



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis

*“Factores Personales, Barreras y Consumo de Alcohol y Tabaco
en Estudiantes de Preparatoria”*

Presenta:

LE. Berenice Cruz Martínez

Para obtener el título de Maestría en Enfermería

Octubre 2016



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis

*“Factores Personales, Barreras y Consumo de Alcohol y Tabaco
en Estudiantes de Preparatoria”*

Presenta:

LE. Berenice Cruz Martínez

Director de Tesis:

MA. María Teresa Lidia Salazar Peña

Para obtener el título de Maestría en Enfermería

Octubre 2016

Tesis: Factores Personales, Barreras y Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Preparatoria
Número de registro: SIEP/ME/013/2016

Jurado de Examen de Grado

MA. María Teresa Lidia Salazar Peña
Presidente

MCE. Graciela Arrijo Morales
Secretario

MCE. María de la Luz Bonilla Luis
Vocal

MCE. María Luz de Ávila Arroyo
Vocal

MA. María Teresa Lidia Salazar Peña
Directora de Tesis

MCE. María de la Luz Bonilla Luis
Directora

MCE. Graciela Arrijo Morales
Secretaria de Investigación y Estudios de
Posgrado

Octubre 2016

Agradecimientos

A Dios

Gracias por ser mi guía en cada paso de hoy, por tantas bendiciones, por permitirme experimentar y aprender de esta maravillosa vida, por cada una de las personas que pones en mi camino, por darme fortaleza, entendimiento y sabiduría para cumplir con otro más de mis grandes sueños.

A mi padre

Porque siempre estás aquí para escucharme, porque crees en mí, porque eres uno de mis maestros de vida, porque me permites pasar tiempo contigo y aprender de tu gran experiencia, por demostrarme siempre ese amor tan grande que tienes hacia mí, porque gracias a ti soy lo que soy ahora, porque simplemente soy el reflejo de ti.

A mis hermanos y sobrinos

Por sus consejos, su infinito amor y apoyo incondicional, porque a pesar de la distancia hemos siempre tratado de seguir con ese lazo tan fuerte de unión familiar en forma de “amor”, porque son mi orgullo y mi motivación de vivir, porque cada día que pasa puedo confirmar lo maravillosos que son como seres humanos, porque ustedes hacen que todo valga la pena.

A mi gran amor y compañero de vida (Alberto)

Porque llegaste a mi vida en el momento preciso, porque me has permitido aprender de ti, de tus cualidades y virtudes, porque con tu forma de ver la vida has cambiado la mía, porque siempre encuentras una forma para tranquilizarme, porque con tus ocurrencias haces que cada día sea un día especial, porque me has permitido crecer profesional y personalmente, porque contigo he aprendido a disfrutar de esta maravillosa vida y porque he decidido pasar contigo el resto de mi vida.

A mis maestros de vida (Lucía Martínez, José Luis Gómez, Margarita Bello y Ninel Campa)

Por permitirme aprender de su gran experiencia, por todas las enseñanzas, consejos, regaños, bendiciones y lágrimas, por ser mis ejemplos de vida, porque cada uno de ustedes ha marcado mi vida, porque nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mí, por el tiempo que me han regalado, porque sé que su amor es y será incondicional.

A mis amigos

Porque sé que una amistad se da cuando existen dos o más personas se demuestra el cariño en cada momento, gracias por permitirme entrar en sus vidas, por todos los ratos de alegría, por todas las aventuras que hemos vivido, por estar ahí cuando los necesito, porque a pesar de la distancia encuentran la forma hacer mi vida más feliz, porque espero poder seguir compartiendo con ustedes momentos inolvidables durante mucho más tiempo.

Resumen

Berenice Cruz Martínez
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: octubre de
2016

Título: “Factores Personales, Barreras y
Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de
Preparatoria”

Candidato para el Grado de
Maestría en Enfermería

Número de páginas: 62

Área de Estudio: Enfermería Clínica

El **propósito** de la investigación fue identificar la relación entre el consumo de alcohol y tabaco y las variables, autoestima, funcionalidad familiar y barreras en estudiantes de preparatoria bajo el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, del cual, fueron seleccionados algunos conceptos. **Método:** el diseño fue descriptivo correlacional; la muestra fue de 355 estudiantes de preparatoria con edades de entre 14 y 19 años; el muestreo fue probabilístico aleatorio estratificado, se determinó el tamaño de la muestra con el análisis de potencia, se estimó con un nivel de confianza de 95%, un límite de error de 5%, con un poder probabilístico de .15 y una potencia de .80 dando una muestra de total de 334 estudiantes de preparatoria, se incrementó el 10 por ciento, quedando una muestra final de 363 participantes. Los **instrumentos** aplicados fueron una Cedula de Factores Personales donde se registró la edad en años cumplidos, el sexo, el grado escolar y el turno, y cuatro instrumentos más: cuestionario de autoestima de Rosenberg, APGAR familiar, balance decisional de Maddock y AUDIT. **Contribuciones y conclusiones:** el estudio permitió identificar una relación negativa y significativa de la autoestima con la funcionalidad familiar, se confirma que, a mayor edad, mayor es el consumo de dichas sustancias, por su parte, los niveles bajos de autoestima prevalecieron y se confirma que ésta juega un papel muy importante para que el adolescente desarrolle habilidades y conductas saludables, además la funcionalidad familiar puede identificarse como una oportunidad de cooperación y unión lo que permite ayudarlos a enfrentarse a nuevos cambios. Por otro lado, las barreras para el consumo de alcohol son percibidas por los adolescentes, sin embargo, esto no les impide la ingesta de esta sustancia.

Firma de la Director de Tesis: _____

Tabla de contenido

	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Importancia del estudio	5
1.3 Marco teórico-conceptual	6
1.3.1 Ubicación del problema de investigación en el marco teórico	10
1.3.2 Estructura conceptual teórico empírica	10
1.4 Estudios indirectamente relacionados	10
1.5 Definiciones de términos	15
1.6 Objetivo general	17
1.7 Objetivos específicos	17
Capítulo II	18
Metodología	18
2.1 Diseño del estudio	18
2.2 Población, muestra y muestreo	18
2.3 Criterios de selección	19
2.3.1 Criterios de inclusión	19
2.3.2 Criterios de exclusión	19
2.3.3 Criterios de eliminación	19
2.4 Instrumentos de medición	19
2.5 Procedimiento para la recolección de datos	22
2.6 Ética del estudio	22
2.7 Análisis de datos	24
Capítulo III	26
Resultados	26
3.1 Confiabilidad de los instrumentos	26
3.2 Estadísticos descriptivos	27
3.2.1 Descripción de la muestra de estudio	27
3.2.2 Descripción de las variables de estudio	28

Tabla de contenido

	Página
Capítulo IV	42
Discusión	42
4.1 Conclusiones	45
4.2 Recomendaciones	46
Referencias	47
Apéndices	
A. Cédula de Factores Personales Biológicos	50
B. Escala de Autoestima	51
C. Cuestionario de APGAR Familiar	52
D. Barreras para el consumo de alcohol	53
E. Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	54
F. Consentimiento Informado	55
G. Asentimiento informado para el estudiante menor de edad	58

Lista de tablas

	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	26
2. Consistencia interna de los instrumentos	26
3. Factores personales biológicos	27
4. Descripción de instrumentos y prueba de K-S	28
5. Autoestima	28
6. Prevalencia de autoestima	29
7. Funcionalidad familiar	30

Lista de tablas

	Página
8. Nivel de funcionalidad familiar	30
9. Barreras para el consumo de alcohol	31
10. Prevalencia del consumo de alcohol	31
11. Prevalencia del consumo de tabaco	32
12. Tipos de consumo de alcohol	32
13. Prevalencia del consumo de alcohol por edad	33
14. Prevalencia del consumo de alcohol por sexo	33
15. Prevalencia del consumo de alcohol por escolaridad	34
16. Prevalencia del consumo de tabaco por edad	35
17. Prevalencia del consumo de tabaco por sexo	36
18. Prevalencia del consumo de tabaco por escolaridad	37
19. Chi Cuadrada de Pearson para tipo de consumo de alcohol por edad	38
20. Chi Cuadrada de Pearson para tipo de consumo de alcohol por sexo	38
21. Chi Cuadrada de Pearson para tipo de consumo de alcohol por escolaridad	39
22. Correlación de Spearman para edad, autoestima, funcionalidad familiar y barreras para el consumo de alcohol.	40
23. Correlación de Spearman para edad de inicio de consumo de alcohol, barreras para el consumo de alcohol, AUDIT y número de	41

bebidas

Lista de tablas

	Página
24. Correlación de Spearman para edad de inicio de consumo de tabaco, número de cigarrillos, consumo actual de tabaco y prevalencia de consumo de tabaco	41

Lista de figuras

	Página
1. Esquema del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	9
2. Esquema de relación de conceptos	10
3. Derivación conceptual teórico-empírica	10

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema.

El consumo de alcohol y tabaco se considera un problema de salud pública a nivel mundial, las estadísticas indican que mueren 3.3 millones de personas cada año debido al consumo de alcohol y 6 millones a causa del consumo de tabaco, estas cifras indican el impacto que tiene en la persona, familia, grupos o comunidades consumidoras.

Diversos estudios han demostrado que el consumo de tabaco y alcohol, va aumentando considerablemente, debido a que el primer contacto con estas drogas ocurre durante la adolescencia, etapa de crecimiento y desarrollo donde el ser humano se enfrenta a diversos cambios físicos, fisiológicos y emocionales que lo hacen vulnerable y susceptible a la ingesta de estas sustancias (Reynales et al. 2011; Alonso, López, Armendáriz y Guzmán, 2012; OMS, 2012; OMS, 2014).

En México la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), se observa un aumento significativo en el consumo de alcohol en la población adolescente de 12 a 17 años de edad, los resultados del 2008 indicaron un consumo de 35.6%, que para el 2011 pasó a ser de 42.9%, lo cual pone en evidencia que la población adolescente adquiere mayores conductas de riesgo vinculadas al consumo de alcohol en forma progresiva y con tendencia al aumento (Villatoro, et. al., 2011).

Respecto al consumo de tabaco, en el 2008 fue de 25.7% y para el 2011 aumentó a 30%, demostrando que el consumo de esta sustancia va aumentando de manera similar al consumo de alcohol, lo cual hace necesario según la Norma Oficial Mexicana 028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones desarrollar programas para

influir positivamente en la formación integral de los individuos enfocadas a la prevención del consumo de estas sustancias adictivas (Secretaría de Salud [SS], 2009)

A consecuencia de esto, la prevalencia de fumadores activos adolescentes en 2011 fue de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes que consumen esta sustancia (Medina-Mora et al. 2011).

El estado de Puebla se encuentra como uno de los primeros estados con mayores bebedores a nivel nacional y ocupa el segundo lugar en el consumo de drogas legales (1.7%) (Medina-Mora et al, 2011). Con respecto a fumadores adolescentes activos la prevalencia es de 14.6%, lo que origina que Puebla ocupe el tercer lugar en consumo de tabaco a nivel nacional (Villatoro, et al. 2011).

El fenómeno del consumo de drogas ha sido estudiado tradicionalmente con relación a los problemas fisiológicos y se encuentran entre las principales causas de defunción en los adolescentes; de acuerdo a la literatura, las investigaciones que se enfocan a situaciones cognitivas y factores personales que favorecen el problema de adicciones es mínima. Las revisiones sistemáticas publicadas han identificado variables en las que se utilizan diseños experimentales con el propósito de manipular los tipos de consumo con la finalidad de recuperar la salud (Agabio et al., 2015; Thomas y Perera, 2006) sin embargo, variables como la autoestima, la funcionalidad familiar y las barreras para el consumo de alcohol en adolescentes han sido poco estudiadas.

