UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



TITULO

“MALESTAR PSICOLÓGICO, COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA”

TESIS:

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E. LUIS ALBERTO RODELO VARGAS

DIRECTORES:

DR. MARIO ENRIQUE GÁMEZ MEDINA

DRA. JESICA GUADALUPE AHUMADA CORTEZ

CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO, 21 DE OCTUBRE DE 2026

Universidad Autónoma de Sinaloa

Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International

Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C.P. 80010 Culiacán Sin. Méx.
Tel (667) 713 78 32 y (667) 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

Agradecimiento

Dios, por concederme la vida, la salud y la fortaleza para culminar esta etapa. Por iluminar mi camino y sostenerme en los momentos de duda y cansancio. A mis padres, mi mayor ejemplo de amor, trabajo y perseverancia. Gracias por su apoyo incondicional, por cada consejo, por su sacrificio silencioso y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

Dedicatorias

A mi familia, por ser mi sostén incondicional, mi refugio y mi mayor motivación. Gracias por su paciencia, amor y comprensión en cada desvelo. Este logro es reflejo de sus sacrificios y valores. Sin ustedes, este camino no habría sido posible. Con profundo amor, les dedico este esfuerzo.

A mi Director de tesis, Dr. Mario, por su guía experta, paciencia y compromiso académico. Gracias por compartir su conocimiento, por sus observaciones precisas y por impulsar la calidad de este trabajo. Su acompañamiento riguroso y humano fue fundamental para concluir esta investigación con excelencia.

A mis lectores revisores, por su tiempo, dedicación y valiosas aportaciones que enriquecieron este trabajo. Agradezco sus observaciones, críticas constructivas y oportunas, las cuales fortalecieron la solidez metodológica y académica de la tesis. Su mirada objetiva fue clave para mejorar y perfeccionar esta investigación.

A mis maestros, por compartir con generosidad su conocimiento, experiencia y vocación. Gracias por cada enseñanza, por exigirme con rigor y acompañarme con humanidad. Su compromiso académico y ética profesional dejaron huella en mi formación. Valoro profundamente las bases sólidas que me brindaron para crecer como profesionista y como persona.

A mis compañeros de generación, por hacer de este trayecto una experiencia enriquecedora, solidaria y fraterna. Gracias por el apoyo mutuo, por las horas de estudio compartidas y por la amistad sincera. Caminar juntos hizo más llevadero el esfuerzo y nos permitió crecer como equipo y como profesionistas.

Al Honorable Jurado, por su tiempo, profesionalismo y objetividad al evaluar este trabajo. Agradezco sus valiosas observaciones, conocimientos compartidos y el rigor académico brindado durante la réplica. Su experiencia y criterio contribuyen significativamente a mi formación. Es un honor someter esta investigación a su distinguida consideración.

A la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS) mi Alma Mater, por abrirme sus puertas y brindarme formación académica de calidad. Gracias por los conocimientos, valores y oportunidades que forjaron mi perfil profesional. Me honra pertenecer a esta institución que impulsa la ciencia, el humanismo y el compromiso social.

A mis amigos, en especial a Jesús Emmanuel Terrazas López por su apoyo sincero, sus palabras de aliento y por comprender mis ausencias. Gracias por escucharme, animarme y celebrar cada pequeño avance. Su amistad hizo más ligero este proceso. Valoro su compañía incondicional que me sostuvo emocionalmente hasta alcanzar esta meta tan anhelada.

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol representa un problema de salud pública con efecto particular en adolescentes, población vulnerable por cambios biológicos, psicosociales inherentes. En México, la prevalencia de consumo entre 12 y 17 años se incrementó en la última década, asociándose con daños neurocognitivos, problemas de salud mental y conductas de riesgo. Malestar psicológico y comunicación familiar se identifican como factores relevantes en esta dinámica, aunque su interacción específica permanece poco explorada. **Objetivo:** Conocer la relación entre malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria. **Metodología:** Estudio cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal, sustentado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. La muestra se conformó por 334 adolescentes de dos preparatorias públicas de Navolato, Sinaloa, seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado. Se aplicaron los instrumentos DASS-21, PACS y AUDIT; su análisis se realizó mediante estadística no paramétrica. **Resultados:** Las dimensiones del malestar psicológico correlacionaron positiva y significativamente entre sí. La comunicación ofensiva materna y paterna se asoció con mayores niveles de malestar, mientras que la comunicación abierta paterna se relacionó negativamente con ansiedad. El consumo dañino correlacionó con ansiedad y con comunicación ofensiva parental, y consumo dependiente con comunicación ofensiva paterna. **Conclusiones:** Se aporta evidencia inédita en el contexto sinaloense sobre la interrelación entre estas variables en adolescentes escolarizados. **Recomendaciones:** Se sugiere diseñar intervenciones de enfermería integrales que fortalezcan el bienestar emocional y la comunicación familiar, con énfasis en adolescentes varones y desarrollar programas educativos conjuntos entre estudiantes, familias e instituciones.

Palabras clave: *Malestar Psicológico, Comunicación, Relaciones Padres-Hijo, Consumo de Alcohol, Estudiantes*

Abstract

Introduction: Alcohol consumption is a public health issue that particularly affects adolescents a vulnerable population due to inherent biological and psychosocial changes. In Mexico, the prevalence of alcohol consumption among individuals aged 12 to 17 has increased over the last decade, and is associated with neurocognitive impairment, mental health problems, and risk-taking behaviors. Psychological distress and family communication are identified as significant factors in this dynamic, though their specific interaction remains under-explored. **Objective:** To examine the relationship between psychological distress, parent-adolescent communication, and alcohol consumption among high school students. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, correlational, and cross-sectional study, based on Nola J. Pender's Health Promotion Model. The sample consisted of 334 adolescents from two public high schools in Navolato, Sinaloa, selected through stratified random sampling. Data were collected using the DASS-21, PACS, and AUDIT instruments, and analyzed using non-parametric statistics. **Results:** The dimensions of psychological distress showed significant positive correlations with one another. Offensive communication from both mothers and fathers was associated with higher levels of distress, while open communication from fathers was negatively associated with anxiety. Harmful alcohol consumption was correlated with anxiety and offensive parental communication, while dependent consumption was linked to offensive communication from fathers. **Conclusions:** This study provides new evidence within the context of Sinaloa regarding the interrelationship between these variables among adolescents in the school system. **Recommendations:** It is suggested that comprehensive nursing interventions be designed to strengthen emotional well-being and family communication with a particular focus on male adolescents and that educational programs involving students, families, and institutions be developed.

Keywords: *Psychological Distress, Communication, Parent-Child Relations, Alcohol Consumption, Students*

Índice Página

Capítulo I 1

1.Introducción 1

1.1 Planteamiento del problema 3

1.2 Pregunta de investigación 5

1.3 Justificación 5

1.4 Antecedentes de investigación 7

1.5 Marco teórico conceptual 12

1.6 Objetivos 17

Capítulo II 18

2. Metodología 18

2.1 Tipo de estudio 18

2.2 Diseño metodológico 18

2.3 Limites de tiempo y espacio 18

2.4 Universo 18

2.5 Muestra 18

2.6 Criterios de elegibilidad 19

2.7 Variables 19

2.7.1 Operacionalización de variables 20

2.8 Instrumentos 22

2.9 Recursos 25

2.10 Procedimiento de recolección de datos 26

2.11 Plan de análisis de datos 27

2.12 Consideraciones éticas 28

Capítulo III 32

3.1 Resultados 32

3.2 Discusión 48

3.3 Conclusiones 55

Índice Página

3.4 Recomendaciones 58

Capítulo IV 59

Referencias bibliográficas 59

Anexos 66

A. Consentimiento informado para padres, madres o tutores legales 67

B. Asentimiento Informado para estudiantes 70

C. Consentimiento informado para estudiante mayor de edad 73

D. Cédula de Datos Sociodemográficos 76

E. Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) 78

F. Escala comunicación padres-adolescente (PACS) 79

G. Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) 80

H. Cronograma de actividades primer semestre 82

I. Cronograma de actividades segundo semestre 83

J. Cronograma de actividades tercer semestre 84

K. Cronograma de actividades cuarto semestre 85

L. Registró de proyecto de investigación FECUAS 86

M. Dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán 87

N. Dictamen de aprobación del Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán 88

O. Resumen Autobiográfico 89

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Operacionalización de variables de estudio	20
2	Niveles de depresión, ansiedad y estrés	23
3	Plan de análisis de datos	28
4	Consistencia Interna del Instrumento Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)	32
5	Consistencia Interna del Instrumento Parent-Adolescent Communication Scale (PACS) Versión correspondiente a madres	33
6	Consistencia Interna del Instrumento Parent-Adolescent Communication Scale (PACS) Versión correspondiente a padres	33
7	Consistencia Interna del Instrumento Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	34
8	Características de las variables sociodemográficas	35
9	Prevalencias de consumo de alcohol	36
10	Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para variables continuas	37
11	Comparación del malestar psicológico por sexo	38
12	Comparación de malestar por edad	39
13	Comparación de comunicación padres-adolescentes por sexo	40
14	Comparación de comunicación padres-adolescentes por edad	41
15	Comparación de consumo de alcohol por sexo	42
16	Comparación de consumo de alcohol por edad	43
17	Comparar el malestar psicológico por tipo de consumo	45
18	Comunicación padres-adolescentes por tipo de consumo	46
19	Correlación entre malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol	47

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol representa uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, impactando significativamente las dimensiones física, mental y social del bienestar humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), reporta que la ingesta de alcohol causa aproximadamente 2.6 millones de muertes anuales, equivalentes 4.7% de la mortalidad global, y genera 115.9 millones de años de vida ajustados por discapacidad, representando 4.6% del total mundial. Esta problemática adquiere especial relevancia en la población adolescente, un grupo particularmente vulnerable debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales característicos de esta etapa del desarrollo, que incrementan su nivel de riesgo hacia el consumo de alcohol y otras conductas negativas (Musitu et al., 2015; Telumbre-Terrero et al., 2024).

En el contexto mexicano, los datos epidemiológicos revelan una tendencia preocupante en el consumo de alcohol entre adolescentes. Datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT (2016-2017), documenta una elevación significativa en la prevalencia de ingesta excesiva de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años, pasando del 4.3% en 2011 al 8.3% en 2016. Este aumento representa un desafío crítico para los sistemas de salud, considerando que el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia se asocia con daños irreversibles en el desarrollo neurocognitivo, problemas de salud mental y conductas de alto riesgo, incluyendo relaciones sexuales no protegidas, accidentes y episodios de violencia (Quiroz-Reyes et al., 2022; OMS, 2018).

Asimismo, los datos de 2016 muestran que la prevalencia de consumo de alcohol no difiere significativamente entre hombres y mujeres adolescentes en relación con 2011, independientemente de las veces que se haya ingerido (ENCODAT), no obstante, dicha correlación sigue siendo elevada para este grupo

poblacional en México. Estos datos reflejan su grave impacto, destacando la necesidad de estrategias para reducir sus efectos en el grupo etario adolescente.

El consumo de alcohol en adolescente puede ejercer un impacto negativo en el ámbito académico y social. Según Armendáriz-García et al. (2019), los adolescentes que presentan problemas de consumo de alcohol suelen reportar un menor rendimiento académico y dificultades en sus relaciones familiares, incrementando la probabilidad de desarrollar dependencia (al consumo de alcohol) en etapas posteriores. Sin embargo, aún persisten interrogantes sobre los procesos específicos que facilitan este tipo de conductas y las condiciones bajo las cuales el consumo de alcohol se intensifica, lo que subraya la relevancia de explorar otros factores que influyen en esta dinámica.

Entre dichos factores destaca el malestar psicológico, entendido como la presencia de estrés, ansiedad y depresión, que puede impulsar a los adolescentes a usar el alcohol como forma de afrontamiento (Telumbre-Terrero et al., 2024). En este sentido, la comunicación familiar se ha propuesto como un potencial modulador de dicha relación: si bien estudios previos indican que una comunicación abierta y afectiva entre padres e hijos puede funcionar como un factor protector frente a la ingesta de alcohol (Bordalejo et al., 2016; Musitu et al., 2015), todavía es una incógnita el grado en que la comunicación incide específicamente en la forma que el malestar psicológico impulsa o mantiene la ingesta de alcohol. Por tanto, es necesario, profundizar en cómo influyen estas variables para comprender y entender cómo podrían ser incluidas en intervenciones para implementarse durante la adolescencia.

Desde una mirada teórica, se aborda el modelo de Promoción de la Salud que presenta Nola J. Pender (Pender et al., 2015). Esta propuesta proporciona el marco para analizar los factores que influyen en estas conductas de riesgo para la salud de los adolescentes. Este modelo plantea que las conductas saludables son resultado de complejas interacciones que incluyen elementos personales,

ambientales y/o sociales, así como de la percepción de barreras y beneficios hacia estas conductas. Para el caso de ingesta de alcohol, el modelo permite explorar cómo el malestar psicológico y la comunicación familiar afectan las decisiones de los adolescentes de preparatoria respecto al consumo de alcohol. Por lo anterior, el propósito del presente trabajo será conocer el efecto del malestar psicológico y la comunicación padres-adolescentes sobre el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria.

1.1 Planteamiento del Problema

En la adolescencia, los cambios biológicos, psicológicos y sociales hacen que la población juvenil sea particularmente vulnerable a presentar conductas de riesgo, incluido el consumo de alcohol. Este período se caracteriza por transición, una mayor búsqueda de independencia y exploración, añadido con la inmadurez de áreas cerebrales relacionadas con la autorregulación, pueden poner en riesgo a los adolescentes a adoptar conductas impulsivas como el consumo de alcohol en esta etapa (Casey et al., 2010; Spear, 2018). En la literatura se ha documentado ampliamente las repercusiones negativas del consumo excesivo de alcohol en edades tempranas como la alteración del desarrollo neurocognitivo y el aumento del riesgo de desarrollar consumo dependiente en la adultez aún persisten lagunas acerca de los mecanismos por los cuales las variables psicológicas y familiares se combinan para influir en esta conducta (Patrick et al., 2016; OMS, 2018).

Entre los factores emocionales de mayor relevancia es el malestar psicológico, que abarca síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Telumbre-Terrero et al., 2024, Tejada-Rangel et al., 2023). Estudios previos han mostrado que el estrés emocional severo en la adolescencia puede actuar como un detonante de conductas de afrontamiento poco saludables, como el consumo de sustancias (Kuntsche & Cooper, 2010; Schulenberg & Maggs, 2014). En particular, los adolescentes con niveles altos de malestar psicológico podrían acudir hacia el consumo de alcohol en exceso como una estrategia de afrontamiento para aliviar temporalmente sus

emociones negativas (Conger, 1956). No obstante, no se cuenta con un panorama integral que explique cómo este fenómeno se desarrolla y se sostiene a lo largo del tiempo, ni se han identificado con claridad los factores mediadores que podrían interrumpir este ciclo.

Por otro lado, la comunicación familiar en especial, la capacidad de los padres para brindar orientación y apoyo afectivo ha sido señalada como un posible mediador que puede mitigar o agravar dicha conducta de riesgo (Musitu et al., 2015). En este sentido, existe evidencia que apunta a la calidad de la comunicación entre padres – hijos adolescentes como un factor determinante en la toma de decisiones. Esta característica influye en la percepción de normas sociales, que pueden actuar como mecanismos protectores frente a situaciones generadoras de estrés, ansiedad y depresión o malestar psicológico (Barnes & Olson, 1982; García-Moya et al., 2019). A pesar de ello, se carece de evidencia empírica contundente que describa la interacción específica entre la calidad de la comunicación familiar (padres-adolescentes), el nivel de malestar psicológico y la ingesta de alcohol en la adolescencia.

En el contexto mexicano, la pertinencia de abordar esta problemática resulta de interés para la salud general de la población. Aunque ENCODAT (2016-2017) ha documentado que el 19.8% de los adolescentes de 12 a 17 años presenta consumo excesivo de alcohol, sus hallazgos dejan abiertas preguntas sobre el rol que desempeñan factores emocionales y familiares en la adopción y mantenimiento de dicha conducta. Un estudio reciente en población mexicana destacó que la falta de comunicación efectiva en el hogar puede incrementar el riesgo de consumo de alcohol en adolescentes, especialmente en aquellos con predisposición a síntomas depresivos (Quiroz-Reyes et al., 2022). Sin embargo, se desconoce con precisión si la presencia de elevados niveles de malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) en un adolescente incrementa la probabilidad de consumo de alcohol cuando

la comunicación con sus padres es deficiente, o, por el contrario, un diálogo efectivo podría disminuir dicho riesgo.

En consecuencia, el presente estudio pretende analizar la influencia del malestar psicológico y la comunicación entre padres e hijos adolescentes sobre el consumo de alcohol, teniendo como población objetivo a estudiantes de bachillerato. Diversas teorías de Enfermería destacan la importancia de generar evidencia empírica sobre diversas combinaciones de elementos para diseñar intervenciones dirigidas. Estos protocolos tienden a disminuir conductas de riesgo como el consumo de alcohol en distintos grupos (Pérez-García, 2018). Se espera que al identificar los factores moduladores o mediadores y de riesgo, sea posible promover estrategias específicas que mejoren el bienestar psicológico y la cohesión familiar. Al comprender mejor la dinámica del consumo de alcohol en adolescentes, este estudio podrá contribuir al desarrollo de políticas públicas y programas preventivos que incidan positivamente en su salud integral.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre malestar psicológico, la comunicación entre padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria?

1.3 Justificación

La magnitud y complejidad del consumo de alcohol en la adolescencia, aunada a su creciente prevalencia en el contexto mexicano, demanda la profundización en factores que trascienden la mera cuantificación de su incidencia. Tal como señalan diversos organismos de salud y estudios en esta temática (ENCODAT, 2016-2017; WHO, 2021), la problemática repercute en daños físicos o a la posibilidad de dependencia en la adultez, asimismo, en las dimensiones psicológicas y familiares con repercusiones duraderas en el desarrollo integral de los jóvenes. Por lo tanto, existe una necesidad de investigaciones que vayan más allá de los índices de consumo y ahonden en los procesos subyacentes que expliquen el consumo de alcohol y la perpetuación de esta conducta a lo largo del tiempo.

