas es un factor de riesgo para el consumo de drogas ilícitas (Reyes & Khenti, 2019; Trujillo et al., 2013).

Las percepciones de riesgo personales de cualquier situación o contexto, facilitan o impiden el comportamiento, pero también las influencias situacionales como el vivir en una zona urbano marginal influye en el comportamiento que promueve la salud. Las influencias situacionales en las que se desarrollan los adolescentes de zonas urbano marginales influyen en la percepción de riesgo lo cual influye directa e indirectamente

en el comportamiento de salud. Las situaciones pueden afectar directamente los comportamientos al presentar un entorno “cargado” de señales que desencadenan la acción. Por ejemplo, un entorno de “consumir drogas ilícitas” crea características de demanda para el comportamiento consumo de drogas (Pender et al., 2015).

Probablemente que aunque los adolescentes de zonas urbano marginadas viven en un contexto de riesgo han logrado por acciones resilientes aumentar la percepción de riesgo que les permite como resultado tener una conducta de no consumo, lo que concuerda con los hallazgos del presente estudio.

De acuerdo a los afectos relacionados se han estudiado en torno a diversas conductas específicas de promoción de la salud y también en el área de adicciones a las drogas lícitas e ilícitas. El afecto negativo (sentimientos negativos), se incrementaba junto con el consumo de cocaína y el afecto positivo (sentimientos positivos) se relacionan de manera positiva y significativa con estrategias para evitar el consumo de droga ilícitas en adolescentes de zonas urbano marginales (Bujarski & Ray, 2014; Dermody et al., 2013). En el presente estudio se observó que existen mayores afectos positivos en los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales que han consumido drogas ilícitas.

De conformidad con la hipótesis uno que indica la edad, el sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación y la religiosidad influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales. En respuesta a la primera hipótesis, el modelo fue significativo con una varianza explicada del 23.6%, se mostró que, a menor edad, a menor autoestima, el no tener un trabajo

remunerado y mayor religiosidad, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas.

Los factores personales, son predictivos de cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas (Pender et al., 2015). Los factores personales biológicos significativos en el modelo fue la edad de los adolescentes de zonas urbano marginales, indicando que a menor edad, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas. Esto concuerda con la literatura que destaca que en los adolescentes se ha mostrado que a menor edad, mayor es el consumo de drogas (Moreta et al., 2018, Saiz et al., 2020; Tena et al., 2018; Trujillo & Pérez, 2017).

Los factores personales psicológicos incluyen la autoestima y la resiliencia (Pender et al., 2015). En el modelo fue significativo la autoestima de los adolescentes de zonas urbano marginales, indicando que a menor autoestima, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas.

Los factores personales socioculturales significativos en el modelo fue no tener un trabajo remunerado o una ocupación de los adolescentes de zonas urbano marginales, indicando que a no tener un trabajo remunerado, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas. Esto es debido a que los adolescentes de zonas urbano marginales no cuentan con los recursos para la compra de las drogas. Estudios indican que el empleo de los adolescentes en alta proporción son las ocupaciones informales (repartidor de comida, fotógrafo, mesero), esto es debido a su nivel de preparación escolar (Díaz, 2018). Además, la revisión de la bibliografía describe que la conexión del adolescente con el mundo laboral es un factor de riesgo

para el consumo de drogas ilícitas, ya que al tener esta conexión cuenta con recursos económicos para la compra de sustancias ilícitas (Acosta et al., 2011; Carmona & Lever, 2017; Cid & Pedrao, 2011; Muñoz & Orozco, 2018; Páramo, 2011; Rodríguez et al., 2021).

Esto concuerda a los resultados del modelo que indica que el no tener un trabajo remunerado, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas. Esto posiblemente es porque los adolescentes de zonas urbano marginales no cuentan con los recursos económicos para la compra de drogas ilícita por lo cual la ocupación es un factor de riesgo en esta población marginal.

Los factores personales socioculturales significativos en el modelo es tener mayor religiosidad, destacando que a mayor religiosidad aumenta la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas, lo que se relaciona con lo que describe la literatura, las creencias religiosas tienen influencia sobre la decisiones y el estilo de vida saludable del adolescente de zonas urbano marginales. Además, los adolescentes de zonas urbano marginales asisten a los grupo de jovenes de la iglesia, lo que se convierte en un apoyo social que favorece el no consumo de drogas (Gámez et al., 2020; Isralowitz, et al., 2018).

Con respecto a la hipótesis dos que menciona la percepción del riesgo del consumo de drogas ilícitas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social, influyen en conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales.

En la hipótesis dos, el modelo fue significativo con una varianza explicada del 18.8%, se mostró que, a mayor percepción de riesgo y menores afectos negativos, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas.

El concepto de la percepción de riesgo se entiende como las son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzantes de una conducta (Pender et al., 2015). Estudios describen la percepción del riesgo como un factor de riesgo y de protección asociado al consumo de drogas ilícitas, siendo esta percepción de mayor riesgo negativo en la salud física, según diversos estudios describen que a mayor percepción de riesgo mayor es la probabilidad de no consumo de drogas ilícitas (Gámez et al., 2020; Herruzo et al., 2016; Peláez, 2018).

Las expectativas de un individuo de participar en un comportamiento particular dependen de la percepción de riesgo baja puede restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta, estos postulados son apoyados con los resultados del modelo que indican a mayor percepción de riesgo, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas (Pender et al., 2015). Estos hallazgos indican la importancia de considerar aspectos de percepción de riesgo en el diseño de intervenciones para estos adolescentes de zonas urbano marginales.

En relación, al afecto asociado con la conducta refleja una reacción emocional directa puede ser positiva o negativa. Es probable que se repitan los comportamientos asociados con el afecto positivo, mientras que es probable que se eviten los asociados con el afecto negativo. En algunos comportamientos se inducen estados de sentimientos tanto positivos como negativos. Por lo tanto, es importante determinar el equilibrio

relativo entre el afecto positivo y negativo antes, durante y después de la conducta (Pender et al., 2015).

El modelo describe que a menores afectos negativos, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas. Esto se relaciona con lo que describe la literatura que describe que las respuestas emocionales y sus estados fisiológicos inducidos durante una conducta sirven como fuentes de información sobre la eficacia (Bandura et al., 1985). En consecuencia, se propone que el afecto relacionado con la actividad influya en el comportamiento de salud tanto directa como indirectamente a través de la autoeficacia y el compromiso con un plan de acción (Pender et al., 2015).

Se destaca que la literatura describe que el afecto negativo (sentimientos negativos), se incrementaba junto con el consumo de cocaína y el afecto positivo (sentimientos positivos) se relacionan de manera positiva y significativa con estrategias para evitar el consumo de droga ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales (Bujarski & Ray, 2014; Dermody et al., 2013).

Con respecto a la hipótesis tres que menciona la edad, sexo, la resiliencia, la autoestima, la ocupación, la religiosidad, la percepción del riesgo del consumo de drogas, la autoeficacia para el no consumo de drogas ilícitas, los afectos relacionados para el no consumo de drogas ilícitas y el apoyo social influyen en la conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas y finalmente de conformidad con el objetivo general, que fue proponer un modelo explicativo de la conducta promotora de salud del no consumo de drogas en adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua, guiado por las proposiciones del MPS.

