



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TEMA:

“LA BAJA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO ENERO - JULIO DEL 2014”

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MEDICO GENERAL.

AUTORA:

Viviana Estefanía Iniguez Luzuriaga.

DIRECTORA:

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg Sc.

LOJA - ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Mg. Sc.

Ana Catalina Puertas Azanza.

DOCENTE DE LA UNL Y DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado: **“LA BAJA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO ENERO - JULIO DEL 2014”**, de la autoría de la estudiante de la carrera de Medicina Humana, señorita Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga, previo a optar el título de Médico General, ha sido revisado y dirigido de acuerdo a los reglamentos de graduación de la Universidad Nacional de Loja hasta su conclusión, por lo que autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, 2015

Atentamente:



.....
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

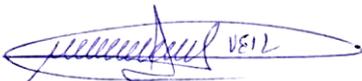
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por contenido de la misma

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional Biblioteca Virtual.

Autor: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Firma: 

Cédula: 1104446313

Fecha: 09 de enero del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga, declaro ser autora de la tesis titulada **“La baja autoestima y su relación con el consumo de alcohol en los estudiantes del colegio Calasanz de la ciudad de Loja en el periodo enero julio del 2014”**, como requisito para optar al grado de: **Médico General**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 9 días del mes de enero del dos mil quince, firma el autor.

Firma:



Autor: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Cédula: 1104446313

Dirección: Ciudadela Esteban Godoy, Cabo Alfredo Angulo y Teniente Wilson Cueva. Casa 32-26

Correo electrónico: tefi_mativivi22@hotmail.com

Teléfono: 2545069

Celular: 0969175392

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc. (Presidenta del Tribunal).

Dra. Ruth Elizabeth Maldonado Rengel, Mg. (Miembro del Tribunal).

Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha, Mg. (Miembro del Tribunal).

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo principalmente a Dios por las bendiciones que me ha otorgado hasta el momento y posteriormente a los pilares fundamentales de mi vida; mis padres el señor Hernán Gustavo Iñiguez Ochoa y la señora María Cumandá Luzuriaga quienes con su apoyo y esfuerzo constante han permitido que pueda realizarme como persona y como profesional; finalmente doy mis sinceros reconocimientos a mis familiares quienes han sido gestores y participes en la culminación de una de mis metas.

LA AUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme concedido la dicha de llegar a cumplir una de mis metas propuestas y poner a su disposición mi carrera, a mis padres por apoyarme durante el lapso de mi vida estudiantil, a la Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc, por guiarme durante el proceso de realización de este trabajo. A la Unidad Educativa “Calasanz” mi institución formadora por darme la oportunidad de realizar mi estudio en sus aulas, en especial al Rector de la institución.

LA AUTORA

1. TÍTULO

**LA BAJA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON EL
CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES
DEL COLEGIO CALASANZ DE LA CIUDAD DE LOJA
EN EL PERIODO ENERO – JULIO DEL 2014.**

RESUMEN

2. RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo en los adolescentes, que constituyen un grupo susceptible en la sociedad por los distintos cambios físicos, psicológicos y sociales, así como la búsqueda de sí mismo como personas dentro de la sociedad, adoptando comportamientos tales como el consumo de alcohol. En el presente estudio se identificó los casos de baja autoestima por edad y por género; se pudo conocer el número de adolescentes que consumen alcohol en relación con la edad y género; relacionar la baja autoestima y el consumo de alcohol; y, ofrecer una propuesta educativa encaminada a la concienciación del consumo de alcohol, para lo cual se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva y transversal. La recolección de la información se realizó en 146 estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato unificado, sección matutina de la Unidad Educativa “Calasanz”, a través de la aplicación de encuestas como: el Test de escala de autoestima de Rosenberg y el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), concluyendo que la baja autoestima se presentó con mayor frecuencia en los alumnos, con predominio en el género masculino, y a los 17 años; el 59% de la población consume alcohol con mayor tendencia en el género masculino con un 60% y a la edad de 17 años; y, la baja autoestima tiene relación con el consumo de alcohol en los adolescentes, debido a que el 72% de los alumnos con baja autoestima consumen alcohol. Finalmente se realizaron las siguientes recomendaciones: hacer seguimiento por el departamento de orientación de la institución a los estudiantes con características de baja autoestima; organizar talleres donde se impartan conocimientos a los padres de familia acerca de cómo mejorar la comunicación con sus hijos para estimular su autonomía e independencia; fomentar en la institución educativa, actividades de promoción de la salud y prevención sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias; y, realizar otras investigaciones para detectar precozmente el consumo de alcohol en los adolescentes.

Palabras clave: *Baja Autoestima, Consumo de Alcohol, Adolescentes.*

SUMMARY

3. SUMMARY

The present investigation was done to teenagers, that constitute a capable group in the company for the different physical, psychological and social, like that changes as the search of if same as persons inside the company, adopting such behaviors as the consumption of alcohol. In the present study were identified the cases of low self esteem by age and genre; the number knows of teenagers that consume alcohol in relation with the age and genre; to relate the low self esteem and the consume of alcohol; and to offer an educational design to the consciousness of the use of alcohol, for which it could descriptive and transverse investigation of type. The collection of information was realized in 146 students of first, second and third high school unified, morning section of the Unidad Educativa "Calasanz" through the application of surveys as the Test Rosenberg Self Esteem Scale and Alcohol Use Disorders Identification Test for the collection of information, concluding that low self esteem were presenting more frequently in the students, predominantly in males kind, and 17 years; 59% of the population consumes alcohol with more trend in males with 60% at the age of 17 years; and low self esteem is related to alcohol consumption in teenagers, because 72% of students with low self esteem consume alcohol. Finally, the following recommendations were made: tracking by the guidance department of the institution to students with characteristics of low self esteem; to organize workshops where is educated to parents about how to improve communication with their children to encourage their autonomy and independence; to foment activities in the school, promoting health and prevention of alcohol consumption and its consequences; and to realize additional investigations for early detection of alcohol consumption among teenagers.

Keywords: Low self esteem, consume of alcohol, teenagers

INTRODUCCIÓN

4. INTRODUCCIÓN

La adolescencia se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma.⁽¹⁾ Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos. La autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o autoconcepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos. Una baja autoestima predice el consumo de alcohol. En población adolescente, Kavas (2009) encuentra que la baja autoestima se asocia a un incremento en el consumo de alcohol y drogas.⁽¹⁾

En la actualidad, según la OMS, el alcohol es el segundo factor de riesgo para la salud, después del tabaco⁽²⁾. El consumo de alcohol por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume.⁽²⁾ Los problemas referentes a la salud pública, asociados al alcohol, han tomado proporciones alarmantes, hasta llegar al punto en que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios más sobresalientes en el mundo.⁽³⁾ El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año a nivel mundial. Unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario.⁽⁴⁾

Teniendo en cuenta la problemática se ha propuesto el siguiente tema de investigación: **“La baja autoestima y su relación con el consumo de alcohol en los estudiantes del colegio Calasanz de la ciudad de Loja en el periodo enero - julio del 2014** que tuvo como objetivo general: *Determinar la relación existente entre la baja autoestima y el consumo de alcohol en los/las adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz”* y como objetivos específicos: Identificar los casos de baja

autoestima por edad y por género; conocer el número de adolescentes que consumen alcohol en relación con la edad y género; relacionar la baja autoestima y el consumo de alcohol; y ofrecer una propuesta educativa encaminada a la concienciación del consumo de alcohol.

Fue importante la realización de la presente investigación debido a que nos permitió reconocer datos fehacientes de nuestros adolescentes, a través de los objetivos planteados, donde se pudo apreciar que en los 146 alumnos que fueron parte del estudio: el nivel de autoestima que se presentó con mayor frecuencia en los alumnos, era la autoestima baja con un 47% de la población que corresponde a 69 alumnos con mayor predominio en el género masculino en comparación con el género femenino con un 53% y 47% respectivamente; el grupo etario más afectado fueron los adolescentes de 17 años. Del total de la población, los adolescentes que consumen alcohol fueron 86 alumnos con un 59%, en donde se puede apreciar que el género masculino tiene mayor tendencia por esta actividad con un 60% representado por 52 adolescentes, a diferencia del 40% del género femenino con 34 personas, siendo la edad de 17 años donde frecuentemente consumen alcohol; y finalmente podemos establecer que de los alumnos con baja autoestima, 50 de ellos consumen alcohol lo que representa un 72%, y de esta manera se pudo establecer la relación de la baja autoestima con el consumo de alcohol en los adolescentes, razón por lo cual se ofreció una propuesta encaminada a la concienciación del consumo de alcohol.

Nuestro aporte a la institución se basa en dar a conocer los datos reales sobre esta problemática y brindar más información para la búsqueda adecuada de la autoestima en los adolescentes, y orientarlos a concientizar los efectos del consumo de alcohol a su edad, siempre buscando el bienestar humano.