En este sentido, las variables de malestar psicológico y comunicación familiar plantean interrogantes que no han sido resueltas de manera concluyente. Aunque estudios previos han sugerido que la ansiedad, la depresión o el estrés elevado pueden impulsar a los adolescentes a adoptar conductas de afrontamiento disfuncionales incluido el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol (Kuntsche & Cooper, 2010; Schulenberg & Maggs, 2014) no se ha clarificado en qué medida la comunicación padres-adolescentes puede atenuar o en algunos casos, intensificar este riesgo (García-Moya et al., 2019; Quiroz-Reyes et al., 2022). Esta laguna de conocimiento adquiere relevancia particular en contextos donde se observan variaciones socioculturales que influyen en la dinámica familiar y en la valoración de la salud mental, como es el caso de México.

La presente investigación se justifica por su potencial para generar evidencia empírica que permita comprender la interacción entre malestar psicológico, comunicación familiar y consumo de alcohol en adolescentes. Desde la perspectiva del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (Pender et al., 2015), se asume que los comportamientos de salud dependen tanto de factores individuales como de las percepciones y prácticas construidas en el entorno familiar. Por ello, confirmar estas relaciones podría orientar intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación padres-adolescentes e identificar tempranamente indicadores de malestar psicológico, con el fin de reducir la incidencia del consumo de alcohol y sus repercusiones en la población adolescente a corto, mediano y largo plazo.

Finalmente, este estudio ofrece un aporte práctico para el futuro diseño de políticas públicas y programas preventivos ajustados a la realidad sociocultural de los jóvenes mexicanos. Al proveer datos que clarifiquen la magnitud del papel que ejerce la comunicación familiar (padres-adolescentes), especialmente en situaciones de malestar psicológico, se podrá fortalecer la base para implementar la toma de decisiones en la práctica de Enfermería. De esta manera, esta investigación trasciende el marco puramente descriptivo y se constituye en un referente para

desarrollar estrategias integrales que promuevan el bienestar y la prevención en el desarrollo de patrones de consumo problemático de alcohol.

1.4 Antecedentes de Investigación

Malestar psicológico y consumo de alcohol

Un estudio realizado por Telumbre-Terrero et al. (2024), tuvo como objetivo identificar la relación entre el bienestar psicológico y el consumo de alcohol por adolescentes y jóvenes en la Ciudad del Carmen, Campeche, México (periodo 2023). La muestra incluyó 225 pertenecientes al grupo etario adolescente de 12 a 18 años y jóvenes entre 19 y 22 años, residentes de Ciudad del Carmen. Se seleccionaron bajo principios de voluntariedad. El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional con un enfoque cuantitativo, se utilizó el instrumento Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Esta escala se constituye por 39 ítems en seis subescalas: autoaceptación (estima del individuo), relaciones positivas (en zona de desarrollo próximo), autonomía (independencia en toma de decisiones), dominio del entorno (comprensión del contexto), propósito de vida (metas y objetivos) y crecimiento personal.

Los datos recolectados mediante cuestionarios en línea fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS (versión 23) analizando las estadísticas descriptivas (frecuencias y proporciones), estadísticas inferenciales, U de Mann-Whitney, H de Kruskall-Wallis y correlación de Spearman para la prueba de normalidad se usó Kolmogorov-Smirnov indicó una distribución no normal ($p < 0.05$). En los resultados obtenidos se observó que 65.8% ingirieron alcohol alguna vez en la vida y 18.7% declararon consumir en la última semana, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es 17 años. Respecto al bienestar psicológico, las mujeres reportaron niveles más altos que los hombres. En general se encontró que el bienestar psicológico muestra una relación significativa y negativa entre el bienestar psicológico general y el consumo de alcohol (r_s=−0.457, p=0.001).

El estudio realizado por Condorcana y Mena (2024) tuvo como propósito general, establecer relación entre bienestar psicológico y consumo de alcohol en personas adultas. Por otra parte, buscó analizar diferencias de género en patrones de consumo. La muestra consiste en 110 adultos de Latacunga, Ecuador, con edad promedio de 38.9 años; 68% de los participantes fueron hombres. Se seleccionaron mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con criterios de inclusión: ser mayor de edad y firmar consentimiento informado, excluyendo a personas bajo los efectos del alcohol o drogas, o con discapacidades que impidieran completar los cuestionarios.

El diseño del estudio es de orden cuantitativo, no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal. Se utilizaron dos instrumentos principales: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y cuestionario AUDIT, que mide el nivel de riesgo del consumo de alcohol, con categorías que van desde abstinencia hasta dependencia. Los datos se recolectaron mediante cuestionarios en línea, se analizaron posteriormente con el software Jamovi, mediante estadística no paramétrica, al considerar distribución no probabilística de los datos.

En los resultados, se observó que 67.3% de los participantes tenía un nivel de bienestar psicológico alto, seguido por 16.4% con nivel moderado y 10.9% con nivel bajo. Respecto al consumo de alcohol, 42.7% presentó consumo ocasional, 28.2% abstinencia, 23.6% consumo de riesgo y 3.6% consumo perjudicial. Se observo correlación negativa y significativa entre nivel de bienestar psicológico y consumo de alcohol (rs=-0.236, p=0.013), indicando que mayor bienestar psicológico, menor ingesta de alcohol. No se observaron diferencias significativas de consumo de alcohol entre hombres y mujeres (p=0.228).

Comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol

En el estudio realizado por Bordalejo, et al. (2016) tuvo por objetivo investigar la comunicación entre adolescentes y sus padres, así como el consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA), siendo esta una práctica social potenciada en esta

etapa. La muestra incluyó un total de 316 participantes comprendidos entre los 12 y 20 años (*M* = 14,7, *DE* = 1,62), de los cuales el 60.8% (192) fueron mujeres. El diseño de estudio fue transversal descriptivo-correlacional. Se utilizaron estadísticos descriptivos y correlaciones de Spearman para identificar relaciones entre comunicación y consumo. Se utilizó el instrumento, Cuestionario Sociodemográfico (diseñado ad hoc) del cual se sustrajeron datos generales de los participantes, Inventario de Comunicación Adolescente-Padres (ICAP): Evaluó la comunicación percibida con padres, dividiéndola en las subescalas mencionadas y la Escala de Prácticas Sociales vinculadas al consumo episódico excesivo de alcohol (PS-CEEA) propuesta por Schmidt, V., Dománico y Giménez, M. (2016). Este instrumento establece la medición específica de prácticas sociales relacionadas al consumo excesivo de alcohol.

Dentro de los resultados se concentraron que los no consumidores frecuentes 52% casi nunca asocian diversión con el alcohol. El consumo ocasional un 20.7% refiere consumir alcohol frecuentemente como parte de su diversión. En los escenarios de consumo predominan reuniones nocturnas con amigos y fiestas, mientras la relación comunicación y consumo de alcohol (en mujeres), comunicación abierta con la madre está negativamente relacionada al consumo de alcohol (rs= -0.17, p< 0.05), y la restricción en la comunicación con la madre está positivamente asociada con el consumo de alcohol (rs= 0.21, p< 0.01). No se encontraron correlaciones significativas entre las variables estudiadas en varones.

Un estudio realizado por Armendáriz-García, et al. (2019) tuvo por objetivo explorar la relación establecida por calidad en comunicación familiar e ingesta de alcohol en adolescentes. Se realizó un muestreo aleatorio conformado por una diada de 153 adolescentes. Sus edades oscilan entre los 12 y los 17 años con sus respectivos padres y/o madres, residentes del municipio de Apodaca, Nuevo León, en México. La edad fue de 12 a 17 años (M= 16 años, DE= 1.32) con 52.3% mujeres y 47.7% hombres. El 74.5% estudiaban exclusivamente; 11.2% estudiaban y

trabajaban; 7.8% ni estudiaban ni trabajaban. Respecto a los padres el 70.6% fueron mujeres y 29.4% hombres con un nivel educativo en su mayoría de educación secundaria (42.5%), mientras que solo el 6.5% son profesionales. Fue un estudio descriptivo, correlacional aleatorizado de corte transversal. Se utilizó Escala de Comunicación Familiar (Family Communication Scale, FCS-VE) compuesta por 10 ítems que Evalúa habilidades de comunicación, como mensajes claros, empatía y resolución de problemas. Y el cuestionario (AUDIT) que mide el consumo de alcohol (frecuencia, cantidad, dependencia y problemas asociados).

Se utilizó la estadística inferencial con la prueba U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y coeficiente de correlación Spearman. En los resultados se encontró que 26.1% de los adolescentes reportaron consumo de alcohol el último año. La comunicación padre con adolescentes se relaciona negativamente con mayor consumo de alcohol (rs = -0.223, p =0.041) indicando que mayor comunicación familiar se asocia con menor prevalencia y consumo dañino de alcohol en adolescentes.

El estudio realizado por Musitu et al. (2015) establece, como propósito principal, examinar las relaciones entre la comunicación familiar, su funcionamiento y la autoestima del adolescente ante el consumo de alcohol. Además, se analizó el gran impacto que tiene el consumo de alcohol en entornos familiares, sociales, así como las diferencias de acuerdo con el género. La muestra incluyó 1245 adolescentes mexicanos (50.7% hombres y 49.3% mujeres), edades 12 y 17 años, provenientes de escuelas públicas secundaria, preparatoria en Monterrey, Nuevo León, y su área metropolitana. La muestra se seleccionó mediante muestreo aleatorio estratificado, considerando proporcionalidad por grado escolar, turno y grupos. El Diseño del estudio: Transversal, ex post facto, descriptivo correlacional. Para el análisis de datos, utilizaron modelos de ecuaciones estructurales para identificar las relaciones entre las siguientes variables: familia, autoestima y consumo de alcohol. Con el análisis multigrupo se evaluaron diferencias según género. Los

instrumentos utilizados para este artículo fueron el Cuestionario de Comunicación Familiar (Barnes y Olson, 1982); instrumento de evaluación de apertura y problemas en la comunicación con padres, la Escala de Evaluación Familiar (APGAR), el cuestionario de cohesión y adaptabilidad familiar, Encuesta de Consumo de Alcohol (AUDIT), así como Cuestionario de Evaluación de Autoestima Adolescentes (AFA 5).

En resultados obtenidos se observó una gran relación significativa entre la ingesta de alcohol de los distintos grupos de estudio: adolescente, familiares y amigos. La comunicación familiar está inversamente relacionada con la ingesta de alcohol.

Síntesis de estudios

Los estudios encontraron que el consumo de alcohol se mantiene en niveles similares a los documentados en investigaciones previas. Además, en los estudios revisados se hace referencia al “bienestar psicológico” como una variable protectora; no obstante, en este estudio se aborda el constructo desde su dimensión contraria, es decir “malestar psicológico”. Al respecto, se ha encontrado que el bienestar psicológico (o, en sentido inverso, malestar psicológico) se presenta con mayor intensidad en mujeres que en hombres, lo que indica diferencias de género en la forma en que los adolescentes experimentan y reportan su estado emocional y cognitivo. Por otra parte, se ha observado que las mujeres también reportan niveles más altos de comunicación con sus padres, lo cual, según la literatura, se asocia con un menor consumo de alcohol.

En términos generales, los estudios señalan que consumo de alcohol está relacionado con malestar psicológico y con calidad de comunicación entre padres e hijos. Más concretamente, se han encontrado relaciones negativas y significativas entre consumo de alcohol y bienestar psicológico. En la presente investigación como conjetura establecida, se traduce de manera opuesta como malestar psicológico: a una mayor ingesta de alcohol corresponderían niveles altos de malestar psicológico. Del mismo modo, consumo de alcohol se relaciona negativamente con la

comunicación padres-adolescentes, lo que sugiere que, a menor frecuencia o calidad de la comunicación familiar, aumenta la probabilidad de un consumo más elevado de alcohol. Se destaca que hasta el momento no se han encontrado estudios en los que se aborden simultáneamente estas tres variables (malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol), de modo que esta investigación podría aportar nuevos hallazgos al respecto.

1.5 Marco teórico conceptual

Adolescencia

La adolescencia se caracteriza por cambios marcados a nivel biológico, psicológico y social (Casey et al., 2010; Spear, 2018). Biológicamente, la reorganización de los circuitos neuronales en regiones como la corteza prefrontal y el sistema límbico responsables de la autorregulación, la toma de decisiones y la gestión emocional puede intensificar la búsqueda de recompensas inmediatas y la susceptibilidad a conductas de riesgo (Steinberg, 2010). Psicológicamente, los adolescentes atraviesan la consolidación de la identidad y de la autoestima, experimentando al mismo tiempo presiones sociales y académicas que pueden desestabilizar su equilibrio emocional (Paus, Keshavan, & Giedd, 2008). Socialmente, la necesidad de integración grupal y el deseo de autonomía frente a la familia pueden motivar elecciones que pongan en juego la salud y el bienestar (Patrick et al., 2016).

No obstante, la adolescencia representa un momento de oportunidad para la prevención y promoción de conductas saludables, ya que las experiencias adquiridas durante esta etapa suelen perdurar y ejercer un impacto importante en la adultez (World Health Organization [WHO], 2021). Así, intervenciones enfocadas en el fortalecimiento de redes familiares y en la regulación emocional pueden llegar a tener un efecto protector prolongado frente a comportamientos nocivos, incluido el consumo de alcohol (Musitu, Callejas, & Callejas, 2015).

Consumo de alcohol en la adolescencia

Como consumo de alcohol en adolescentes se considera un problema de salud pública a nivel internacional. Esta condición se debe al potencial de desencadenar diversas afectaciones en la salud física, mental y social (OMS, 2018). Por otra parte, como modelo análogo internacional la encuesta Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). Documenta que existe poco más de la mitad (56%), en edad adolescente, que presenta adicción al alcohol (OEDA, 2023).

Dentro de los factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes se encuentran los factores contextuales, entre ellos destacan la disponibilidad y accesibilidad, es decir la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas se relaciona con un inicio más temprano de consumo (Henriksen, Feighery, & Fortmann, 2008). Las normas sociales y expectativas como las creencias culturales que asocian el consumo de alcohol con diversión o integración pueden normalizar su uso en esta etapa (Kuntsche & Cooper, 2010). Por su parte la dinámica familiar como la supervisión parental y la calidad de la comunicación pueden actuar tanto como factor de protección, así como de riesgo (Barnes & Olson, 1982).

En México, la ENCODAT (2016-2017) reveló aumento en prevalencia de consumo excesivo de alcohol en adolescentes de edades 12 y los 17 años de 4.3% en 2011, hasta 8.3 % en 2016, subrayando la urgencia de identificar factores que expliquen dicha alza. Además, se han observado patrones similares en las frecuencias de consumo entre hombres y mujeres adolescentes, lo que indica que la conducta de beber puede estar desasociándose de los roles tradicionales de género ENCODAT, (2016-2017).

Este fenómeno cobra importancia por sus posibles implicaciones a largo plazo: el consumo de alcohol en edades tempranas puede derivar en daños neurocognitivos irreparables, dificultades en la salud mental y un incremento en conductas de alto riesgo, como relaciones sexuales no protegidas o episodios de violencia (OMS, 2018; Quiroz-Reyes, Perales, & Delgado, 2022).

Malestar psicológico en la adolescencia

El malestar psicológico se refiere a la presencia de síntomas como: estrés, ansiedad y depresión, sin diagnóstico clínico específico (Kessler et al., 2002). En la adolescencia, estas manifestaciones cobran particular relevancia por la alta reactividad emocional y la menor experiencia en la gestión de problemas (Paus et al., 2008). La presión académica, los conflictos familiares y las experiencias sociales adversas pueden incrementar este malestar, que a su vez predispone a la adopción de conductas de afrontamiento disfuncionales, entre ellas el consumo de alcohol (Kuntsche & Cooper, 2010; Telumbre-Terrero et al., 2024).

Comunicación familiar padre-adolescentes

La familia es la primera instancia de socialización y desarrollo del individuo (Furstenberg, 2010). Dentro de este entorno, la comunicación familiar surge como un componente esencial para el establecimiento de límites, la transmisión de normas y valores, además de la regulación emocional (Barnes & Olson, 1982). Numerosos estudios han encontrado que adolescentes provenientes de hogares con altos niveles de afectividad y escucha activa (comunicación familiar) presentan menores tasas en consumo de alcohol comparados con aquellos que experimentan distanciamiento o falta de claridad en el diálogo (Bordalejo, Musitu, & Rivas, 2016; Musitu et al., 2015).

En este sentido, la comunicación con los padres puede considerarse un factor que modula o media la relación entre malestar psicológico y el consumo de alcohol. Cuando la población adolescente percibe un ambiente de comprensión y acompañamiento afectivo, tiende a desarrollar mejores habilidades para afrontar el estrés, la ansiedad y la depresión de forma más efectiva (García-Moya, Brooks, & Moreno, 2019). Por el contrario, la ausencia de una comunicación efectiva se ha asociado con un mayor recurso a estrategias de afrontamiento nocivas incluido el uso de sustancias (alcohol) ante la falta de respaldo emocional (Ryan, Roman, & Okwany, 2015). En el contexto mexicano, Quiroz-Reyes et al. (2022) encontraron que

la falta de comunicación efectiva y la predisposición a la sintomatología depresiva incrementan el riesgo de consumo excesivo de alcohol en adolescentes, evidenciando el rol que desempeña la familia en la salud de los adolescentes.

Modelo de Promoción de la Salud

El presente estudio toma como referente el Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2015), el cual sostiene que las conductas de salud son resultado de una compleja interacción entre factores personales, interpersonales y medioambientales (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Para entender por qué una persona decide adoptar o no un comportamiento específico, es fundamental explorar las percepciones de beneficios, barreras, autoeficacia y apoyos sociales que rodean dicho comportamiento.