De acuerdo con la hipótesis tres y el objetivo general el modelo general fue significativo, este explicó el 38.8% de la varianza. Se observó que, a menor edad, el no tener un trabajo remunerado, a mayor religiosidad, a mayor percepción de riesgos y a menores afectos negativos mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas.

Los factores personales biológicos como la edad y los socioculturales como la religiosidad fueron significativos en el modelo. Destacando que a mayor religiosidad aumenta la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbano marginales

En relación con la práctica religiosa, los participantes, refirieron en su mayoría ser católicos, y corroborando con datos históricos y epidemiológicos de México, es considerado un país de predominio de la religión católica. Sin embargo datos de estudios internacionales han reportado a esta religión en mayor proporción, lo que no es privativo solo de nuestro país (Guzmán et al., 2020; Pérez, 2012; Rodríguez et al., 2018).

En ese sentido, más de la mitad de los adolescentes de zonas marginales desconoce sobre los riesgos que produce el consumo de marihuana, esto pone en manifiesto la vulnerabilidad de estos jóvenes, ya que se ha identificado que el conocimiento de los riesgos sobre el consumo de drogas puede limitar la realización de dicha conducta (Heimpel, 2016; Leiva et al., 2013)

Un dato interesante es que las mayores puntuaciones de los índices de religiosidad y de percepción de riesgo en los participantes fueron observados en adolescentes no usuarios de marihuana, además se demostró un efecto protector de la religiosidad y la percepción de riesgo, mostrando que a mayor religiosidad y mayor percepción de riesgo

menor es la probabilidad que tienen los adolescentes para el uso de marihuana. Estos resultados indican que la religiosidad está asociada a conductas saludables, esto se explica, ya que la religión tiene diversas normas de comportamiento y si no se cumplen, los adolescentes pueden tener sensaciones de castigo (Guzmán et al., 2020; Rodríguez et al., 2018).

De acuerdo con el efecto protector de la percepción del riesgo, estos resultados corroboran con los datos de la literatura (Uribe et al., 2011; Vazquez et al., 2014), donde se ha explicado que las creencias y conocimientos sobre los riesgos y daños que provocan las drogas son aspectos que pueden limitar a realizar esta conducta. Otra explicación es que la percepción de los riesgos de los adolescentes proviene de la información que reciben a partir de las redes sociales, o fuentes directas como amigos, familiares, dicha información es recibida y aceptada como real, la cual va a crear una conducta de consumo o no consumo (Galvan et al., 2015).

Lo anterior pone en manifiesto que la religiosidad y la percepción de riesgo ante el consumo de drogas son dos conceptos que deben tomarse en consideración como factores que protegen ante el consumo de drogas para el diseño de intervenciones preventivas en este grupo de adolescentes de zonas marginales.

Estos resultados demuestran que los factores de protección están presentes en la situación de pobreza en marginales de Estado de Chihuahua y que existen mecanismos que pueden lograr proteger a los adolescentes de zonas urbano marginales.

### **Conclusiones**

De acuerdo con el objetivo uno 72% de los adolescentes que viven en zonas urbanas marginales nunca han consumido drogas, se observó que el 65.3% de los

hombres y el 76.9% de las mujeres no ha consumido drogas en la vida. Respecto al consumo de drogas en el último año el 13.7% de los hombres y el 13.1% de las mujeres ha consumido alguna droga ilícita, sin diferencia estadística. Las prevalencias de consumo de marihuana, cocaína y alucinógenos alguna vez en la vida son más altas en los hombres que en las mujeres.

Las mujeres que trabajan son en mayor proporción que los hombres. Las mujeres tienen mayor religiosidad que los hombres y respecto a los afectos negativos los hombres mostraron mayores puntuaciones que las mujeres. La resiliencia, la autoestima, la percepción de riesgo, la autoeficacia, los afectos positivos y el apoyo social no mostraron diferencias por sexo.

El 76.9% de las mujeres y 65.3% de los hombres no han consumido drogas, sin diferencias por sexo. La prevalencia de no consumo de drogas fue mayor en los adolescentes que no trabajan.

Los adolescentes con mayor puntuación de resiliencia, percepción de riesgo, religiosidad y apoyo social no han consumido drogas ilícitas, los adolescentes de mayor edad, con mayor autoestima y afectos positivos son los que han consumido drogas ilícitas. La autoeficacia no mostro diferencias.

En respuesta a la primera hipótesis, el modelo fue significativo con una varianza explicada del 23.6%, se mostró que, a menor edad, menor autoestima, el no tener un trabajo remunerado y mayor religiosidad, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas, por lo cual se acepta la primera hipótesis.

Con respecto a la hipótesis dos, el modelo fue significativo con una varianza explicada del 18.8%, se mostró que, a mayor percepción de riesgo y menores afectos negativos, mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas, por lo cual se acepta la segunda hipótesis.

De acuerdo con la hipótesis tres y el objetivo general el modelo general fue significativo, este explicó el 38.8% de la varianza. Se observó que, a menor edad, el no tener un trabajo remunerado, a mayor religiosidad, a mayor percepción de riesgos y a menor afectos negativos mayor es la probabilidad de tener una conducta promotora de salud del no consumo de drogas ilícitas, por lo cual se acepta la tercera hipótesis.

El presente estudio logró comprobar las hipótesis bajo las declaraciones teóricas del MPS de Pender a excepción de la autoestima y la resiliencia. El estudio aporta al conocimiento científico de la disciplina de enfermería en la prevención del consumo de drogas ilícitas y promoción de la salud, así, mismo contribuye en la generación de conocimientos que sustente intervenciones enfocadas a limitar el consumo de drogas ilícitas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua.

### **Limitaciones**

En primer lugar y de acuerdo con el diseño del estudio que es de corte transversal, es un impedimento para llevar a cabo relaciones causales de las variables de estudio, donde las variables solo fueron evaluadas en tiempo específico en su momento.

Otro punto que considerar es que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a poblaciones diferentes a la estudiada, en este caso solo se abordaron adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua.

Por otro lado, la aplicación de cuestionarios en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales fue en sus domicilios dentro de su ámbito familiar, puede que las respuestas no sean del todo apegadas a la realidad de los participantes, subestimando de alguna forma los resultados obtenidos.

### **Recomendaciones**

En base a resultados se recomienda utilizar otros diseños de estudio (Métodos Mixtos y abordaje cualitativo) para profundizar en los hallazgos y las posibles influencias de otras variables específicas en las zonas urbanas marginales. Así mismo continuar utilizando el Modelo de promoción de la Salud de Nola J. Pender, como base teórica para futuros estudios de enfermería sobre la conducta promotora de salud del no consumo de drogas, con el fin de seguir verificando sus proposiciones.

Se recomienda a partir de los resultados del estudio en un futuro diseñar intervenciones para la prevención del consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua, enfatizando sobre los riesgos que provocan el consumo de diferentes drogas, dado los resultados del estudio.

Continuar utilizando el MPS de Nola J. Pender, en poblaciones vulnerables en virtud de que sus proposiciones guiaron este estudio y se pudieron verificar empíricamente, con lo cual se incrementó el cuerpo de conocimientos de enfermería y favorecerá el desarrollo de actividades de prevención para evitar el consumo de drogas en adolescentes. De un contexto poco estudiado

Replicar el estudio en adolescentes de zonas urbanas marginales de otros estados, para verificar los hallazgos documentados en este estudio. Finalmente, se recomienda continuar utilizando los instrumentos de medición que fueron aplicados en

este estudio en adolescentes de zonas urbanas marginales, en virtud de la confiabilidad de estos.