REVISIÓN DE LITERATURA

5. REVISIÓN DE LITERATURA

5.1. CAPITULO I. ADOLESCENCIA

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. ⁽⁵⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional. Para fines operativos ha sido caracterizada en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. ⁽⁶⁾

5.1.1. Cambios en la Adolescencia

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. ⁽⁷⁾

5.1.1.1. Cambios físicos

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres. ⁽⁷⁾

La pubertad. Desarrollo sexual y crecimiento pondo-estatural

Entre los 6 y 8 años se produce la adrenarquia, que precede a la aparición de la activación del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal y es independiente de él. ⁽⁷⁾

Hay un aumento de las hormonas secretadas en la capa reticular de la corteza suprarrenal, la dehidroepidrosterona (DHEA), la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la androstendiona. Estas hormonas actúan como precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la dehidrotestosterona. Las manifestaciones físicas dependientes de esta secreción hormonal se van a traducir en crecimiento del vello axilar y púbico, desarrollo de olor corporal e incremento de la secreción sebácea. En las mujeres son responsables de una pequeña aceleración del crecimiento prepuberal y aceleración de la edad ósea.⁽⁷⁾

Existen mecanismos de retroalimentación que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, a su vez, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa negativamente sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta).⁽⁷⁾

Por mecanismos no bien conocidos se produce:

- Una reducción de la sensibilidad del hipotálamo e hipófisis a la retroalimentación negativa de los esteroides sexuales, testosterona y estradiol, con lo que las gonadotropinas FSH y LH comienzan a aumentar y esto se produce por una supuesta maduración del SNC y parece depender de las influencias neuronales excitatorias (glutamato) y de la disminución de las influencias neuronales inhibitoras (ácido gamma-amino-butírico).⁽⁷⁾
- Conexiones astrogiales-neuronales: células gliales neuroendocrinas que pueden influenciar a neuronas para la producción de LHRH de una manera autocrina/paracrina usando prostaglandinas E (PGE2)⁽⁷⁾
- El aumento de la secreción pulsátil de FSH y LH conduce al aumento de la secreción de las hormonas sexuales. En la mujer, la FSH aumenta la

producción de estradiol y estimula los folículos primarios, generando la maduración del óvulo y la aparición de la ovulación. La LH u hormona luteinizante estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos y del cuerpo lúteo para la producción de progesterona. En el hombre, la FSH estimula la gametogénesis y la LH estimula las células de Leyding para la producción de testosterona ⁽⁷⁾

Desarrollo sexual secundario

Los caracteres sexuales secundarios son la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los adolescentes. De su exploración concluimos el grado de maduración y su correspondencia con la edad cronológica. ⁽⁸⁾

Pubertad en la mujer

El crecimiento mamario o telarquia, unilateral o bilateral, es la primera manifestación de pubertad en las niñas y acontece aproximadamente a una edad ósea de 11 años. ⁽⁸⁾

El estirón puberal se inicia en el estadio II de Tanner, coincidiendo con la aparición del botón mamario, y alcanzando el pico máximo de velocidad de crecimiento (VC) en el estadio III (VC de 9 ± 2 cm). Durante los tres años de máximo crecimiento en la adolescencia, se produce un incremento de la talla de aproximadamente 20 cm. ⁽⁸⁾

La menarquia se produce aproximadamente dos años después del inicio puberal, y cuando el estirón puberal está prácticamente finalizado, coincidiendo con el estadio IV de Tanner, aunque el 25% de las niñas pueden tener la menarquia en el estadio III. En nuestro país, la edad de la menarquia acontece aproximadamente a los $12,5 \pm 0,8$ años. Los ciclos menstruales tienden a ser anovulatorios, en más de la mitad de los casos, hasta dos años después de la menarquia. El crecimiento posmenarquia es muy variable, entre 4 y 11 cm, con una media de 7 cm. El crecimiento cesa a una edad media de 17,3 años. ⁽⁸⁾

El útero comienza a aumentar lenta y progresivamente de tamaño a partir de los 9 años, especialmente el cuerpo, hasta alcanzar una longitud de 6-8 cm.

Posteriormente, se desarrolla el endometrio con la visualización de una línea de ecodensidad más alta en el centro del útero, denominada línea endometrial. En los ovarios, a partir de los 9 años, se produce aumento del estroma y se van desarrollando progresivamente los folículos, que no suelen superar los 5-7 mm. El ovario adulto mide 2-2,5 cm de longitud, 1,5-3 cm de anchura, 0,6-1,5 cm de espesor y tiene un volumen de 5-6 mL. ⁽⁸⁾

Se distinguen 5 estadios de desarrollo que se describen a continuación:

Estadio I: corresponde al estadio infantil, no existiendo ningún grado de desarrollo mamario. Sin vello pubiano. ⁽⁸⁾

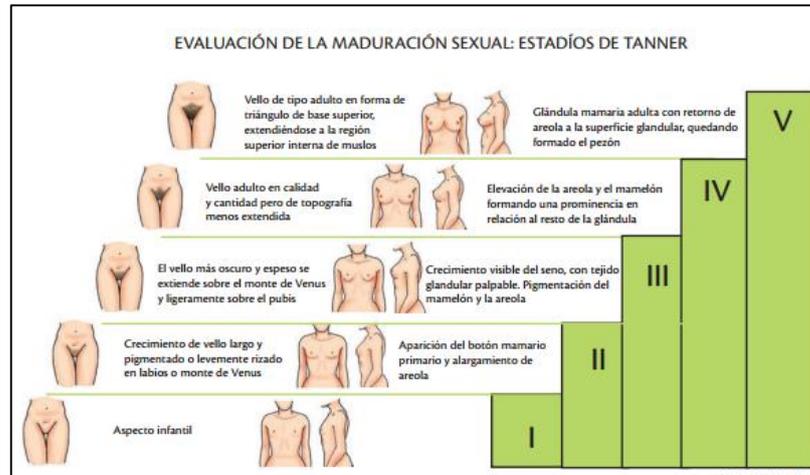
Estadio II: se inicia la telarquia, existiendo el botón mamario, palpándose un pequeño nódulo. La areola aumenta discretamente de diámetro. Comienza a aparecer vello ligeramente rizado o no, algo pigmentado y disperso, situado en labios mayores. ⁽⁸⁾

Estadio III: la mama y el pezón crecen más, mostrando un contorno redondeado en el perfil lateral. El vello pubiano se extiende sobre la sínfisis pubiana y es más rizado, oscuro y fuerte. ⁽⁸⁾

Estadio IV: la areola y el pezón han crecido más, formándose una pequeña elevación que sobresale del resto de la glándula. El vello pubiano es similar al de la mujer adulta, ocupando una superficie menor que en ésta. ⁽⁸⁾

Estadio V: corresponde al estadio de la mama adulta. El vello pubiano presenta una morfología de triángulo invertido, que puede extenderse a la cara interna de los muslos. ⁽⁸⁾

Etapas de Desarrollo Sexual Femenino



Fuente: Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. MSP. 2009

Pubertad en el varón

La primera manifestación de desarrollo puberal es el aumento del tamaño testicular y de la bolsa escrotal, que se enrojecen y adquiere mayor rugosidad, y acontece a una edad ósea de 13 años. El vello pubiano puede aparecer simultáneamente, pero en general, suele hacerlo más tardíamente, unos seis meses después. El volumen testicular se medirá con el orquidómetro de Prader. Los volúmenes de 1 a 3 mL son característicos del estadio prepuberal, un volumen de 4 mL señala inicio de pubertad, y volúmenes de 10-12 mL son característicos de la pubertad media. La mayoría de los adultos alcanzan los 15, 20 ó 25 mL de volumen testicular, si bien algunos individuos no sobrepasan los 12 mL. ⁽⁸⁾

El estirón puberal se inicia en estadio III de Tanner, coincidiendo con el crecimiento longitudinal del pene, alcanzándose el pico máximo de VC durante el estadio III (VC $10,5 \pm 2$ cm). Durante los tres años de máximo crecimiento en la adolescencia, se produce un incremento medio de la talla de 25 cm y el crecimiento cesa a una edad media de 21,2 años. ⁽⁸⁾

Se distinguen cinco estadios del desarrollo, que se describen a continuación:

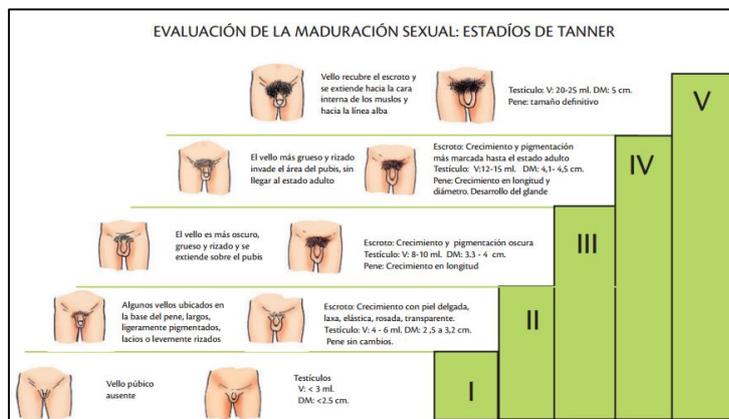
Estadio I: corresponde al estadio infantil. El volumen testicular es inferior a 4 ml. Sin vello pubiano. ⁽⁸⁾

Estadio II: el volumen testicular es igual o superior a 4 mL. El escroto se hace más rugoso, aumenta de tamaño y adquiere un color más oscuro. Aparición de algún vello largo y pigmentado en la base del pene y del escroto. ⁽⁸⁾

Estadio III: el pene aumenta de tamaño, afectando más a su longitud. El volumen testicular oscila entre 6 y 12 mL. El vello pubiano es más oscuro y rizado, ocupando el área que corresponde a la sínfisis del pubis. ⁽⁸⁾

Estadio IV: el pene aumenta en longitud y circunferencia, el glande se encuentra desarrollado. El volumen testicular se sitúa entre 12-15 mL. El vello pubiano tiene las características del adulto. ⁽⁸⁾

Estadio V: el volumen testicular es superior a 15 mL. El vello pubiano ocupa toda el área pubiana y se extiende por la cara interna de los muslos y la línea alba. ⁽⁸⁾