Al analizar el consumo de alcohol en adolescentes desde este modelo, en donde se entiende que el malestar psicológico (factor personal) puede aumentar la probabilidad de recurrir al alcohol como vía de afrontamiento, especialmente cuando los beneficios percibidos (reducción momentánea del estrés o la ansiedad) superan la conciencia de riesgos (dependencia, daños neurocognitivos, problemas familiares). Sin embargo, la comunicación familiar (influencia interpersonal) puede atenuar esta tendencia al generar espacios donde se discuten los beneficios y desventajas del consumo, se refuerzan la autoeficacia y el control emocional y se establecen límites claros. De esta manera, la familia puede fomentar hábitos de vida saludables y promover las formas de afrontamiento positivo en el adolescente, reduciendo el impacto de los factores estresantes externos e internos.

De este modo, el malestar psicológico (expresado a través de depresión, ansiedad o estrés) actúa como un desencadenante que favorece el consumo de alcohol como mecanismo de afrontamiento a corto plazo Herrera-Criollo (2020). La calidad de la comunicación padres-adolescentes se contempla como un filtro o mediador que puede o bien fortalecer la tendencia al consumo, o buscar alternativas de afrontamiento más adaptativas o efectivas. Los factores culturales y contextuales

como la normalización del consumo de alcohol en ambientes juveniles o la disponibilidad de la sustancia también inciden en la adopción o no final del comportamiento (Ryan et al., 2015).

Siguiendo la lógica del Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2015), la probabilidad de que un adolescente adopte o continúe con el consumo de alcohol dependerá de sus experiencias emocionales internas y el apoyo que perciba en su entorno inmediato. Cuando los padres establecen una comunicación abierta, facilitan la identificación y expresión de emociones, reforzando la habilidad del adolescente para enfrentar situaciones estresantes sin recurrir a conductas de riesgo como ingesta de alcohol (Ryan et al., 2015). En síntesis, este modelo guía y fundamenta la importancia de analizar simultáneamente el malestar psicológico, la comunicación familiar y el consumo de alcohol en la adolescencia.

Definición de conceptos (términos)

El *estudiante de preparatoria* se define como el adolescente formalmente inscrito en una institución de educación media superior con una edad comprendida entre 12 y 19 años; y se clasificó en adolescencia temprana entre 12 y 14 años; así como adolescencia tardía entre 15 y 19 años (OMS, 2025).

La *edad* se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento del estudiante de preparatoria hasta el momento de la recolección de los datos, expresado en años cumplidos y se midió a través de la cédula de datos personales.

El *sexo* se define como la característica biológica asignada al estudiante de preparatoria al nacer, basada en características fisiológicas, anatómicas y cromosómicas que distinguen a los individuos como masculino o femenino y se midió a través de la cédula de datos personales.

El *malestar psicológico* se define como el nivel percibido de síntomas de depresión, ansiedad y estrés experimentados por el estudiante de preparatoria, el cual fue evaluado mediante la siguiente escala: Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) Bados, Balaguer, y Saldaña (2005).

La *comunicación padres-adolescentes* se define como el proceso bidireccional de intercambio de información, pensamientos, sentimientos y emociones entre los adolescentes y sus padres, caracterizado por la apertura, claridad y calidad en las interacciones familiares y fue medida a través de la *Parent-Adolescent Communication Scale (PACS)* Musitu, Callejas, & Callejas (2015).

El *consumo de alcohol* se define como la ingesta de bebidas alcohólicas, que considera tanto cantidad como frecuencia, por parte del estudiante de preparatoria. Este se clasifica en tres categorías: riesgo, perjudicial y posible dependencia. Asimismo, se analiza en términos de prevalencia: alguna vez en la vida, último año y mes. Para su evaluación, se emplear el siguiente cuestionario: *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT),* (OMS, 2024).

1.6 Objetivos

Objetivo General

Conocer la relación entre malestar psicológico, la comunicación padres-adolescentes y el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria.

Objetivos Específicos

1. Identificar el malestar psicológico por sexo y edad.
2. Describir la comunicación padres-adolescentes por sexo y edad.
3. Describir el tipo de consumo de alcohol por sexo y edad.
4. Comparar el malestar psicológico y la comunicación padres-adolescentes por tipo de consumo de alcohol

Capítulo II

Metodología

2.1 Tipo de estudio

El presente estudio tiene enfoque cuantitativo, orientado a la medición y análisis estadístico de las variables de interés. Este enfoque permitió obtener datos objetivos y comparables para el análisis de relaciones entre las variables planteadas (Grove & Gray, 2019; Hernández-Sampieri et al., 2023).

2.2 Diseño metodológico

El diseño de estudio fue cuantitativo, no experimental de tipo correlacional y de corte transversal. En el que buscó conocer la relación entre el malestar psicológico, la comunicación padres-adolescentes y el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria y la medición se realizó en un solo momento en el tiempo (Grove & Gray, 2019).

2.3 Limites de tiempo y espacio

El límite temporal del estudio correspondió al periodo comprendido entre septiembre de 2024 a agosto de 2026, en el cual se llevaron a cabo las etapas de planificación, recolección y análisis de datos. Respecto al límite espacial fueron en dos escuelas preparatorias públicas ubicadas en el municipio de Navolato, Sinaloa, México.

2.4 Universo

2283 adolescentes de dos preparatorias públicas del municipio de Navolato, Sinaloa.

2.5 Muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada por 334 adolescentes pertenecientes a dos escuelas preparatorias de educación pública en el municipio de Navolato estado de Sinaloa, México. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, con asignación proporcional al tamaño del estrato (por grado y grupo). La muestra se calculó a través del programa: G*Power V 3.1.9.7, con los siguientes parámetros:

tamaño de efecto pequeño (*f2*= 0.02), nivel de significancia α = 0.05, poder estadístico (1 - β) = 0.80. Bajo estas condiciones, el tamaño mínimo requerido fue de 334 participantes.

2. 6 Criterios de elegibilidad

Criterios de Inclusión

Participantes menores de edad que cuenten con asentimiento informado firmado por ellos y consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales.

Participantes mayores de edad que cuenten con consentimiento informado firmado por ellos.

Criterios de exclusión

Participantes que no quieran participar.

Criterios de Eliminación

Cuestionarios que presenten patrones de respuesta inconsistentes, tales como: respuestas sistemáticas o repetitivas, patrones claramente no reflexivos, contradicciones evidentes entre ítems relacionados.

Cuestionarios con patrones de respuesta sistemáticos que sugieran falta de atención o compromiso con el instrumento (por ejemplo: marcar siempre la misma opción, patrones alternados sin sentido lógico).

Instrumentos que no estén contestados al 90% de cada variable.

2.7 Variables

Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes, consumo de alcohol.

2.7.1 Operacionalización de variables

Tabla 1.

Operacionalización de variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Instrumento	Escala de medición	Tipo de variable
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos como hombres y mujeres.	El sexo se operacionalizará a través de la autoidentificación del participante como hombre y mujer.	N/A	Cédula	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta un momento específico.	La edad se operacionalizará a través de la fecha de nacimiento del participante calculando la edad cronológica en años cumplidos.	N/A	Cédula	Edad (14-18) Años	Cuantitativa discreta
Malestar psicológico	Es el nivel percibo de depresión, ansiedad y estrés experimentados por el estudiante de preparatoria.	Evalúa la frecuencia o severidad con que el individuo ha experimentado ciertos síntomas emocionales durante la última semana.	Depresión: Falta de entusiasmo, baja autoestima, tristeza, ausencia de placer. Ansiedad: Síntomas fisiológicos (temblor, boca seca, dificultad para respirar), preocupación, pánico. Estrés Tensión, irritabilidad, dificultad para relajarse, hiperactivación.	Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21).	Niveles de severidad 0 = No me ocurrió en absoluto 1 = Me ocurrió en alguna ocasión o poco tiempo 2 = Me ocurrió bastante tiempo 3 = Me ocurrió la mayor parte del tiempo	Cualitativa Ordinal

Comunicación padres-adolescentes	Proceso bidireccional de intercambio de información, pensamientos, sentimientos y emociones entre adolescentes y padres caracterizado por apertura, claridad y calidad.	Cada dimensión se calcula sumando los ítems correspondientes, tanto para el padre como de la madre.	Comunicación abierta: Evalúa el grado de confianza, sinceridad, expresión emocional positiva y diálogo fluido entre padres e hijos. Comunicación ofensiva: Mide la presencia de mensajes agresivos, descalificadores o que generan malestar emocional. Comunicación evitativa Evalúa la tendencia del adolescente o del padre/madre a evitar conversaciones significativas, ocultar información o no hablar sobre temas importantes.	Parent-Adolescent Communication Scale (PACS).	Puntaje categórico 1- Nunca, 2- Rara vez, 3- A veces, 4- A menudo, 5- siempre.	Cualitativa Ordinal
Consumo de alcohol	Ingesta de bebidas alcohólicas, considerando cantidad y frecuencia. Clasificación en tres dimensiones: riesgo, posible riesgo y perjudicial	Cada dimensión se calcula sumando los ítems correspondientes a nivel de riesgo.	Consumo de riesgo de alcohol Frecuencia, cantidad y consumo elevado. Síntomas de dependencia Pérdida de control, prioridad del consumo, consumo matutino. Consumo perjudicial / Consecuencias negativas Culpa, lagunas de memoria, lesiones, preocupación de otros.	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Nivel de riesgo 0 a 3 puntos: consumo alcohol responsable; 4 a 7 puntos: Riesgo moderado; Se recomienda reducir el consumo; 8 o más puntos: Posible abuso o dependencia	Cualitativa Ordinal

Nota: Elaboración propia.

2.8 Instrumentos

En este apartado se presentan los instrumentos de evaluación para las variables del estudio, donde se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, para medir las actitudes de malestar psicológico; se utilizó Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) adaptado por Martínez-González & Pérez-Torres (2022). Debido a la comunicación padres – adolescentes, se plantea la escala (PACS) Musitu, Callejas & Callejas (2015), y para determinar consumo de alcohol, se establece el cuestionario (AUDIT), para detectar consumo de riesgo y dependencia al alcohol.

La cédula de datos personales consta de una serie de preguntas donde se retoman datos de tipo personal del participante. Se incluye el grado, grupo, género, edad. Permiten establecer comparaciones de las tres variables para cotejar niveles de interrelación, (con quien vive) permite discriminar sujetos que no cumples con la variable de comunicación entre padres e hijos, la prevalencia de consumo de alcohol (alguna vez en la vida, en el último año y mes, tipo de bebidas (seis bebidas en dos horas) AUDIT (OMS 2009).

Para medir la variable malestar psicológico se utilizó la escala Depresión Ansiedad y Estrés, por sus siglas en inglés: DASS-21 Depression Anxiety Stress Scales-21, Lovibond (1995), traducida al español por Bados, Balaguer & Saldaña (2005). Este instrumento de autoinforme mide tres dimensiones emocionales: depresión, ansiedad y estrés.

Es una escala de tipo Likert de 4 puntos que evalúa la frecuencia o severidad con que el individuo ha experimentado ciertos síntomas emocionales durante la última semana: 0 = No me ocurrió en absoluto, 1 = Me ocurrió en alguna ocasión o poco tiempo, 2 = Me ocurrió bastante tiempo, 3 = Me ocurrió la mayor parte del tiempo.

Puntuaciones: Se suman los puntajes de cada subescala (7 ítems por subescala), con un rango posible de 0 a 21 para cada dimensión.

Subescala de Depresión: Esta dimensión se enfoca en síntomas como el desánimo persistente, pérdida de interés en las actividades, baja autoestima y dificultad para experimentar placer (anhedonia). Ítems incluidos: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.

Subescala de Ansiedad: Evalúa la tendencia a experimentar respuestas de miedo o tensión intensa ante situaciones cotidianas, así como síntomas físicos relacionados con el sistema nervioso autónomo, como temblores, palpitaciones o sensación de pánico. Ítems incluidos: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

Subescala de Estrés: Se relaciona con niveles elevados de tensión y agitación psicológica, impaciencia, irritabilidad, dificultad para relajarse y sensación de estar sobrecargado. Ítems incluidos: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

Las puntuaciones se interpretan según niveles de severidad: normal, leve, moderado, severo y extremadamente severo.

Tabla 2.

Niveles de depresión, ansiedad y estrés

Nivel	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0–4	0–3	0–7
Leve	5–6	4	8–9
Moderado	7–10	5–7	10–12
Severo	11–13	8–9	13–16
Extremadamente severo	≥14	≥10	≥17

Nota: Elaboración propia con base en DASS-21 por Lovibond (1995).

Fiabilidad: Coeficientes alfa de Cronbach es de 0.82 y 0.92, lo que se designa como alta consistencia y confiabilidad para población adolescente, como (Areas et al., 2023, Hernández-Gutiérrez, C., & Sánchez-López, M., 2020; Martínez-González, L. J., & Pérez-Torres, M. A., 2022; Torres-Rivera, M., & Jiménez-Ferrer, M., 2021)

Para medir la variable comunicación padres-adolescentes se utilizó la Escala de Comunicación Padres-Adolescentes por sus siglas en inglés, PACS Parent-Adolescent Communication Scale Barnes & Olson (1982), para evaluar la calidad de la comunicación entre adolescentes y sus padres.

Sus características principales, número de ítems 20, con un tiempo de aplicación de 9-11 minutos, dirigida específicamente a adolescentes a partir de los 11 años, su estructura evalúa la comunicación con la madre y el padre por separado. Cada interrogante se califica en: 1- Nunca, 2- Rara vez, 3- A veces, 4- A menudo, 5- siempre, es una encuesta de autoinforme de tipo Likert.

La escala mide tres dimensiones de la comunicación, comunicación abierta: evalúa el grado de apertura y honestidad en la comunicación, comunicación ofensiva: mide la frecuencia de interacciones agresivas o despectivas, comunicación evitativa: evalúa la tendencia a evitar conversaciones o a no expresar sentimientos. La escala ha mostrado coeficientes de alfa de Cronbach de 0.64 y 0.91.

Para medir la variable consumo de alcohol se utilizó el cuestionario AUDIT por sus siglas en inglés Alcohol Use Disorders Identification Test (OMS 1992), para evaluar el consumo de alcohol.

El instrumento se estructura mediante diez ítems que evalúan diferentes dimensiones del consumo de alcohol, donde cada interrogante recibe una calificación entre 0 y 4 puntos. La puntuación total obtenida permite clasificar el nivel de riesgo asociado al patrón de ingesta de alcohol del evaluado.

Las áreas que abarca el contenido y estructura del cuestionario: frecuencia del consumo de alcohol; cantidad típica de consumo en un día común; episodios de consumo excesivo seis o más tragos en una sola ocasión; dificultad para detener el consumo una vez iniciado; consecuencias del consumo de alcohol en la vida cotidiana; consumo de alcohol en la mañana para aliviar malestar; sentimientos de culpa o remordimiento tras el consumo de bebidas embriagantes; episodios de pérdida de memoria por consumo de alcohol; lesiones autoinfligidas o a terceros

debido al alcohol y preocupación de familiares o profesionales de la salud sobre el consumo.

La interpretación del puntaje se mide mediante tres categorías de riesgo; 0 a 3 puntos: consumo sensato; 4 a 7 puntos: consumo dependiente; y 8 o más puntos: consumo dañino. Estudios han mostrado coeficiente de alfa de Cronbach de 0.75 y 0.94.

2.9 Recursos

Recursos humanos

El equipo estuvo conformado por un investigador, así mismo se integró director de tesis con grado doctoral en ciencias de enfermería para asesoría académica y metodológica, además de un codirector o asesor estadístico especializado en análisis cuantitativos. El equipo se complementó con personal de apoyo capacitado en recolección de datos y manejo ético de participantes adolescentes, además del personal administrativo de las instituciones educativas para coordinación logística., recursos materiales, recursos técnicos.

Recursos materiales

Se necesitaron copias impresas de todos los instrumentos de recolección: cédula sociodemográfica, cuestionarios de comunicación familiar, escala de malestar psicológico e instrumento de consumo de alcohol. Por lo cual, se incluyeron los formatos de consentimiento informado impresos. Del mismo modo, que los materiales de oficina básicos bolígrafos, carpetas organizadoras, material de archivo y suministros para encuadernación del documento final.

Recursos técnicos

Se requirió de equipo de cómputo con sistema operativo actualizado, procesador de texto y acceso a internet estable. Es indispensable el software SPSS versión 22.0 para Windows para el análisis estadístico de datos, servicios de telecomunicaciones incluyendo telefonía móvil y correo. Además, se consideró acceso a bases de datos especializadas para consulta de literatura actualizada.

2.10 Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recolección de información se desarrolló siguiendo una metodología estructurada que garantizo el cumplimiento de los aspectos éticos y metodológicos requeridos para la investigación. Inicialmente, se gestionó la obtención del dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación y del Comité en Investigación, documento indispensable para dar inicio a las actividades de campo. Posteriormente, se procedió a establecer comunicación formal con los directivos de las instituciones educativas participantes, presentando les los objetivos de la investigación, la metodología a implementar, las características de los instrumentos de medición y los principios éticos que rigieron el estudio. En esta fase se solicitó la autorización institucional y el apoyo logístico necesario para acceder a los grupos estudiantiles seleccionados, así como la disponibilidad de espacios físicos apropiados para el desarrollo de las actividades programadas.

La ejecución del trabajo se organizó mediante dos etapas claramente diferenciadas. La etapa inicial comprendió una sesión informativa dirigida a los padres, madres o responsables legales de los estudiantes menores de edad participantes. Durante este encuentro se proporcionó información detallada sobre la naturaleza del estudio, los objetivos perseguidos, las condiciones de participación, las estrategias implementadas para salvaguardar la confidencialidad y anonimato de los datos, así como los derechos que asisten a los participantes. Se enfatizó, especialmente en el carácter voluntario de la participación y la facultad de retirarse del estudio en cualquier momento sin implicaciones negativas para el estudiante o su familia.

En esta primera etapa se distribuyeron los documentos de consentimiento informado correspondientes a los tutores legales (Anexo A) y los formatos de asentimiento informado destinados a los adolescentes menores de edad (Anexo B). Para aquellos estudiantes que hayan alcanzado la mayoría de edad, se procedió únicamente con la obtención del consentimiento informado firmado directamente por

el participante (Anexo C). Se estableció un período prudencial para la revisión de la documentación y la toma de decisiones por parte de las familias, garantizando que no exista presión alguna para la participación.