## Referencias

- Acosta, L., Burrone, M., Lopez de Neira, M., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B., Didoni, M., Jure, H., Acevedo, G., Estario, J., & Fernández, A. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global*, 10(1).  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.10.1.115901>
- Aguirre, G.N. C., Aldana, P. O. B., & Bonilla, I. C. P. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19, 3-9.
- Aldridge, J., Stevens, A., & Barratt, M. J. (2018). Will growth in cryptomarket drug buying increase the harms of illicit drugs. *Addiction*, 113(5), 789-796.  
<https://doi.org/10.1111/add.13899>
- Alonso, M. M.C., Camacho, M. J. U., Armendáriz, G. N. A., Alonso, C.B. A., Ulloa, M.J. L., & Pérez, P.S. (2016). Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes del municipio de Cunduacán, Tabasco. *Ciencia UANL*, 19(79), 56-61.  
<http://eprints.uanl.mx/10952/1/Documento9.pdf>
- Anchundia, U. R. P. (2011). Incidencia del Consumo y Venta de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, en las Zonas Urbanas Marginales de la Ciudad de Babahoyo en el año 2010 (Bachelor's thesis, Babahoyo: Consorcio de Bibliotecas de la Universidad de Ecuador). <https://www.bibliotecasdeecuador.com/Record/oai:utb:49000-439/Details>
- Antonucci, T. C., & Israel, B. A. (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 432. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.432>

- Annis, H.M. y Martin, G (1985). Drug-Taking Confidence Questionnaire. Toronto: *Addiction Research Foundation*.
- Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco, B.D. M., Sánchez, R.A., & Ostiguín, M.R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23.  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>
- Aviles, Q.J.M (2017). Caracterización del consumo de drogas en adolescentes de la unidad educativa “dr. Emilio uzcátegui garcía” del período lectivo 2015-2016. Repositorio de Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.  
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7413/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-25.pdf>
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(3), 406. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.3.406>.
- Baraúna, M., De Franca, K. L., Melo, M., & Copple, L. (2019). Are traumatic dental injuries greater in alcohol or illicit drugs consumers? A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 197, 236-249.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871618306549>
- Barcelata, E. B., Luna, Q. Y. M., Gómez, M. E. L., & Durán, C. P. (2016). Características de personalidad predictoras del afrontamiento en adolescentes de contextos marginados. *Acta colombiana de Psicología*, 19(1), 197-210.  
[10.14718/ACP.2016.19.1.9](https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.9)

- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 11, N.º 3, pp. 125-146.  
[https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/01.2006\(3\).Becona.pdf](https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/01.2006(3).Becona.pdf)
- Benthin, A., Slovic, P., y Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescent risk perception. *Journal of adolescence*, 16, 153 - 168.
- Bitancourt, T., Tissot, M. C. R. G., Fidalgo, T. M., Galduróz, J. C. F., & da Silveira Filho, D. X. (2016). Factors associated with illicit drugs' lifetime and frequent/heavy use among students results from a population survey. *Psychiatry research*, 237, 290-295.  
[10.1016/j.psychres.2016.01.026](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.026)
- Borras, S. A. (2002). ¿Legalizar los porros? Estudio Comparativo sobre el Consumo de Cannabis, Extasis y Cocaína en una Muestra de Jovenes. *Información psicológica*, (78), 55-70.  
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/437/382>
- Bujarski, S., & Ray, L. A. (2014). Subjective response to alcohol and associated craving in heavy drinkers vs. alcohol dependents: An examination of Koob's allostatic model in humans. *Drug and alcohol dependence*, 140, 161-167. [10.1016/j.drugalcdep.2014.04.015](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.04.015)
- Burke, A. R., & Miczek, K. A. (2014). Stress in adolescence and drugs of abuse in rodent models: role of dopamine, CRF, and HPA axis. *Psychopharmacology*, 231(8), 1557-1580. [10.1007/s00213-013-3369-1](https://doi.org/10.1007/s00213-013-3369-1)
- Burns, N. y Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (Quinta edición). España: Elsevier. 580 Pp.
- Bustamante, F., Peralta, P., Favela, O., & Vargas, V. (2018). Estilo de vida, autoestima y riesgo de consumo de drogas en los estudiantes de una preparatoria del norte de México. *In XVI*

<https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/1050>

- Campos, A.S. (2018). Resiliencia en la escuela: Un camino saludable. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 8(1). <https://doi.org/10.18259/acs.2018002>
- Candia, A. J. S. (2018). *Modelo de resiliencia para el no consumo de alcohol en escolares de zona rural* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/17040>
- Carmona, N. D. M., & Lever, J. P. (2017). Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 141-151 <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546001.pdf>
- Castillo, A. I. C., Jalón, M. J. D. A., & Arias, M. D. R. M. (2017). Resiliencia en adolescentes expuestos a condiciones vitales de riesgo. *Cuadernos de trabajo social*, 30(2), 477-486. doi: 10.1989/ejpad.v3i2.29
- Caycho, C.A. (2017). Autoeficacia en pacientes dependientes de drogas de una comunidad terapéutica del cono sur. *Cátedra Villarreal.V.5 No.1*. <http://revistas.unfv.edu.pe/RCV/article/view/185>
- Chahua, M., Sordo, L., Molist, G., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., & Bravo, M. J. (2014). Depresión en jóvenes usuarios regulares de cocaína reclutados en la comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 155-159. DOI: 10.1016/j.gaceta.2013.09.001
- Cid, M. P., & Pedrao, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 738-745. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700011>

- Comisión Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Consejo Nacional de Población (2015), Escenarios demográficos y urbanos de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. *Síntesis*, México, CONAPO.
- Conceição, M. I. G., & Ventura, C. A. (2019). Perception of risks and benefits associated with the use of cannabis among students in Brasilia, Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-14-6>
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral science (2nd Ed.). In. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E., Greenberg, M.T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *J Adolesc Health*; 43(2):157-164. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.015>
- Dávila, M.D. E. (2017). Propiedades Psicométricas de la Escala de Resiliencia en adolescentes de Nuevo Chimbote. *Repositorio de la Universidad César Vallejo*. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/10286>
- De Ávila, A. M. L., Rodríguez, A. L., Armendáriz, G. N. A., Pérez, C.V. E., Tenahua, Q.I., & Guzmán, F.F. R. (2019). Factores de riesgo y etapas de adquisición del consumo de drogas lícitas en estudiantes mexicanos. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 280-296. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3761/3360>