Fuente: Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. MSP. 2009

5.1.1.2. Cambios mentales

El cerebro adolescente

Los estudios de imagen cerebral desde los 5 hasta los 20 años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que

maduran más tardíamente están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos.⁽⁷⁾

Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar en relación con esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales.⁽⁷⁾

Sin embargo, el adolescente de 12 a 14 años generalmente ha sustituido el pensamiento concreto por una mayor capacidad de abstracción que lo va capacitando cognitiva, ética y conductualmente para saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas, otra cuestión es que el deseo y la posibilidad de experimentar supere a la prudencia. Con todo, el adolescente más joven, por esa restricción del pensamiento abstracto complejo, tiende a tener dificultades para evaluar riesgos a largo plazo para la salud (hipertensión, colesterol en la dieta, etc.)⁽⁷⁾

A diferencia de los niños son capaces de pensar sobre ideas y asuntos sin necesidad de ver ni tocar, empiezan a razonar los problemas y anticipar las consecuencias, considerar varios puntos de vista, y reflexionar sobre lo que pudiera ser en lugar de lo que es.⁽¹⁰⁾

Una de las consecuencias más relevante de estos cambios mentales es la formación de la identidad: pensar en quienes son y quienes quieren llegar a ser es un asunto que les ocupa tiempo y hace que exploren distintas identidades cambiando de una forma de ser a otra con cierta frecuencia. Esta exploración es necesaria para un buen ajuste psicológico al llegar a la edad adulta.⁽¹⁰⁾

La capacidad de pensar como adultos acompañada de la falta de experiencia provoca que el comportamiento de los adolescentes no siempre encaje con sus ideas: pueden (por ejemplo) ser grandes defensores de la naturaleza pero tirar basura en cualquier sitio.⁽¹⁰⁾

5.1.1.3. Cambios psicosociales

En el desarrollo psicosocial valoraremos cuatro aspectos de crucial importancia: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar,

preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad:

1. *La lucha independencia-dependencia:* en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional.
En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años).⁽⁷⁾
2. *Preocupación por el aspecto corporal:* los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa.⁽⁷⁾
Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.⁽⁷⁾
3. *Integración en el grupo de amigos:* vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.⁽⁷⁾
4. *Desarrollo de la identidad:* en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los

impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro ⁽⁷⁾

5.1.2. Autonomía, independencia y libertad

Los adolescentes deben llegar a adquirir autonomía, tanto respecto de sus familias como de sus compañeros, para ser capaces de decidir y actuar por sí mismos. El tema de la autonomía en la adolescencia ha sido objeto de investigación, como mínimo desde los años cuarenta. Así, uno de los autores pioneros en el tema es Havighurst (1948) para el cual un elemento importante en la transición de la adolescencia a la adultez es el desarrollo de la autonomía.⁽¹¹⁾

Desde el punto de vista etimológico, autonomía procede de “auto” que significa “por sí mismo” y “nomia (nomos)”, que significa sistematización de las leyes, normas o conocimientos de una materia específica. Autonomía es la facultad para gobernar las propias acciones, sin depender de otros. Los organismos autónomos se vinculan voluntariamente con otros; mientras que en la independencia, hay una mayor desvinculación. Autonomía se opone a heteronomía, que significa depender de fuerzas externas. Se usa por ejemplo en moral autónoma y moral heterónoma. La autonomía emocional es la capacidad de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo. Incluye la capacidad para asumir las consecuencias que se derivan de los propios actos; esto significa, responsabilidad. ⁽¹¹⁾

Cuando el adolescente se incluye en el mundo con un cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado, también su identidad, y necesita

entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo. ⁽¹⁰⁾

Los adolescentes piden libertad. Sin embargo los padres deben sopesar entre el fomento de la confianza en sí mismos para valerse autónomamente, y el conocimiento de que en el mundo hay peligros y amenazas para la salud y seguridad de sus hijos. Algunos padres dan demasiada libertad antes de tiempo, mientras que otros niegan cualquier oportunidad de madurar, aprender a decidir y aceptar las consecuencias, por lo que es útil que los padres tengan en cuenta los siguientes puntos para manejar el asunto de la libertad y la autonomía: ⁽¹⁰⁾

- *Fijar límites.* Los adolescentes se resisten a los límites impuestos, pero los necesitan e incluso los desean. ⁽¹⁰⁾
- *Opciones razonables.* Cuando se da más de una opción se facilita que acepten la norma. ⁽¹⁰⁾
- *Libertad por etapas.* Según maduran y se hacen más responsables se debería conceder al adolescente mayores privilegios. Corrigiendo los errores, aprendiendo de las consecuencias, dándoles un cierto margen a la equivocación, y transmitiéndoles claramente nuestras opiniones facilitamos el camino hacia la independencia que supone llegar a la edad adulta. ⁽¹⁰⁾
- *Salud y seguridad primero.* Los adolescentes suelen sentir que son invulnerables, que son especiales y que lo que les ha ocurrido a otros no puede ocurrirles a ellos. Es necesario transmitirles que el amor que se les tiene exige prohibir ciertas actividades o comportamientos que ponen en serio peligro su salud, su seguridad o su bienestar futuro. ⁽¹⁰⁾
- *Guiar sin controlar.* Los adolescentes necesitan explorar en su camino hacia la construcción de su identidad, con lo cual cometerán errores y deberán aprender a aceptar los resultados. Ello no significa que los padres deban renunciar a guiarlos para evitar que cometan demasiadas equivocaciones o errores irreparables. ⁽¹⁰⁾
- *Permitir ciertos errores.* Para aprender a resolver problemas y tomar decisiones es necesario equivocarse alguna vez. ⁽¹⁰⁾

5.1.3. Confianza en sí mismo

Los continuos cambios suelen provocar en la mayoría de adolescentes cierta incomodidad. A medida que la identidad se fortalece la confianza en sí mismos va mejorando. ⁽¹⁰⁾

La falta de autoestima provoca que algunos dejen de participar en actividades del aula, otros actúan escandalosamente para llamar la atención. En el peor de los casos llegan a comportamientos autodestructivos. ⁽¹⁰⁾

Cuando los adolescentes tienen relaciones estrechas con personas con las que pueden contar, ganan más confianza en sí mismos. Cuando sienten que forman parte de un grupo, tienen más posibilidades de beneficiarse de otros “factores de protección” que pueden ayudarles a crear estrategias para la resolución de problemas y a desarrollar una autoestima positiva. Establecer lazos es fundamental para crear un entorno seguro y estimulante, en el que los jóvenes sientan a la vez autonomía y protección, estén expuestos a valores positivos, tengan unas pautas que seguir, dispongan de supervisión y normas con las que orientarse, encuentren oportunidades para el presente y la seguridad de que podrán tenerlas también en el futuro, y tengan la libertad de explorar su identidad, expresar sus opiniones y participar en decisiones que afecten a sus vidas. ⁽¹²⁾

A medida que los jóvenes empiezan a interesarse por lo que está más allá del entorno del hogar, la visión que tienen de sí mismos, de sus progenitores y del mundo cambia de forma drástica. Con una mayor autonomía, ya no se consideran unos niños, pero reconocen que todavía no son adultos. Empiezan a buscar respuestas a multitud de preguntas. Para construir su identidad y crecer hasta convertirse en adultos sanos, responsables, productivos y con principios deben disponer de acceso a sistemas de apoyo y a oportunidades para establecer relaciones estrechas y duraderas, desarrollar un sentido acerca del valor y sentirse apreciados en la comunidad. Sin ese apoyo, se convierten en seres mucho más vulnerables a la explotación y al maltrato. ⁽¹²⁾

5.1.4. La Familia y los valores

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad. ⁽¹³⁾

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica. ⁽¹³⁾

La adecuada distribución de la autoridad requiere de su correcta definición para cada contexto de la vida familiar, esto es reglas y autoridades claras y predecibles. En el caso de los hijos adolescentes es normal que traten de intervenir en las decisiones que les atañen (permisos, dinero, uso del coche, etcétera) ya que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no estarán en disposición para negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema. ⁽¹³⁾

Las relaciones que mantienen los adolescentes con los padres dependen de muchas variables, entre ellas, ser padre o madre, pero también de la forma en que el adolescente percibe a su padre y a su madre. Hay seis prototipos distintos de percepción de la figura paterna y cinco de figura materna: a) *El padre ausente*, normalmente por razones de trabajo, que antes era normal, pero ahora los adolescentes no ven bien porque consideran que el padre también tiene que asumir su responsabilidad en la educación de los hijos. Muchos padres ante la nueva responsabilidad se encuentran desorientados, sin saber muy bien qué hacer al no disponer de modelos de su propia adolescencia para ahora reproducirlos. b) *El padre que mira a otro lado*, despreocupado, que ha dimitido de la labor de educar. La mayoría de los adolescentes lamentan esta situación, aunque también los hay que parece que la prefieren. c) *El padre superprotector*, que siente miedo por sus hijos. Las chicas suelen percibir más la preocupación de los padres que los chicos. d) *El padre compañero o amigo*, complaciente, cómplice, frente a la madre. Hay más chicos que chicas que tienen esta percepción de un padre, que en definitiva no

es padre. e) *El padre que provoca pena* y al que el adolescente no le cuenta nada para que no sufra. f) *El padre-padre*, que quiere ejercer de padre, que desea que se discutan las cosas más importantes en el seno de la familia, que se siente razonablemente satisfecho con su rol de padre, consciente de sus posibilidades y limitaciones, y que reconoce la inevitable y necesaria emancipación de los hijos. ⁽¹⁴⁾