La segunda etapa consistió en la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, la cual se llevó a cabo de manera presencial, en grupo, dentro de un aula o espacio previamente designado por cada institución educativa. El tiempo requerido para completar la batería de instrumentos se estimó en aproximadamente veinte minutos por participante.

La secuencia de aplicación de los instrumentos siguió un orden preestablecido para optimizar la recolección de información. En primer lugar, se administró la cédula de datos sociodemográficos y prevalencias de consumo de alcohol (Anexo D), seguidamente, se aplicó el cuestionario de comunicación padres-adolescentes (Anexo E), en tercer lugar, se administró la escala de malestar psicológico (Anexo F), finalmente, se aplicó el instrumento específico para la evaluación del consumo de alcohol (Anexo G).

Durante todo el proceso de aplicación, se estuvo presente para brindar orientación, resolver dudas y garantizar el adecuado desarrollo de la actividad, cuidando en todo momento la confidencialidad y privacidad de los participantes. Además, se estuvo particularmente atento a la posible ocurrencia de eventos adversos o manifestaciones de malestar emocional durante el llenado de los cuestionarios. Cabe destacar, que hubo un protocolo de contención previamente establecido, con la finalidad de ofrecer acompañamiento inicial y canalizar al estudiante a los servicios de apoyo psicológico u orientación escolar disponibles en la institución, sin embargo, la recolección de datos no presentó incidentes.

2.11 Plan de análisis de datos

El procesamiento y análisis de la información recolectada se ejecutó mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. Como paso inicial del análisis, se procedió a evaluar la confiabilidad de los

instrumentos de medición mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, se emplearon métodos de estadística descriptiva, como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central (ej. media, mediana) y de dispersión (ej. desviación estándar) para describir las variables de estudio. Se analizó la consistencia interna de las variables continuas a través de la prueba de Kolmogorov - Smirnov con corrección de lilliefors. Con base a los resultados de esta prueba, se decidió el uso de estadística no paramétrica (p<0.05) para los análisis inferenciales y responder a los objetivos de estudio (Tabla 3).

Tabla 3.

Plan de análisis de datos

Análisis estadístico	
Objetivo general	**Pruebas estadísticas**
Conocer la relación entre malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol.	**No paramétricas** Rho de Spearman
Objetivos específicos	
1. Identificar el nivel de malestar psicológico por sexo y edad.	*U* de Mann Whiney
2. Describir la comunicación padres-adolescentes por sexo y edad.	*U* de Mann Whiney
3. Describir el tipo de consumo de alcohol por sexo y edad.	*U* de Mann Whiney
4. Comparar el malestar psicológico y la comunicación padres-adolescentes por tipo de consumo de alcohol.	Kruskal-Wallis

Nota: Elaboración propia.

3.12 Consideraciones éticas y legales

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en los principios éticos y jurídicos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2024), documento que constituye la base normativa para garantizar la protección, dignidad e integridad de los participantes en estudios de investigación en el ámbito sanitario. Esta investigación

contó con la aprobación y dictaminación del Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán y al Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán.

El cumplimiento riguroso de estas disposiciones legales aseguró que la investigación se desarrolló bajo estándares éticos apropiados, salvaguardando los derechos fundamentales de todos los involucrados en el proceso investigativo. En particular, se atendió a lo dispuesto en los artículos 13 y 14, además de las fracciones I, V, VI y VII, 16 y 17 del reglamento vigente, los cuales son fundamentales para la planificación y ejecución del protocolo.

Respecto al artículo 13 que establece que toda investigación en salud debe conducirse con pleno respeto a la dignidad humana, se protegió en todo momento los derechos y bienestar de las y los participantes. En este sentido, el presente estudio tuvo un trato digno a cada participante, llamándolos por su nombre, asegurando un ambiente de respeto mutuo. Asimismo, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital General de Culiacán, Sinaloa. Esta aprobación brindó legitimidad al proceso y garantizó el cumplimiento de los valores fundamentales como autonomía, beneficencia y justicia (Secretaría de Salud, 2024).

La investigación se desarrolló en estricto apego a lo dispuesto en el artículo 14, fracciones I, V, VI y VII, que establecen la obligatoriedad de conducir los estudios conforme a los principios éticos y científicos reconocidos internacionalmente. En este sentido se obtuvo el consentimiento informado de todas las y los participantes, quienes fueron notificados de manera clara sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir, los posibles riesgos y beneficios, así como su derecho a decidir sobre su participación.

El consentimiento fue otorgado de manera libre, sin presiones externas y en todo momento se dejó en claro que podían abandonar el estudio cuando así lo desearan, sin que esto implicará repercusiones de ningún tipo.

Respeto a la privacidad y la protección de los datos personales. De acuerdo con el artículo 16, se establecieron mecanismos para preservar la confidencialidad de los participantes mediante el uso de técnicas de anonimato. Los instrumentos de recolección de datos como los cuestionarios no incluyeron nombres, direcciones, ni ningún otro dato que permitiera exponer los datos personales de los adolescentes. Asimismo, el manejo de la información fue responsable y cuidadosa, cumpliendo con los principios de seguridad y confidencialidad establecidos por la normativa vigente. Cabe mencionar que a las y los participantes se les informó que los resultados del estudio serían utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos y que los hallazgos serían difundidos de forma general, sin incluir información individualizada que pudiera comprometer la identidad de alguna persona.

En lo referente a la naturaleza del riesgo, el estudio fue clasificado como de riesgo mínimo, conforme al Artículo 17, fracción II, Secretaría de Salud (2024). Este tipo de riesgo se refiere a situaciones en las que la participación puede generar efectos emocionales leves o transitorios, sin poner en peligro la salud física o psicológica de las personas involucradas. En este caso, el contenido de las entrevistas incluyó temas como el malestar psicológico, la comunicación entre padres-adolescentes, y el consumo de alcohol.

Debido a que el estudio incluyo a adolescentes menores de edad de nivel preparatoria se incorporaron los lineamientos establecidos en los artículos 20, 21, 22, 57 y 58 que regulan la investigación en menores de edad. Conforme al artículo 20, se establece, consentimiento informado por los padres o tutores, así como el asentimiento informado de las y los adolescentes participantes. Se garantizó que estos comprendían, un lenguaje claro y apropiado para su edad, los objetivos del estudio y sus derechos como participantes.

De acuerdo con el artículo 21, la investigación fue considerada pertinente al abordar temas específicos en esta población, como el malestar emocional, la dinámica familiar y el consumo de sustancias, lo cual contribuye a generar

conocimiento útil y beneficios indirectos para la salud de los adolescentes. Finalmente, en cumplimiento del artículo 22, los riesgos asociados al estudio fueron mínimos, y en ningún caso se puso en peligro la integridad física o emocional de las personas involucradas.

Respecto al artículo 57 que define los grupos subordinados como aquellos conformados por estudiantes, entre otros grupos especiales, cuya capacidad de otorgar consentimiento informado puede estar influenciada por alguna autoridad y el Artículo 58 prevé que, en investigaciones que involucren a dichos grupos, debe incorporarse al menos un representante capaz de reflejar los valores morales, culturales y sociales del grupo (padre o tutor). Este representante debe velar porque (I) la participación, rechazo o retiro del consentimiento no afecte la situación escolar, (II) que los resultados no se utilicen en su perjuicio y (III) la institución responsable y los patrocinadores asuman la responsabilidad del tratamiento médico de eventuales daños y la indemnización correspondiente (Secretaría de Salud, 2024).

Conforme a los lineamientos sobre la declaración de Helsinki constituye el documento ético fundamental que rige la investigación médica en seres humanos, estableciendo principios universales para proteger la vida, salud, dignidad, integridad, autodeterminación, privacidad y confidencialidad de los participantes en la investigación. Así misma la declaración de Helsinki proporciona mayor protección para poblaciones vulnerables y compromisos más sólidos hacia la equidad y justicia en investigación (Asociación Médica Mundial, 2024).

Adicionalmente, ningún participante manifiesto incomodidad, angustia o cualquier señal de malestar emocional durante el proceso de recolección de información. Además, es importante señalar que las y los participantes no recibieron ningún beneficio económico, académico ni de otro tipo por su participación en el estudio. Su colaboración fue completamente voluntaria y realizada con fines exclusivamente científicos, lo cual fue debidamente aclarado durante el proceso de consentimiento informado.

Capítulo III

3.1 Resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio: malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria en 334 participantes de dos preparatorias públicas del Municipio de Navolato, Sinaloa. Primeramente, se describe la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente la estadística descriptiva, la prueba de normalidad para las variables continuas y finalmente la respuesta de los objetivos de estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 4.

Consistencia Interna del Instrumento Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21).

Instrumento	*Ítems*	No. de reactivos	*Alfa de Cronbach*
Malestar psicológico	1-21	21	.93
Depresión	3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21	7	.87
Ansiedad	2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20	7	.82
Estrés	1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18	7	.84

Nota. Elaboración propia con base en Depression Anxiety and Stress Scale – 21 (DASS-21)

La escala que mide el malestar psicológico mostró una consistencia interna global aceptable (α = .93), lo que indica alta confiabilidad del instrumento en su conjunto. De igual manera, las tres subescalas mostraron índices aceptables a buenos: depresión (α = .87), estrés (α = .84) y ansiedad (α = .82).

Tabla 5.

Consistencia Interna del Instrumento Parent-Adolescent Communication Scale (PACS) Versión correspondiente a madres

Instrumento	Ítems	No. de reactivos	Alfa de Cronbach
Comunicación Mamá	1-20	20	.77
Comunicación abierta	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16 y 17	11	.90
Comunicación ofensiva	5, 12, 18 y 19	4	.70
Comunicación evitativa	4, 10, 11, 15 y 20	5	.63

Nota. Elaboración propia con base en Parent-Adolescent Communication Scale (PACS).

El instrumento que mide la comunicación padres-adolescentes (Tabla 5) en su versión materna presentó una confiabilidad global moderada (α = .77). La comunicación abierta alcanzó el valor más elevado (α = .90). Las subescalas de comunicación ofensiva (α = .70) y evitativa (α = .63) reportaron valores más modestos, situándose esta última en el límite de lo aceptable.

Tabla 6.

Consistencia Interna del Instrumento Parent-Adolescent Communication Scale (PACS) Versión correspondiente a padres

Instrumento	Ítems	No. de reactivos	Alfa de Cronbach
Comunicación Papá	1-20	20	.90
Comunicación abierta	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16 y 17	11	.93
Comunicación ofensiva	5, 12, 18 y 19	4	.84
Comunicación evitativa	4, 10, 11, 15 y 20	5	.61

Nota. Elaboración propia con base en Parent-Adolescent Communication Scale (PACS).

La versión paterna del PACS presentó una consistencia interna global alta (α = .90), al igual que la subescala de comunicación abierta (α = .93). No obstante, la subescala de comunicación evitativa (α = .61) reportó un alpha baja. La subescala ofensiva (α = .84), mostró adecuada confiabilidad.

Tabla 7.

Consistencia Interna del Instrumento Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrumento	*Ítems*	*No. de reactivos*	*Alfa de Cronbach*
Consumo de alcohol	1-10	10	.82
Consumo sensato	1, 2 y 3	3	.67
Consumo dependiente	4, 5, 6 y 7	4	.62
Consumo dañino	8, 9 y 10	3	.60

Nota. Elaboración propia con base en Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)

La prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) (Tabla 7). Presentó una confiabilidad global aceptable (α = .82). Las subescalas mostraron valores más discretos: consumo sensato (α = .67), consumo dependiente (α = .62) y consumo dañino (α = .60).

Estadística descriptiva

A continuación, se presentan los datos descriptivos de la población de estudio y las variables de estudio.

Tabla 8.

Características de las variables sociodemográficas

	f	*%*
Edad		
14 años	1	0.3
15 años	86	25.7
16 años	108	33.0
17 años	113	33.8
18 años	26	7.8
Sexo		
Masculino	131	39.2
Femenino	203	60.8
Estado Civil		
Soltero/a	314	94.0
Casado/a	13	3.9
Unión libre	7	2.1
Grado escolar		
1er grado	116	34.7
2do grado	115	34.4
3er grado	103	30.8
Con quien vives actualmente		
Ambos padres	199	59.6
Solo con mamá	97	29.0
Solo con papá	6	1.8
Con abuelos	32	9.6
Ingreso mensual aproximado de tu familia		
Menos de $5,000	95	28.4
Entre $5,001 y $10,000	123	36.8
Entre 10,001 y $15,000	63	18.9
Más de $15,001	53	15.9

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

La mayoría de la población estuvo conformada por el sexo femenino con un 60.8%, donde la edad que mayormente prevaleció fue de 16 y 17 años (33% y 33.8% respectivamente). Respecto al estado civil, el 94% mencionó ser soltero/a. Respecto

a la estructura familiar, el 59.6% de los adolescentes reside con ambos padres, aunque casi tres de cada diez viven únicamente con la madre (29.0%). La distribución por grado escolar fue relativamente homogénea entre los tres grados de bachillerato. En materia económica, el estrato de ingreso familiar más frecuente fue entre $5,001 y $10,000 mensuales (36.8%), mientras que el 28.4% reportó ingresos inferiores a $5,000.

Tabla 9

Prevalencias de consumo de alcohol

	f	*%*
¿Has consumido alcohol alguna vez en la vida?		
No	150	44.9
Si	184	55.1
¿Has consumido alcohol en el último año?		
No	209	62.5
Si	125	37.5
¿Has consumido alcohol en el último mes?		
No	270	80.8
Si	64	19.2

Nota. Elaboración propia Rodelo-Vargas L,A,. (2026)

En la tabla de prevalencia de consumo de alcohol, el 55.1% de los adolescentes refirió haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 42.2% en el último año y el 19.2% en el último mes (Tabla 9).

La Tabla 10 presenta los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors aplicada a las variables continuas del estudio. Los hallazgos indican que la mayoría de las variables se apartan significativamente de una distribución normal. La única excepción fue la comunicación abierta con el padre (p =.200), por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos de estudio.

Tabla 10.

Pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para variables continuas

Variable	*D*[a]	*n*	*M*	*Mdn*	*DE*	*Val. Min.*	*Val. Max*	*p*
Malestar Psicológico	.094	334	16.23	14.00	12.38	.00	49.00	.009
Depresión	.114	334	5.23	4.00	4.27	.00	20.00	.001
Ansiedad	.112	334	5.23	4.00	4.68	.00	19.00	.001
Estrés	.091	334	5.91	5.00	4.42	.00	41.00	.013
Comunicación Mamá								
C. Abierta	.111	334	25.79	28.00	28.00	.00	41.00	.001
C. Ofensiva	.156	334	3.11	2.50	3.09	.00	16.00	.001
C. Evitativa	.128	334	8.27	9.00	2.93	.00	16.00	.001
Comunicación Papá								
C. Abierta	.069	334	19.17	20.00	12.09	.00	44.00	.200*
C. Ofensiva	.202	334	2.71	1.00	3.55	.00	16.00	.001
C. Evitativa	.088	334	7.34	8.00	4.25	1.00	20.00	.019
Consumo de Alcohol	.163	125	6.08	4.00	5.06	1.00	27.00	.001
C. Sensato	.219	334	3.01	2.00	2.13	1.00	10.00	.001
C. Dependiente	.311	334	1.24	.00	1.82	.00	9.00	.001
C. Dañino	.267	334	1.82	.00	2.63	.00	9.00	.001

Nota: *M*= media, *Mdn* = Mediana, *DE* = desviación estándar, Val = valor, *Min* = mínimo, *Máx* = máximo, *n* = total de la muestra, *p* =significancia estadística

En respuesta al primer objetivo de investigación que menciona; identificar el malestar psicológico por sexo y edad en los estudiantes de preparatoria se presentan la Tablas 11 y 12.

Tabla 11

Comparación del malestar psicológico por sexo

Variables	*n*	*Rangos promedios*	*U*	*p*
Malestar psicológico			10360.000	.001
Masculino	131	145.08		
Femenino	203	181.97		
Depresión			10628.000	.002
Masculino	131	147.13		
Femenino	203	180.65		
Ansiedad			10232.500	.000
Masculino	131	144.11		
Femenino	203	182.59		
Estrés			10887.000	.005
Masculino	131	149.11		
Femenino	203	179.37		

Nota: *U* = *U de Mann-Whitney*, *p* =significancia estadística, *n* = 334

La Tabla 11 presenta las diferencias en el malestar psicológico y sus dimensiones según sexo mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. Los resultados son estadísticamente significativos en todas las variables analizadas: el malestar psicológico global (*U* = 10,360.00; *p* =.001), la depresión (*U* = 10,628.00; *p* =.002), la ansiedad (*U* = 10,232.50; *p* < .001) y el estrés (*U* = 10,887.00*; p* =.005) mostraron rangos promedio consistentemente más elevados en las adolescentes del sexo femenino, frente a los obtenidos por los varones.

Tabla 12

Comparación de malestar por edad

Variables	*n*	*Rangos promedios*	*U*	*p*
Malestar psicológico			10713.500	.001
De 14 a16 años	195	152.94		
De 17 a 18 años	139	187.92		
Depresión			11242.500	.008
De 14 a16 años	195	155.65		
De 17 a 18 años	139	184.12		
Ansiedad			11221.000	.007
De 14 a16 años	195	155.54		
De 17 a 18 años	139	184.27		
Estrés			10343.000	.000
De 14 a16 años	195	151.04		
De 17 a 18 años	139	190.59		

Nota: *U* = *U de Mann-Whitney*, p =significancia estadística, n = 334

La Tabla 12 reporta las diferencias en el malestar psicológico según el grupo etario de los adolescentes, clasificados en dos intervalos: de 14 a 16 años y de 17 a 18 años, mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. Los resultados evidencian que los adolescentes de mayor edad presentaron rangos promedio superiores en todas las dimensiones evaluadas, con diferencias estadísticamente significativas en el malestar psicológico global (*U* = 10,713.50; *p* =.001), la depresión (*U* = 11,242.50; *p* =.008), la ansiedad (*U* = 11,221.00; *p* =.007) y el estrés (*U* = 10,343.00; *p* < .001).