Es aquí donde surge la importancia de describir estas variables como el fenómeno de interés, con variables poco estudiadas para conocer si existen relación con factores biológicos como la edad y el género, psicológicos como la autoestima y socioculturales como la funcionalidad familiar para que los adolescentes inicien a temprana edad el consumo de sustancias adictivas como el alcohol y el tabaco; debido a que esta

población es considerada vulnerable a adoptar conductas no saludables, dado que se ha registrado una alta predisposición a iniciarse en el consumo dichas sustancias.

Asimismo, investigadores han relacionado el consumo de sustancias adictivas a factores sociales, personales y psicológicos donde se ha demostrado que la etapa de la adolescencia, la familia y los pares son considerados como factores predictores a dicho consumo (Cogollo-Milanés y Gómez-Bustamante, 2014).

Por otro lado, la autoestima es comprendida como la percepción subjetiva de una persona sobre sí misma, ha sido estudiada su relación con el consumo de alcohol y tabaco, y ha identificado que las personas que consumen menos tienen mayor autoestima que quienes consumen más. Por lo tanto, en los adolescentes que presentan mayor capacidad de expresar sentimientos positivos hacia sí mismo, presentaran un factor protector que coadyuva al no consumo de sustancias adictivas (Armendáriz, Rodríguez y Guzmán, 2008).

La autoestima influye directamente en el adolescente, en el desarrollo de sus pensamientos, sentimientos, habilidades, creatividad y toma de decisiones. Un individuo con alta autoestima expresa ser una persona valiosa y sin temores. Por el contrario, la baja autoestima favorece la presencia de sentimientos de inseguridad y fomenta comportamientos de riesgo que pueden dañar la salud, como es el caso del consumo de alcohol y tabaco, por lo que es necesario que el adolescente tenga la capacidad para resistir la presión social de consumir dichas sustancias y tomar decisiones saludables (Mejía-Estrada, Pastrana-Chávez y Mejía-Sánchez, 2011).

Por otro lado, dentro de los factores personales que han sido estudiados en relación al consumo de estas sustancias se encuentra la funcionalidad familiar que se refiere al conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas, que

conforman una familia y que se orientan al desarrollo físico y emocional de sus integrantes (Smilkstein, 1978), Zurita y Álvaro (2014) afirman que los adolescentes con disfunción familiar severa presentan valores de alta dependencia de tabaco al igual que el consumo medio y excesivo de alcohol. Así mismo, Delgado-Quiñones y Campo-Guzmán (2015) confirman que existe entre la funcionalidad familiar y la dependencia a la nicotina. Por el contrario, Cogollo-Milanés y Gómez-Bustamante (2014) afirman que no existe relación entre el consumo de tabaco y la funcionalidad familiar, sin embargo, sugieren que la disfuncionalidad familiar actúa como un factor que predispone a los adolescentes a desarrollar conductas adictivas.

Por otra parte, es importante destacar que no existe evidencia suficiente acerca de barreras que limiten el consumo de alcohol, sin embargo, Reyes (2010) afirma que la barrera que los adolescentes han identificado en mayor medida es la imagen, es decir: “ser un mal ejemplo a los otros cuando se bebe alcohol”.

De igual manera, se confirma que la percepción de barreras en adolescentes es baja y prevalece el ser un mal ejemplo a otros, así como consumir te puede hacer adicto y ocasionar problemas con los demás. También se señala que el consumo de alcohol produce consecuencias negativas para la salud a nivel individual, familiar y social, y esta conducta aumenta la posibilidad de experimentar el consumo de otras drogas (Telumbre-Terrero y Sánchez-Jaimes, 2015).

El Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2005) fue el sustencto teóricos del presente estudio sobre en el concepto de barreras, este marco conceptual fue la guía con sus postulados hipotéticos y la interacción que se espera entre las variables. Este Modelo de Promoción de la Salud en sus constructos se identifican los conceptos barreras y beneficios para adoptar o no una conducta de salud. Debido a que los beneficios para el

consumo de drogas han sido más estudiados, el estudio de las barreras fue el punto medular entre estos fenómenos que se pretenden estudiar. De acuerdo a la revisión de la literatura se observa poco conocimiento sobre las variables de interés y como delimitación del estudio en la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre autoestima, funcionalidad familiar, como factores personales psicológicos y socioculturales y las barreras para el consumo de alcohol sobre el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de preparatoria?

1.2 Importancia del estudio.

El problema de las drogas afecta sustancialmente la salud de las personas, su familia y a la comunidad por lo que para contribuir al abatimiento, control y prevención de este problema es necesaria la acción de investigación de enfermería en este fenómeno que pueda aportar conocimiento para que otros investigadores realicen intervenciones, guías de práctica clínica y los profesionales especializados puedan utilizarlo, además de ser orientados. Lo que permite hacer visible la participación de los investigadores de enfermería aportando para comprender más el fenómeno del consumo de drogas en el incremento de las ciencias de la salud. En enfermería tendrá conocimientos para enfocar mejor el cuidado de la salud humana con acciones de empatía por la mejor comprensión de la conducta y las respuestas humanas, cuenta con habilidades y conocimientos para promover en el individuo cambios para el manejo del consumo moderado promoviendo la prevención del consumo de drogas.

Además de que Enfermería es una disciplina cuyo eje central es el cuidado de la persona, familia y comunidad, por lo que es importante, lograr identificar relaciones la autoestima, la funcionalidad familiar, las barreras para el consumo entre el consumo de

alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria. Identificar, describir, y correlacionar estos conceptos para obtener hallazgos que contribuyan a mejorar los procesos de cuidado en personas con conductas no saludables, además de contar con mejores herramientas para complementar la ayuda que se le brinda a las personas que inician con el consumo de dichas sustancias, y contribuir a disminuir la incidencia de adicciones. Cuando otros investigadores tomen estos hallazgos para construir estrategias o propuestas de soluciones con perspectivas nacionales e internacionales (Alonso, López, Armendáriz y Guzmán, 2012).

1.3 Marco teórico-conceptual.

El marco teórico que orientó la estructura del presente estudio es el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2005) y estudios relacionados directa e indirectamente.

El Modelo de Promoción de la Salud es una teoría de mediano rango que trata de explicar las perspectivas de enfermería y las conductas humanas sobre los factores que influyen en la conducta de salud. El modelo está sustentado por la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather de 1982, está integrado por tres constructos principales: características y experiencias individuales, cogniciones y afectos relacionados a la conducta específica y resultado conductual.

El constructo características y experiencias individuales son percibidas como únicas en cada persona y estas afectan las acciones subsecuentes y pueden ser altamente relevantes para una conducta de salud particular. Dicho constructo está constituido por dos conceptos, el primero es, la conducta previa relacionada condicionante de la

conducta actual que se constituye de experiencias anteriores y forman el hábito o repetición de una acción. El segundo son los personales: se dividen en biológicos (edad y el género), psicológicos (autoestima), y socioculturales como la funcionalidad familiar.

El segundo constructo son las cogniciones y afectos específicos de la conducta, constituido por cinco conceptos que son percepción de beneficios de la acción, percepción de barreras de la acción, percepción de auto-eficacia, influencias personales e influencias situacionales. Para esta investigación se utilizarán barreras percibidas para la acción, Pender (2005) ha identificado que existen interacciones que afectan una conducta en particular y su ejecución real, las barreras pueden ser imaginadas o reales, consisten en percepciones de la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción que puede dañar la salud. Las barreras son con frecuencia obstáculos y costos personales para emprender una acción dada. Diversos estudios han identificado que las barreras usualmente despiertan motivos de evasión en relación a una conducta determinada.

Finalmente, el constructo resultado conductual contiene tres conceptos, demandas y preferencias, compromiso para un plan de acción y conducta promotora de salud. Esta última se retomará para el presente estudio, identificándola como el resultado de la acción y está dirigida al logro de los resultados de salud positivos que es en este estudio fue la conducta de salud en el consumo o no consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de preparatoria. Dentro de los factores personales psicológicos y socioculturales las variables: autoestima, funcionalidad familiar y como resultado conductual si hayo no consumo de alcohol y consumo de tabaco y como son éstos..

Autoestima.

Dentro de la literatura existen diversos conceptos de autoestima, Rogers (1967), expresa que la autoestima tiene que ver con la composición de su experiencia, la cual está constituida por percepciones que se refieren al “Yo”, a las relaciones con los demás (no Yo) y con el medio que le rodea (contexto), así como los valores que el sujeto le da a las mismas.

Con base a los estudios de Branden (2005) y Coopersmith (1976), la autoestima se define como la disposición a considerarse competente para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Esta definición considera la evaluación que la persona hace de sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación para tener éxito o no en su vida, su contexto y el significado que él tiene para sí mismo.

Funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar permite que sus miembros combinen sentimientos, comportamientos y expectativas para desarrollarse como individuos y les permite la socialización y el apoyo de los otros. Cuando se presentan problemas o crisis familiares cada integrante de la familia logra tomar su papel, enfrentarse y adaptarse a nuevos cambios para satisfacer diferentes requerimientos, en estos casos la estabilidad y la compatibilidad familiar se mantienen. Por el contrario, en la familia disfuncional los problemas pueden llegar a ser causa de amenaza y no como oportunidad de cooperación y unión (Dulanto, 2004).

Consumo de alcohol.

Según la OMS (2014b) es la auto-administración de cualquier líquido que contiene alcohol, es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia.

Consumo de tabaco.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, se define al consumo de tabaco: como la ingesta de una sustancia tóxica (principalmente la nicotina) que se adquiere para satisfacer la necesidad de los componentes activos de la misma.

En la figura 1 se muestra el esquema del Modelo de Promoción de la Salud.