Se constata que hay muchos chicos y chicas que mantienen excelentes relaciones con estos padres, con quienes hablan de casi todo, exceptuando algunos temas como los sexuales. En cuanto a los prototipos de madre encontramos: a) *La madre ausente*, debido a la incorporación de la mujer al trabajo. Los adolescentes, más las hijas, sienten esa ausencia de forma negativa y lo manifiestan de diversas formas. b) *La madre amiga*, confidente y cómplice.

c) *La madre preocupada*, metomentodo es otra figura de madre muy habitual para los adolescentes. El adolescente suele mantener buenas relaciones con su madre, pero le oculta cosas para evitar que le agobie y le haga continuas preguntas, con lo cual queda perjudicada la comunicación. d) *La madre humillada y minusvalorada*. Las relaciones madre-adolescente son pobres y negativas. e) *La madre-madre*, que no es una amiga, sino más que una amiga, que puede decir no, incluso con más rotundidad que el padre. ⁽¹⁴⁾

En función de la percepción que tienen de su padre y de su madre, los adolescentes se comunican más o menos con ellos, aunque en general hay cuatro grandes temas que los adolescentes ocultan a sus padres: sus relaciones sexuales, el uso del tiempo libre, el consumo de alcohol y drogas y los pequeños hurtos que realizan con frecuencia. ⁽¹⁴⁾

5.1.5. Los amigos y las influencias

En la pubertad el joven tienden a agruparse con sus pares y surgen amistades muy estrechas, especialmente entre los del mismo sexo. En la adolescencia el joven tiene una conciencia de ser social y una cierta competencia y adecuación en sociedad en esta etapa ya tienen un grupo de amigo, participa en diferentes grupos de actividades extra curriculares y se siente identificado con un grupo de iguales es decir compañeros que comparten los mismos intereses. ⁽¹⁵⁾

Es bastante habitual que entre los 10 y los 12 años se cambie con frecuencia de amigos pues necesitan explorar y encontrar con quién compartir ideas gustos y aficiones. La mayor influencia de los amigos se produce entre los 12 y los 14 años. Especialmente en cuestiones de moda (gustos musicales, formas de vestir) y actividades en las que participar. Sin embargo los amigos no reemplazan a los padres cuando se trate de cuestiones importantes, salvo que los padres se desinteresen por la vida de sus hijos. ⁽¹⁰⁾

Para el adolescente el grupo de pares es el mecanismo que le permite salir del ámbito familiar e ingresar al ámbito social de una forma adecuada y de cierta manera protegida, ya que el grupo se convierte en un espacio donde puede actuar, reflexionar, ensayar conductas, desarrollar destrezas, tener amigos e ir elaborando su identidad. El grupo le da al joven una sensación de seguridad y de pertenencia. “los grupos de hombres son generalmente numerosos a los que se puede entrar y salir con facilidad si se cumple con las normas establecidas”. “los grupos de mujeres habitualmente son más pequeños, más cerrados, más estables y las relaciones entre las niñas son más íntimas”. (Morin J.) De los integrantes del grupo nace el amigo. El amigo es para el adolescente la persona que lo comprende, que piensa como el, que se viste como el, con el que intercambia información, acerca del descubrimiento de la vida adulta, y con el que comparte ideas e ideales. ⁽¹⁵⁾

El amigo es aquel que apoya en el bien, se debe distinguir entre un cómplice y un amigo, el cómplice orienta hacia el mal. “los verdaderos amigos no son fruto de la casualidad, sino de la generosidad” (C. Durán M). En la adolescencia se busca la amistad como un apoyo confiable que sirve como un espejo para conocerse y afirmarse así mismo. ⁽¹⁵⁾

El adolescente y sus amigos.

Los adolescentes viven sus rápidos cambios físicos compartiendo con otros que viven la misma situación. Los jóvenes que desafían los patrones de los adultos y la autoridad paterna encuentran un nuevo afianzamiento al buscar consejo de amigos que están en su misma situación. Los adolescentes que cuestionan la validez de los modelos de comportamiento de sus padres, no

tienen bastante seguridad en sí mismos como para estar solos, buscan a sus compañeros para demostrarles que esta “a la moda” y que no. El grupo de compañeros es una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral, un sitio para experimentar, un ambiente para lograr autonomía e independencia de los padres. Es un sitio para establecer relaciones íntimas que sirven como “ensayos” para familiarizarlos con las relaciones románticas en la edad adulta. ⁽¹⁵⁾

Las amistades son muy diferentes de las relaciones familiares. Son más igualitarias que las relaciones con los padres, quienes detentan un mayor poder, o con los hermanos que suelen ser mayores o menores. Las amistades se basan en la elección y el compromiso. Del mismo modo, son más inestables que las relaciones familiares. La conciencia del carácter diferente de las amistades y de los que se requiere para mantenerlas, surge en la adolescencia. Los jóvenes pelean con menos ira y resuelven los conflictos de un modo más equitativo con los amigos que con los miembros de la familia quizá que debido a que comprenden que demasiados conflictos podrán costarles una amistad. La creciente intimidad en la amistad de los adolescentes refleja el desarrollo cognoscitivo. Para esta época, los jóvenes pueden expresar mejor sus pensamientos y sentimientos personales. También pueden estar más preparados para tomar en cuenta el punto de vida de otra persona y de ese modo les resulta más fácil entender los pensamientos y sentimientos de un amigo. ⁽¹⁵⁾

Confiar en un amigo ayuda a los jóvenes a explorar sus propios sentimientos, y definir identidad. La amistad se constituye en un lugar seguro para expresar sus opiniones, admitir sus debilidades y obtener ayuda para enfrentar los problemas. ⁽¹⁵⁾

La capacidad de intimidad se relaciona con el ajuste psicológico y la competencia social. Los adolescentes que tienen amigos cercanos, por lo general tiene una alta opinión de sí mismos, tiene un buen desempeño escolar y probable que sean ansiosos, hostiles o depresivos, un proceso bidireccional parece entrar a funcionar: las amistades íntimas estimulan el ajuste, el cual, a su vez, fortalece las amistades íntimas. ⁽¹⁵⁾

5.1.6. Los medios de comunicación

Los medios de comunicación han buscado el modo de llegar a la audiencia joven (aquellos que se encuentran en edades comprendidas entre los 14 y 28 años), mientras ésta se ha mostrado reacia a responder a las propuestas de las empresas de comunicación. La relación entre la juventud y medios de comunicación con frecuencia es contradictoria. Los medios han reflejado gran interés por los jóvenes y buscan los modos de convertirlos en audiencia fiel o más bien cautiva. Pero al mismo tiempo se muestran a veces sorprendidos por la manera atípica a promociones y programas especiales y no siempre tienen las claves para interpretar sus conductas. ⁽¹⁶⁾

Los medios de comunicación forman parte esencial de la sociedad en la que vivimos; música, revistas y, por supuesto, videojuegos, computadoras, internet y teléfono celular se han convertido en medios familiares para la juventud, donde encuentra los contenidos que le interesan, y sobre todo una herramienta que le permite satisfacer su curiosidad y su necesidad de comunicarse con sus iguales. ⁽¹⁶⁾

Los jóvenes utilizan el contenido de los medios o reafirmar o argumentar sus opiniones e ideas, como parte de su proceso de socialización y para desarrollar su sentido de pertenencia: en muchos casos este contenido conduce las conversaciones de los grupos juveniles y muchos adolescentes no tienen a nadie que les oriente sobre cómo utilizar todo este arsenal informativo pues son muchos los casos de niños y adolescentes enganchados pasivamente al televisor, los auriculares, la video-consola, el teléfono móvil, o las salas de chat en Internet. ⁽¹⁰⁾

5.1.7. Alcohol y drogas

El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes suscita preocupación social. Por un lado, ciertas características de este período evolutivo pueden facilitar el consumo de alcohol y otras drogas. Por otro, el consumo de estas sustancias suele iniciarse en esta etapa de la vida. Es complejo determinar cuándo el consumo adolescente de alcohol resulta

problemático, ya que la aparición de secuelas físicas requiere que se haya estado abusando de esta sustancia cierto tiempo. Según la encuesta sobre drogas, el 28,5% de los escolares ha sufrido alguna repercusión negativa del consumo de alcohol, principalmente problemas de salud, riñas, discusiones y conflictos familiares.⁽¹⁷⁾

Las principales consecuencias negativas que pueden padecer los adolescentes son:

- *Intoxicación etílica aguda o embriaguez.* A mayor cantidad de alcohol ingerido, mayor descoordinación motora, agresividad y episodios de pérdida de conocimiento. La intoxicación etílica grave puede desembocar en coma, llegando incluso a provocar la muerte.⁽¹⁷⁾
- *Problemas escolares.* El consumo de alcohol repercute directamente en el rendimiento escolar. La investigación ha confirmado la relación entre consumo de alcohol y fracaso escolar ⁽¹⁷⁾
- *Sexo no planificado.* Las relaciones sexuales entre adolescentes a menudo tienen lugar durante el fin de semana, igual que el consumo de alcohol. Aunque los adolescentes disponen de información sobre los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, la embriaguez puede actuar como una barrera que dificulta la puesta en práctica de las conductas de salud⁽¹⁷⁾
- *Accidentes de tráfico.* El riesgo de padecer un accidente aumenta por la pérdida de reflejos, la desinhibición, la sensación de control, la euforia y los déficits perceptivos ocasionados por el alcohol. Según Romero (1994), hasta un 60% de los accidentes de tráfico se explican por la combinación jóvenes–alcohol– fin de semana. ⁽¹⁷⁾
- *Problemas legales.* Numerosos estudios han probado la relación entre el alcohol y el comportamiento delictivo. Entre los adolescentes consumidores existe mayor probabilidad de realizar actividades predelictivas. Otras conductas antisociales asociadas a las drogas y al fin de semana son la conducción de vehículos sin carné, el daño

deliberado a bienes públicos, el robo de artículos y las peleas físicas.⁽¹⁷⁾

- *Problemas afectivos.* Aproximadamente la mitad de los intentos de suicidio en las mujeres y las dos terceras partes en los varones se producen bajo los efectos del alcohol.⁽¹⁷⁾
- *Alcohol y consumo de otras drogas.* Se considera al alcohol como una “puerta de entrada” al consumo de otras sustancias. Generalmente el consumo de drogas ilegales está precedido por el de sustancias legales.⁽¹⁷⁾

Etiología del consumo de alcohol y otras drogas

Se han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia:

Factores Macrosociales ⁽¹⁸⁾

- *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.*
- *Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.*
- *Publicidad.* Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc.
- *Asociación del alcohol y drogas de síntesis con el ocio.* El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.