En respuesta al objetivo dos que menciona; describir la comunicación padres-adolescentes por sexo y edad en estudiantes de preparatoria se presentan las tablas 13 y 14.

Tabla 13.

Comparación de comunicación padres-adolescentes por sexo

Variables	*n*	*Rangos promedios*	*U*	*p*
Comunicación Abierta Mamá			11390.000	.027
Masculino	131	152.95		
Femenino	203	176.89		
Comunicación Ofensiva Mamá			11730.500	.065
Masculino	131	155.55		
Femenino	203	175.21		
Comunicación Evitativa Mamá			11163.000	.013
Masculino	131	151.21		
Femenino	203	178.01		
Comunicación Abierta Papá			11700.000	.064
Masculino	131	179.69		
Femenino	203	159.64		
Comunicación Ofensiva Papá			12800.000	.549
Masculino	131	171.29		
Femenino	203	165.05		
Comunicación Evitativa Papá			11872.000	.097
Masculino	131	178.37		
Femenino	203	160.48		

Nota: *U* = *U de Mann-Whitney*, C_=Comunicación, MM= Madre, PP= Padre, *p* =significancia estadística, *n* = 334

La Tabla 13 presenta las diferencias en los estilos de comunicación con ambos progenitores según el sexo de los adolescentes mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. En la relación comunicativa con la madre, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la comunicación abierta (*U* = 11,390.00; *p* =.027)

y en la comunicación evitativa (*U* = 11,163.00; *p* =.013), con rangos promedio más elevados en las adolescentes femeninas en ambos casos. La comunicación ofensiva materna no alcanzó significancia estadística (*p* =.065), y ninguna de las tres dimensiones de la comunicación paterna abierta (*p* =.064), ofensiva (*p* =.549) y evitativa (*p* =.097) mostró diferencias relevantes entre sexos.

Tabla 14

Comparación de comunicación padres-adolescentes por edad

Variables	*n*	*Rangos promedios*	*U*	*p*
Comunicación Abierta Mamá			12629.500	.288
De 14 a16 años	195	162.77		
De 17 a 18 años	139	174.14		
Comunicación Ofensiva Mamá			12398.500	.178
De 14 a16 años	195	161.58		
De 17 a 18 años	139	175.80		
Comunicación Evitativa Mamá			13542.000	.990
De 14 a16 años	195	167.55		
De 17 a 18 años	139	167.42		
Comunicación Abierta Papá			12354.000	.168
De 14 a16 años	195	161.35		
De 17 a 18 años	139	176.12		
Comunicación Ofensiva Papá			12901.000	.436
De 14 a16 años	195	164.16		
De 17 a 18 años	139	172.19		
Comunicación Evitativa Papá			12697.500	.324
De 14 a16 años	195	163.12		
De 17 a 18 años	139	173.65		

Nota: *U* = *U de Mann-Whitney*, C_=Comunicación, MM= Madre, PP= Padre, *p*=significancia estadística, *n* = 334

La Tabla 14 presenta si los estilos de comunicación con ambos progenitores difieren en función del grupo etario de los adolescentes mediante la prueba U de Mann-Whitney. A diferencia de los resultados observados por sexo, ninguna de las seis dimensiones comunicativas evaluadas abierta, ofensiva y evitativa tanto con la madre como con el padre alcanzó significancia estadística.

En respuesta al objetivo tres de estudio que menciona; describir el tipo de consumo de alcohol por sexo y edad en estudiantes de preparatoria se presentan la Tabla 15 y 16

Tabla 15

Comparación de consumo de alcohol por sexo

Variables	*n*	*Rangos promedios*	*U*	*p*
Consumo de alcohol			1307.500	.011
Masculino	45	73.94		
Femenino	80	56.84		
Consumo sensato			1532.500	.159
Masculino	45	68.94		
Femenino	80	59.66		
Consumo dependiente			1532.500	.005
Masculino	45	74.08		
Femenino	80	56.77		
Consumo dañino			1554.000	.173
Masculino	45	68.47		
Femenino	80	59.93		

Nota: *U* = *U de Mann-Whitney*, C_=Consumo, p =significancia estadística, n = 125

La Tabla 15 reporta las diferencias en el consumo de alcohol según el sexo de los adolescentes consumidores mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. El

puntaje global del AUDIT evidenció una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (*U* = 1,307.50; *p* =.011), con rangos promedio de 73.94 y 56.84, respectivamente, lo que indica que los varones adolescentes presentan un nivel de consumo total significativamente más elevado. En la distinción por tipos, únicamente el consumo dependiente presentó significancia estadística (*U* = 1,532.50; *p* =.005), mientras que el consumo sensato (*p* =.159) y el consumo dañino (*p* =.173) no mostraron diferencias relevantes entre sexos.

Tabla 16

Comparación de consumo de alcohol por edad

Variables	*n*	*Rangos promedios*	*U*	*p*
Consumo de alcohol			1828.500	.540
De 14 a16 años	61	65.02		
De 17 a 18 años	64	61.07		
Consumo sensato			1853.000	.617
De 14 a16 años	61	61.38		
De 17 a 18 años	64	64.55		
Consumo dependiente			1637.500	.086
De 14 a16 años	61	68.16		
De 17 a 18 años	64	58.09		
Consumo dañino			1908.500	.817
De 14 a16 años	61	63.71		
De 17 a 18 años	64	62.32		

Nota: *U = U de Mann-Whitney*, C_=Comunicación, MM= Madre, PP= Padre, *p* =significancia estadística, *n* = 125

La Tabla 16 analiza las diferencias en los estilos de comunicación con los progenitores según el grupo etario dentro de la submuestra de adolescentes consumidores de alcohol, mediante la prueba U de Mann-Whitney. Ninguna de las

variables evaluadas comunicación abierta, ofensiva y evitativa con la madre, y comunicación abierta con el padre presentó diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 14-16 años y el de 17-18 años.

Respecto al objetivo cuatro que menciona; comparar el malestar psicológico y la comunicación padres-adolescentes por tipo de consumo de alcohol, se presentan las Tablas 17 y 18.

En la tabla 17 se presentan las diferencias en el malestar psicológico según el tipo de consumo de alcohol no consumidores, consumo sensato, dependiente y dañino mediante la prueba de Kruskal-Wallis. El malestar psicológico global ($H = 8.065$; $p = .045$) y el estrés ($H = 8.021$; $p = .046$) alcanzaron significancia estadística, con los rangos promedio más elevados en el grupo de consumo dañino (193.82 y 195.39, respectivamente) y los más bajos en los no consumidores (156.20 y 156.50). La depresión y la ansiedad no mostraron diferencias significativas por tipo de consumidor

Tabla 17.

Comparar el malestar psicológico por tipo de consumo

Variable	*n*	*Rangos promedio*	*H*	*Valor de p*
Malestar Psicológico			8.065	.045
No consumidores	209	156.20		
Consumo sensato	51	181.95		
Consumo dependiente	30	183.08		
Consumo dañino	44	193.82		
Depresión			7.343	.062
No consumidores	209	156.57		
Consumo sensato	51	188.72		
Consumo dependiente	30	180.93		
Consumo dañino	44	185.67		
Ansiedad			7.062	.070
No consumidores	209	158.39		
Consumo sensato	51	168.16		
Consumo dependiente	30	188.98		
Consumo dañino	44	195.34		
Estrés			8.021	.046
No consumidores	209	156.50		
Consumo sensato	51	182.83		
Consumo dependiente	30	177.18		
Consumo dañino	44	195.39		

Nota*: H* = Kruskal-Wallis, *p* =Valor de significancia observada, n=334

.

Tabla 18

Comunicación padres-adolescentes por tipo de consumo

Variable	*n*	*Rangos promedio*	*H*	*Valor de p*
Comunicación abierta mamá			5.487	.139
No consumidores	209	164.78		
Consumo sensato	51	195.09		
Consumo dependiente	30	161.13		
Consumo dañino	44	152.80		
Comunicación ofensiva mamá			7.343	.062
No consumidores	209	159.83		
Consumo sensato	51	161.20		
Consumo dependiente	30	186.87		
Consumo dañino	44	198.02		
Comunicación evitativa mamá			2.716	.437
No consumidores	209	165.67		
Consumo sensato	51	182.67		
Consumo dependiente	30	176.63		
Consumo dañino	44	152.36		
Comunicación abierta papá			1.715	.634
No consumidores	209	168.73		
Consumo sensato	51	173.70		
Consumo dependiente	30	146.22		
Consumo dañino	44	168.97		
Comunicación ofensiva papá			8.557	.036
No consumidores	209	160.36		
Consumo sensato	51	165.43		
Consumo dependiente	30	165.35		
Consumo dañino	44	205.30		
Comunicación evitativa papá			1.972	.578
No consumidores	209	166.66		
Consumo sensato	51	177.25		
Consumo dependiente	30	147.85		
Consumo dañino	44	173.61		

Nota*: H* = Kruskal-Wallis, *p* =Valor de significancia observada, n=334

La segunda Tabla 18 analiza las diferencias en los estilos de comunicación con ambos progenitores según el tipo de consumo de alcohol, mediante la prueba de Kruskal-Wallis. De las seis dimensiones evaluadas, únicamente la comunicación ofensiva con el padre mostró una diferencia estadísticamente significativa (H = 8.557; p =.036), con el grupo de consumo dañino obteniendo el rango promedio más elevado (205.30), muy por encima de los no consumidores (160.36). El resto de las dimensiones comunicativas no alcanzaron significancia.

Por último, y en respuesta al objetivo general de estudio que menciona; conocer la relación entre malestar psicológico la comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol, se presenta la matriz de correlaciones en la Tabla 19.

Tabla 19

Correlación entre malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Malestar psicológico	1												
Depresión	.920**	1											
Ansiedad	.934**	.785**	1										
Estrés	.941**	.795**	.840**	1									
C. Abierta mamá	-.109*	-.134*	-.089	-.099	1								
C. Ofensiva mamá	.212**	.203**	.174**	.223**	-.320**	1							
C. Evitativa mamá	.148**	.187**	.113*	.114*	-.037	.349**	1						
C. Abierta papá	-.209**	-.198**	-.233**	-.163**	.372**	-.089	.013	1					
C. Ofensiva papá	.156**	.134*	.148**	.148**	-.049	.455**	.138*	.022	1				
C. Evitativa papá	.047	.020	.020	.083	.083	.069	.301**	.390**	.368**	1			
Consumo de alcohol	.012	-.027	.066	.028	-.188*	.163	-.175	-.030	.176	-.030	1		
C. Sensato	-.037	-.030	-.029	-.034	-.181*	.077	-.159	-.033	-.050	-.126	.709**	1	
C. Dependiente	-.081	-.127	-.009	-.070	-.084	.119	-.078	.010	.277**	.138	.674**	.199*	1
C. Dañino	.149	.100	.187*	.175	-.099	.213*	-.114	.033	.265**	-.021	.803**	.365**	.509**

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

La Tabla 19 presenta la matriz de correlaciones entre todas las variables centrales del estudio. Las dimensiones del malestar psicológico depresión, ansiedad y estrés correlacionaron de forma positiva y altamente significativa con el malestar global (r_s = .920, .934 y .941; p < .01). La comunicación ofensiva materna mostró relación positiva y significativa con todas las dimensiones del malestar (p < .01), mientras que la comunicación abierta paterna presentó correlaciones negativas con el bienestar emocional, particularmente con la ansiedad (r_s = −.233; p < .01).

En lo que respecta al consumo de alcohol, el consumo dañino se correlacionó de manera significativa con la ansiedad (r_s = .187; p < .05) y con la comunicación ofensiva de ambos progenitores (madre: r_s = .213, p < .05; padre: r_s = .265, p < .01), mientras que el consumo dependiente presentó una relación positiva con la comunicación ofensiva paterna (r_s = .277; p < .01)

3.2 Discusión

El Con relación a los datos descriptivos del malestar psicológico, el estrés fue la dimensión con mayor puntuación promedio seguido de depresión y ansiedad situándose las tres subescalas en nivel leve conforme a los puntos de corte del DASS-21, el resultado consistente con lo reportado por Martínez-González y Pérez-Torres (2022) en adolescentes mexicanos de contexto escolar. Sin embargo, los valores máximos observados 20 en depresión, 19 en ansiedad y 41 en estrés indican la presencia de un subgrupo con afectación severa, (Conger, 1956; Kuntsche & Cooper, 2010), puede recurrir al alcohol como estrategia de afrontamiento disfuncional.

Referente a los datos descriptivos de la comunicación padres-adolescentes, los adolescentes percibieron mayor apertura comunicativa con la madre que con el padre, patrón coincidente con Musitu et al. (2015) y Bordalejo et al. (2016) en muestras mexicanas. La comunicación ofensiva fue la dimensión más baja en ambas figuras parentales y la evitativa se presentó en niveles moderados. La mayor variabilidad en la comunicación abierta paterna refleja la heterogeneidad en la

implicación del padre en el diálogo familiar, aspecto documentado por Armendáriz-García et al. (2019) en el contexto mexicano.

Respecto a los datos descriptivos del consumo de alcohol, el 55.1% reportó consumo alguna vez en la vida, el 37.5% en el último año y el 19.2% en el último mes, cifras congruentes con las tendencias documentadas por la ENCODAT (2016-2017) y con Quiroz-Reyes et al. (2022), quienes sitúan el inicio del consumo predominantemente en la adolescencia media. En la submuestra consumidora (n = 125), la media AUDIT se ubica en riesgo moderado (OMS, 2009), con el consumo sensato como tipo predominante, aunque valores máximos de 27 puntos confirman la presencia de casos clínicamente relevantes.

Con relación al primer objetivo de estudio, los resultados mostraron diferencias en el malestar psicológico según el sexo de los participantes. Las adolescentes del sexo femenino presentaron mayores niveles de malestar psicológico global, así como mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y estrés, en comparación con los adolescentes del sexo masculino.

Este resultado coincide con lo reportado por Hankin (2009), quien identificó mayores síntomas internalizantes de depresión y ansiedad en mujeres adolescentes en comparación con los varones. De igual manera, concuerda con Durbeej et al. (2019), quienes señalan que los síntomas internalizantes son más prevalentes en mujeres, particularmente durante la adolescencia. Asimismo, los hallazgos son consistentes con Farhane-Medina et al. (2022), quienes reportan una mayor afectación de ansiedad en mujeres respecto a los hombres.

La explicación de este hallazgo puede relacionarse con la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales durante la adolescencia. En primer lugar, los cambios puberales pueden incrementar la vulnerabilidad emocional en las mujeres ya que el avance puberal se ha asociado con mayor sintomatología depresiva en adolescentes del sexo femenino, mientras que esta relación no se observa con la misma consistencia en los varones (Stumper et al., 2021).

En segundo lugar, las diferencias en ansiedad pueden explicarse por la convergencia de factores psicosociales y biológicos, entre ellos los roles de género, los estilos de afrontamiento, la exposición a estresores interpersonales y la influencia de variables hormonales (Farhane-Medina et al., 2022).

Finalmente, aunque los varones presentaron menores puntuaciones en malestar psicológico, esto no necesariamente indica ausencia de afectación emocional ya que en ellos el malestar puede expresarse con mayor frecuencia mediante manifestaciones externalizantes, mientras que en las mujeres predominan síntomas como tristeza, preocupación, ansiedad y estrés percibido (Durbeej et al., 2019).

Con relación al segundo objetivo de estudio, los resultados mostraron diferencias en la comunicación padres-adolescentes según el sexo de los participantes. Las adolescentes del sexo femenino reportaron mayores niveles de comunicación abierta con ambas figuras parentales, tanto con la madre como con el padre, en comparación con los adolescentes del sexo masculino. En contraste, los varones presentaron puntuaciones más elevadas en las dimensiones de comunicación evitativa y ofensiva, lo que refleja una tendencia a evitar el diálogo significativo o a sostener intercambios comunicativos más conflictivos con sus progenitores. Este hallazgo coincide con lo documentado por Bordalejo et al. (2016), quienes identificaron que la comunicación abierta con la madre se relaciona negativamente con el consumo de alcohol en mujeres adolescentes, mientras que la comunicación restringida se asocia positivamente con dicho consumo, sin encontrar correlaciones significativas en los varones.

De igual manera, concuerda con Musitu et al. (2015), quienes en una muestra de 1,245 adolescentes mexicanos de entre 12 y 17 años reportaron que la comunicación familiar muestra una relación inversa y significativa con la ingesta de alcohol, con diferencias observables entre ambos sexos. Asimismo, los resultados son consistentes con Armendáriz-García et al. (2019), quienes documentaron que la

comunicación entre padre e hijo adolescente se relaciona negativamente con el consumo de alcohol lo que subraya el papel protector del diálogo familiar en contextos mexicanos.

La explicación de este hallazgo puede relacionarse con la intersección de factores socioculturales y del desarrollo propios de la adolescencia. En primer lugar, las mujeres tienden a desarrollar vínculos afectivos más abiertos con sus figuras parentales, en parte porque los roles de género socializan a las adolescentes hacia la expresión emocional y la búsqueda de apoyo interpersonal como estrategia de afrontamiento (García-Moya et al., 2019). En segundo lugar, la mayor tendencia de los varones hacia la comunicación evitativa puede interpretarse como una manifestación del proceso de búsqueda de autonomía e independencia, que durante la adolescencia tardía se intensifica y puede traducirse en distanciamiento de las figuras de autoridad familiar (Casey et al., 2010; Spear, 2018).

Finalmente, aunque los varones mostraron menor apertura comunicativa, esto no implica necesariamente que la comunicación familiar sea irrelevante para ellos; la evidencia sugiere que la calidad del diálogo con el padre tiene un efecto protector significativo frente al consumo de alcohol en ambos sexos, aunque sus vías de expresión y percepción difieran (Armendáriz-García et al., 2019; Musitu et al., 2015).