- DeCuir, J., Lovasi, G. S., El-Sayed, A., & Lewis, C. F. (2018). The association between neighborhood socioeconomic disadvantage and high-risk injection behavior among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 183, 184-191.  
[10.1016/j.drugalcdep.2017.10.025](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.025)
- Dermody, S. S., Cheong, J., & Manuck, S. (2013). An evaluation of the stress-negative affect model in explaining alcohol use: The role of components of negative affect and coping style. *Substance use & misuse*, 48(4), 297-308. [10.3109/10826084.2012.761713](https://doi.org/10.3109/10826084.2012.761713)
- Díaz, N.D. B., Zapata, T.J., Castillo, F.P. I., López, G.L. M., Córdova, A.A. J., & Fernández, C. C. (2018). Capacidad explicativa de un modelo de competencias socioemocionales asociadas al uso de drogas en jóvenes estudiantes de educación media básica. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 4(2), 25-32.  
<https://doi.org/10.28931/riiad.2018.2.04>
- Doménech, M. P. (2020). Apoyo social percibido, resiliencia y consumo de sustancias psicoactivas en internas en establecimientos penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22(2), 80-86. [10.18176/resp.00014](https://doi.org/10.18176/resp.00014)
- Donaldson, C. D., Handren, L. M., & Crano, W. D. (2016). The enduring impact of parents' monitoring, warmth, expectancies, and alcohol use on their children's future binge drinking and arrests: A longitudinal analysis. *Prevention science*, 17(5), 606-614.  
[10.1007/s11121-016-0656-1](https://doi.org/10.1007/s11121-016-0656-1)
- Fathiandastgerdi, Z., Eslami, A. A., Ghofranipour, F., Mostafavi, F., & Ebrahimi, A. A. (2016). The relationship between self-efficacy, coping skill and substance use in adolescent: based on structural equation modeling. *Journal of Substance Use*, 21(3), 287-293.  
<https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1018973>

- Fawcett, J., & Desanto, M. S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Fa Davis. <https://www.fadavis.com/product/nursing-research-theory-contemporary-nursing-knowledge-fawcett-3>
- Fisher, S., Zapolski, T. B., Wheeler, L., Arora, P. G., & Barnes-Najor, J. (2020). Multigroup Ethnic Identity Measurement invariance across adolescence and diverse ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 83, 42-51.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.07.006>
- Foster, D. W., Young, C. M., Bryan, J. L., & Quist, M. C. (2016). Compounding risk: An examination of associations between spirituality/religiosity, drinking motives, and alcohol-related ambivalence among heavy drinking young adults. *Addictive behaviors*, 63, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.026>
- Francis, J. M., Myers, B., Nkosi, S., Petersen Williams, P., Carney, T., Lombard, C., ... & Morojele, N. (2019). The prevalence of religiosity and association between religiosity and alcohol use, other drug use, and risky sexual behaviours among grade 8-10 learners in Western Cape, South Africa. *PloS one*, 14(2), e0211322.  
[10.1371/journal.pone.0211322](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211322)
- Galván, P. G. D., Guerrero, M.M. F., Pinedo, L. J. W., & García, R. (2015). Cannabis: realidades alternativas (CRA). *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*, 26, 85-91.  
<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/1181>
- Gámez, M.M. E., Guzmán, F.F. R., Alonso, C.M. M., & Ahumada, C. J. G. (2020). Exposición a contenidos relacionados con el alcohol en Facebook y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(1), 3-11.  
<https://doi.org/10.28931/riiad.2020.1.02>

- Gámez, M. E. G., Guzmán, F. R. G., Ahumada, J. G. A., Castillo, M. A., & Da Silva, E. C. (2017). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(88), 1. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/885>
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>
- Gómez, B. E. M., & Cogollo, M. Z. (2015). Asociación entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 193-198. <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363524003.pdf>
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support strategies: Guidelines for mental health practice. *SAGE Publications, Incorporated*. Vol. 7, 1983, 239 pp. <https://doi.org/10.1177/109019818501200109>
- Góngora, V. C., Liporace, M. F., & Solano, A. C. (2010). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la ciudad de Buenos Aires. *Perspectivas en psicología*, 7(1), 24-30.
- Gobierno del Estado de Chihuahua. (2017). *Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021*. <http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/xfiscal/indtfisc/ped17-21.pdf>
- Grotberg, E. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1), 66-72. <https://cpor.org/ri/CounteringDepression-5ResilienceBuildingBlocks.pdf>

- Gutiérrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 608-619. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>
- Guzmán, F. R.F, Pérez, V. E. C., Rodríguez, L. R.A, Mejía, A. M., & Candia, J. S. A. (2020). Influencia de la religiosidad en las actitudes y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Benessere. Revista de Enfermería*, 4(1).
- Guzmán, R.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. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-73722014000100003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722014000100003)
- Heimpel, N. F. (2016). Delinquency, Depression, Religiosity, and Social Support in the Prediction of Substance Use: Findings from ADD Health. <https://digitalcommons.hamline.edu/dhp/68/>
- Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A., & Pino, M. J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. *Acción Psicológica*, 13(1), 79-90. <https://scielo.isciii.es/pdf/acp/v13n1/1578-908X-acp-13-01-00079.pdf>
- Hormechea, A. (2018). *Factores de riesgo y protectores frente al consumo de drogas en un grupo de adolescentes perteneciente al Centro de desarrollo Integral Nuevas de Gran Gozo, ubicado en el barrio Cristo Prado del municipio de Magangué Bolívar* (Publicación No.26903361) [Proyecto de investigación de Maestría, Universidad

Nacional Abierta y a Distancia UNAD]. Repositorio Institucional UNAD.

<https://repository.unad.edu.co/handle/10596/19251>

Iglesias, E. B., Durán, A. L., & del Río, E. F. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 13(1), 59-72.

Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. México. INPRFM, 2017 [En línea]. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx).

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones & Secretaría de Salud. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239256/ENCODE\\_DROGAS\\_2014.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239256/ENCODE_DROGAS_2014.pdf)

Isralowitz, R., Reznik, A., Sarid, O., Dagan, A., Grinstein-Cohen, O., & Wishkerman, V. Y. (2018). Religiosity as a substance use protective factor among female college

students. *Journal of religion and health*, 57(4), 1451-1457. [10.1007/s10943-017-0521-y](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0521-y)

Jang, S. J., & Johnson, B. R. (2011). The effects of childhood exposure to drug users and religion on drug use in adolescence and young adulthood. *Youth & Society*, 43(4), 1220-1245. <https://doi.org/10.1177/0044118X10393483>

Jara , V. C., Luengo, C. M., Vásquez, A. M., Alarcón, T. O., Valenzuela, A. O., & Medina, C. R. (2020). Factores asociados a la adopción de conducta promotora de salud en estudiantes de una universidad en Chile/factors associated with the adoption of health promoting behavior in students of a university in Chile. *Revista Horizonte de Enfermería*, 31(1), 30-42. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.31.1.30-42](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.31.1.30-42)

- Karatay, G., & Gurarlan, N. B. (2019). Factors affecting substance use and self-efficacy status of students in eastern Turkey. *Ciencia & saude coletiva*, 24, 1317-1326. [10.1590/1413-81232018244.30252017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.30252017)
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliencia. *Organización Panamericana de la salud*. <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20libro.pdf>
- Leiva, L., Pineda, M., & Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*, 22(2), ág-111. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.30859>
- Lima, S. M., Martínez, M. J. M., Guerra, M. M. D., Vargas, M. A. M., & Lima, R. J. S. (2018). Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.016>
- Machado, D. M. E., Castaño, M. J. P., Medina, M. D. A., Castro, R. A., González, M. A., & Machado, A. J. E. (2018). Drugs with Anticholinergic Potential and Risk of Falls with Hip Fracture in the Elderly Patients: A Case–Control Study. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 31(2), 63-69. [10.1177/0891988718757370](https://doi.org/10.1177/0891988718757370)
- Malacas, C., Alfaro, P., & Hernández, R. M. (2020). Factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes de nivel secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 20(2), 20-27. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i2.481>
- Margono, H. M. (2020). Psychosocial factor analysis with the levels of drug use in adolescents. *EurAsian Journal of BioSciences*, 14(1), 2479-2484.
- Martín, A. B. B., Martínez, Á. M., Márquez, M. D. M. S., Fuentes, M. D. C. P., Jurado, M. D. M. M., & Linares, J. J. G. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación

- con la familia. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 4(1),49-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761692>
- Martínez, F. V. (2020). *Rasgos de personalidad predictores del consumo de drogas en adolescentes. Un estudio longitudinal*. (Master en Psicología General; Universitas Miguel Hernández). [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5979/1/Mart% c3% adnez- Fern% c3% a1ndez\\_TFM.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/5979/1/Mart%c3%adnez-Fern%c3%a1ndez_TFM.pdf).
- Martínez, M. K. I., Salazar, G. M. L., Pedroza, C. F. J., Ruiz, T. G. M., & Ayala, V. H. E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1218](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1218)
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Medina, M. E. G., Facundo, F. R. G., Cortez, J. G. A., Castillo, M. A., & da Silva, E. C. (2017). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(88), 1. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/885>
- Menezes, A. L. C., & Pereira, A. R. (2019). Occupational performance of adolescents drug users. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27, 754-764. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1885>
- Melo, H. D. S., & Jaimes, V. M. L. (2015). Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 118-131. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a09.pdf>

- Mennis, J., Mason, M., Light, J., Rusby, J., Westling, E., Way, T., ... Flay, B. (2016). Does substance use moderate the association of neighborhood disadvantage with perceived stress and safety in the activity spaces of urban youth?. *Drug and Alcohol Dependence*, 165, 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.06.019>
- Mondragón, G. L. E., Velasco, M. P. W., & Bonilla, T.C. I. (2017). Caracterización del consumo de sustancias y su asociación con otras variables psicológicas. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(2), 49-60. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/67167>
- Morales, C. M., Duarte, M., Barceló, J. G., Báez, P., González, G., & Sosa, C. (2016). Consumo de tabaco, alcohol y marihuana según autodeclaración en mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell (mayo 2013-abril 2014). *Revista Médica del Uruguay*, 32(4), 234-241. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n4/v32n4a02.pdf>
- Morales, G. A., Galera, S. A. F., Reyes, A. T., Aguila, S. D. R. G., de Avila Arroyo, M. L., & Castillo, F. A. M. (2017). Factores de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes estudiantes. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 13(1), 22-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80349973004>
- Moreta, H. R., Mayorga, L. M., León, T. L., & Ilaja, V. B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1). <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/89930908/pdf>
- Mosqueda, D. A., & Ferriani, M. D. G. C. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de

Valparaíso, Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 789-795.

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700017>

Muñoz, A.R. E. (2019). *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes 2018-2019* (Master's thesis).

<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6740/1/UPSE-MDR-2022-0028.pdf>

Muñoz, J. M., & Orozco, J. B. (2018). Resiliencia y consumo de drogas. un estudio en jóvenes costarricenses. *Revista de Ciencias Sociales*, (159).

<https://www.redalyc.org/journal/153/15358736008/15358736008.pdf>

Murillo, C.L., & Miasso, A. I. (2011). Visión de jóvenes Costarricenses, de zonas rurales, en un programa de rehabilitación, sobre el consumo de drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 796-803.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/BGfwjG4RD3JRTQrFN8xvqyK/?lang=es&format=pdf>

Noh-Moo, P. M., Ahumada, C. J. G., Valdez, M. C., Gámez, M. M. E., & López, C. M. A. (2020). Violencia filio parental y su relación con el consumo de drogas en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 6(1), 34–44.

<https://doi.org/10.28931/riiad.2020.1.05>

Ojo, M., Akintoyese, O., Adenibuyan, P., Adegbohun, A., & Abiri, K. (2013). Relationship between poor self-esteem and adolescent substance use. *National Institute on drug abuse*.

<https://nida.nih.gov/international/abstracts/relationship-between-poor-self-esteem-adolescent-substance-use>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud del adolescente y el joven adulto*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

- Oroian, R. F., Nemeş, B., & Cozman, D. (2018). Risk and resilience factors for adolescent drug use in Romania. *Psihiatru. ro*, 54(3). [10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01741.x)
- Orte, C., Ballester, L., Amer, J., & Vives, M. (2017). Género y cambio de actitudes ante el consumo de drogas. Los efectos del Programa de Competencia Familiar con adolescentes (12-14 años). *Universitas Psychologica*, 16(4), 234-245. <https://www.redalyc.org/journal/647/64753569021/64753569021.pdf>
- O'Brien, F., & Gormley, M. (2016). Risk-perception and dangerous driving among adolescents: Outcome-and behavior-focused questions yield opposite results. *Journal of Adolescence*, 52, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.010>
- Osorio, A. G., Rosero, M. Y. T., Ladino, A. M. M., Garcés, C. A. V., & Rodríguez, S. P. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
- Öztaş, D., Kalyon, A., Ertuğrul, A., Gündoğdu, Ç., Balcıoğlu, H., Sağlan, Y., ... & Karahan, S. (2018). Evaluation of risk factors affecting substance use among tenth-grade students. *BioMed research international*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/1407649>
- Ozuna, E. M. S. (2018). *Modelo sobre la transición del consumo de drogas legales a drogas ilegales en jóvenes consumidores y no consumidores de Nuevo León* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/16833/>
- Pandian, R. D., & Lakshmana, G. (2017). Risk and resilience factors for substance use among street adolescents: Assessment and development of an integrative model. *Asian Social Work and Policy Review*, 11(3), 216-233. <https://doi.org/10.1111/aswp.12127>

- Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Peláez, P. O. L. (2018). Relación entre pautas de crianza y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. (Tesis Maestría en Psicología Clínica, Universidad Nacional de Colombia). <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/4971/3/DDEPCEPNA92.pdf>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice Seventh Edition ISBN 978-0-13-310876-7—ISBN 0-13-310876-7.
- Penna, L. H. G., Ribeiro, L. V., De Almeida, R.K. Á., de Oliveira, F. F., & Guedes, C. R. (2016). Empoderamento de adolescentes femininas abrigadas: saúde sexual na perspectiva do Modelo Teórico de Nola Pender [Empowerment of female adolescents at shelters: sexual health in terms of the Theoretical Model of Nola Pender]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), 27403. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.27403>
- Pérez, C. V. E. (2012). *Religiosidad, actitud del consumo de alcohol y consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/3147/>
- Pérez, V., Velázquez, M., Villanueva, A., Sánchez, L. M., & Fernández, M. (2015). Percepción y significación de jóvenes excluidos del contexto escolar o laboral y consumo de sustancias psicoactivas. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 16(1). <https://www.redalyc.org/pdf/839/83943611002.pdf>
- Petrou, S., & Kupek, E. (2019). Epidemiological trends and risk factors for tobacco, alcohol and drug use among adolescents in Scotland, 2002–13. *Journal of Public Health*, 41(1), 62-70. [10.1093/pubmed/fdy006](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy006)