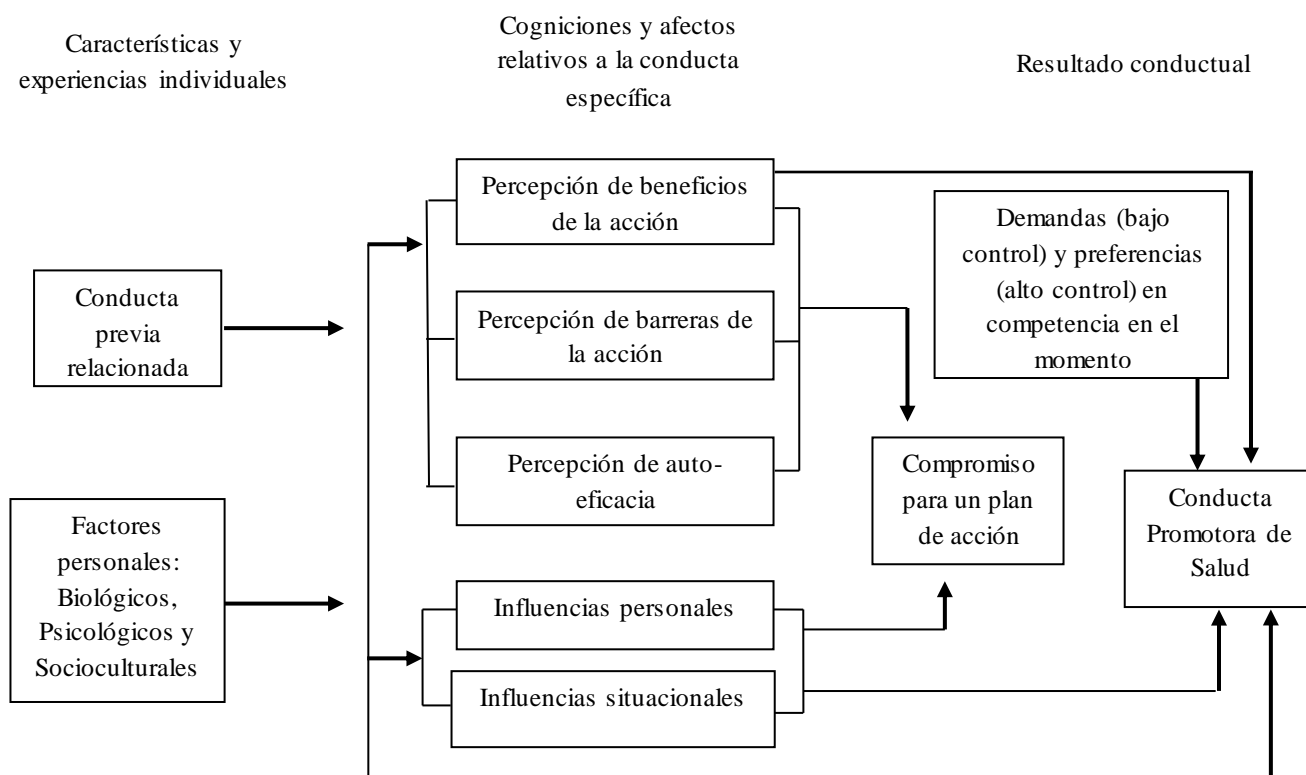


Figura 1. Esquema del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (2001)

En la figura 2 se hace referencia a la ubicación del problema de estudio y la relación entre el consumo de alcohol y tabaco con respecto al autoestima, funcionalidad familiar y barreras, como factores predisponentes para que este fenómeno suceda.

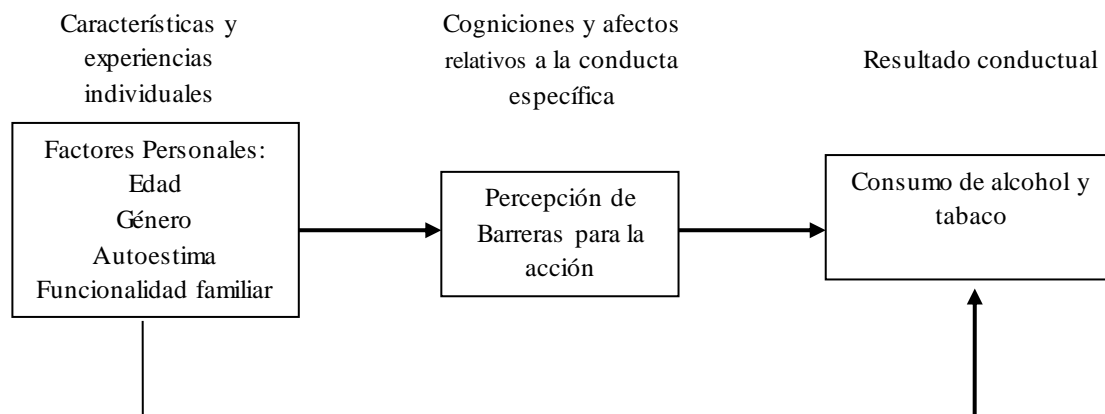


Figura 2. Esquema de relación de conceptos

1.3.1 Estructura conceptual teórico empírica.

En la figura 3 se hace referencia a lo anterior explicado en relación a los constructos teóricos, los conceptos a utilizar y los indicadores empíricos que serán utilizados en el estudio.

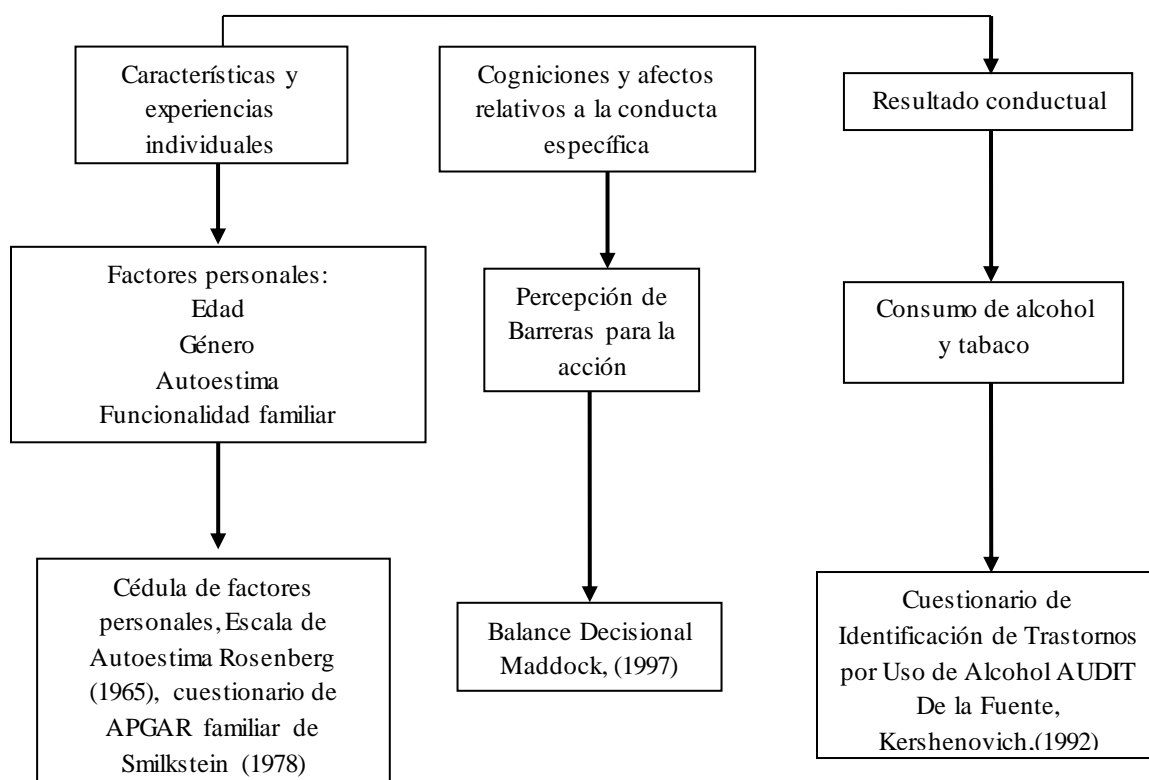


Figura 3. Derivación conceptual teórico-empírica

1.4 Estudios indirectamente relacionados.

En la práctica de una revisión exhaustiva respecto al tema, se encontraron diversas investigaciones que hacen referencia a la situación que viven actualmente los adolescentes, sus diferentes contextos y factores que intervienen en el consumo de drogas.

Autoestima.

Martínez, Pedrao, Alonso, López y Oliva (2008), realizaron un estudio cuyo propósito fue conocer si existe diferencia en el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de área urbana y rural y su relación con la autoestima. El diseño fue descriptivo-correlacional, utilizaron una muestra de 350 estudiantes. En los resultados encontraron una diferencia significativa entre el consumo de tabaco y los estudiantes del área urbana y rural ($U= 7513.50, p =.03$) siendo la media más alta en la zona urbana ($\bar{X} =.35$) que en la rural ($\bar{X} =.14$).

Además, encontraron una relación negativa y significativa de la cantidad de bebidas consumidas en un día típico y la autoestima ($r_s = -.23, p < .001$). Adicionalmente se reportó que los adolescentes que no consumen tabaco ni alcohol reportaron la media más alta de autoestima ($\bar{X} =64.26$) en comparación a aquellos que consumen ambas sustancias ($\bar{X} =52.46$) sin embargo se encontró asociación negativa y significativa con la cantidad de bebidas consumidas y de cigarrillos consumidos en un día típico por los estudiantes de ambas escuelas urbana y rural ($r_s = .23, p < .005$; $r_s = .20, p = < .001$, respectivamente).

Armendáriz et al. (2008), realizaron un estudio cuyos objetivos fueron: 1) conocer el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes del área rural e identificar si existen diferencias entre los consumidores y no consumidores de tabaco y alcohol en relación con la autoestima. El diseño fue de tipo descriptivo y correlacional, se obtuvo una muestra aleatoria de 134 estudiantes de secundaria. En los resultados destacan los adolescentes que han ingerido alcohol alguna vez en la vida (46.3%), en el último año (37.3%) y en el último mes (25.4%). En relación al consumo de tabaco los adolescentes que refirieron haber consumido alguna vez en la vida fueron el 33.6%, en el último año el 17.2% y en el último mes el 6.6%.

Con respecto a la autoestima se presentaron diferencias significativas ($p < .05$) entre los adolescentes que han consumido y no han consumido alcohol alguna vez en la vida, al igual que quienes que han consumido tabaco alguna vez en la vida y los que no han consumido ($t = -2.54$, $p = .012$) presentaron una diferencia significativa, por lo tanto, los que nunca han consumido alcohol ni tabaco presentan mayor nivel de autoestima.

Cogollo-Milanés y Gómez-Bustamante (2014), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del consumo de tabaco y las variables como autoestima y funcionamiento familiar relacionadas con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. El diseño del estudio fue analítico observacional y transversal, con una muestra de 1090 estudiantes de secundaria. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: un rango de edad de 13 y 18, que se asoció con el consumo de tabaco alguna vez en la vida ($OR = 2.86$, $IC\ 95\% = 1.96-4.18$) la baja autoestima ($OR = 1.19-0.78$, $IC\ 95\% = 1.81$) y la disfunción familiar ($OR = 1.41-0.95$, $IC\ 95\% = 2.10$).

Funcionalidad familiar.

Zurita y Álvaro (2014), realizaron una investigación en estudiantes de 15 a 18 años de diversos centros educativos con los objetivos de determinar los niveles de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes y conocer cómo influyen con el contexto familiar. El diseño fue de tipo descriptivo y transversal, con una muestra de 2,231 participantes. Dentro de los resultados más destacados se obtuvieron los siguientes: en cuanto al consumo de alcohol, la cantidad y frecuencia fue escasa o no consumían en un 70.3%, el consumo medio 23.1% y consumo excesivo 6.6%; con respecto al consumo de tabaco el 90.9% eran no fumadores, en cuanto a la funcionalidad familiar un 74.5% presentó funcionalidad familiar normal; el análisis de índices del consumo de tabaco e ingesta de alcohol en cuanto la escala de funcionalidad familiar los datos mostraron una relación estadísticamente significativa ($p \leq .05$).

Delgado-Quiñones y Martín del Campo-Guzmán (2015), realizaron un estudio en jóvenes entre 15 y 24 años con el objetivo de conocer la relación entre la funcionalidad familiar y la dependencia a la nicotina. El diseño fue transversal, analítico con muestreo no probabilístico con una muestra final de 71 participantes. Los resultados mostraron en cuanto a la percepción de funcionalidad familiar, que el 78.9% fue normal, el 16.9% disfuncionalidad leve y el 4.2% disfunción grave. En cuanto al nivel de dependencia a la nicotina, resultó con dependencia leve el 80.3%, dependencia moderada el 18.3% y dependencia grave el 1.4%, y una relación positiva ($r = 0.003$) entre la funcionalidad familiar y el nivel de dependencia a la nicotina.