Respecto al tercer objetivo de estudio, los resultados mostraron diferencias en el tipo de consumo de alcohol según el sexo y la edad de los participantes. Una proporción relevante de los estudiantes reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, con prevalencias adicionales en el último año y en el último mes. De acuerdo con los criterios del instrumento AUDIT (OMS, 2024), se identificaron estudiantes en las categorías de consumo responsable, consumo de riesgo moderado y posible abuso o dependencia. Los varones presentaron mayor frecuencia y cantidad de consumo en comparación con las mujeres, aunque las

diferencias entre sexos resultaron menos marcadas de lo que la literatura histórica había documentado, especialmente en los grupos de mayor edad.

Este hallazgo coincide con lo reportado por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT (2016-2017), que documentó un incremento en la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años, al pasar del 4.3% en 2011 al 8.3% en 2016, con una tendencia a la reducción de las diferencias entre hombres y mujeres. De igual manera, concuerda con Quiroz-Reyes et al. (2022), quienes señalan que los patrones de consumo en población adolescente mexicana se han modificado en los últimos años, con una creciente participación femenina en conductas de ingesta de riesgo. Asimismo, los resultados son consistentes con Armendáriz-García et al. (2019), quienes encontraron que el 26.1% de los adolescentes mexicanos de su muestra reportaron consumo de alcohol en el último año, cifra que guarda similitud con los datos obtenidos en la presente investigación.

Este resultado podría asociarse con la convergencia de múltiples factores contextuales y del desarrollo durante la adolescencia. Entre ellos, el incremento en el consumo con la edad es coherente con la maduración neurobiológica incompleta de la corteza prefrontal, que limita la autorregulación y favorece la búsqueda de recompensas inmediatas en la adolescencia tardía (Casey et al., 2010; Steinberg, 2010). También puede asociarse con la reducción en la brecha de consumo entre hombres y mujeres puede relacionarse con cambios en las normas sociales y expectativas culturales, que han normalizado el consumo de alcohol como práctica de integración social en ambos sexos (Kuntsche & Cooper, 2010).Por último, aunque los hombres mantienen mayores niveles de consumo en términos generales, el hecho de que las mujeres presenten también prevalencias significativas constituye una señal de alerta que demanda estrategias de prevención específicas desde la práctica de enfermería comunitaria, considerando las particularidades de cada grupo (OMS, 2018; Schulenberg & Maggs, 2014).

Referente al cuarto objetivo de estudio, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de malestar psicológico y en la calidad de la comunicación padres-adolescentes según el tipo de consumo de alcohol. Los estudiantes clasificados en la categoría de consumo perjudicial o posible dependencia presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en las subescalas de depresión, ansiedad y estrés del DASS-21, así como puntajes más bajos en comunicación abierta y más altos en comunicación evitativa y ofensiva con ambas figuras parentales, en comparación con quienes reportaron consumo responsable o ausencia de consumo. Este hallazgo coincide con lo documentado por Telumbre-Terrero et al. (2024), quienes identificaron una relación negativa y significativa entre el bienestar psicológico general y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes mexicanos lo que, interpretado en su dimensión opuesta, indica que un mayor malestar psicológico se asocia con niveles más elevados de ingesta de alcohol.

Asimismo, los resultados son consistentes con lo señalado por Quiroz-Reyes et al. (2022), quienes encontraron que la predisposición a la sintomatología depresiva, en conjunción con la falta de comunicación familiar efectiva, incrementa significativamente el riesgo de consumo excesivo de alcohol en adolescentes mexicanos. Estos hallazgos pueden vincularse con los mecanismos de afrontamiento que los adolescentes despliegan frente al malestar emocional cuando carecen de un entorno familiar protector. Con en la teoría de la automedicación que sustenta que los adolescentes con elevados niveles de depresión, ansiedad o estrés pueden recurrir al alcohol como estrategia para reducir temporalmente el sufrimiento emocional, dado que perciben beneficios inmediatos que superan su conciencia de riesgo (Conger, 1956; Kuntsche & Cooper, 2010). Además, la comunicación familiar deficiente agrava esta vulnerabilidad, pues impide que el adolescente cuente con el apoyo emocional y la orientación parental necesarios para desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas (García-Moya et al., 2019; Ryan et al., 2015).

Por lo que, al considerar el efecto combinado de ambos factores, malestar psicológico elevado y comunicación familiar deteriorada, configura un perfil de riesgo complejo que no puede ser abordado de manera efectiva mediante intervenciones que consideren solo una de estas variables de forma aislada, lo que refuerza la necesidad de programas de enfermería que integren componentes de salud mental y de fortalecimiento de la dinámica comunicativa familiar (Pérez-García, 2018).

En cuanto al objetivo general del estudio, los resultados confirmaron la existencia de relaciones significativas entre el malestar psicológico, la comunicación padres-adolescentes y el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria del municipio de Navolato, Sinaloa. El malestar psicológico, evaluado mediante el DASS-21, mostró una asociación positiva con el consumo de alcohol, mientras que la comunicación abierta con los padres presentó una relación inversa con dicha conducta. Estas relaciones se mantuvieron al controlar el efecto del sexo y la edad, lo que sugiere que ambas variables poseen un peso explicativo propio más allá de los factores sociodemográficos considerados en el análisis. Resultados que coinciden con lo documentado por Telumbre-Terrero et al. (2024) y Condorcana y Mena (2024), quienes reportaron relaciones negativas y significativas entre el bienestar psicológico y el consumo de alcohol en muestras latinoamericanas, señalando que el polo negativo de esta variable, es decir, el malestar psicológico, opera como predictor del consumo. De igual manera, concuerda con los estudios de Armendáriz-García et al. (2019) y Musitu et al. (2015), que documentaron relaciones inversas entre la calidad de la comunicación familiar y el consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. Asimismo, los resultados son consistentes con la revisión de Ryan et al. (2015), quienes concluyen que la supervisión parental y la comunicación efectiva entre padres e hijos constituyen factores protectores frente al consumo de sustancias en la adolescencia, con efectos documentados incluso en contextos de alto riesgo social.

La explicación articulada de estos hallazgos puede fundamentarse en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (Pender et al., 2015), que propone que las conductas de salud son resultado de una compleja interacción entre factores personales e interpersonales. En este estudio, el malestar psicológico actúa como factor personal que incrementa la probabilidad de recurrir al alcohol como mecanismo de afrontamiento a corto plazo, mientras que la calidad de la comunicación familiar opera como influencia interpersonal que puede atenuar o intensificar dicha probabilidad (Herrera-Criollo, 2020). Esta investigación contribuye a llenar un vacío identificado en la literatura, ya que no se habían encontrado estudios previos que abordaran simultáneamente estas tres variables en una muestra de adolescentes escolarizados del noroeste de México.

En consecuencia, los hallazgos obtenidos se constituyen como un referente empírico para el diseño de intervenciones de enfermería integrales que promuevan el bienestar emocional, fortalezcan el diálogo familiar y reduzcan el consumo de alcohol en estudiantes de educación media superior, conforme a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) en materia de salud adolescente.

3.3 Conclusiones

El presente estudio tuvo como propósito conocer la relación entre el malestar psicológico, la comunicación padres-adolescentes y el consumo de alcohol en una muestra de 334 estudiantes de dos preparatorias públicas del municipio de Navolato, Sinaloa. A continuación, se sintetizan los principales hallazgos obtenidos en correspondencia con cada objetivo planteado.

Se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas en el malestar psicológico según el sexo de los participantes. Las adolescentes del sexo femenino presentaron rangos promedio más elevados en el malestar psicológico global, así como en las dimensiones de depresión, ansiedad y estrés en comparación con los varones.

Respecto a la variable edad, los adolescentes de 17 a 18 años mostraron niveles significativamente más elevados de malestar psicológico global, depresión, ansiedad y estrés en comparación con el grupo de 14 a 16 años. En conjunto, los hallazgos del estudio señalan que tanto el sexo femenino como la adolescencia tardía configuran los perfiles de mayor vulnerabilidad emocional dentro de la muestra estudiada.

Así mismo, se concluye que el sexo modula de manera significativa la percepción de la comunicación con la madre, pero no con el padre. Las adolescentes del sexo femenino presentaron rangos promedio más elevados en la comunicación abierta materna y en la comunicación evitativa materna. En contraste, ninguna de las tres dimensiones de la comunicación paterna mostró diferencias estadísticamente significativas entre sexos, lo que podría reflejar una menor diferenciación en la percepción de la figura paterna según el género o una menor implicación de esta en los intercambios comunicativos cotidianos. En cuanto a la edad, los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las seis dimensiones comunicativas evaluadas.

Al comparar por sexo, los varones presentaron rangos promedio significativamente más elevados en el puntaje global del AUDIT y en el consumo dependiente, mientras que el consumo sensato y el consumo dañino no mostraron diferencias relevantes entre sexos. Estos hallazgos son congruentes con la epidemiología nacional documentada por la ENCODAT (2016-2017) y con lo señalado por Quiroz-Reyes et al. (2022), quienes identificaron una mayor intensidad de consumo en varones con una tendencia progresiva hacia la convergencia entre géneros. Respecto a la edad, los resultados no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los patrones de comunicación de los adolescentes consumidores según el grupo etario, lo que indica que la edad no modula de forma relevante la percepción de la comunicación familiar en la submuestra con ingesta de alcohol. Se concluye que el tipo de consumo de alcohol se asocia de forma

significativa con el malestar psicológico global y con dimensiones específicas de la comunicación familiar. El malestar psicológico global y el estrés mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de consumo, con los rangos promedio más elevados en el grupo de consumo dañino y los más bajos en los no consumidores.

En lo relativo a la comunicación familiar, únicamente la dimensión de comunicación ofensiva con el padre mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de consumo, con el grupo de consumo dañino obteniendo el rango promedio más elevado, notablemente superior al de los no consumidores.

Por último, se concluye que existen relaciones significativas entre las tres variables centrales del estudio. La comunicación ofensiva materna mostró asociaciones positivas y significativas con el malestar psicológico global y con todas sus dimensiones. La comunicación abierta paterna presentó las correlaciones negativas más intensas con el malestar emocional, particularmente con la ansiedad, lo que subraya el rol protector del diálogo abierto con el padre frente al deterioro de la salud mental adolescente. El consumo dañino se correlacionó de manera significativa con la ansiedad y con la comunicación ofensiva de ambos progenitores; padre, mientras que el consumo dependiente se asoció positivamente con la comunicación ofensiva paterna.

Esta investigación aporta evidencia empírica novedosa en el contexto sinaloense, dado que no se habían encontrado estudios previos que abordaran simultáneamente estas tres variables en una muestra de preparatoria del noroeste de México. Los hallazgos se constituyen como un referente para el diseño de intervenciones de enfermería integrales que promuevan el bienestar emocional, fortalezcan el diálogo familiar y reduzcan el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados, conforme a lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) en materia de salud adolescente.

3.4 Recomendaciones

Se recomienda implementar programas permanentes de detección temprana de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en instituciones de educación media superior, particularmente dirigidos a adolescentes del sexo femenino y estudiantes de 17 a 18 años, quienes mostraron mayores niveles de malestar psicológico. La identificación oportuna de estas manifestaciones permitirá desarrollar estrategias preventivas orientadas a disminuir la progresión de problemas emocionales que pueden afectar el bienestar integral, el rendimiento académico y la adaptación social de los estudiantes.

Asimismo, se sugiere fortalecer la participación del personal de enfermería escolar mediante intervenciones de promoción de la salud mental, incorporando actividades de educación emocional, manejo del estrés, desarrollo de habilidades de afrontamiento y fortalecimiento de la resiliencia. Estas acciones deben diseñarse desde una perspectiva sensible a las diferencias de sexo y a las necesidades particulares de la adolescencia tardía, favoreciendo espacios seguros donde los jóvenes puedan expresar sus emociones y recibir orientación profesional.

Además, se deben promover programas de fortalecimiento de la comunicación familiar que favorezcan el diálogo abierto, la escucha activa y la expresión emocional entre padres e hijos adolescentes. Del mismo modo, es pertinente desarrollar talleres dirigidos a madres, padres y tutores que les permitan adquirir herramientas para mejorar la comunicación cotidiana con sus hijos, especialmente durante la adolescencia, etapa caracterizada por importantes cambios emocionales y sociales. Estas estrategias deben enfatizar la construcción de relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y el acompañamiento afectivo, favoreciendo la resolución positiva de conflictos familiares.

Fortalecer las estrategias de prevención del consumo de alcohol dentro de los planteles educativos, priorizando acciones dirigidas a adolescentes varones, quienes presentaron mayores niveles de consumo y características asociadas a

patrones de dependencia. Las intervenciones preventivas deben enfocarse en incrementar la percepción de riesgo, desarrollar habilidades para la toma de decisiones saludables y promover estilos de vida libres de consumo de sustancias. Asimismo, es necesario establecer programas de educación para la salud que involucren de manera conjunta a estudiantes, familias y comunidad educativa, con el propósito de reducir la normalización social del consumo de alcohol durante la adolescencia. Estas actividades deben incluir información actualizada sobre las consecuencias físicas, psicológicas, académicas y sociales asociadas al consumo temprano de bebidas alcohólicas.

Se recomienda que las intervenciones dirigidas a la prevención del consumo de alcohol consideren simultáneamente los factores emocionales y familiares identificados en este estudio. Los resultados muestran que los adolescentes con patrones de consumo más problemáticos presentan mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés, acompañados de una comunicación familiar menos favorable, por lo que el abordaje aislado de una sola variable podría resultar insuficiente. En este sentido, el personal de enfermería debe impulsar programas integrales que combinen acciones de promoción de la salud mental con estrategias orientadas al fortalecimiento de la comunicación familiar.

Por último, se recomienda que las instituciones educativas, los servicios de salud y los profesionales de enfermería implementen modelos de intervención multidimensionales que integren la salud mental, la dinámica familiar y la prevención del consumo de alcohol como componentes inseparables del cuidado de la población adolescente. Los hallazgos del presente estudio evidencian que el malestar psicológico y la calidad de la comunicación familiar constituyen factores estrechamente relacionados con el consumo de alcohol, por lo que su abordaje conjunto puede generar mayores beneficios en términos preventivos. Asimismo, resulta pertinente impulsar políticas institucionales y programas comunitarios orientados al fortalecimiento de factores protectores familiares y emocionales,

favoreciendo entornos escolares y familiares saludables que promuevan el desarrollo integral de los adolescentes. Estas acciones permitirán avanzar hacia modelos preventivos centrados en la persona, la familia y el contexto social donde se desarrolla.

Capítulo IV

Referencias bibliográficas

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. Terapia Psicológica, 30(3), 49–55. https://scielo.conicyt.cl/pdf/psic/v30n3/art06.pdf

Areas, M., Khoury, T., Gómez-Penedo, J. M., & Roussos, A. (2023). Propiedades psicométricas de la DASS-21 en adolescentes argentinos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 28(2), 139-150. https://doi.org/10.5944/rppc.36925

Asociación Médica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Revisión 2024). https://www.wma.net/news-post/revised-declaration-of-helsinki-adopted-by-the-global-medical-community-strengthening-ethical-standards-in-clinical-research-involving-humans/

Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). Psicothema, 17(4), 679–683. https://www.psicothema.com/pdf/3165.pdf

Barnes, H. L., & Olson, D. H. (1982). Parent-adolescent communication and the circumplex model. Child Development, 53, 982-992.

Bordalejo, A., Musitu, G., & Rivas, E. (2016). Communication family and adolescent alcohol use: A review of the literature. Psychosocial Intervention, 25(3), 179-185.

Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2010). The adolescent brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1124(1), 111-126.

Castañeda, R. C., Fadda, S. M. N., Ochoa, G. M., & Jerónimo, J. E. C. (2019). Comunicación con los padres, malestar psicológico y actitud hacia la autoridad en adolescentes mexicanos: su influencia en la victimización escolar. *Estudios Sobre Educación*, *26*, 113-134. https://doi.org/10.15581/004.36.113-134

Conger, J. J. (1956). Alcoholism: Theory, problem, and challenge. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 17(2), 296-305.

ENCODAT. (2016-2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016. Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Recuperado 19/08/2025 de: https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doctos/informes/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf

Estela, V. T. B., Valerio, V. S., Carmen, R. E., Jazmín, P. R., & José, C. S. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005

Furstenberg, F. F. (2010). On a new schedule: Transitions to adulthood and family change. The Future of Children, 20(1), 67-87.

García-Moya, I., Brooks, F. M., & Moreno, C. (2019). Parenting styles, peer relationships, and adolescent substance use: A cross-sectional study in Spain. Children and Youth Services Review, 107, 104509.

González Suárez, M. (2014). *Autoestima y el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria del Estado de Tabasco* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperado el dia 18/098/2025 de: http://eprints.uanl.mx/4177/1/1080253783.pdf

Guerra López, R., (2016) Persona, sexo y género. Los significados de la categoría «género» y el sistema «sexo/género» según Karol Wojtyła. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-24062016000200139

Hernández-Gutiérrez, C., & Sánchez-López, M. (2020). Evaluación del estrés y la ansiedad en adolescentes mexicanos utilizando la escala DASS-21. Salud Mental, 43(6), 305–312. https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.042

Herrera Criollo, J. E. (2020). *Consumo de alcohol y malestar psicológico en estudiantes universitarios* (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2020). Recuperado el 13/07/2025 de: https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/12226/4/UDLA-EC-TPC-2020-05.pdf

Henriksen, L., Feighery, E. C., & Fortmann, S. P. (2008). Methods for assessing youth exposure to retail tobacco marketing. American Journal of Public Health, 98(9), 1517-1521.

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. Psychological Medicine, 32(6), 959-976.

Kuntsche, E., & Cooper, M. L. (2010). Drinking to have fun and to get drunk: Motives as predictors of weekend drinking over and above usual drinking habits. Drug and Alcohol Dependence, 110(3), 259-262.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Psychology Foundation.

Martínez-González, L. J., & Pérez-Torres, M. A. (2022). Propiedades psicométricas del DASS-21 en adolescentes mexicanos: un estudio en contexto escolar.