- Pritzker, S., & Minter, A. (2014). Measuring adolescent resilience: An examination of the cross-ethnic validity of the RS-14. *Children and Youth Services Review, 44*, 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.022>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Reboussin, B. A., Ialongo, N. S., Green, K. M., Furr-Holden, D. M., Johnson, R. M., & Milam, A. J. (2019). The impact of the urban neighborhood environment on marijuana trajectories during emerging adulthood. *Prevention science, 20*(2), 270-279. [10.1007/s11121-018-0915-4](https://doi.org/10.1007/s11121-018-0915-4)
- Reyes, M. F., & Khenti, A. (2019). Percepción de daños y beneficios de la marihuana y su relación con la intención de uso y consumo en adolescentes colombianos. *Texto & Contexto - Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-15-8>*
- Rizwan, M., Malik, S., Malik, N. J., & Siddiqui, R. S. (2017). Urdu Rosenberg self-esteem scale: an analysis of reliability and validity in Pakistan. *Sociol Int J, 1*(2), 00010.
- Rodríguez, P. L., Navarro, P.O E. I., Leija, M. A., Martínez, A.J. M., Pacheco, A.P. L., & Alonso, C. M. M. (2019). Espiritualidad y consumo de alcohol en alcohólicos anónimos, una revisión sistemática. *Health & Addictions/Salud y Drogas, 19*(2).
- Rodríguez, D. M.D., Costa, D. T., De Araujo, G. S. D. A., Brandão Neto, W., Veríssimo, A. V. R., & Aquino, J. M. D. (2021). Factores asociados al consumo de drogas por adolescentes escolares. *Index de Enfermería, 30*(1-2), 24-28. <https://medes.com/publication/165364>
- Rodríguez, S. y Enrique H., C. (2007). Validación argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate, 7*, 155-168.

- Rodríguez, O., Nelly, N., Loa Martínez, H., Alonso Castillo, M. M., López García, K. S., & Angélica, A. G. N. (2018) Religiosidad, Espiritualidad Y Consumo De Alcohol En Estudiantes De Preparatoria.(Tesis Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/19751/1/1080314325.pdf>
- Rosenberg, M. (2015). Society and the adolescent self-image. *Princeton university press*.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. *Princeton university press*.
- Rueda, J. G. E., Rangel, M. V. A. M., López, P. A. C., & Duarte, P. E. (2011). Factores asociados al uso de sustancias ilícitas en adolescentes escolarizados. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 38-48. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619286003.pdf>
- Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 33-40. [10.1016/j.semerg.2019.06.001](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.06.001)
- Sánchez, S. J. C., Villarreal, G. M. E., Guerrero, M. E. Á., Jiménez, A. V., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78. <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179830185008.pdf>
- Sánchez, C. E. P., Gaibor, M. P. A., Cruz, R. E. B., Chuquimarca, R. C., & Armijo, J. A. V. (2018). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de la parroquia camilo ponce de la ciudad de babahoyo. *Revista Magazine de las Ciencias*. ISSN 2528-8091, 3(3), 51-72. <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/magazine/article/view/577>
- Sánchez, T. D., & Robles, B. M. A. (2015). Escala de resiliencia 14 ítems (RS-14): propiedades psicométricas de la versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y*

*Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113.

<https://www.redalyc.org/comocitar.ou?id=459645432011>

Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(2), 173-182.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>

Santos, A. D. S., Viana, M. C. A., Chaves, E. M. C., Bezerra, A. D. M., Gonçalves Júnior, J., & Tamboril, A. C. R. (2018). Tecnología educacional basada en Nola Pender: promoción de la salud en adolescentes. *Revista Enfermagem*. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22609p582-588-2018>

Saravia, J. C., Gutiérrez, C., & Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355003.pdf>

Schinke, S., Schwinn, T., Hopkins, J., & Wahlstrom, L. (2016). Drug abuse risk and protective factors among Hispanic adolescents. *Preventive medicine reports*, 3, 185-188. [10.1016/j.pmedr.2016.01.012](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.01.012)

Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., & Bridgette, T. (2016). Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample. *Substance abuse*, 37(4), 564-570. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1154495>

Scoppetta, O., & Ortiz Garzón, E. (2021). Modelos Ecológicos del Desarrollo aplicados al consumo de drogas ilícitas: una revisión sistemática. *Psicología desde el Caribe*, 38(2), 167-188. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v38n2/2011-7485-psdc-38-02-167.pdf>

- Segrin, C., McNelis, M., & Swiatkowski, P. (2016). Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model. *Human Communication Research*, 42(1), 122-137. <https://doi.org/10.1111/hcre.12070>
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html)
- Secretaría de Salud. (2019). Medidas Sanitarias COVID19. Recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/>
- Stappenbeck, C. A., Hassija, C. M., Zimmerman, L., & Kaysen, D. (2015). Sexual assault related distress and drinking: The influence of daily reports of social support and coping control. *Addictive behaviors*, 42, 108-113. [10.1016/j.addbeh.2014.11.013](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.013)
- Taunay, T. C., Cristino, E. D., Machado, M. O., Rola, F. H., Lima, J. W. O., Mac`do, D. S., & Carvalho, A. F. (2012). Development and validation of the intrinsic religiousness inventory (IRI). *Rev Brasileira Psiquiatria*, 34; 76-81. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000100014&script=sci_arttext)
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Tapia, M. G. M., & Khenti, A. (2019). Perception of damage and benefits associated to the use of marijuana in adolescents, Viña del Mar, Chile. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-13-5>
- Tena, S.A., Castro, G., Marina, N.R., Gómez, R. P., & Gómez, M.R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna*

*de México*, 34(4) ,264-277.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662018000200008&lang=pt](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200008&lang=pt)

Tingey, L., Cwik, M. F., Rosenstock, S., Goklish, N., Larzelere-Hinton, F., Lee, A., Suttle R., Trujillo, G.T. J., Vázquez, C. E., & Córdova, S. J. A. (2016). Percepción de la funcionalidad familiar y el consumo de alcohol en adolescentes. *Atención Familiar*, 23(3), 100-103.

Trujillo, K. L. G., & Pérez, C. L. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y salud*, 27(2), 141-153.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2530/4412>

Trujillo, C. A. M. (2008). Percepción de riesgo, estrés y consumo de drogas. Estudio transcultural entre adolescentes de Barcelona y Bogotá. *Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca*. <http://hdl.handle.net/2072/7289>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *Informe mundial sobre las drogas*. UNODC. <https://wdr.unodc.org>

Uribe, A.O.L., & Gómez E. (2012) Bulling, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psychologia Avances de la disciplina* 2012; 6.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862012000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000200008)

Uribe, A. J. I., Verdugo, L. J. C., & Zacarías, S. X. (2011). Relationship between risky perception and drug consumption in high-school students. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.