Barreras.

Reyes (2010), realizó un estudio en estudiantes de secundaria del estado de Tamaulipas con el objetivo de identificar la relación que existe entre los pros (beneficios) y contras (barreras) percibidos para el consumo de alcohol. El diseño fue de tipo descriptivo y correlacional, con un muestreo aleatorio estratificado por grado escolar y con una muestra de 448 adolescentes. Donde concluyó que existieron diferencias significativas por sexo en los pros para el consumo de alcohol ($U = 22064.00, p = .026$), los hombres reportaron una mediana más alta de pros para el consumo de alcohol que las mujeres ($Mdn = 16.66$ vs $Mdn = 12.50$, respectivamente), con respecto a los contras existió diferencia significativa por sexo ($U = 19293.50, p < .01$), reportando medianas más altas en las mujeres en comparación con los hombres ($Mdn = 90.90$ vs $Mdn = 83.67$, respectivamente).

Telumbre-Terrero y Sánchez-Jaimes (2015) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación de las barreras y beneficios del consumo de alcohol y el consumo de alcohol en adolescentes. Fue un estudio con diseño de tipo descriptivo correlacional en 335 estudiantes de preparatoria, la media de edad fue de 16.49 años. Como resultado obtuvieron que la edad media de inicio de consumo fue a los 14.46 años. Que el 46% consumió alcohol en el último año y el 23.3% en el último mes e identificaron que los adolescentes consumen en promedio 5.45 ($DE = 2.59$) bebidas alcohólicas por ocasión. Con respecto a la percepción de barreras, los adolescentes obtuvieron muy baja percepción. Además, una relación negativa de las barreras hacia el consumo de alcohol con la edad inicio ($r_s = -.170, p = .010$) y la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas ($r_s = -.153, p = .028$).

Consumo de alcohol.

Bautista-Álvarez, Pimentel-Jaimes, Telumbre-Terrero, Sánchez-Jaimes (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir el consumo de alcohol en estudiantes de nivel medio superior. El diseño fue de tipo descriptivo transversal en 115 alumnos, la media de edad de los participantes fue de 16.7 años ($DE=1.16$) con un rango de 15 a 20 años de edad. Los resultados más destacados fueron que el 75.7% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, que la edad inicio de consumo fue a los 14.7 años ($DE=1.7$). En cuanto al tipo de prevalencias el 48.7% ha consumido alcohol en el último año, el 27% en el último mes y el 13.9% en la última semana.

Telumbre-Terrero y Sánchez-Jaimes (2014) realizaron un estudio con el propósito de describir el tipo consumo de alcohol en adolescentes en una institución pública preuniversitaria. El diseño fue de tipo descriptivo transversal, en una muestra de 292 estudiantes con una media de edad de 16.4 años, dentro de los resultados que obtuvieron con respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol fue de 14.4 años, dentro de las prevalencias del consumo de alcohol alguna vez en su vida fue de 72.1%. Además, el 46.9% ha consumido en el último mes, y 15.1% en la última semana. En relación al tipo de consumo de alcohol de los adolescentes de preparatoria el 37.2% refiere un consumo sensato, el 24.8% un consumo perjudicial y el 38% un consumo dañino.

1.5 Definiciones de términos.

En el siguiente apartado se describen los conceptos de factores personales: biológicos (edad, género), psicológicos (autoestima) y socioculturales (funcionalidad familiar) barreras para el consumo de alcohol, consumo de alcohol y consumo de tabaco.

Factores personales: son aquellos que predicen una conducta dada y se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales. Los factores personales biológicos se medirán

con variables como edad y género y los psicológicos con la autoestima, y los socioculturales con la funcionalidad familiar. A continuación se define cada uno de ellos:

Edad del estudiante de preparatoria: tiempo que ha vivido y se medirá por el número de años cumplidos.

Género: grupo al que pertenece el estudiante de preparatoria por sexo, sea hombre o mujer.

Autoestima: es el valor atribuido a sí mismo o cómo el estudiante de preparatoria se siente acerca de él mismo. Este concepto será medido por medio de la Escala de autoestima de Rosenberg (1965).

Funcionalidad familiar en que percibe el estudiante de preparatoria: se refiere al conjunto de procesos en la crianza o interacción de un grupo de personas, que conforman una familia y que se orientan al desarrollo físico y emocional de sus integrantes. Se clasifica en funcionalidad familiar, disfunción moderada y disfunción severa, de acuerdo al instrumento de APGAR familiar creado por Smilkstein (1978).

Barreras para el consumo de alcohol: percepciones que presentan los estudiantes de preparatoria sobre los efectos negativos o contras acerca del consumo de alcohol. Para este concepto se utilizará el instrumento de Balance Decisional de Maddock (1997).

Consumo de alcohol en el estudiante de preparatoria: es la auto-administración de cualquier líquido que contiene alcohol (OMS, 2001). Se clasifica de acuerdo al tipo de consumo en: sensato que oscila de entre cero a tres puntos, dependiente que va de cuatro a siete puntos y dañino que va de ocho o más puntos. Para medirlo se utilizará el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol AUDIT creado por De la Fuente y Kershenovich (1992).

Consumo de tabaco del estudiante de preparatoria: es el consumo de una sustancia toxica (principalmente la nicotina) que se adquiere para satisfacer la necesidad de los componentes activos de dicha sustancia (Secretaría de Salud [SS], NOM-028-SSA2-2009). Para medir este concepto se utilizará la cédula de datos generales donde se agregan preguntas sobre prevalencias de consumo.

1.6 Objetivo general.

Identificar la relación que existe entre la autoestima, la funcionalidad familiar y las barreras para el consumo de alcohol, consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de preparatoria pública del Estado de Puebla.

1.7 Objetivos específicos.

1. Describir el nivel de autoestima, funcionalidad familiar, barreras, tipos de consumo de alcohol y nivel de dependencia al tabaco en los estudiantes de preparatoria pública del estado de Puebla.
2. Estimar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco por edad, sexo y escolaridad en los estudiantes de preparatoria pública del estado de Puebla.
3. Identificar el tipo de consumo de alcohol por edad, sexo y escolaridad.
4. Determinar la relación de la autoestima, la funcionalidad familiar y las barreras para el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de preparatoria.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describen los aspectos utilizados en el estudio que incluye material y método, población, muestra y muestreo, criterios de exclusión, instrumentos de medición, así como el procedimiento de recolección de los datos y el análisis de los datos.

2.1 Diseño de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, correlacional y transversal, en el que se pretende identificar la relación entre la autoestima, la funcionalidad familiar, el consumo de alcohol y tabaco y las barreras que presentan los adolescentes de una preparatoria de la ciudad de Puebla. Este estudio pretende identificar las condiciones y situaciones que causan la conducta, seleccionando el fenómeno de interés, así como conocer las relaciones observadas entre concepto seleccionados del modelo de Promoción a la Salud de Pender (2005).

2.2 Población, muestra y muestreo.

La población estuvo conformada por estudiantes de preparatoria de entre 15 y 19 años de edad con muestreo aleatorio se seleccionó una de siete preparatorias de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la preparatoria Alfonso Calderón Moreno que cuenta con una población (matrícula) de 2352, se estimó con un nivel de confianza del 95% un límite de error de 5%, con un poder probabilístico de .15 y una potencia de .80 quedando conformada la muestra por 334 estudiantes de preparatoria, sin embargo se

consideró una tasa de no respuesta del 9 % obteniendo una muestra final de 355 estudiantes.

2.3 Criterios de selección.

2.3.1 Criterios de inclusión.

Los estudiantes que estén inscritos en cualquiera de los semestres vigentes.

Los estudiantes que se encuentren presentes en el momento en que se aplique la investigación.

2.3.2 Criterios de exclusión.

Estudiantes que no firmen el asentimiento o consentimiento informado.

2.3.3 Criterios de eliminación.

Estudiantes que hayan decidido abandonar el estudio de acuerdo a lo que se les da en el consentimiento informado.

Instrumentos que no hayan sido completados

2.4 Instrumentos de medición.

En este estudio se utilizó una cédula de factores personales, donde se incluyeron datos sociodemográficos y preguntas de prevalencia al consumo de alcohol y tabaco (Apéndice A), así como cinco cuestionarios: el primero sobre el nivel de autoestima de Rosenberg (1965), el segundo, el APGAR familiar para medir la funcionalidad familiar de Smilkster (1978), el tercero, para la medición de barreras se utilizó el instrumento de balance decisional alcohol de Maddock (1997), y finalmente el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT),

Para medir la autoestima se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg (EAR) compuesta por 10 ítems con una escala tipo likert donde las opciones de respuesta van desde 1 que equivale a muy de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 en desacuerdo y 4 muy en desacuerdo. Las preguntas 1, 3, 4, 6 y 7 son enunciados que afirman aspectos positivos de las personas y las preguntas 2, 5, 8, 9 y 10 aspectos negativos, para lo cual se invierte la puntuación, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y una máxima de 40, de acuerdo a los resultados se clasificó en baja autoestima (10 a 25), mediana autoestima (26 a 29) y alta autoestima (30 a 40). Para la realización del análisis estadístico los datos se transformaron a sumatorias. Algunos estudios reportan la utilización de este instrumento con un Alpha de Cronbach que van desde 0.76 a 0.87 (Atienza, Balaguer y Moreno, 2000) y una confiabilidad de 0.80 utilizado en poblaciones universitarias y adolescentes (Apéndice B).

El instrumento APGAR familiar (Apéndice C) se utilizó para medir la funcionalidad familiar está formado por 5 reactivos con tres posibles respuestas en una escala tipo likert que va de 0 casi nunca, 1 a veces y 2 casi siempre, los puntos de cohorte son: 0 a 3 disfunción severa, de 4 a 6 disfunción moderada y mayor a 6 funcionalidad familiar. La confiabilidad del instrumento ha registrado Alfas de Cronbach de 0.75 hasta 0.84 y una validez de 0.80 (Bellón, Delgado, Luna del y Lardelli, 1996).

El instrumento utilizado para medir barreras fue el Balance Decisional Alcohol de Maddock (1997) que está integrado por 15 reactivos de los cuales 8 miden los beneficios y 7 miden las barreras del consumo de alcohol. Este instrumento tiene una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta que va de 1 que equivale a nada importante, 2 poco importante, 3 importante y 4 muy importante. Para obtener la puntuación es necesario sumar cada reactivo, en este estudio solo se utilizaron las preguntas que hacen

referencia a las barreras para el consumo de alcohol. Donde la puntuación mínima será de 7 y la puntuación máxima de 28, para el análisis estadístico se realizó la transformación a índices del 0 al 100 donde se indica que a mayor puntaje obtenido mayor es la percepción de barreras en el consumo de alcohol. Este instrumento fue aprobado por Maddock en 1997 realizando un estudio a 382 estudiantes universitarios obteniendo un alpha de Cronbach de 0.91 en la escala de beneficios y de 0.84 en la escala de barreras (Apéndice D).

El instrumento de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT) es una prueba que examina el uso de alcohol durante los últimos 12 meses y sus consecuencias, está constituido por 10 ítems con una escala tipo likert que varía dependiendo de la pregunta, el puntaje va desde 0 a 4, las preguntas 1 a la 3 determinan la cantidad y frecuencia, las preguntas 4 a la 6 exploran la existencia de síntomas de dependencia y las preguntas 7 a la 10 el consumo dañino de alcohol, así mismo para el análisis estadístico se realizó la transformación a índices del 0 al 100.