Factores Microsociales ⁽¹⁸⁾

- *Estilos educativos inadecuados.* La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto

- *Falta de comunicación y clima familiar conflictivo.* La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos, y facilita el desarrollo personal. Por el contrario, la incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo a las drogas.
- *Consumo familiar de alcohol.*
- *Influencia del grupo de amigos.*

Factores personales ⁽¹⁸⁾

- *Desinformación y prejuicios.* La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos⁽¹⁸⁾
- *Déficits y problemas del adolescente.* Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con pobre autoestima y locus de control externo, y con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.⁽¹⁸⁾

5.2. CAPÍTULO II. AUTOESTIMA

La autoestima es un fenómeno psíquico inherente al ser humano y forma parte de él desde que el hombre es hombre. Sin embargo fue Aristóteles quien usó el término para referirse al "amor a sí mismo" y fue William James que estudió el desdoblamiento del "yo", en "yo-conocedor" y "yo-conocido", involucrando en algún grado la autoestima, dando nacimiento a un fenómeno psíquico que más tarde sería la clave del éxito personal. ⁽¹⁸⁾

La autoestima es el “sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.” ⁽¹⁸⁾

5.2.1. Componentes de la autoestima

Según lo sugerido por el autor Mauro Rodríguez, los componentes de la autoestima son diversos entre los cuales se describen los siguientes: ⁽¹⁸⁾

- *El auto concepto:* Es el significado que el sujeto debe tener acerca de sí mismo, de su relación con los demás ante situaciones nuevas, ante la vida y ante la aceptación que tiene para los demás.
- *El auto respeto:* Es el respeto por la satisfacción de sus propias necesidades y valores, por sus sentimientos y emociones para sentirse orgulloso de sí mismo
- *El autoconocimiento:* Es el conocimiento previo de sus necesidades y habilidades para actuar y sentir
- *La autoevaluación:* Es la necesidad de poner en juego su capacidad interna para evaluar las cosas buenas o malas según las cuales será posible sentirse bien o mal, enriquecerse o no, crecer o decrecer.
- *Autoaceptación:* Es admitirse y reconocerse tal cual es para transformarse si es preciso.

5.2.2. Procedencia de la autoestima

La autoestima tiene su origen en el proceso de desarrollo del ser humano y en los factores de su entorno que ejercerán influencia sobre él. Según Sigmund Freud tiene sus orígenes en la etapa oral (primer día de nacido a 18 meses) donde surge la crisis de transición al pasar de la "confianza habitual" a la "desconfianza", es el momento donde el niño recibe todo lo que le dan y no tiene capacidad para dar. Erik Erikson (1950) considera que la autoestima tiene sus orígenes en la etapa sensorio-oral (1 a 2 años), o de la "confianza" y "desconfianza", dependiendo de la estabilidad y continuidad que los padres ofrecen al infante. Vandenberg (1963), afirma que la confianza se desarrolla en base a comprensión y amor (en A. Loli, 1989). Significa que al inclinarse hacia un desarrollo de plena confianza se va construyendo la fe, la esperanza, la aceptación de sí mismo y de los demás; así, el niño se percibe importante y valioso, afianzando su autoestima. ⁽¹⁸⁾

La autoestima es un objetivo que todos debemos procurar en el proceso de desarrollo del niño, es una fuerza unificadora de ideas, creencias y percepciones que permite tener conocimiento y opinión de sí mismo, dando origen, crecimiento y fortalecimiento de la autoestima en cada persona. ⁽¹⁸⁾

5.2.3. Tipos de Autoestima

Existen dos tipos de autoestima, la positiva y la negativa.

Autoestima positiva: Se considera una autoestima positiva cuando una persona se respeta y se estima, sin considerarse mejor o peor que los demás y sin creerse perfecto, reconoce sus limitaciones y espera madurar y mejorar a través del tiempo, lo que se manifiesta en sentimientos genéricos de autoconfianza, valía, autonomía, fuerza, necesidad de ser útil y necesario en el mundo. Se relaciona con una alta autoestima y tiene que ver con el mundo de los valores, es decir, lo positivo que conduce de cierto modo a la felicidad, madurez y equilibrio personal. ⁽¹⁹⁾

Autoestima negativa: Implica una continua insatisfacción personal, el rechazo y el desprecio a sí mismo, el individuo carece de respeto por sí mismo, su

autorretrato suele ser desagradable y se desearía que fuera distinto, produciéndose en este desencuentro consigo mismo una notable frustración personal, un sentir o un sentimiento de incompetencia, de incapacidad, de debilidad de desamparo y hasta de rabia contra sí mismo. ⁽¹⁹⁾

5.2.4. Niveles de Autoestima según Rosenberg

Según Rosenberg (1973), la autoestima posee tres niveles:

Alta autoestima: Donde el sujeto se define como bueno y se acepta plenamente, considerada como autoestima normal. ^(19, 28)

Mediana autoestima: El sujeto no se considera superior a otros, ni tampoco se acepta a sí mismo plenamente, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima grave, sin embargo conveniente mejorarla. ^(19, 28)

Baja autoestima: El sujeto se considera inferior a los demás y hay desprecio hacia sí mismo, por lo tanto se considera que en este nivel existen, problemas de autoestima significativos. ^(19, 28)

Rosenberg desarrollo una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima en el año de 1965, para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los items están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. ⁽²⁸⁾

La muestra original para el que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió de 5.024 estudiantes de secundaria y adultos mayores de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York y se anotó como una escala Guttman. La escala tiene generalmente una alta fiabilidad: correlaciones test-retest están típicamente en el rango de 0,82 hasta 0,88, y alfa de Cronbach para diversas muestras están en el rango de desde 0,77 hasta 0,88 (ver Blascovich y Tomaka, 1993 y Rosenberg, 1986 para más detalles). Los estudios han demostrado tanto un unidimensional y una estructura de dos factores (la auto-confianza y auto-desprecio) de la escala. ⁽²⁸⁾

Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se

responden en una escala de cuatro puntos (A= muy de acuerdo, B= de acuerdo, C= en desacuerdo, D= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9,10) y posteriormente sumarse todos los ítems. ⁽²⁸⁾

La escala de autoestima de Rosenberg, está integrada por 10 preguntas con una escala de 1 a 4 puntos, los rangos para determinar el nivel de autoestima son: de 30 a 40 puntos: autoestima elevada; de 26 a 29 puntos: autoestima media; y menos de 25 puntos: autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos. A continuación se describen cada uno de los ítems del test: ⁽²⁸⁾

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Fuente: http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.htm.

5.2.5. Autoestima y la adolescencia

La adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad emocional. Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad. La disminución como las fluctuaciones en autoestima global que se producen en la

adolescencia temprana se encuentran conectadas con experiencias negativas significativas como las dificultades académicas o la pérdida de apoyo por parte de los iguales.⁽²⁰⁾

Los adolescentes con una autoestima inferior son a su vez más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos que los que presentan una mayor autoestima. Sin embargo, los adolescentes sufrirán más dificultades en su conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las fluctuaciones en autoestima incluso independientemente de su nivel medio de autoestima a lo largo del tiempo.⁽²⁰⁾

En cuanto a los sentimientos momentáneos de autoestima de los adolescentes, encuentran que los cambios que muestran la mayoría son impredecibles. Sin embargo, han mostrado, que las fluctuaciones en la experiencia momentánea de autoestima por parte de los jóvenes dependen principalmente de que experimenten éxitos o fracasos en aquellas áreas que ponen en riesgo su percepción de autovalía.⁽²⁰⁾

Así, la inestabilidad de la autoestima refleja las fluctuaciones que se producen como consecuencia de experimentar éxitos o fracasos ante los que los jóvenes son vulnerables, es decir, que ocurren en circunstancias que son relevantes para su autoestima.⁽²⁰⁾

En particular, las fluctuaciones en los éxitos y fracasos que más frecuentemente ocasionan inestabilidad en la autoestima se producen en aquellas áreas en que los jóvenes perciben implicadas sus propias competencias, es decir, en las que son sus propias habilidades las que les llevan a satisfacer sus contingencias de autovalía.⁽²⁰⁾

El individuo presentará, así, una autoestima más inestable si experimenta tanto éxitos como fracasos en aquellas áreas que son relevantes para su autoestima, y una autoestima más estable y elevada cuando experimenta acontecimientos vitales que tienden a satisfacer sus contingencias de autovalía.⁽²⁴⁾