Revista Mexicana de Psicología, 39(1), 55–63. https://doi.org/10.22201/fpsi.24488410e.2022.1.789

Musitu, G., Callejas, E., & Callejas, J. (2015). Family functioning, self-concept, and drug consumption in adolescents. Psicología Educativa, 21(1), 1-6.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care (2nd ed.). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a

Organización Mundial de la Salud, [OMS]. (2009). *Cuestionario de identificación de los transtornos debidos al consumo de alcohol* (6a ed.). https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AUDIT_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.

Patrick, M. E., Terry-McElrath, Y. M., Kloska, D. D., & Schulenberg, J. E. (2016). High-intensity drinking among young adults in the US: Prevalence, correlates, and associations with substance use and problems. Addictive Behaviors, 62, 122-130.

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? Nature Reviews Neuroscience, 9(12), 947-957.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Health Promotion in Nursing Practice (7th ed.). Pearson.

Pérez García, M.S. (2018). *Intervención de Enfermería para prevenir y disminuir el consumo de alcohol en adolescentes* [Tesis de maestría publicada]. Universidad Veracruzana.

Quiroz-Reyes, J. A., Bojórquez-Chapela, I. R., & Colchero, M. A. (2022). Psychological discomfort and binge drinking in Mexicans adults. Salud Pública de México, 64 (4), 498-506.

Ryan, G. M., Roman, N. V., & Okwany, A. (2015). The effects of parental monitoring and communication on adolescent substance use and risk for HIV: A systematic review. Open Family Studies Journal, 7(1), 34-45.

Schmidt, V., Dománico, A., & Giménez, M. (2016). *Consumo episódico excesivo de alcohol en la adolescencia. Investigación y abordaje local*. Dialnet. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7434046

Secretaría de Salud. (2024). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación. *Ley General de Salud [PDF]*. (2024, 10 octubre). Justia. https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/gdoc/

Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2014). Developmental perspective on alcohol use during adolescence and the transition to young adulthood. Alcohol Research: Current Reviews, 35(2), 171-180.

Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. Nature Reviews Neuroscience, 19(3), 197-214.

Steinberg, L. (2010). A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. Brain and Cognition, 72(1), 160-164.

Tejada-Rangel, E., Retamoza, H., Rangel, M. T., & López, M. A. P. (2023). Asociación entre consumo del alcohol y tabaco con la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, *13*(23), 17-45. https://doi.org/10.23913/rics.v13i23.123

Telumbre-Terrero, J., et al. (2024). Relación entre bienestar psicológico e ingesta de alcohol en adolescentes y jóvenes. Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila, 30(e3806).

Torres-Rivera, M., & Jiménez-Ferrer, M. (2021). Validación del DASS-21 en adolescentes de educación media superior en México. Psicología y Salud, 31(2), 89–98. https://doi.org/10.22201/fpsi.24488410e.2021.2.674

United States Government Printing Office. (1949). Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, Vol. 2: The Medical Case. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Windle, M., Spear, L. P., Fuligni, A. J., et al. (2009). Transition into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. Pediatrics, 124(Suppl 4), S273-S289.

World Health Organization [WHO]. (2021). Adolescent mental health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

Durbeej, N., Sörman, K., Norén Selinus, E., Lundström, S., Lichtenstein, P., Hellner, C., & Halldner, L. (2019). Trends in childhood and adolescent internalizing symptoms: Results from Swedish population based twin cohorts. *BMC Psychology, 7*, Article 50. https://doi.org/10.1186/s40359-019-0326-8

Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress, 105*(4), 1–30. https://doi.org/10.1177/00368504221135469

Hankin, B. L. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(4), 460–472. https://doi.org/10.1080/15374410902976288

Stumper, A., & Alloy, L. B. (2023). Associations between pubertal stage and depression: A systematic review of the literature. *Child Psychiatry & Human Development, 54*, 312–339. https://doi.org/10.1007/s10578-021-01244-0

Anexos

Anexo A

Consentimiento informado para padres, madres o tutores legales

Estimado/a padre, madre o tutor/a:

Mi nombre es Luis Alberto Rodelo Vargas, estudiante de la Maestría en Enfermería con orientación profesionalizante en la Facultad de Enfermería Mochis, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. La presente investigación forma parte de mi trabajo de tesis, dirigido por el Dr. Mario Enrique Gámez Medina, profesor investigador de tiempo completo. Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Hospital General, de Culiacán, Sinaloa.

El estudio titulado “Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria”, tiene como objetivo conocer cómo se relacionan las emociones negativas (estrés, ansiedad y depresión) y la calidad de la comunicación entre padres e hijos con el consumo de alcohol en adolescentes. Este tipo de investigaciones son importantes para comprender mejor los factores que influyen en el bienestar de los adolescentes y generar estrategias de prevención.

La participación consistirá en que su hijo o hija responda de forma individual y confidencial cuatro cuestionarios: (1) una cédula con preguntas generales y sobre consumo de alcohol, (2) un cuestionario sobre comunicación familiar, (3) una escala de malestar psicológico y (4) un instrumento para medir el tipo consumo de alcohol (AUDIT). La aplicación se realizará dentro de la escuela, en un salón asignado por la institución, sin interrumpir las clases ni afectar el desempeño académico de su hijo(a). El tiempo estimado para responder los cuestionarios es de aproximadamente 45 minutos.

La información que se obtenga será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. No se pedirá el nombre ni ningún otro dato que permita identificarlo personalmente. Todos los datos serán tratados de forma anónima y confidencial y

estarán resguardados exclusivamente por el equipo de investigación. Una vez concluido el análisis, los registros serán eliminados siguiendo criterios éticos y de protección de datos personales.

La participación es totalmente voluntaria. Usted y su hijo(a) pueden negar o negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias de ningún tipo. No se ofrece ningún beneficio económico, académico ni material por participar. Tampoco se espera que el estudio genere riesgos físicos o psicológicos; sin embargo, en caso de que su hijo/a manifieste incomodidad o malestar emocional durante la aplicación, se activará un protocolo de atención y será canalizado al área de orientación escolar o con el profesional de apoyo que la institución determine.

En caso de tener preguntas o dudas sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador responsable al correo electrónico: rodelovargasluis@gmail.com o al teléfono 6721196205, o con el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, domicilio: Boulevard Paseo de Tamazula sin número, colonia Limita de Hitaje, C.P. 80064, Culiacán Sinaloa. Correo electrónico: cetic.sc@gmail.com, teléfono: 667 716 9810 extensión 3087. Presidente y teléfono celular 24hrs : Diego Armando Barraza Ortiz, celular no. 667 214 5469.

Si usted está de acuerdo con que su hijo/a participe en este estudio, le solicitamos que firme el presente consentimiento informado. Asimismo, se solicitará el asentimiento de su hijo/a mediante un documento por separado para él o ella. Le agradezco de antemano su colaboración, confianza y tiempo.

Nombre del padre, madre o tutor legal:

_____

Firma del padre, madre o tutor legal:

_____

Nombre del testigo 1:	Nombre del testigo 2:
_____	_____
Firma del testigo 1:	Firma del testigo 2:
_____	_____

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre y firma del responsable de la investigación

_____

Anexo B

Asentimiento Informado para Estudiantes

Por medio de este documento, se te invita a participar en un estudio académico que busca conocer el efecto del malestar psicológico y la comunicación padres-adolescentes sobre el consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria.

Este estudio será realizado por Luis Alberto Rodelo Vargas, estudiante de segundo semestre de la Maestría en Enfermería con Orientación Profesionalizante en la Facultad de Enfermería Culiacán, Universidad Autónoma de Sinaloa.

Tu participación consistirá en responder de forma individual y confidencial cuatro cuestionarios: (1) una cédula con preguntas generales y sobre consumo de alcohol, (2) un cuestionario sobre comunicación familiar, (3) una escala de malestar psicológico y (4) un instrumento para medir el tipo consumo de alcohol (AUDIT). La aplicación se realizará dentro de la escuela, en un salón asignado por la institución, sin interrumpir las clases ni afectar tu desempeño académico. El tiempo estimado para responder los cuestionarios es de aproximadamente 45 minutos.

Si durante la encuesta tienes dudas o alguna pregunta, puedes expresarla en cualquier momento. Si alguna pregunta te resulta incómoda o no deseas responder, puedes decirlo y será respetado. También puedes retirarte del estudio en cualquier momento si así lo decides, sin ninguna consecuencia.

Este estudio cumple con lo que establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud para investigaciones con menores de edad, particularmente los artículos 20, 21 y 22. Esto significa que:

Tus padres o tutores han dado su autorización, y tú también debes estar de acuerdo (asentimiento) para poder participar. La investigación trata temas importantes para adolescentes, como emociones, relaciones familiares y consumo de alcohol, y puede aportar beneficios a otras personas de tu edad.

No hay riesgos físicos ni emocionales graves. Si en algún momento sientes malestar o incomodidad, la actividad se suspenderá de inmediato tu participación.

Además, esta investigación respeta lo que establece el Código de Núremberg (1947), un documento internacional que garantiza que nadie puede ser parte de un estudio sin haber sido informado claramente y sin haber dado su consentimiento libremente.

En caso de tener preguntas o dudas sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador responsable al correo electrónico: rodelovargasluis@gmail.com o al teléfono 6721196205, o con el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, domicilio: Boulevard Paseo de Tamazula sin número, colonia Limita de Hitaje, C.P. 80064, Culiacán Sinaloa. Correo electrónico: cetic.sc@gmail.com, teléfono: 667 716 9810 extensión 3087. Presidente y teléfono celular 24hrs : Diego Armando Barraza Ortiz, celular no. 667 214 5469.

Es importante saber que no recibirás ningún pago ni beneficio académico o material por participar. Tu colaboración es completamente voluntaria y con fines científicos y académicos.

Declaración de Asentimiento

Yo, _____, estudiante de preparatoria, acepto participar voluntariamente en este estudio realizado por el estudiante de maestría Luis Alberto Rodelo Vargas. Entiendo claramente el propósito del estudio y sé que puedo retirarme en cualquier momento, sin consecuencias.

Reconozco que se me han explicado los objetivos, el contenido de los cuestionarios y la confidencialidad de la información que se obtenga.

Fecha: ____ /____ /_____

Firma del/la participante: _____

Nombre del testigo 1:	Nombre del testigo 2:
_____	_____
Firma del testigo 1:	Firma del testigo 2:
_____	_____

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre y firma del responsable de la investigación

_____

Anexo C

Consentimiento informado para estudiante mayor de edad

Mi nombre es Luis Alberto Rodelo Vargas, estudiante de la Maestría en Enfermería con orientación profesionalizante en la Facultad de Enfermería Mochis, de la Universidad Autónoma de Sinaloa. La presente investigación forma parte de mi trabajo de tesis, dirigido por el Dr. Mario Enrique Gámez Medina, profesor investigador de tiempo completo. Este estudio ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital General, Dr. Bernardo J. Gastelum de Culiacán, Sinaloa.

El estudio titulado “Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria”, tiene como objetivo conocer cómo se relacionan las emociones negativas (estrés, ansiedad y depresión) y la calidad de la comunicación entre padres e hijos con el consumo de alcohol en adolescentes. Este tipo de investigaciones son importantes para comprender mejor los factores que influyen en el bienestar de los adolescentes y generar estrategias de prevención.

Tu participación consistirá en responder de forma individual y confidencial cuatro cuestionarios: (1) una cédula con preguntas generales y sobre consumo de alcohol, (2) un cuestionario sobre comunicación familiar, (3) una escala de malestar psicológico y (4) un instrumento para medir el tipo consumo de alcohol (AUDIT). La aplicación se realizará dentro de la escuela, en un salón asignado por la institución, sin interrumpir las clases ni afectar tu desempeño académico. El tiempo estimado para responder los cuestionarios es de aproximadamente 45 minutos.

La información que se obtenga será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. No se pedirá el nombre ni ningún otro dato que permita identificarlo personalmente. Todos los datos serán tratados de forma anónima y confidencial y estarán resguardados exclusivamente por el equipo de investigación. Una vez

concluido el análisis, los registros serán eliminados siguiendo criterios éticos y de protección de datos personales.

La participación es totalmente voluntaria. Puede negar o negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias de ningún tipo. No se ofrece ningún beneficio económico, académico ni material por participar. Tampoco se espera que el estudio genere riesgos físicos o psicológicos; sin embargo, en caso de que manifieste incomodidad o malestar emocional durante la aplicación, se activará un protocolo de atención y será canalizado al área de orientación escolar o con el profesional de apoyo que la institución determine.

En caso de tener preguntas o dudas sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador responsable al correo electrónico: rodelovargasluis@gmail.com o al teléfono 6721196205, o con el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, domicilio: Boulevard Paseo de Tamazula sin número, colonia Limita de Hitaje, C.P. 80064, Culiacán Sinaloa. Correo electrónico: cetic.sc@gmail.com, teléfono: 667 716 9810 extensión 3087. Presidente y teléfono celular 24hrs : Diego Armando Barraza Ortiz, celular no. 667 214 5469.

Le agradezco de antemano su colaboración, confianza y tiempo. Cave misionar que no se ofrecen compensaciones económicas ni académicas. Su colaboración es de carácter voluntario y orientada a generar conocimiento útil en el ámbito de la salud juvenil.

Declaración de consentimiento

Yo, _____, estudiante de preparatoria, acepto participar voluntariamente en este estudio realizado por el estudiante de maestría Luis Alberto Rodelo Vargas. Entiendo claramente el propósito del estudio y sé que puedo retirarme en cualquier momento, sin consecuencias.

Reconozco que se me han explicado los objetivos, el contenido de los cuestionarios y la confidencialidad de la información que se obtenga.

Firma del/la participante: _____

Nombre del testigo 1:	Nombre del testigo 2:
_____	_____
Firma del testigo 1:	Firma del testigo 2:
_____	_____

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / _____

Nombre y firma del responsable de la investigación

_____

Anexo D

Cédula de Datos Sociodemográficos

Investigación: Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria

Investigador: Luis Alberto Rodelo Vargas

Objetivo: Este cuestionario tiene como finalidad obtener información general sobre los y las participantes, que será utilizada únicamente para fines académicos. La participación es voluntaria, y toda la información será tratada con absoluta confidencialidad.

Instrucciones:

Lee cuidadosamente cada pregunta y marca con una “X” la opción que mejor describa tu situación, o completa los espacios cuando se indique.

Edad: _____ años

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro: _____

Grado escolar:

☐ 1º semestre ☐ 2º semestre ☐ 3º semestre

☐ 4º semestre ☐ 5º semestre ☐ 6º semestre

¿Has repetido algún grado escolar? ☐ Sí ☐ No

Estado civil:

☐ Soltero/a ☐ Unión libre ☐ Casado/a ☐ Otro: _____

¿Con quién vives actualmente?

☐ Ambos padres ☐ Solo con madre ☐ Solo con padre

☐ Con abuelos ☐ Otro: _____

Número de hermanos/as: _____

Nivel de estudios de tu madre:

☐ No estudió ☐ Primaria ☐ Secundaria

☐ Preparatoria ☐ Universidad ☐ Posgrado ☐ No sabe

Nivel de estudios de tu padre:

☐ No estudió ☐ Primaria ☐ Secundaria

☐ Preparatoria ☐ Universidad ☐ Posgrado ☐ No sabe

Ocupación de la madre: _____

Ocupación del padre: _____

¿Tienes alguna religión o creencia espiritual?

☐ Sí ¿Cuál? _____ ☐ No

¿Trabajas actualmente? ☐ Sí ☐ No

Si respondiste “Sí”, ¿cuántas horas por semana?: _____

¿Recibes algún tipo de beca o apoyo económico?

☐ Sí ☐ No

Ingreso mensual aproximado de tu familia:

☐ Menos de $5,000

☐ Entre $5,001 y $10,000

☐ Entre $10,001 y $15,000

☐ Más de $15,000

☐ No sabe

Gracias por tu tiempo y colaboración. Esta información será útil para fines académicos y será tratada con respeto, ética y confidencialidad.

Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes

Ítem	Pregunta	Respuesta (Marcar una)	
1	¿Has consumido alguna vez en tu vida alguna bebida con alcohol?	□ Sí	□ No
2	¿Consumiste alguna bebida con alcohol en los últimos 12 meses?	□ Sí	□ No
3	¿Consumiste alguna bebida con alcohol en los últimos 30 días (último mes)?	□ Sí	□ No

Anexo E

Depression Anxiety Stress Scales-21 DASS-21

Por favor lee detenidamente las siguientes afirmaciones y encierra con un círculo el número (0, 1, 2 o 3) que se apegue a lo que te ha ocurrido durante durante la última semana. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; **1:** Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; **2:** Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; **3:** Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo F

ESCALA COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTE (PACS)

(Parent-Adolescent Communication Scale, Adap. Equipo Lisis)

A continuación, encontraras una lista de frases que describen la relación que mantienes con TU madre y con TU padre. Piensa en que grado cada una de ellas describen la relación que mantienes con ellos y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

Nunca 1	Pocas veces 2	Algunas veces 3	Muchas Veces 4	Siempre 5

	Mi madre	Mi padre
1.- Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a……	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. - Suelo créenme lo que me dice.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.- Me presta atención cuando le hablo……...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.- No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero……	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.- Me dice cosas que me hacen daño.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6.- Puede saber cómo me siento sin preguntármelo….	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.- Nos llevamos bien……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.- Si tuviese problemas podría contárselos……...	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9.- Le demuestro con facilidad afecto……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10.- Cuando estoy enfadado, le hablo mal……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
1l.- Tengo mucho cuidado con lo que le digo……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12.- Le digo cosas que le hacen daño……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13.- Cuando le hago preguntas, me responde mal……	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14.- Intenta comprender mi punto de vista……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15.- Hay temas de los que prefiero no hablarle……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16.- Pienso que es fácil hablarle de los problemas……	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17.- Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos….	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18.- Cuando hablamos me pongo de mal genio…….	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19.- Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo…..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20.-No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones……..	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Anexo G

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)

Instrucciones: Lee con calma cada una de las preguntas, escoge la opción que mejor se adecue a tu experiencia o a lo que te ha pasado en los últimos 12 meses ante el consumo de alcohol, marca solo una opción por pregunta en el recuadro que se encuentra en la parte inferior, no te preocupes si no recuerdas con exactitud algo; responde lo más cercano posible, sé sincero/a. Tu respuesta ayudará a entender mejor este tema y no será compartida con nadie.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (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	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (3) 10 o más	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año.