Este instrumento se ha utilizado en pacientes hospitalizados, especialmente aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol, personas que están deprimidas o que han intentado suicidarse; otros pacientes psiquiátricos; pacientes que acuden al servicio de urgencias; pacientes que acuden al médico general; vagabundos; presos; y aquellos multados por motivos legales relacionados con su consumo de alcohol. Además, se ha aplicado a los grupos considerados como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol: varones de mediana edad, adolescentes y trabajadores emigrantes (Apéndice E).

2.5 Procedimiento para la recolección de datos.

Se solicitó la previa revisión y autorización de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado y el comité tutorial asignado, posteriormente la autorización de los directivos de la institución educativa, y se agendó con ellos una cita para exponer el objetivo, motivos y beneficios del presente estudio. Después de su aceptación se procedió a programar las fechas para la aplicación de los instrumentos. Para la aplicación de los instrumentos se proporcionó a cada uno de los participantes un sobre amarillo el cual contenía la cédula de datos, la Escala de Autoestima de Rosenberg, el instrumento APGAR familiar, el instrumento de Balance Decisional, el instrumento AUDIT y el instrumento de Fagerstrom, la manera de contestarlos fue auto-aplicables.; previo a esto, se entregó un asentimiento informado (Apéndice H) a cada uno de los participantes menores de edad y un consentimiento informado a los mayores de 18 años.

Para la recolección de los datos se reunió a los participantes en un aula, posteriormente se les explicó la manera de contestar cada uno de los instrumentos y la investigadora del estudio permaneció dentro del aula para resolver las dudas que se les presenten. Una vez que los participantes concluyeron, se les invitó a colocar los instrumentos dentro del sobre y a ubicarlos en una urna que se encontraba en la entrada del aula, agradeciendo su participación en este estudio. Una vez concluido esto, se hará el resguardo de la información durante el periodo de un año y se procederá a la destrucción de los instrumentos.

2.6 Ética del estudio.

El presente estudio se encuentra apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud [SS], 2015), que plantea y describe los

aspectos que deben considerarse en la realización de proyectos de investigación para la salud.

Por lo anterior se considera lo establecido en su Título Segundo: Capítulo I, Artículo 13, referente a que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, para tal efecto se respetó su dignidad con el trato amable y respetuoso y se protegieron sus derechos ya que existió anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos. En el caso de los estudiantes que decidieran no seguir participando en el estudio, se les recordó que no habría ningún tipo de repercusión en su contra, sin embargo este acontecimiento no ocurrió durante las recolecta de datos.

Además, se tomó en cuenta el Capítulo I, Artículo 14, fracción I, V, VII, VIII y Capítulo III, Artículo 36 y 57, el estudio se ajustó a los principios científicos y éticos; así mismo la participación de los estudiantes universitarios en el estudio fue voluntaria, se utilizó un consentimiento informado por escrito de los participantes. Para cumplir con el artículo 22 que señala que el estudio se llevará a cabo después de obtener el dictamen favorable de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y del comité tutorial, como lo menciona el artículo 29 se requirió la autorización por escrito de los directivos de las escuelas participantes.

Con base al Artículo 16, se estableció la protección a la intimidad del participante a través de la privacidad debido a que los cuestionarios no llevan el nombre ni número de lista, y estos fueron depositados en un sobre cerrado el cual no se identificó y finalmente depositado en una caja. Aunado a esto los cuestionarios serán resguardados por el autor del estudio por un lapso de doce meses y posteriormente serán destruidos, además los

resultados del estudio sólo se presentaron en forma general, protegiendo la identidad de los participantes. De acuerdo al Artículo 17 fracción I, se consideró una investigación de riesgo mínimo, debido que se aplicaron instrumentos que abordan aspectos psicológicos como la autoestima.

Con respecto al Artículo 21, fracciones I, VI, VII y VIII el estudiante de preparatoria recibió una clara explicación del propósito del estudio, garantizándose la aclaración de cualquier duda en el momento que él lo requiera. Conforme a lo establecido en el Artículo 20, el participante tuvo la libertad de retirar su participación en el estudio en el momento en que así lo decidiera, en caso de que esto suceda, se le dio a saber que no tendría ninguna represalia por parte de la institución o investigadora.

Respecto a la realización de investigación en grupos subordinados el cual es el caso de los estudiantes, se respetó el Capítulo V en su Artículo 58 fracción I y II debido a que en la presente investigación la participación o el rechazo de los estudiantes a formar parte del estudio, no afectaría su situación escolar. Además, que los resultados de la investigación no serán utilizados en daño de los estudiantes.

2.7 Análisis de datos.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22. Donde se determinó la confiabilidad de cada uno de los instrumentos a través del Alfa de Cronbrach. Se utilizó de la estadística descriptiva tomando en cuenta proporciones, frecuencias y porcentajes para cada uno de las variables continuas; en cada una de las variables numéricas se utilizó las medidas de tendencia central, de variabilidad y de ubicación.

Además, para el análisis de las variables continuas (autoestima, funcionalidad familiar, barreras y consumo de alcohol y tabaco) se aplicará la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de las variables, y así identificar el uso de la estadística paramétrica o no paramétrica.

Capítulo III

Resultados

Los resultados obtenidos, que dan respuesta a la pregunta de investigación y logro de los objetivos se presentan en los siguientes tres apartados: confiabilidad de los instrumentos, estadística descriptiva e inferencial.

3.1 Confiabilidad de los instrumentos.

La prueba de confiabilidad interna de los instrumentos utilizados en el estudio se estableció por el coeficiente de Alpha de Cronbach.

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

No.	Escala	Reactivos	Alfa de Cronbach
1	Escala de Autoestima	10	.81
2	Instrumento de APGAR familiar	5	.75
3	Balance Decisional de Alcohol	7	.79

Nota: *n* = 355

Tabla 2

Consistencia interna de los instrumentos

No.	Escala	Reactivos	Alfa de Cronbach
4	Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)	10	.83

Nota: *n* = 272

En las tablas 1 y 2 se observa que todos los instrumentos tienen una confiabilidad aceptable debido a que se registraron alfas por arriba de .83.

3.2 Estadísticos descriptivos.

En este apartado se describen los factores biológicos y socioculturales de los sujetos de que integraron la muestra de estudio, así también los resultados que se propusieron obtener en los objetivos uno y dos.

3.2.1 Descripción de la muestra de estudio.

En la tabla 2 se describen las características que identifican la muestra de estudio.

Tabla 3

<i>Factores personales biológicos</i>			
Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Edad	14-16 años	150	42
	17-19 años	205	58
Sexo	Femenino	203	57
	Masculino	152	43
Semestre	Segundo	119	34
	Cuarto	68	19
	Sexto	168	47
Turno	Matutino	200	56
	Vespertino	155	44

Nota:

n = 355

La tabla 3 presenta las principales características de los factores personales biológicos de los sujetos de estudio, mostrando que predominó el sexo femenino (57%) con este dato es evidente y consistente con la proporción de géneros en la población donde existen un hombre por cada dos mujeres, así también se revela un aumento en la apertura para la preparación académica de ambos sexos. La media de edad fue de 16.6 años ($DE = 1.15$), el 47% de los estudiantes se encontraban en sexto semestre y el 56% fueron del turno matutino.

3.2.2 Descripción de las variables de estudio.

Se presenta la descripción del nivel de autoestima, funcionalidad familiar, barreras, tipos de consumo de alcohol y nivel de dependencia al tabaco en estudiantes de preparatoria.

Tabla 4

Descripción de instrumentos y prueba de K-S

	Mínimo	Máximo	Rango	Media	Mediana	D. Estándar	K-S	<i>p</i>
Edad	14	19	5	16.65	17	1.15	3.72	.001
Autoestima	10	36	26	18.42	18	4.87	1.54	.017
Funcionalidad familiar	0	10	10	7.42	8	2.15	3.50	.001
Barreras	7	28	651	39.79	41.46	3.62	2.34	.001
AUDIT	1	25	24	5.04	3	4.77	3.27	.001

Nota:

n = 355

En la tabla 4 se presenta la descripción de los instrumentos, así como la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov donde se muestra que la distribución de los datos fue no normal.

Tabla 5

Autoestima

Pregunta	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Digna de aprecio igual que los demás.	202	60	142	40	7	2	4	1
Pensamiento de fracaso.	184	52	128	36	36	10	7	2
Creer tener buenas cualidades.	188	53	149	42	14	4	4	1
Poder hacer las cosas tan bien como la mayoría.	175	49	157	44	21	6	2	.5
No tienen muchos motivos para sentirse orgullosos de sí.	127	36	118	33	70	19	40	11

(continúa)

Pregunta	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Actitud positiva para sí mismos.	153	43	156	44	41	11	5	1
En general satisfechos con sí mismos.	126	35	183	51	39	11	7	2
Desearían valorarse más a sí mismos.	37	10	69	19	140	39	109	31
Sentimiento de inutilidad.	137	39	119	33	79	22	20	6
Sentimiento de no servir para nada.	171	48	108	30	57	16	19	5

Nota:

n = 355

La tabla 5 evidencia la variable autoestima de los estudiantes de preparatoria el 60% refirieron estar en muy en desacuerdo de sentirse dignas de aprecio igual que los demás, en desacuerdo a la pregunta que hace referencia a percibirse satisfechos consigo mismos (51%). Además, consideraron como de acuerdo y muy de acuerdo que desearía valorarse más a sí mismos (39% y 31%).

Tabla 6

Prevalencia de autoestima

Prevalencia	<i>f</i>	%	IC del 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Baja autoestima	325	91	89	94
Mediana autoestima	20	6	3	8
Alta autoestima	10	3	1	5

Nota: IC = intervalo de confianza, LI = límite inferior, LS = límite superior

n = 355

En la tabla 6 se observa que el 91% de los participantes presentaron baja autoestima, el 6% mediana autoestima y solo el 3% alta autoestima.

Tabla 7

Funcionalidad familiar

Variable	Casi nunca		A veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	19	5	125	35	211	59
¿Conversan sobre los problemas de casa?	35	10	147	41	173	49
¿Toman en familia decisiones importantes?	35	10	153	43	167	47
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	43	12	154	43	158	44
¿Siente que su familia le quiere?	3	0.8	66	19	286	80

Nota:

n=355

La tabla 7 muestra los porcentajes de respuesta del instrumento de APGAR familiar, donde los participantes refirieron que casi nunca conversan sobre los problemas de casa (10 %), que a veces están satisfechos con el tiempo que ellos y su familia pasan juntos (43%). Asimismo, consideraron que casi siempre sienten que su familia los quiere (80%).

Tabla 8

Nivel de funcionalidad familiar

Nivel	<i>f</i>	%	IC del 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Disfunción severa	21	6	3	8
Disfunción moderada	83	23	19	28
Funcionalidad familiar	251	71	66	75

Nota:

n=355

En la tabla 8, se puede evidenciar que el 71% de los estudiantes presentan funcionalidad familiar, el 23% disfunción moderada y solo el 6% disfunción severa.