Deficiencias en Autoestima como Factor de Vulnerabilidad para Otros Problemas

La autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o autoconcepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos; entre otros, con reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas. ⁽²⁰⁾

Una autoestima o autoconcepto bajos también son frecuentes en los jóvenes que tienden a la procrastinación o demora innecesaria en la realización de tareas y en aquellos que manifiestan conductas agresivas, conductas antisociales, violencia escolar y violencia relacional. ⁽²⁰⁾

Se ha encontrado que los adolescentes que muestran una baja autoestima tienden también a un incremento en el consumo de alcohol, en adolescentes hospitalizados por motivos psiquiátricos, que una baja autoestima predice el consumo de alcohol en mujeres, pero no en varones. ⁽²⁰⁾

Los hallazgos en torno a la relación entre autoestima y consumo son más consistentes cuando se analiza la autoestima desde un enfoque multidimensional. Una autoestima baja en los contextos familiar y escolar, y una autoestima alta en el contexto de relación con iguales, se asocian con un mayor consumo en adolescentes y actúan como variables mediadoras de la influencia del funcionamiento familiar sobre el consumo encuentran que una baja autoestima en el contexto familiar predice conductas de experimentación con alcohol y drogas, y una alta autoestima en el contexto de relación con iguales predice la experimentación con drogas y un abuso continuado del alcohol. Otros hallazgos han mostrado también que los jóvenes que se sienten poco valorados por sus padres presentan un mayor consumo de drogas ya desde la preadolescencia y que los jóvenes que muestran una autoestima alta en el contexto social presentan un mayor consumo de alcohol y drogas principalmente en las edades medias de la adolescencia. ⁽²⁰⁾

Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una peor salud física. Entre las actitudes y conductas que se asocian a baja autoestima o autoconcepto y son un riesgo para los problemas de salud

destacan un menor rechazo en las adolescentes a mantener relaciones sexuales sin protección, y trastornos de anorexia y bulimia. ⁽²⁰⁾

Esta mayor presencia de problemas de salud asociados a baja autoestima en mujeres adolescentes puede explicarse por el ambiente sociocultural que pone a éstas en más riesgo que a los varones de sufrir dificultades asociadas a los cambios físicos de la pubertad. Sin embargo, en varones adolescentes se encuentra también que una autoestima alta ejerce un papel protector sobre el uso de esteroides androgénicos anabolizantes. ⁽²⁰⁾

Por último, es destacable que una autoestima baja durante la adolescencia es un factor de riesgo para diversos problemas en la edad adulta. En un estudio longitudinal, Trzesniewski et al. (2006) encuentran que los individuos con baja autoestima en la adolescencia tienen un riesgo mayor de sufrir una peor salud física y mental en la edad adulta, una peor proyección laboral y económica, y una mayor probabilidad de verse implicados en actuaciones criminales, en comparación con los adultos que presentaban una elevada autoestima cuando eran adolescentes. Este conjunto de hallazgos permite concluir que mejorar la autoestima en adolescentes puede resultar útil para prevenir un amplio rango de problemas de conducta, emocionales y de salud tanto en la propia adolescencia como en la vida adulta. ⁽²⁰⁾

5.2.6. Formas de mejorar la autoestima

Técnicas para mejorar la autoestima.

- “Convertir lo negativo en positivo. Todos tenemos algo bueno de lo cual podemos sentirnos orgullosos; debemos apreciarlo y tenerlo en cuenta cuando nos evaluemos a nosotros mismos.
- Tratemos de superarnos. Con lo que no estemos satisfechos, cambiando los aspectos que deseamos mejorar. Para ello es útil que identifiquemos qué es lo que nos gustaría cambiar de nosotros mismos o qué nos gustaría lograr, luego debemos establecer metas a conseguir y esforzarnos por llevar a cabo esos cambios.

- Es fundamental que siempre nos aceptemos. Debemos aceptar que, con nuestras cualidades y defectos, somos, ante todo, personas importantes y valiosas.
- Confiar en nosotros mismos. En nuestras capacidades y en nuestras opiniones, actuar siempre de acuerdo a lo que pensamos y sentimos, sin preocuparse excesivamente por la aprobación de los demás.
- Acostumbrarnos a observar. Las características buenas que tenemos cada uno.

5.3. CAPITULO III. CONSUMO DE ALCOHOL

5.3.1. Historia del consumo de alcohol

Hace 100.000 años los pueblos primitivos ya consumían bebidas a base de raíces, cereales y frutos silvestres que masticaban antes para provocar su fermentación. Las grandes civilizaciones anteriores a nuestra era: Mesopotamia, Egipto y China, elaboraban con destreza hace 6.000 años bebidas alcohólicas derivadas de la fermentación de la cebada o de la vid. ⁽²¹⁾

Grecia fue el pueblo que trajo a Occidente la esencia de la cultura, mitos y conocimientos tanto desde Asia como desde la costa mediterránea africana. El vino (la sangre de Dionisos), la cerveza (la bebida de la diosa Ceres o de Osiris), se instalan también en el carácter de los pueblos. ⁽²¹⁾

En España, fue la población fenicia (pueblo comerciante) quien consolidó la herencia griega y romana (las vides entre ella). La imaginativa historia de los licores nace en cambio envuelta en magia, recetas secretas y leyendas de brujería. Su origen reside en los brebajes elaborados por los monjes de la Edad Media en busca de pociones medicinales. Para mejorar su aroma suavizaron sus “licores” con flores y frutas maceradas. Con el paso del tiempo, las destilaciones se perfeccionaron logrando así mejorar también el sabor. ⁽²¹⁾

En efecto, desde la población egipcia o sumeria hasta la ruta jacobea, pasando por los clásicos, las ciencias, las artes, el fenómeno religioso, todo lo que ha sido civilización mediterránea tiene en común no solo una filosofía de vida sino también unos hábitos culturales que hacen igualmente de la gastronomía una liturgia social. ⁽²¹⁾

La cultura del siglo XXI ha añadido caracteres de universalización al consumo de bebidas alcohólicas y a los problemas derivados. Se trata de una nueva ola de alcoholización universal, promovida en última instancia por intereses comerciales, que no deja libre ni a los países tradicionalmente antialcohólicos mahometanos y hebreos, principalmente ni a los países de las regiones menos desarrolladas del mundo. Todo ello está en relación con la difusión de las formas de vida que en sí mismas llevan las bebidas alcohólicas como uno de

sus rasgos característicos. Esta difusión está favorecida por los movimientos migratorios inherentes al desarrollo económico, por el efecto de largo alcance de los medios de comunicación y de expresión artística contemporánea, y por la eficacia de las estrategias comerciales de los sectores productivos y distributivos. Las bebidas alcohólicas, en definitiva, aparecen en nuestra época como un factor más de aculturación. ⁽²²⁾

Por otra parte, en las mismas sociedades industrializadas, las formas de vida de finales del siglo XXI, asociadas a factores de tensión y competitividad, dan lugar a una demanda creciente y difícilmente desligable de la creada, de manera premeditada, por la llamada sociedad del consumismo. ⁽²²⁾

5.3.2. Las bebidas alcohólicas. Tipología

Las bebidas con contenido alcohólico se pueden obtener mediante dos procedimientos: fermentación y destilación.

El procedimiento de *fermentación* consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos. La fermentación alcohólica transforma los jugos azucarados de los frutos en bebidas alcohólicas. De esta forma se obtienen bebidas como el vino o la cerveza. ⁽²²⁾

La *destilación* es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos. Se aplica a los productos agrícolas susceptibles de producir alcohol por medio de la fermentación. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico. Los licores destilados proceden pues, de la aplicación de este proceso a una bebida fermentada. ⁽²²⁾

Antes de pasar a describir muy brevemente los tipos de bebidas alcohólicas más utilizadas, explicaremos un concepto de importancia para la comprensión de éstas, cual es el de grado alcohólico de una bebida. El grado de una bebida alcohólica es el porcentaje de alcohol que ésta contiene para un volumen dado de la misma. Así, si decimos por ejemplo, que un vino tiene 12°, significará que en un litro de ese vino hay un 12% de alcohol puro, es decir, 12 cl., o lo que es

lo mismo 120 cm³. Habrá, por lo tanto la misma cantidad de alcohol puro en un litro de vino de 12° que en un cuarto de litro de un aguardiente de 48°. Cabe indicar que, generalmente, la dosis ingerida suele ser inversamente proporcional al grado alcohólico de la bebida, es decir, en una sola ingesta, se consume más dosis de una cerveza de 5° que de un licor de 40°.⁽²²⁾

Comenzaremos esta relación, describiendo algunas de las características de las bebidas fermentadas:⁽²²⁾

- El vino (del latín vinum). Es el resultado de la fermentación del zumo de uva. Tiene tres variedades principales: el vino tinto, obtenido de la fermentación del mosto en presencia de los hollejos, de la pulpa y de las pepitas de la uva algunas. Su graduación alcohólica más habitual está en torno a los 12°.
- La cerveza (del latín cervesiam). Se obtiene por la fermentación del azúcar de la cebada germinada bajo la acción de la levadura, y perfumada con lúpulo. La graduación alcohólica de la cerveza se encuentra habitualmente alrededor de los 5°.
- El champán (de Champagne, región del noreste de Francia). Es un tipo de vino espumoso elaborado según el método champenoise que consiste básicamente en la mezcla de vinos procedentes de diferentes tipos de uva, que son sometidos a una segunda fermentación dentro de la botella durante varios meses. La graduación alcohólica es de unos 11°.
- El vermut (del alemán wermuth = ajenojo). Es el resultado de la combinación de vino blanco, aguardiente de ajenojo y otras sustancias amargas y tónicas. Su graduación alcohólica está en torno a los 16°.
- El whisky (voz inglesa, del gaélico escocés visge beatha = agua de la vida). Es un aguardiente obtenido a partir de la destilación de la cebada tostada, es decir, de la malta. Su contenido alcohólico es muy alto, llegando a situarse en los 43°.
- El coñac (de Cognac, ciudad del sudoeste de Francia). Es un aguardiente obtenido a partir de la destilación de vinos flojos y añejado

posteriormente en toneles de roble. Su graduación alcohólica está alrededor de los 36°.