<https://doi.org/10.25009/pys.v21i1.586>

- Valencia, J., Gutiérrez, J., Troya, J., González-Baeza, A., Dolengevich, H., Cuevas, G., & Ryan, P. (2018). Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: Datos desde un screening comunitario de VIH. *Revista Multidisciplinar del sida*, 6(13), 7-19. <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/consumo-de-drogas-recreativas-y-sexualizadas-en-varones-seronegativos-datos-desde-un-screening-comunitario-de-vih/>
- Vázquez, F.M. E., Muñoz, M. M. F., Fierro, U. A., Alfaro, G. M., Rodríguez, C. M. L., & Rodríguez, M. L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría Atención Primaria*, 16(62), 125-134. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16n62/original3.pdf>
- Vázquez, A. L., Domenech, R. M. M., Schwartz, S., Amador, B. N. G., Bustos, G. M. N., Gutiérrez, L. M. D. L., & Villatoro, V. J. A. (2019). Early adolescent substance use in a national sample of Mexican youths: Demographic characteristics that predict use of alcohol, tobacco, and other drugs. *Journal of Latinx psychology*, 7(4), 273. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/lat0000128>
- Valadez, G. J. A., & Oropeza, T. R. (2020). Evaluación de la intervención preventiva para estudiantes adolescentes en riesgo (IPEA-R) en estudiantes de secundaria. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 20(2).
- Velázquez, J. A. V., Icaza, M. E. M. M., Del Campo, S. R. M., Ito, D. A. F., Gamiño, M. N. B., Escobar, E. R., ... & Martínez, V. C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193-203.
- Villatoro, V. J. A., Medina, M.I M. E., del Campo, S. R. M., Fregoso, I. D. A., Bustos, G. M. N., Reséndiz, E. E., ... & Cañas, M. V. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de

- México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193-203.  
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58246494002.pdf>.
- Villatoro, J. A., Bustos, M. N., Fregoso, D. A., Bautista, C. F., López, M. D. L. G., Buenabad, N. G. A., & Medina-Mora, M. E. (2017). Contextual factors associated with marijuana use in school population. *Salud mental*, 40(3), 93-102.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (2), 105-113
- Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 106. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wu, C. S., Wong, H. T., Shek, C. H., & Loke, A. Y. (2014). Multi-dimensional self-esteem and substance use among Chinese adolescents. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 42. <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-9-42>
- Wu, T. Y., & Pender, N. (2002). Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: an application of the health promotion model. *Research in nursing & health*, 25(1), 25-36. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.10021>
- Zambrano, G.R. L. (2017). *Sentido de la vivencia de abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas en un adolescente* (Master's thesis, Universidad del Norte).

Zamora, P. M., Reyes Rodríguez, M. F., Cardozo Macías, F., Brown, E. C., Pérez Gómez, A., Mejía Trujillo, J., ... & Aguilar, M. P. (2020). Adolescent substance use and its association with risk and protective factors. An exploratory analysis of the large-scale school survey of Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *adicciones*, 32(2).

## Apéndice A

### Cédula de datos personales y prevalencia de consumo de drogas ilícitas

**Instrucciones:** A continuación se te harán algunas preguntas sobre tus datos personales y tu consumo de drogas ilícitas, por favor contesta lo más apegado a tu situación

Te recuerdo que toda la información es confidencial.

#### I. Datos personales

1.- Edad (años cumplidos) \_\_\_\_\_

2.-Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )

3. Actualmente con quien vives

	Ambos padres
	Solo con mi madre
	Solo con mi padre
	Con mi madre y su pareja
	Con mi padre y su pareja
	Con otra persona

4.- ¿Que religión prácticas? \_\_\_\_\_

5.- ¿Cuántas horas a la semana dedicas a asistir a servicios religiosos? \_\_\_\_\_

Nivel de estudios:

	Primaria
	Secundaria
	Bachillerato

Trabajas actualmente Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_.

## II. Historial de Consumo de Drogas Ilícitas (HC)

¿Has usado alguna vez en la vida una o más de las siguientes sustancias?	¿A qué edad iniciaste el consumo de drogas?		¿En el último año has Consumido?		¿En los últimos 30 días?		En los últimos 30 días ¿Cuántos días has consumido?	
	Si	No	Si	No	Si	No		
Marihuana	Si	No		Si	No	Si	No	
Cocaína	Si	No		Si	No	Si	No	
Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Si	No		Si	No	Si	No	
Inhalantes (pagamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Si	No		Si	No	Si	No	
Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Si	No		Si	No	Si	No	
Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Si	No		Si	No	Si	No	
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Si	No		Si	No	Si	No	
Otras, especifique:	Si	No		Si	No	Si	No	

## Apéndice B

### Escala de autoestima de Rosenberg

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Ítems	1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Totalmente en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1	2	3	4
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1	2	3	4
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1	2	3	4
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1	2	3	4
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1	2	3	4
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

## Apéndice C

### Escala de resiliencia de 14-items (ER-14)

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

<b>Haga un círculo en la respuesta adecuada</b>	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1.Normalmente me las arreglo de una u otra manera	1	2	3	4	5	6	7
2.Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3.En general me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4.Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5.Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7.No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8.Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9.Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10.Puedo encontrar, generalmente, algo sobre que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11.La seguridad en mí mismo me ayuda en momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia soy alguien en que la gente puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7

## Apéndice D

### Inventario de religiosidad (IR)

Instrucciones: Queremos conocer un poco sobre su religiosidad, por lo tanto, le pido; (a) leer cada oración y marcar con una X la respuesta que se apegue más a su realidad, (b) responda el cuestionario utilizando la siguiente numeración.

<b>Nunca / nada</b>	<b>Raramente / poco</b>	<b>Ocasionalmente / regular</b>	<b>Frecuentemente / mucho</b>	<b>Siempre / Extremadamente</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
¿Crees en la existencia de Dios / Ser Supremo?	1	2	3	4	5
¿Qué tan importante es para ti la religión?	1	2	3	4	5
¿Tu religión es una fuente de bienestar para ti?	1	2	3	4	5
¿Tu creencia religiosa le da sentido y propósito a tu vida?	1	2	3	4	5
¿Tu religión es una parte importante de ti?	1	2	3	4	5
¿Tu creencia religiosa es una fuente de inspiración?	1	2	3	4	5
¿Qué tan importante es tu relación con Dios / Ser Supremo?	1	2	3	4	5
¿Crees en la fuerza de tus oraciones?	1	2	3	4	5
¿Crees en los milagros?	1	2	3	4	5
¿Dios / Ser Supremo es una fuente de beneficios para tu vida y la de los demás?	1	2	3	4	5

## Apéndice E

### Escala de percepción de riesgo

**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con el consumo de drogas. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a lo que pienses basándote en las siguientes situaciones y cada respuesta va del 1 al 7.

1. ¿Hasta dónde los riesgos asociados al consumo de drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas) son conocidos por las personas de tu edad?	1. No se conoce mucho el riesgo	2	3	4	5	6	7. Se conoce mucho el riesgo
2. ¿Hasta qué punto los riesgos o daños asociados con el consumo de drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas) producen miedo a personas de tu edad?	1. No produce ningún miedo	2	3	4	5	6	7. Producen mucho miedo
3. Si consumieras drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas) ¿hasta qué punto crees que estarías personalmente en riesgo de ser herido o enfermarte?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
4. Si alguno de tu edad consumiera drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas), ¿hasta qué punto crees que él o ella estaría en riesgo de hacerse daño o enfermarse?	1. En mucho riesgo	2	3	4	5	6	7. En ningún riesgo
5. Si consumieras drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas), ¿hasta qué punto te dará placer u otros beneficios?	1. Muy pocos	2	3	4	5	6	7. Muchos
6. ¿Hasta qué punto sientes presión de tus amigos para que consumas drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas)?	1. Ninguna presión	2	3	4	5	6	7. Mucha presión
7. ¿Hasta dónde las personas que consumen drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas) son admiradas por sus amigos?	1. Para nada admiradas	2	3	4	5	6	7. Muy admiradas
8. ¿Hasta dónde una persona de tu edad evita consumir drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas)?	1. Lo evita por completo	2	3	4	5	6	7. No lo evita en absoluto
9. Si quisieras consumir drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas) ¿con qué facilidad podría hacerlo?	1. Para nada fácil	2	3	4	5	6	7. Extremadamente fácil