Tabla 9

Barreras para el consumo de alcohol

Barrera	Nada importante		Poco importante		Importante		Muy importante	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cuando se bebe se puede lastimar a alguien	18	5	24	7	150	42	163	46
Tomando se puede hacer adicto al alcohol	23	6	34	10	148	42	150	42
Tomar puede meter en problemas a las personas	6	2	34	10	146	41	169	48
Cuando se toma mucho se puede lastimar a personas allegadas	9	3	22	6	118	33	206	58
Algunas personas se pueden sentir desilusionadas de quien toma mucho	6	2	47	13	145	41	157	44
Se puede lastimar a alguien accidentalmente por la forma de beber	7	2	31	9	134	38	183	51
Se da un mal ejemplo a otros cuando se bebe alcohol	10	3	44	12	113	32	188	53

Nota:

n=355

En la tabla 9, se presentan las barreras para el consumo de alcohol, donde el 6% de los participantes refirieron como nada importante la barrera de tomando se puede hacer adicto al alcohol; como poco importante la barrera de algunas personas se pueden sentir desilusionadas de quien toma mucho (13%). Asimismo, consideraron importante la barrera que señala cuando se bebe se puede terminar lastimando a alguien (42%) y muy importante cuando se toma mucho se puede lastimar a personas allegadas (58%).

Tabla 10

Prevalencia del consumo de alcohol

Prevalencia del consumo	<i>f</i>	%	IC del 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Global	287	81	77	85
Lápsica	272	77	72	81
Actual	111	31	26	36
Instantánea	47	13	10	17

Nota:

n = 355

En la tabla 10 se muestran los resultados vinculados a la prevalencia del consumo de tabaco, donde se obtuvo que la prevalencia global fue de 81%, la lápsica de 77%, la actual de 31% y finalmente la instantánea de 13%.

Tabla 11

Prevalencia del consumo de tabaco

Prevalencia del consumo	f	%	IC del 95%	
			LI	LS
Global	206	58	53	63
Lápsica	155	44	38	48
Actual	92	26	21	30
Instantánea	48	13	10	17

Nota:

n = 355

En la tabla 11 se presentan los resultados vinculados a la prevalencia del consumo de tabaco, donde se obtuvo que la prevalencia global fue de 58%, la lápsica de 44%, la actual de 26% y la instantánea de 13%.

Tabla 12

Tipos de consumo de alcohol

Nivel	f	%	IC del 95%	
			LI	LS
Consumo sensato	138	50	45	57
Consumo dependiente	72	27	21	32
Consumo dañino	62	23	18	28

Nota:

n = 272

En la tabla 12 se muestran los tipos de consumo de alcohol, donde el mayor porcentaje fue para el sensato (50%) seguido del dependiente (27%) y consumo dañino (23%).

Para responder al objetivo 1, que consiste en determinar la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco por edad, sexo y escolaridad, se presentan los siguientes resultados.

Tabla 13

Prevalencia del consumo de alcohol por edad

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Global						
14-16 años	104	69	46	31	22.22	.001
17-19 años	183	89	22	11		
Lápsica						
14-16 años	101	67	49	33	12.50	.001
17-19 años	171	83	34	17		
Actual						
14-16 años	33	22	117	78	10.38	.001
17-19 años	78	38	127	62		
Instantánea						
14-16 años	13	9	137	91	4.72	.030
17-19 años	34	17	171	83		

Nota:

n = 355

En la tabla 13 se plasman los resultados de las prevalencias de consumo de alcohol por edad donde se encontraron diferencias significativas por edad, mostrando que todas las prevalencias fueron superiores en el rango de edad de 17-19 años.

Tabla 14

Prevalencia del consumo de alcohol por sexo

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Global						
Femenino	160	56	43	63	1.258	.262
Masculino	127	44	25	37		

(continúa)

Lápsica							
Femenino	149	55	54	65			
Masculino	123	45	29	35	2.745	.098	
Actual							
Femenino	56	50	147	60			
Masculino	55	50	97	40	2.990	.084	
Instantáneo							
Femenino	24	51	179	58			
Masculino	23	49	129	42	.828	.363	

Nota:

n = 355

La tabla 14 muestra que no existen diferencias significativas entre las prevalencias del consumo de alcohol por sexo, sin embargo, se observa que la prevalencia global (56%), lápsica (55%) e instantánea (51%) fue mayor en el sexo femenino, en la prevalencia actual se presenta el mismo porcentaje.

Tabla 15

Prevalencia del consumo de alcohol por escolaridad.

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Global						
Segundo	74	62	45	38		
Cuarto	62	91	6	9	40.30	.001
Sexto	151	90	17	10		
Lápsica						
Segundo	72	60	47	40		
Cuarto	58	85	10	15	25.96	.001
Sexto	142	84	26	16		
Actual						
Segundo	20	17	99	83		
Cuarto	23	34	45	66	18.41	.001
Sexto	68	40	100	60		(continúa)

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	p
	f	%	f	%		
<i>Instantánea</i>						
Segundo	8	7	111	93	9.84	.007
Cuarto	7	10	61	90		
Sexto	32	19	136	81		
<i>Nota:</i>						$n = 355$

En la tabla 15, se muestra que existen diferencias significativas entre las prevalencias de consumo de alcohol por escolaridad. La prevalencia global fue mayor en sexto semestre (90%), la lápsica en cuarto semestre (85%), la actual (19%) e instantánea (40%) en sexto semestre.

Tabla 16

Prevalencia del consumo de tabaco por edad

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	p
	f	%	f	%		
<i>Global</i>						
14-16 años	73	49	77	51	9.34	.002
17-19 años	133	65	72	35		
<i>Lápsica</i>						
14-16 años	52	35	98	65	8.54	.003
17-19 años	103	50	102	50		
<i>Actual</i>						
14-16 años	30	20	120	80	4.73	.030
17-19 años	62	30	143	70		
<i>Instantánea</i>						
14-16 años	11	7	139	93	8.50	.004
17-19 años	37	18	168	82		
<i>Nota:</i>						$n = 355$

En la tabla 16 se muestran diferencias significativas en las prevalencias de consumo de tabaco por edad entre los consumidores y los no consumidores, además se aprecia que todas las prevalencias fueron superiores en edades entre 17-19 años.

Tabla 17

Prevalencia del consumo de tabaco por sexo

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	p
	f	%	f	%		
Global						
Femenino	104	50	99	66	8.99	.003
Masculino	102	50	50	34		
Lápsica						
Femenino	80	39	123	61	3.48	.062
Masculino	75	49	77	51		
Actual						
Femenino	44	22	159	78	4.44	.035
Masculino	48	32	104	68		
Instantánea						
Femenino	22	11	181	89	2.92	.087
Masculino	26	17	126	83		

Nota:

 $n = 355$

En la tabla 17 se evidencian diferencias significativas entre las prevalencias de consumo de tabaco por sexo, se muestra que la prevalencia global fue similar en el sexo masculino como en el femenino (50%), la prevalencia lápsica y actual fue mayor en el sexo masculino (49%), para la instantánea fue mayor en el sexo masculino (17%).

Tabla 18

Prevalencia del consumo de tabaco por escolaridad.

Prevalencia del consumo	<i>Si</i>		<i>No</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Global						
Segundo	49	24	70	47	22.79	.001
Cuarto	50	24	18	27		
Sexto	107	52	61	41		
Lápsica						
Segundo	35	23	84	42	14.80	.001
Cuarto	34	22	34	17		
Sexto	86	55	82	41		
Actual						
Segundo	23	25	96	36	4.42	.109
Cuarto	18	20	50	19		
Sexto	51	55	117	45		
Instantánea						
Segundo	7	15	112	37	9.51	.009
Cuarto	10	21	58	19		
Sexto	31	65	137	45		

*Nota:**n = 355*

En la tabla 18, se observa que existieron diferencias significativas entre la prevalencia del consumo de tabaco por escolaridad donde los mayores porcentajes fueron en sexto semestre.

Para dar respuesta al segundo objetivo se muestran en las siguientes tablas los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo y escolaridad.

Tabla 19

Chi Cuadrada de Pearson para tipo de consumo de alcohol por edad

Variable	<i>f</i>	%	X^2	<i>p</i>
Consumo sensato				
14-16	60	43		
17-19	78	57		
Consumo dependiente				
14-16	25	35	5.96	.051
17-19	47	65		
Consumo dañino				
14-16	16	26		
17-19	46	74		

Nota:

n = 272

En la tabla 19, se observan que no existieron diferencias significativas entre los tipos de consumo de alcohol por edad, donde la edad de 17-19 años tuvo mayor porcentaje en los tres tipos de consumo, el sensato 57%, el dependiente 65% y dañino 74%

Tabla 20

Chi Cuadrada de Pearson para tipo de consumo de alcohol por sexo

Variable	<i>f</i>	%	X^2	<i>p</i>
Consumo sensato				
Femenino	85	57		
Masculino	53	43		
Consumo dependiente				
Femenino	39	26	7.82	.020
Masculino	33	27		
Consumo dañino				
Femenino	25	17		
Masculino	37	30		

Nota:

n = 272

En la tabla 20 se presentan los resultados que señalan diferencias significativas para los tipos de consumo de alcohol por sexo, donde el sexo femenino presentó mayor

porcentaje en el consumo sensato (57%), de igual manera que el sexo maculino en el consumo dependiente (27%), y el dañino (30%).

Tabla 21

Chi Cuadrada de Pearson para tipo de consumo de alcohol por escolaridad

Variable	<i>f</i>	%	X^2	<i>p</i>
Consumo sensato				
Segundo	47	65		
Cuarto	27	47		
Sexto	64	45		
Consumo dependiente				
Segundo	16	22	11.22	.024
Cuarto	19	33		
Sexto	37	26		
Consumo dañino				
Segundo	9	13		
Cuarto	12	207		
Sexto	41	29		

Nota: *n* = 272

En la tabla 21 se evidencian diferencias significativas los tipos de consumo de alcohol por escolaridad, donde los mayores porcentajes se presentaron en el consumo dañino (29%).

Para dar respuesta al tercer objetivo que se refiere a determinar la relación de la autoestima, la funcionalidad familiar y las barreras para el consumo de alcohol y tabaco en los estudiantes de preparatoria, se presentan las siguientes tablas:

Tabla 22

Correlación de Spearman para edad, autoestima, funcionalidad familiar y barreras para el consumo de alcohol.

	1	2	3	4
Edad	1			
Autoestima	-.002 .978	1		
Funcionalidad familiar	-.406 .392	-.408** .001	1	
Barreras para el consumo	-.093 .082	.080 .132	.104* .050	1

*Nota: *p < .05, **p < .01.*

En la tabla 22 se observa una relación negativa y significativa entre la autoestima y la funcionalidad familiar ($r = -.408$; $p = .001$) con lo que se evidencia que a menor autoestima menor es la funcionalidad familiar. Los resultados de la regresión lineal simple, muestran una R^2 igual a 0.177, lo que indica que la varianza de la funcionalidad familiar explica un 17% de la varianza de la autoestima. En la segunda correlación significativa, entre funcionalidad familiar y barreras para el consumo de alcohol, la regresión lineal simple indica una R^2 igual a .008, lo que indica que no se explica ni siquiera en un 1% la variación de la funcionalidad familiar sobre las barreras para el consumo de alcohol.