- El ron (del inglés rum). Se obtiene por destilación del sustrato de la fermentación del jugo de la caña de azúcar. Su graduación se sitúa en torno a los 40°.
- El vodka (voz rusa). Es un aguardiente de alta graduación obtenido a partir de cereales principalmente centeno, maíz y cebada- o de patata. Tiene alrededor de 40° de alcohol

5.3.3. Acción del consumo alcohol étílico en el ser humano

Es un depresor del Sistema Nervioso Central que se ingiere por vía oral, a través de determinadas bebidas que lo contienen.

5.3.3.1. Metabolismo del alcohol

Desde su ingreso en el organismo, el alcohol produce una dilatación de los vasos sanguíneos periféricos. Si la ingestión es pequeña, aumentará la secreción gástrica, pero si es elevada, la secreción gástrica se inhibe y la mucosa estomacal sufre una fuerte irritación, pudiendo dar lugar a gastritis, vómitos, diarreas, etc. ⁽²²⁾

Cuando el estómago está vacío, el alcohol lo atraviesa muy rápidamente y pasa al duodeno y al intestino delgado, donde es absorbido, distribuyéndose en el torrente circulatorio en poco tiempo. Si, por el contrario, el estómago está lleno, el alcohol se difunde a la sangre lentamente, a medida que va pasando al intestino delgado ⁽²²⁾

En el hígado el alcohol es metabolizado gracias a una enzima llamada alcoholdehidrogenasa. Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir su propia glucosa y con ello sus reservas alimenticias. ⁽²²⁾

Los hidratos de carbono (glúcidos), proteínas y grasas (lípidos), cuando son ingeridos en exceso y no se utilizan inmediatamente, pueden ser almacenados en los tejidos del cuerpo y son utilizados según las necesidades del organismo a partir de esas reservas. Estos depósitos son el tejido adiposo para las grasas, y el hígado y el músculo para la glucosa. El organismo, en cambio, no puede almacenar alcohol ni tampoco eliminarlo por la orina, el sudor o la respiración; sólo elimina por este medio un pequeño porcentaje, del 1% al 5%. Así pues, al menos un 95% del alcohol ingerido deberá ser metabolizado a nivel hepático, transformarlo totalmente en otros cuerpos más simples que se pueden eliminar. Como sólo puede ser oxidado a una cierta velocidad en el hígado, el alcohol permanece en la sangre y en los tejidos, mientras termina de ser metabolizado.⁽²²⁾

Cuando se bebe más alcohol del que puede oxidar el hígado por las vías metabólicas normales, deben funcionar vías de suplencia. Estas vías son peligrosas porque no oxidan el alcohol en exceso más que destruyendo la célula. Se queman ácidos nucleicos y aminoácidos de la propia célula. Estas oxidaciones engendran malnutriciones, por lo que es peligroso beber en exceso si se come mal o con pocas proteínas.⁽²²⁾

Es preciso tener las siguientes consideraciones:⁽²²⁾

- El alcohol es un producto energético, dadas las calorías que produce, pero esta energía sólo puede ser utilizada, para los intercambios celulares básicos en condiciones de reposo. No sirve para el trabajo físico, ni para combatir el frío.
- Las calorías producidas por el alcohol no pueden ser utilizadas más que para la respiración elemental de la célula, y sólo puede cubrir una parte de la energía necesaria para esas oxidaciones.
- El alcohol no se elimina del organismo más rápidamente con el trabajo muscular intenso, como generalmente se cree. El músculo no utiliza nunca el alcohol para su trabajo, su acción sobre el Sistema Nervioso puede impedir al bebedor sentir momentáneamente la fatiga.

- Reduce la capacidad para el esfuerzo intenso o sostenido, por la congestión vascular que provoca, la relentización de los reflejos y la fatiga acumulada y subjetivamente no sentida.

5.3.3.2. La Alcoholemia

Los niveles de alcohol en la sangre se denominan alcoholemia. La alcoholemia es pues, un indicativo del grado de impregnación alcohólica que presenta el Sistema Nervioso, por lo que podemos pensar que a medida que aumenta dicha alcoholemia, mayor será la disfunción del Sistema Nervioso y mayores las repercusiones a nivel conductual. ⁽²²⁾

Obviamente, la alcoholemia se incrementa en función de la cantidad de alcohol ingerido, la cual dependerá a su vez de la graduación alcohólica de cada bebida. ⁽²²⁾

Para determinar los grados de alcohol puro contenidos en una bebida alcohólica, en función de su graduación y de la cantidad ingerida, se aplica la fórmula siguiente:

$$\text{gramos de alcohol puro} = (\text{graduación de la bebida} \times \text{cantidad ingerida en cm}^3 \times 0.8) / 100$$

Una vez calculada la cantidad de alcohol ingerida, se puede obtener el grado de alcoholemia aplicando esta otra fórmula:

$$\text{Alcoholemia} = \text{grs. de alcohol puro de la bebida ingerida} / (\text{peso en Kg.} \times 0.7 \text{ en varones o } 0.6 \text{ en mujeres})$$

En cualquier caso, este resultado siempre será aproximado. El grado real de alcoholemia medido en gramos de alcohol por litro de sangre se obtiene directamente a través de un análisis de sangre o indirectamente mediante el aire espirado. ⁽²²⁾

5.3.4. Consumo, abuso y dependencia del alcohol

Consumo es la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos

determinados. Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez. Dicho de otra manera, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras. ⁽²²⁾

El individuo, una vez que conoce los efectos que una determinada sustancia provoca en su organismo, puede, si lo desea, continuar consumiéndola y controlar su propio consumo. En nuestra cultura, buena parte de aquellos que hacen uso normalmente de bebidas alcohólicas, consiguen mantener el consumo cotidiano dentro de límites que convencionalmente podríamos considerar razonables, y no aumentan progresivamente su ingesta. ⁽²²⁾

Alfonso e Ibáñez (1992) recogen diferentes tipologías a partir de un rastreo realizado sobre el tema para clasificar la frecuencia consumo de alcohol:

- *Abstemios*. No beben nunca o lo hacen infrecuentemente, sólo por especiales compromisos y circunstancias sociales.
- *Bebedores moderados*. Consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol por unidad de tiempo.
- *Bebedores excesivos*. Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados, y realizan un promedio anual de borracheras elevado.
- *Bebedores patológicos*. Son enfermos con síndrome de dependencia física.

Por su parte, Kessel y Walton (1989) también se refieren a la relación con el alcohol en términos de abstinencia, moderación, exceso y dependencia. Sin embargo su tipología recoge consideraciones psicosociales, y no sólo la simple frecuencia de consumo.

Resumiremos la aportación de estos autores: ⁽²²⁾

- *Abstemios*. Son las personas que no beben.

- *Bebedores sociales.* Son la mayoría de las personas de nuestra sociedad. Beben de forma moderada, en el marco de determinados acontecimientos sociales. Pueden emborracharse alguna vez, pero no crean ni se crean excesivos problemas sociales o de salud pública. ⁽²²⁾
- *Bebedores excesivos.* Consumen alcohol de forma excesiva. Es característico, al menos en muchos casos, el no reconocimiento de su hábito. Sus excesos se manifiestan por la frecuencia con la que se intoxican y por las consecuencias sociales, económicas y médicas de su ingestión continuada. Muchos bebedores excesivos que tienen crecientes dificultades originadas en el alcohol pueden necesitar atención terapéutica y responder a un tratamiento adecuado. Sin embargo, no todos los bebedores excesivos son alcohólicos, aunque es probable que muchos lleguen a serlo. ⁽²²⁾
- *Alcohólicos.* Son personas con un desorden que puede definirse en términos clínicos y que requiere un régimen apropiado de tratamiento. Tienen enormes dificultades para dejar de beber de forma espontánea y, aunque puedan estar sin beber algunos períodos más o menos largos, es muy probable que recaigan en el hábito. La aparición de la sintomatología característica del alcoholismo aparecerá tras largos años de autoengaños o situaciones de indulgencia ante sí mismo para explicarse el consumo abusivo alcohol, y vendrá acompañado de estados depresivos y celos sin causa justificada, así como trastornos metabólicos a nivel celular que ocasionarán amnesias, encefalopatías y una evolución de pronóstico grave. ⁽²²⁾

5.3.5. Tolerancia y dependencia del alcohol

Toda droga tiene una acción sobre el organismo, existiendo una cantidad de la misma, por debajo de la cual su consumo no produce ninguna modificación orgánica, y otra, por encima de la cual puede incluso provocar la muerte. Entre ambas acciones existe, para toda sustancia, una cantidad, por decirlo de alguna manera, óptima que sería suficiente para lograr los efectos deseados, los cuales estarían además, en función del metabolismo de cada individuo y no sólo de la propia sustancia que se consume. A esta cantidad óptima o

suficiente es a lo que denominaríamos *dosis eficaz* de una droga (Berjano y Musitu, 1987).⁽²²⁾