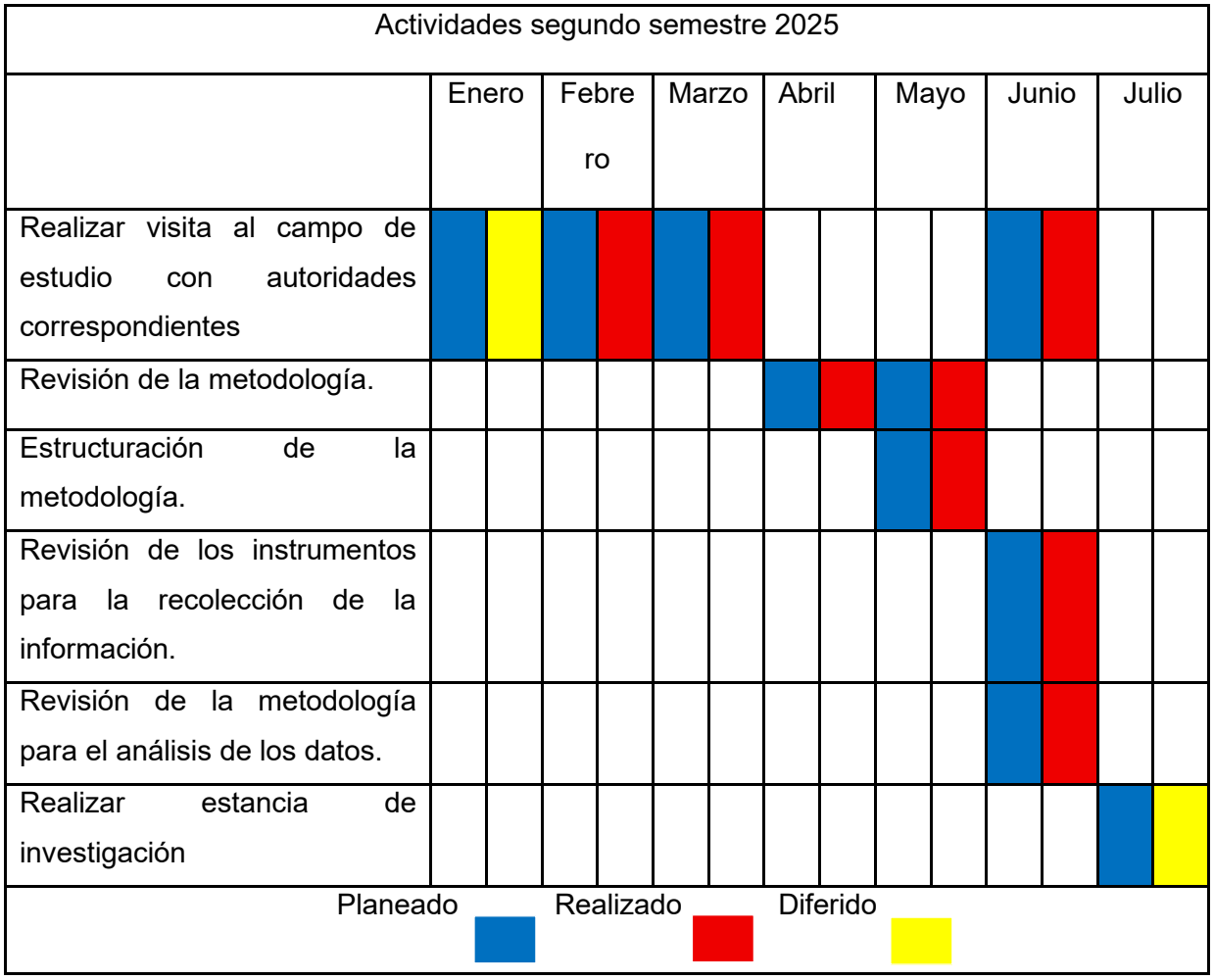
Anexo H

Cronograma de actividades primer semestre

Actividades primer semestre 2024										
	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Elección del tema de investigación.										
Revisión a profundidad del tema y viabilidad.										
Revisar la accesibilidad al campo de estudio.										
Elaborar: Introducción, justificación, objetivos y pregunta de investigación.										
Elaboración de marco teórico.										
Elaboración de marco conceptual.										
Planeado		Realizado		Diferido						

Anexo I

Cronograma de actividades segundo semestre



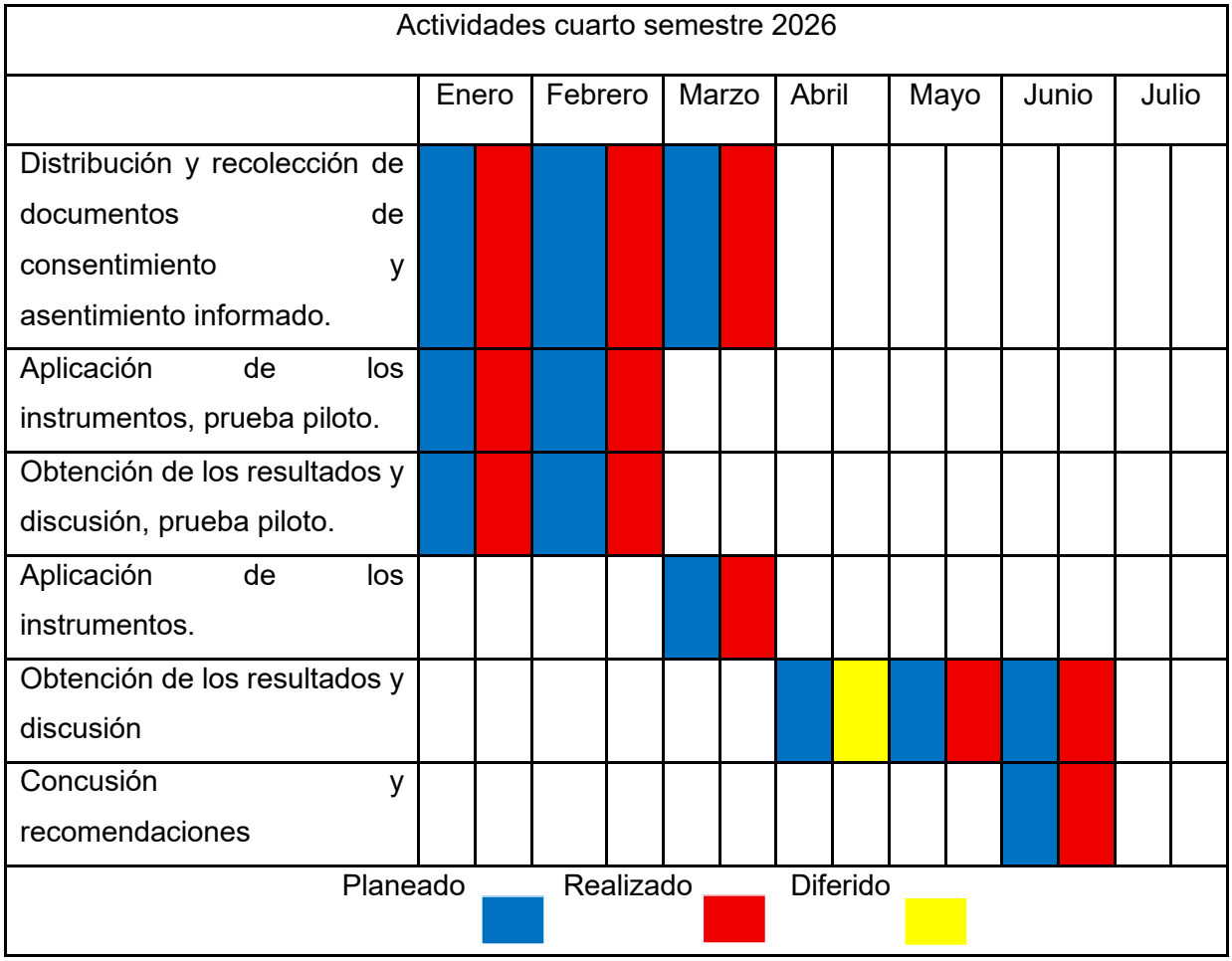
Anexo J

Cronograma de actividades tercer semestre

Actividades tercer semestre 2025										
	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre	
Revisión de la metodología para el análisis de los datos.										
Complementación estructuración de la metodología.										
Estancia de investigación académica en Facultad de Enfermería Mochis.										
Registro de protocolo en unidad académica										
Registro de protocolo en comité de ética e investigación.										
Organización y planificación de la sesión informativa.										
Desarrollo de la sesión informativa y presentación del estudio.										
Distribución y recolección de documentos de consentimiento y asentimiento informado para la realización de prueba piloto (validación y viabilidad de ellos instrumentos).										
	Planeado		Realizado		Diferido					

Anexo K

Cronograma de actividades cuarto semestre



Anexo L

Registro de proyecto de investigación FECUAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
REGISTRÓ DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria.
AUTORES
Luis Alberto Rodelos Vargas Mario Enrique Gámez Medina
REGISTRO DE CEI
HGC-FOLIO DE INVESTIGACIÓN EN ENF.-004-25
REGISTRO DE PROYECTO 055-25

Culiacán, Sinaloa; 28 de agosto de 2025.

Dra. Miriam Gaxiola Flores
Responsable del Comité de Ética e Investigación
Facultad de Enfermería Culiacán

Dr. Jesús Roberto Garay Nuñez
Director
Facultad de Enfermería Culiacán.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
Facultad de Enfermería Culiacán
DIRECCIÓN

C.c.p. Coordinación de Investigación y Posgrado FEC. UAS
C.c.p. Secretaria Académica FEC. UAS
C.c.p. Coordinación de Maestría FEC. UAS

Anexo M

Dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"

Culiacán, Sinaloa a 25 noviembre 2025

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
Folio: CEIHGC-000003
Protocolo: 037-25
Fecha de sesión: 20 noviembre 2025
Sesión: Ordinaria
Acta: CEIHGC-190

Luis Alberto Rodelo Vargas
Investigador Principal
Universidad Autónoma de Sinaloa
Av. Cedros y calle Sauces s/n, Fracc. Los Fresnos, Culiacán, Sinaloa, CP. 80019
P R E S E N T E

Asunto: **Dictamen de revisión inicial**

037-25
Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria.

Hacemos de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán, revisó el protocolo arriba mencionado. La evaluación fue realizada, con apego a la regulación local e internacional vigente, tomando en cuenta para esta evaluación los aspectos éticos mínimos exigidos por la Comisión Nacional de Bioética contemplados en la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación tales como: valor científico; pertinencia científica en el diseño y conducción del estudio; selección de los participantes; proporcionalidad en los riesgos y beneficios; evaluación independiente; respeto a los participantes y consentimiento informado.

En mi calidad de Presidente le informo que el **Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán** decide por unanimidad la **APROBACIÓN** del protocolo antes mencionado, teniendo **vigencia de un año a partir de hoy**. Deberá solicitar re-aprobación anual notificando a Comité el reporte anual de protocolo o bien un reporte final de resultados para dar por finalizado el protocolo.

Dicho trabajo será conducido por LE. LUIS ALBERTO RODELOS VARGAS, para obtener el grado MAESTRÍA EN ENFERMERÍA; teniendo como Director: DR. MARIO ENRIQUE GÁMEZ MEDINA.

Por lo anterior, este Comité aprueba los documentos mencionados a continuación:

1.- MALESTAR PSICOLÓGICO, COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA_06-11-25

Siendo el quórum requerido para la validez de este dictamen, cabe mencionar que los miembros que participaron en la revisión fueron:

Nombre	Profesión | Disciplina	Puesto
Diego Armando Barraza Ortíz	Médico Gastroenterólogo	Presidente
Tavita Cázares Gómez	Médico Endocrinóloga Pediatra	Vocal Secretario
Hermilia Paez Gamez	Doctora en Educación	Vocal
Maximiliano Torres Zavala	Médico Pediatra	Vocal
Tania Judith Aguilar Rodríguez	Doctora en Educación	Vocal
Samuel Edel Félix Marín	Mtro. en Gerontología	Representante del Núcleo Afectado

Registro de Comité: **CONBIOÉTICA-25-CEI-001-20160708**
Fecha de expedición: **16 de abril de 2025**
Vigencia: **15 de abril de 2028**

Sin otro asunto en particular reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Diego Armando Barraza Ortíz
Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Culiacán

A u t o r i z a c i ó n

Diego Armando Barraza Ortíz
25-nov.-2025 13:14 Hrs

comitéhgcnotice.authorization.2739.SrtyhNIMUejaX7sQ251120251314diego6_1

Anexo N

Dictamen de aprobación del Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"

Culiacán, Sinaloa a 16 diciembre 2025

Comité de Investigación, Hospital General de Culiacán Dr.
Bernardo J. Gastélum
Folio: CIHGC-000004
Protocolo: 037-25
Fecha de sesión: 11 diciembre 2025
Sesión: Ordinaria
Acta: CIHGC-193

Luis Alberto Rodelo Vargas
Investigador Principal
Universidad Autónoma de Sinaloa
Av. Cedros y calle Sauces s/n, Fracc. Los Fresnos, Culiacán, Sinaloa, CP. 80019
P R E S E N T E

Asunto: **Dictamen de revisión inicial**

037-25
Malestar psicológico, comunicación padres-adolescentes y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria.

Hacemos de su conocimiento que este **Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"** revisó el protocolo arriba mencionado. La evaluación fue realizada con apego a la regulación local e internacional vigente, a los requerimientos de COFEPRIS, Buenas Prácticas Cínicas y lineamientos de la ICH.

En mi calidad de Presidente le informo que el **Comité de Investigación del Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum** decide por unanimidad la **APROBACIÓN** del protocolo antes mencionado, teniendo **vigencia de un año a partir de hoy**. Deberá solicitar re-aprobación anual notificando a Comité el reporte anual de protocolo o bien un reporte final de resultados para dar por finalizado el protocolo.

Dicho trabajo será conducido por LE. LUIS ALBERTO RODELOS VARGAS, para obtener el grado MAESTRÍA EN ENFERMERÍA; teniendo como Director: DR. MARIO ENRIQUE GÁMEZ MEDINA.

Por lo anterior, este Comité aprueba los documentos mencionados a continuación:

1.- Protocolo MALESTAR PSICOLÓGICO, COMUNICACIÓN PADRES-ADOLESCENTES Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA

Siendo el quórum requerido para la validez de este dictamen, cabe mencionar que los miembros que participaron en la revisión fueron:

Nombre	Profesión | Disciplina	Puesto
Erick Cuitláhuac Armenta Rivera	Médico Oftalmólogo	Presidente
Dania Lizzette Prado González	Lic. en Mercadotecnia	Vocal Secretario
Hermilia Paez Gamez	Doctora en Educación	Vocal
Juan Carlos Navarro Guerrero	Médico Maestro en Salud Pública	Vocal
María Guadalupe Ramírez Zepeda	Doctora en Ciencias Sociales	Vocal
Yesenia Sánchez Lugo	Maestra en Ciencias Biomédicas	Vocal

Registro de Comité: **17 CI 25 006 089**
Fecha de expedición: **23 de mayo de 2017**
Vigencia: **Indeterminada**

Sin otro asunto en particular reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Erick Cuitláhuac Armenta Rivera
Presidente del Comité de Investigación, Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum

A u t o r i z a c i ó n

Erick Cuitláhuac Armenta Rivera
16-dic.-2025 13:01 Hrs

comitéhgcnotice.authorization.2793.MWdNrP05fHXWe9KV161220251301erickera

Resumen Autobiográfico

Lic. en Enfermería Titulado, originario de Iraguato, Sataya, Navolato, Sinaloa, México. Actualmente se desempeña en un establecimiento de salud público, Hospital Psiquiátrico de Sinaloa desde septiembre de 2023, donde aplica sus conocimientos clínicos con un enfoque orientado a la calidad de la atención y al bienestar de la población.

Trayectoria profesional. Mi experiencia combina la práctica clínica hospitalaria con una formación complementaria en temas de seguridad del paciente, salud mental, entre los que destacan cursos en urgencias psiquiátricas, síndrome neuroléptico, protocolos de sujeción física y temporal, relación terapéutica enfermería-usuario, y acciones esenciales para la seguridad del paciente.

Línea de investigación.

1- Cuidado de Enfermería

Sub-línea: Gestión del cuidado de enfermería y atención a personas con problemas prioritarios y emergentes de salud.

Trabajos de investigación publicados:

Revisión sistemática sobre el daño medular. Revista Científica FEMUAS, núm. 3, 2025, pp. 86-105. Recibido: 10/01/2025; Aceptado: 01/06/2025. Disponible en: https://revistas.uas.edu.mx/index.php/FEMUAS - segundo autor.

Influencia del rol familiar en el proceso de atención de enfermería al paciente longevo con síndrome geriátrico durante la visita domiciliaria: una valoración integral. RSI - Revista Sanitaria de Investigación, 18 de agosto de 2025. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/influencia-del-rol-familiar-en-el-proceso-de-atencion-de-enfermeria-al-paciente-longevo-con-sindrome-geriatrico-durante-la-visita-domiciliaria-una-valoracion-integral/ - segundo autor.

Historia, desafíos y oportunidades: Enfermería de práctica avanzada en atención primaria del sistema de salud actual. Revista FECUAS, 28 de diciembre de 2025.

Disponible en: https://revistas.uas.edu.mx/index.php/RECIE/article/view/1385 - autor

Comprender la resistencia al cambio: estrategias teóricas para transformar la práctica de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 2025 Dec 31;34(1):e1564. Disponible en: https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1564 - coautor.

Aplicación del modelo AREA en el plan de cuidados de enfermería en salud mental: proceso de pensamiento alterado (00493). RSI - Revista Sanitaria de Investigación, 21 de febrero de 2026. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/aplicacion-del-modelo-area-en-el-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-salud-mental-proceso-de-pensamiento-alterado-00493/ - coautor.