Tabla 23

Correlación de Spearman para edad de inicio de consumo de alcohol, barreras para el consumo de alcohol, AUDIT y número de bebidas

	1	2	3	4
Edad de inicio	1			
Barreras para el consumo	-.023 .694	1		
AUDIT	-.080 .188	-.271** .001	1	
Número de bebidas	-.081 .174	-.310** .001	.727** .001	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Los resultados de la correlación de la tabla 23, muestran tamaños de efectos grandes y significativos, hallazgos que se esperaban al correlacionar variables que indican un mismo fenómeno (numero de bebidas con audit $R^2=.446$). Por otro lado, en cuanto se tenga más barreras para el consumo de alcohol, menor será el consumo de alcohol medido por AUDIT, sin embargo, la variación explicada solo es en un 2.4%.

Tabla 24

Correlación de Spearman para edad de inicio de consumo de tabaco, número de cigarrillos, consumo actual de tabaco y prevalencia de consumo de tabaco

	1	2	3	4
Edad de inicio	1			
Número de cigarrillos	-.145 .143	1		
Consumo actual	-.097 .164	.104	1	
Prevalencias de consumo	.711** .001	.151 .127	.673** .001	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$.

En la tabla 24 las correlaciones significativas son positivas y con un tamaño de efecto grande, entre prevalencia de consumo y edad de inicio de consumo de tabaco, así como entre la prevalencia de consumo y el consumo actual, estos resultados son esperados debido a que dichas variables se enfocan al consumo de tabaco.

Capítulo IV

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre la autoestima, funcionalidad familiar, barreras para el consumo de alcohol, consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de preparatoria.

Dentro de los principales hallazgos se destacó que: los individuos reportaron porcentajes elevados de baja autoestima y ésta se relaciona negativa y significativamente con la funcionalidad familiar; la mayoría de los participantes presentaron funcionalidad familiar y una relación positiva con las barreras para el consumo de alcohol; en su mayoría las barreras para el consumo de alcohol son percibidas como importantes por los estudiantes; el tipo de consumo de alcohol que más se reporta es el sensato; el mayor porcentaje de estudiantes ha consumido tabaco alguna vez en la vida.

Con referencia a los datos socio demográficos que presentaron los individuos, se destacó que la media de edad fue de 16.49 años y que el mayor porcentaje fue de sexo femenino, hallazgos similares con los de Telumbre-Terreno y Sánchez-Jáimes (2015) quienes realizaron un estudio en estudiantes de preparatoria en una comunidad urbana ubicada en el estado de Guerrero, cuyos datos de consumo de drogas son mayores en relación a la Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

Respecto a la media de edad de inicio de consumo de alcohol fue de 14 años, hallazgos similares con Bautista-Álvarez et al (2016) y con Telumbre-Terreno y Sánchez-Jáimes (2014) quienes reportan una media de 14.7 años y 14.4 años respectivamente sin embargo, difiere con el trabajo de Armendáriz, Rodríguez y Guzmán (2008) con lo anterior se observa una tendencia de inicio de consumo de alcohol cada vez más temprana en los adolescentes.

En cuanto al consumo de alcohol en el último año y el último mes los resultados son mayores en comparación con los resultados por la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, este hecho puede tener su origen debido a que la adolescencia es una etapa que engloba múltiples dificultades para el adolescente, aunado a los cambios fisiológicos y cognitivos que se presentan dentro de su entorno personal y social, esto reportado en los hallazgos obtenidos por Telumbre-Terreno y Sánchez Jáimes (2015).

En lo que respecta al nivel de autoestima de los participantes, se puede evidenciar que la mayoría tienen una baja autoestima, esto puede ser explicado con base en los estudios de Branden (2005) y Coopersmith (1976), dado que la autoestima en los adolescentes de esta muestra puede estar determinada por una falta de personalidad o carácter que identifica a esta etapa de la vida y a que no se consideren competentes para hacer frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad.

En cuanto a la funcionalidad familiar percibida por los adolescentes, en su mayoría fue adecuada, lo cual coincide con los hallazgos encontrados por Zurita y Álvaro (2014), que confirma un buen clima familiar en los estudiantes de nivel medio superior. Por otro lado, se identificaron algunos casos de disfunción severa y moderada, estos casos pueden ser debido a que dichos adolescentes no han logrado combinar sus sentimientos y comportamientos con los demás miembros de sus familias para desarrollarse como individuos sociales y poder recibir el apoyo de otros. La funcionalidad familiar percibida por los participantes puede identificarse como una oportunidad de cooperación y unión familiar lo que permite ayudarlos a enfrentarse y adaptarse a nuevos cambios manteniendo su estabilidad emocional.

Los consumo de alcohol y tabaco se relacionan significativamente, sin embargo, no se reportaron relaciones con la autoestima lo cual hace referencia a que posiblemente sea

resultado de los sistemas de educación y el entorno donde se desenvuelven los adolescentes que no están reforzando esta habilidad cognitiva indispensable para el desarrollo integral del estudiante.

En este estudio se encontró también que las barreras para el consumo de alcohol son identificadas por los estudiantes y tiene una relación significativa con el consumo de alcohol, además se relacionan negativa y significativamente con el número de bebidas, con lo que se concluye que a menor percepción de barreras menor es el número de bebidas que se ingieren, esto pudiera vincularse a los aspectos culturales y sociales en donde se desarrollan los adolescentes, lo cual coincide con los hallazgos de Telumbre-Terreno y Sánchez Jáimes (2015),

Dentro de la correlación entre la autoestima y la funcionalidad familiar se confirma que existe una relación negativa con esto se puede afirmar que, a menor autoestima menor es el nivel de funcionalidad, como lo mencionan Cogollo-Milanés y Gómez-Bustamante (2014) que encontraron hallazgos similares.

4.1 Conclusiones

En conclusión, se puede señalar que los estudiantes de sexto semestre de preparatoria con edades entre 17 y 19 años en su mayoría son consumidores de alcohol y tabaco, con lo cual se infiere que, a mayor edad, mayor consumo.

En su mayoría, los estudiantes reportaron niveles de autoestima altos, sin embargo el consumo de alcohol y tabaco estuvieron presentes en diferente medida, lo que confirma que la autoestima juega un papel muy importante para que el adolescente desarrolle habilidades y conductas saludables. Por otro lado, los individuos que reportaron alta autoestima refieren disfunción familiar, con lo que se hace evidente que

la influencia de la familia influye directamente en las conductas de pueden adoptar los individuos a temprana edad y presentarse a lo largo de su vida.

4.2 Recomendaciones

Con los hallazgos encontrados en el presente trabajo se hace evidente la necesidad de seguir profundizando en el fenómeno de las drogas junto con los factores que intervienen para que los adolescentes adquieran el consumo de sustancias adictivas a edades cada vez más tempranas.

Cabe señalar el hecho de que surge de manera inevitable, la necesidad de la elaboración de investigaciones experimentales que empleen intervenciones las cuales apoyen a desarrollar habilidades y destrezas en los adolescentes como la autoestima y se adquieran mayores conocimientos en cuanto a las afecciones que provoca el uso de sustancias adictivas.

Además, se propone que las investigaciones próximas tomen en cuenta a los integrantes de las familias con adolescentes a los que se les pueda dar orientación con respecto a la mejora en el ambiente familiar y la manera de fortalecer los aspectos personales y sociales, para así fomentar el desarrollo de jóvenes capaces de adquirir conductas saludables.

En este sentido, el profesional de enfermería tiene la función de promover y prevenir la enfermedad, con lo cual se adquiere un compromiso con la sociedad para realizar acciones orientadas a reducir el consumo de sustancias y orientar a la población sobre los aspectos nocivos que causa las conductas de riesgo como es el caso del consumo de alcohol y el tabaco.

Referencias

- Alonso, C. MG., López, G. KS., Armendáriz, G. NA. y Guzmán, F. FR. (2012) Factores de riesgo y consumo de drogas en adolescentes de secundaria un estudio multiregional: el caso México. En Universidad Autónoma de Nuevo León. Tendencias, (pp. 25-34). México.
- Atienza, L., Moreno. y Balanguer, I. (2000). Un análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, (22)1-2, 29-42.
- Agabio, R., Trincas, G., Floris, F., Mura, G., Sancassiani, F. y Angermeyer, M. (febrero, 2015). A Systematic Review of School-Based Alcohol and other Drug Prevention Programs (Una revisión sistemática de alcohol basado en la escuela y otros programas de prevención de drogas). *Clinical practice & epidemiology in mental health*, (11)1, 102-112 doi:10.2174/1745017901511010102
- Armendariz, G, NA., Rodríguez, A. I. y Guzmán, F. FR. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Revista electrónica en salud mental, alcohol y drogas*, (4)1. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80340105>
- Bautista-Álvarez, T.M., Pimentel-Jaimes, JA., Telumbre-Terrero, J.Y. y Sánchez-Jaimes, B. E. (2016). Consumo de alcohol en estudiantes de nivel medio superior. *Adicción y Ciencia*, 4 (1) 2-15. Recuperado de http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2016/01/bautista_4_1.pdf
- Bellón, S. J. A., Delgado, S. A., Luna del, C. J. D. y Lardelli, C. P. (octubre, 1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 6 (18), 289-295. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bo45/bmf45-6.htm>
- Branden, N. (1995), *Los seis pilares de la autoestima*, Barcelona: Paidós, ISBN: 978-84-493-0144-5, p. 21-22.
- Cogollo-Milanés, Z. y Gómez-Bustamante, E. M. (junio, 2014), Variables asociadas al inicio del consumo de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de los colegios oficiales de la ciudad de Cartagena, Colombia. *Aquichan*, 14(2), (226-236). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74131358009>
- Copersmith, S. (1976), *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
- Cortés, O. L. J. (2014) Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes en el municipio de puerto Asis departamento de Puntumayo. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/40151/1/1130661582.2014.pdf>
- Delgado-Quiñones, E. G. y Campo-Guzmán, V. M. (2015). Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años.

Revista Médica, 6 (4). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154g.pdf>

- Davies, J., Ross, A. y Sudbery, M. (2008). The Fagerström Test of Nicotine Dependence and its relationship to NRT use and readiness-to-quit. *Journal of substance Use*, (5)13, 340-348doi: 10.1080 / 14659890802183961
- Dulanto, G. E. (2004) La familia. Un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Editores de textos mexicanos. 1° Ed. México
- Feather, N.T. (1982). Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology, Hillsdale, N.J.:LEA.
- Martínez, I., Fuentes, MC., García, F. y Madrid, I. (mayo, 2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo. *Adicciones*, 25(3), 235-242. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289128256006>
- Martínez, M. R., Pedrao, L. J., Alonso, C. MG., López, G. K. y Oliva, R. N. (junio, 2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria de área urbana y rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_18.pdf
- Mejía Estrada, A., Pastrana Chávez, J.J. y Mejía Sánchez, J.M. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. *XII Congreso internacional de teoría de la educación*. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/A+R/103.pdf>
- Medina-Mora, ME., Villatoro-Velázquez, JA., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo. MM., Mendoza-Alvarado, LR., Romero-Martínez M., Gutiérrez-Reyes, JP., Castro-Tinoco. M...y Guisa-Cruz V. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Alcohol. En Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud. Recuperado de www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Monje, A. CA. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad sur-colombiana. Facultad de ciencias sociales y humanas. Neiva. Recuperado de <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Ginebra, Suiza. Recuperado de [dehttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud* (informe No. 349). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Pender, N. J. (2005). El modelo de promoción de la salud (Trad. C. López.) En Appleton & Lange (Eds.) *Promoción de la salud en la práctica de enfermería*. (pp. 51-75).