## Apéndice F

### Cuestionario de confianza situacional

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

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

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

drogas creo que voy a sentirme alerta.					
14. Si tuve problemas con mis compañeros de la escuela o amigos.					
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien.					
<b>Voy a estar seguro/segura de que resisto ingerir alcohol, tabaco u otra droga</b>	<b>Seguro que no podría</b>	<b>No podría</b>	<b>A veces sí podría</b>	<b>Si podría</b>	<b>Seguro que sí podría</b>
16. Si todo va saliendo bien					
17. Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol					
18. Si quiero celebrar con un amigo					
19. Si paso por la esquina donde se reúnen a fumar y tomar o drogarse					
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol, tabaco u otra droga y siento que puedo probarme con un trago					
21. Si me siento enojado porque todo me sale mal					
22. Si otras personas me tratan injustamente					
23. Si me siento enfermo					
24. Si las presiones están aumentando en la escuela					
25. Si alguien me critica					
26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice					
27. Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor.					
28. Si voy a una quinceañera y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol					

29. Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar, fumar o probar otra droga					
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas.					
31. Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.					
32. Si me siento con muchas presiones familiares.					
33. Si siento con indigestión (pesadez estomacal).					
34. Si no me llevo bien con mis compañeros de clase.					
35. Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (nervioso).					

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

## Apéndice G

### Escala de afecto positivo y negativo para adolescentes (PANASN)

A continuación, aparecen una serie de palabras que describen sentimientos y emociones que me produce el consumir dogas. Lea cada palabra e indique con un círculo la intensidad con que siente cada uno de los 20 sentimientos **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Conteste lo más sinceramente posible.

1	2	3	4	5
Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Interesado/a	1	2	3	4	5
Tenso/a	1	2	3	4	5
Estimulado/a	1	2	3	4	5
Disgustado/a	1	2	3	4	5
Motivado/a	1	2	3	4	5
Culpable	1	2	3	4	5
Asustado/a	1	2	3	4	5
Hostil	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Orgullosa/a	1	2	3	4	5
Irritable	1	2	3	4	5
Alerta	1	2	3	4	5
Avergonzado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Nervioso/a	1	2	3	4	5
Decidido/a	1	2	3	4	5
Atento/a	1	2	3	4	5
Miedoso/a	1	2	3	4	5
Activo/a	1	2	3	4	5
Atemorizado/a	1	2	3	4	5

## Apéndice H

### Cuestionario de apoyo social (MOS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5

17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18. Alguien con quién divertirse	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19. Alguien que comprenda sus problemas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## Apéndice I

### Carta de Asentimiento

---

**Título de proyecto: Modelo Explicativo del No Consumo de Drogas en Adolescentes de Zonas Marginales del Estado de Chihuahua**  
**Autores/Estudiantes: M.E. Claudia Yanet Fierro Herrera**  
**Director de Tesis/Asesor (si aplica): Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo**

Mi nombre es M.E Claudia Yanet Fierro Herrera, soy estudiante del Doctorado en Enfermería de la Facultad de la Enfermería de la UANL.

El problema de consumo de drogas ilícitas en adolescentes, es un problema de salud pública que está relacionado con altos índices de incapacidad, pérdida de memoria y dificultad en el aprendizaje, que afectan al rendimiento escolar. Aumento del apetito, ansiedad y disminución del sistema inmunitario.

Actualmente estamos realizando un estudio para conocer algunos aspectos relacionados con el no consumo de drogas ilícitas en adolescentes que viven en zonas urbanas marginales, el cual se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado

#### **Propósito del Estudio**

Proponer un modelo explicativo de la conducta promotora del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua. La información que proporcione será confidencial y anónima.

#### **Tu participación en el estudio consistiría en:**

- Contestar unos cuestionarios auto-aplicados, relacionados con el consumo de drogas ilícitas, con una duración aproximada de 30 minutos.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporciones y/o mediciones que se realicen nos ayudarán al desarrollo de programas de prevención para el consumo de drogas ilícitas en adolescentes.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas y/o resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_.

## Apéndice J

### Consentimiento de Padres

---

**Título de proyecto: Modelo Explicativo del No Consumo de Drogas en Adolescentes de Zonas Marginales del Estado de Chihuahua.**

**Autores/Estudiantes: M.E. Claudia Yanet Fierro Herrera**

**Director de Tesis/Asesor (si aplica): Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo**

**Estimado(a) Señor/Señora:**

**Introducción/Objetivo:**

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos (para la acreditación de un curso o la obtención de un grado de Doctorado. El objetivo del estudio es proponer un modelo explicativo de la conducta promotora del no consumo de drogas ilícitas en adolescentes de zonas urbanas marginales del Estado de Chihuahua. El estudio se está realizando en diversas colonias del Sur de la Ciudad de Chihuahua, Chih. La información que proporcione será confidencial y anónima.

**Procedimientos:**

Si usted acepta que su hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

**A su hijo(a)** se le aplicarán unos cuestionarios auto-aplicados, relacionados con el consumo de drogas ilícitas, con una duración aproximada de 45 minutos. Le aclaramos que las entrevistas serán realizadas por personal capacitado.

**Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:**

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted ni su hijo, recibirán ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

**Beneficios:** Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando para el desarrollo de programas de prevención para el consumo de drogas ilícitas en adolescentes.

**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 continuar en la investigación, se puede retirar la participación de mi hijo (a) en el momento que usted así lo decidiere.

**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 su 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.

**Compensación:** No se dará ninguna compensación por participar en el estudio, sin embargo, estará colaborando el desarrollo de programas de prevención para el consumo de drogas ilícitas en adolescentes.

**Participación Voluntaria/Retiro:**

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

**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 correo electrónico de [cyfierro@uach.mx](mailto:cyfierro@uach.mx), el cual estará disponible las 24 horas del día en caso de que desee contactar al Presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. En un horario de 9:00 a 16:00 horas o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: [investigación.fae@gmail.com](mailto:investigación.fae@gmail.com). Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar).

**Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)**

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

Relación con el menor participante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Dirección

---

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Firma del Testigo 2:

---

Dirección

---

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
manutención  
Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

---

## **Resumen Autobiográfico**

**M.E. Claudia Yanet Fierro Herrera**

**Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencia de Enfermería**

**Tesis:** Modelo Explicativo del No Consumo de Drogas en Adolescentes de Zonas Marginales del Estado de Chihuahua

**LGAC:** Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

**Biografía:** Nacida en Chihuahua, Chihuahua, el día 5 de Febrero de 1981, hija del Sr. Bartolo Fierro Ogaz y la Sra. Luz Elena Herrera Jáuregui.

**Educación:** Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, generación 2000-2004. Egresada de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua, generación 2012-2014.

### **Experiencia Personal:**

Enfermera Especialista de Hospitales Star Médica

Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Jefe del área de seguimiento de egresados de Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Instructor del Ciencia del Cuidado Humano de la Dra. Jean Watson, con el enfoque en la aplicación de los proceso caritas en áreas clínicas.

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau, Internacional, Capítulo Tau Alpha desde el 2020.

**Correo electrónico:** [cyfierro@uach.mx](mailto:cyfierro@uach.mx)