- Connecticut. Stanford, (Reimpreso de Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, pp. 1-28, Monterrey, N. L. México)
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1981). *Psicología del niño*. 10° Ed. Madrid: Morata
- Polit, D. y Hungler, B.P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Mc Graw-Hill/Interamericana de México.
- Reynales, S. LM., Guerrero, L. C. M., Lazcano, P. E., Villatoro, V. JA., Medina, M. ME., Fleiz, B.C., Téllez, R. MM., Mendoza, A.LR... y Guisa, C.V. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Tabaco. En Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
- Reyes, C. N. Z. (2010). Pros y contras percibidos para el consumo de Alcohol y consumo de alcohol en adolescentes. (Tesis de maestría). De la base de datos de Universidad Autónoma de Nuevo León. (UANL 19860.pdf 804.5Kb).
- Secretaría de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Smilkstein G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physician. *J Fam Pract*.6:1231-9. Recuperado de <http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoapgarfamiliar.asp>
- Telumbre Terrero J. Y. y Sánchez Jaimes B. E. (2014). Consumo de alcohol en adolescentes del estado de Guerrero, México. *Salud y Drogas*, 15 (1). Recuperado de <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/217/235>
- Telumbre Terrero J. Y. y Sánchez Jaimes B. E. (2015). Percepción de barreras y beneficios del consumo de alcohol en adolescentes. *Nure inv*, 12 (76). Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/99/87>
- Thomas, R. E. y Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. (Programas escolares para la prevención del tabaquismo) *The Cochrane Library*.doi: 10.1002/14651858.CD001293.pub2
- Villatoro, V. J. A., Medina, M. M. E., Fleiz, B. C., Téllez, R. M. M., Mendoza, A. L. R., Romero, M. M., Gutiérrez, R. J. P., Castro, T. M., Hernández, A. M... y Guisa, C. V. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Drogas Ilícitas. En Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Zurita, F. y Álvaro, J. I. (2014). Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes. *Health and Addictions*, 14 (1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83931686006>



Apéndice A



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Cédula de Factores Personales

Instrucciones: a continuación se presentan diversas preguntas referentes al consumo de alcohol y tabaco. Contesta con toda confianza, tienes la seguridad que las respuestas serán confidenciales y sólo la persona responsable de la investigación quien tendrá ésta información. Si tienes alguna duda pregunta a quien esté aplicando el cuestionario.

Edad: _____ Sexo: F M Semestre: 2° 4° 6°

Turno: M V

Grupo: _____

¿Recibes algún tipo de apoyo psicológico? Si _____ No _____

1. ¿Has consumido alcohol alguna vez en tu vida? Si _____ No _____ (si tu respuesta es No, pasa a la pregunta 6)

2. ¿A qué edad tomaste por primera vez alguna bebida alcohólica (vino, cerveza, ron, brandy, whisky, coctel)? _____

3. ¿Actualmente tomas bebidas alcohólicas? Si _____ No _____

4. ¿Has consumido alcohol en el último año? Si _____ No _____

5. ¿Has consumido alcohol en el último mes? Si _____ No _____

6. ¿Has consumido alcohol en la última semana? Si _____ No _____

7. ¿Cuántos días tomaste bebidas alcohólicas en los últimos quince días? _____

8. ¿Cuántas bebidas ingieres cuando sales a tomar alcohol? _____

9. ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida? Si _____ No _____ (si tu respuesta es No, has terminado de contestar este cuestionario)

10. ¿A qué edad fumaste tabaco por primera vez? _____

11. ¿Has consumido tabaco en el último año? Si _____ No _____

12. ¿Has consumido tabaco en el último mes? Si _____ No _____

13. ¿Has consumido tabaco en la última semana? Si _____ No _____

14. ¿Actualmente fumas tabaco? Si _____ No _____

15. ¿Qué tan frecuente fumas tabaco?

Diario _____ Casi diario _____ Pocas veces al mes _____

16. Si fumas actualmente ¿cuántos cigarros fumas al día? _____



Apéndice B



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

Instrucciones: Por favor, indique con una "X" si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones.

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



Apéndice C



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Cuestionario de APGAR Familiar

Instrucciones: Por favor, marque con una “X” la respuesta que mejor se ajuste a su situación en el entorno familiar.

Pregunta	0. Casi nunca	1. A veces	2. Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			



Apéndice D



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Barreras para el consumo de alcohol

Instrucciones: coloca una “X” en el espacio que más se identifique con su percepción respecto al consumo de alcohol.

	1. Nada importante	2. Poco importante	3. Importante	4. Muy importante
1. Cuando se bebe se puede terminar lastimando a alguien				
2. Tomando se puede hacer adicto al alcohol				
3. Tomar puede meter en problemas a las personas con la autoridad				
4. Cuando se toma mucho se puede lastimar a personas allegadas				
5. Algunas personas se pueden sentir desilusionadas de quien toma mucho				
6. Se puede lastimar a alguien accidentalmente por la forma de beber				
7. Se da un mal ejemplo a otros cuando se bebe alcohol				



Apéndice E



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrucciones: las siguientes preguntas tratan sobre el consumo de alcohol (en el último año), lee cuidadosamente cada una de ellas y subraya tu respuesta lo más apegada a tu realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>0) Nunca 1) Una o menos veces al mes 2) De 2 a 4 veces al mes 3) De 2 a 3 veces a la semana 4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas ingieres cuando sales a tomar alcohol?</p> <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7, 8 o 9 4) 10 o mas</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos, etc.).</p> <p>0) No 2) Sí, pero no en el curso del último año 4) Sí, el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>0) No 3) Sí, pero no en el curso del último año 4) Sí, el último año</p>



Apéndice F



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: “Autoestima, barreras en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria”

Autora del Estudio: Lic. Berenice Cruz Martínez

Introducción: El interés por el cual se realizará el presente estudio es conocer la relación que existe entre el consumo de alcohol y tabaco con los niveles de autoestima, funcionalidad familiar y la percepción de barreras para el consumo de alcohol de los estudiantes de preparatoria del estado de Puebla, por tal motivo se le invita a participar en este estudio, si usted acepta deberá dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible sin afectar sus actividades escolares. Antes de decidir si quiere o no participar necesita saber el propósito del estudio, cuáles son los riesgos que existen y lo que se realizará después de firmar su consentimiento. Este procedimiento se llama consentimiento informado, este instructivo le explicará el estudio, si usted decide participar, le pediré que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del Estudio:

La información que usted emita será usada como parte de un estudio realizado en adolescentes para conocer la relación entre los niveles de autoestima, funcionalidad familiar y barreras en el consumo de tabaco y alcohol con Por tal motivo, la información que nos proporcione será de gran utilidad para posteriormente realizar intervenciones que ayuden en la prevención del consumo de estas drogas. Por favor lea esta forma y haga todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento para que sea parte del grupo de estudio.

Procedimiento

Si yo acepto participar en el estudio, se me pedirá que realice lo siguiente: Contestar una cédula de datos y cinco instrumentos con la mayor sinceridad posible apegada a mi realidad, los cuales me llevarán aproximadamente 30 minutos y que se aplicarán sin que interfiera en mis actividades académicas.

Riesgos e inquietudes:

Existen riesgos mínimos relacionados con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados:

En este estudio no existe un beneficio personal para usted, sin embargo se espera que en un futuro con los resultados de este estudio se continúen indagando sobre el fenómeno de las drogas y posteriormente implementar programas de intervención en el beneficio de los adolescentes para disminuir el consumo de sustancias adictivas.

Alternativas:

Solo existe una alternativa para este estudio el cual implica que usted no participe en el estudio.

Costos:

No existe ningún costo para que participe en el estudio, esto será de manera voluntaria.

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

Las únicas personas que conocerán que participó en el estudio son usted y los responsables del estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los instrumentos serán publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general en forma de gráficas y tablas, nunca se presentará información personalizada de usted. Recuerde que los cuestionarios que conteste son anónimos y la información es confidencial.

Derecho de Retratar:

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de que participe o no participe, no afecta su relación actual con ninguna institución de salud o educativa. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos.

Preguntas:

Si usted tiene alguna pregunta como participante de este estudio por favor comuníquese con los responsables de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería o al teléfono 2 29 55 00 extensión 6548 y 6589.

Consentimiento:

Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio y que se recaude información sobre mí. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma

Lic. Berenice Cruz Martínez responsable de la investigación

Firma del Primer Testigo

Parentesco:_____

Firma del Segundo Testigo

Parentesco:_____



Apéndice G



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Asentimiento informado para el estudiante menor de edad

Título del Proyecto: “Autoestima, barreras en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de preparatoria”

Autora del Estudio: Lic. Berenice Cruz Martínez

Introducción: El interés por el cual se realizará el presente estudio es conocer la relación que existe entre el consumo de alcohol y tabaco con los niveles de autoestima, funcionalidad familiar y la percepción de barreras para el consumo de alcohol de los estudiantes de preparatoria del estado de Puebla, por tal motivo se le invita a participar en este estudio, si usted acepta deberá dar respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario disponible sin afectar sus actividades escolares. Antes de decidir si quiere o no participar necesita saber el propósito del estudio, cuáles son los riesgos que existen y lo que se realizará después de firmar su consentimiento. Este proceso se llama "asentimiento informado". Sí doy mi asentimiento para participar, se me pedirá que firme esta forma de asentimiento.

Propósito del Estudio

La información que usted emita será usada como parte de un estudio realizado en adolescentes para conocer la relación entre los niveles de autoestima, funcionalidad familiar y barreras en el consumo de tabaco y alcohol. Por tal motivo, la información que nos proporcione será de gran utilidad para posteriormente realizar intervenciones que ayuden en la prevención del consumo de estas drogas. Por favor lea esta forma y haga todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento para que sea parte del grupo de estudio.

Procedimiento

Si yo acepto participar en el estudio, se me pedirá que realice lo siguiente: Contestar una cédula de datos y cinco instrumentos con la mayor sinceridad posible apegada a mi realidad, los cuales me llevarán aproximadamente 20 minutos y que se aplicarán sin que interfiera en mis actividades académicas.

Riesgos e Inquietudes:

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

Beneficios

En este estudio no existe un beneficio personal para usted, sin embargo se espera que en un futuro con los resultados de este estudio se continúen indagando sobre el fenómeno de las drogas y posteriormente implementar programas de intervención en el beneficio de los adolescentes para disminuir el consumo de sustancias adictivas.

Alternativas:

Solo existe una alternativa para este estudio el cual implica que usted no participe en el estudio.

Costos:

No existe ningún costo para que participe en el estudio, esto será de manera voluntaria.

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

Las únicas personas que conocerán que participó en el estudio son usted y los responsables del estudio. Ninguna información sobre usted será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los instrumentos serán publicados en artículos científicos pero únicamente de manera general en forma de gráficas y tablas, nunca se presentará información personalizada de usted. Recuerde que los cuestionarios que conteste son anónimos y la información es confidencial.

Derecho de Retratar:

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de que participe o no participe, no afecta su relación actual con ninguna institución de salud o educativa. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos.

Preguntas:

Si usted tiene alguna pregunta como participante de este estudio por favor comuníquese con los responsables de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería o al teléfono 2 29 55 00 extensión 6548 y 6589.

Asentimiento:

Yo, voluntariamente acepto participar en este estudio y que se recaude información sobre mí. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas.

Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación.

Firma

Lic. Berenice Cruz Martínez responsable de la investigación

Firma del Primer Testigo

Parentesco: _____

Firma del Segundo Testigo

Parentesco: _____