Estrechamente relacionado con el concepto de dosis se encuentra el concepto de tolerancia. Este término proviene del campo médico y tiene que ver con los componentes químicos de la sustancia y con el propio metabolismo del sujeto que consume una determinada droga. La tolerancia es en definitiva, el proceso que facilita el que un organismo admita cada vez una mayor cantidad de alcohol. Sin embargo, la instauración de este proceso no evita los efectos destructivos del alcohol sobre los diferentes tejidos y sistemas del organismo humano.⁽²²⁾

Al aumentar paulatinamente la dosis, como consecuencia del fenómeno de la tolerancia, puede suceder que el individuo se vea abocado necesariamente a consumir alcohol de forma continuada en diversas circunstancias, con la finalidad de experimentar determinados efectos. En este momento se instaura el proceso que conocemos como adicción o dependencia, y el sujeto, a partir de ese momento es considerado como un alcoholdependiente o adicto al alcohol, ya que la no administración de una nueva dosis puede producir en su organismo una serie de trastornos físicos y mentales.⁽²²⁾

Freixa (1993) denomina “adicción” al proceso físico y “dependencia” al proceso psicológico. El primero de estos conceptos se explica en términos de lo que este autor denomina unión biometabólica, en la que existe una necesidad metabólica real de la sustancia; el segundo de ellos lo explica como la “ligazón comportamental” que facilita el uso continuado.⁽²²⁾

La adicción física supone un estado caracterizado por la necesidad imprescindible de aportar al organismo una determinada cantidad de alcohol para el mantenimiento de su propia normalidad, llegando la adicción hasta tal punto que la ausencia de la droga podría provocar una serie de trastornos de índole física y mental *síndrome de abstinencia*.⁽²²⁾

5.3.6. Test de identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol/Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Permite identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. ⁽³⁰⁾

Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. ⁽³⁰⁾

Proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol y, con ello, evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. También ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas del consumo perjudicial. ⁽³⁰⁾

La primera edición de este manual fue publicada en 1989 (Documento N^o. WHO/MNH/89.4) y fue actualizada en 1992 (WHO/PSA/92.4). ⁽³⁰⁾

El screening puede ser llevado a cabo exitosamente con:

Pacientes de un hospital general, especialmente aquellos con trastornos asociados de forma clara con la dependencia de alcohol. (p.ej., pancreatitis, cirrosis, gastritis, tuberculosis, trastornos neurológicos, cardiomiopatía); personas que están deprimidas o que han intentado suicidarse; otros pacientes psiquiátricos; pacientes que acuden al servicio de urgencias; pacientes que acuden al médico general; vagabundos; presos; aquellos multados por motivos legales relacionados con su consumo de alcohol (p.ej., conducir bajo los efectos del alcohol, intoxicación pública). ⁽³⁰⁾

A éstos debería añadirse aquellos grupos considerados por un Comité de Expertos de la OMS como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol:

Varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos específicos de trabajadores (tales como ejecutivos de empresas, animadores, prostitutas, camareros y marineros). La naturaleza del riesgo difiere en función de la edad, género, contexto del consumo y patrón del mismo, así como, los factores socioculturales que juegan un importante papel en la definición y expresión de los problemas relacionados con el alcohol. Si

bien la evidencia en mujeres es de alguna forma limitada el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres. El efecto de la edad no ha sido analizado sistemáticamente como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio encontró una baja sensibilidad y alta especificidad en pacientes de más de 65 años. ⁽³⁰⁾

El AUDIT ha demostrado ser preciso en la detección de dependencia de alcohol en estudiantes universitarios. ⁽³⁰⁾

Puede ser utilizado en formato entrevista o en formato encuesta, así cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4, constituido por 10 preguntas, los rangos a determinar son Zona I: bajo riesgo o abstinencia; Zona II o consumo de riesgo; Zona III o consumo perjudicial; y finalmente Zona IV: consumo de dependencia. ⁽³⁰⁾

Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse. Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos items deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia por parte del paciente.

A continuación se ilustra cada uno de los items del test de AUDIT

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p> <input type="text"/>	<p>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?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8, o 9</p> <p>(3) 10 o más</p> <input type="text"/>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?.</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p><i>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</i></p> <input type="text"/>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año</p> <input type="text"/>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <input type="text"/>	<p>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?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, el último año.</p> <input type="text"/>
<p>Registre la puntuación total aquí</p> <input type="text"/>	

Fuente: OMS. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.

5.3.7. Problemas de Salud relacionados con el consumo de alcohol

El alcohol ha sido considerado por la O.M.S. como una de las drogas potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, por encima de sustancias tales como la cocaína, los estimulantes sintéticos, los alucinógenos o los derivados del cannabis. ⁽²⁶⁾

5.3.7.1. Problemas de Salud física asociados al consumo de alcohol

Debido a su masiva utilización, los efectos del consumo alcohol sobre el organismo humano son mejor conocidos que los de cualquier otra droga.

El hígado es el órgano donde principalmente se realiza la metabolización del alcohol, éste puede verse afectado por el consumo continuado de la sustancia y así puede presentarse hepatitis alcohólica que es una afección tóxica de las células hepáticas, esteatosis hepática y cirrosis hepática que resulta irreversible.⁽²²⁾

Se pueden detectar también, asociadas a un consumo habitual, alteraciones en diversos órganos del aparato digestivo como esofagitis, gastritis o alteraciones en el tránsito intestinal, también puede afectar al páncreas y dar lugar a un grave proceso patológico que se denomina pancreatitis, y que se caracteriza por intensos dolores abdominales, vómitos y alteraciones metabólicas y enzimáticas. ⁽²²⁾

En un uso habitual durante al menos 8-10 años, el alcohol afecta a los nervios periféricos dando lugar a un proceso que se denomina polineuritis alcohólica caracterizada por alteraciones en las extremidades inferiores, tales como fatiga al andar, calambres, dolores nocturnos, anulación de reflejos y parálisis muscular, pudiendo estos síntomas extenderse a las extremidades superiores.⁽²²⁾

El alcohol, por su acción alterante sobre el S.N.C.(Sistema Nervioso Central), produce una serie de trastornos mentales, que con toda propiedad pueden denominarse psicosis alcohólicas: ⁽²²⁾

- La alucinosis alcohólica se caracteriza por la existencia de alucinaciones auditivas, en las que el enfermo oye que voces habitualmente reconocibles, le insultan o le increpan, ante lo cual puede reaccionar de manera agresiva.
- Celotipia crónica o delirios de celos, está altamente asociada al alcoholismo, aunque cabe señalar que en la etiología de este tipo de

paranoias, la personalidad previa del alcohólico será un factor importante.

- Encefalopatías alcohólicas. Todas ellas presentan en común la existencia de lesiones neuronales y focos de necrosis neuronal: *El síndrome de Korsakoff* es provocado por lesiones en el lóbulo frontal a causa del alcohol y la desnutrición, y caracterizado por alteraciones en la memoria, tanto a corto como a largo plazo y, en ocasiones, episodios de fabulación, pudiendo venir asociado a una polineuritis de las extremidades inferiores (Perpiñá, Bellver y Baños, 1987); *encefalopatía de Gayet-Wernicke*, debida a una carencia de vitamina B1, frecuente entre los consumidores abusivos. El cuadro se caracteriza por delirio con agitación, y alucinaciones sensoriales acompañadas de desorientación y confusión; *la degeneración cerebelosa alcohólica*, caracterizada por una degeneración del córtex cerebeloso, y cuya sintomatología se corresponde con ataxia del tronco y las extremidades inferiores, nistagmus y disartria. Las alteraciones cerebrales de los alcohólicos evolucionan en muchas ocasiones a la pérdida irreversible de las facultades intelectuales.

Finalmente, apuntar que el uso de bebidas con contenido alcohólico por parte de la mujer embarazada, puede desencadenar el llamado síndrome alcohólico fetal, responsable de posteriores déficits de atención, deficiencias en el aprendizaje, hiperactividad y problemas comportamentales en los hijos (Miranda y Santamaría, 1986).⁽²²⁾

Toxicidad por privación: el síndrome de abstinencia

El alcohol, al establecer una fuerte tolerancia y una importante dependencia de tipo físico y psicológico, puede provocar un síndrome de abstinencia característico, cuando se suprime su ingesta en un sujeto dependiente sin un tratamiento médico adecuado.⁽²²⁾

- *Síndrome de alarma*. Es el trastorno más leve, se caracteriza por temblor matutino en la lengua, labios y dedos de las manos, náuseas,

ansiedad, depresión leve y cansancio. Los síntomas mejoran con la toma matutina de pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas.

- *Delirium tremens* Cuando el síndrome está muy avanzado, la privación brusca del alcohol produce además de los síntomas anteriores, un cuadro conocido como, caracterizado por una serie de manifestaciones alucinatorias en las que la persona cree ver imágenes aterradoras, generalmente de animales fantásticos, trastornos profundos de la conciencia, agitación psicomotora, trastornos del pensamiento, errores en el reconocimiento del entorno, distractibilidad y desorientación. Este síndrome suele venir acompañado de ansiedad, temblores y fiebre, pudiendo desembocar en un estado de coma o muerte

5.3.7.2. Problemas conductuales asociados al consumo de alcohol

Los efectos del alcohol sobre la conducta van a ser diferentes y más o menos intensos en función de una serie de variables: con la misma cantidad de alcohol, se embriagarán más rápidamente las personas más delgadas, los jóvenes menores de 17 años y las mujeres; igualmente, favorece la intoxicación la ingesta nocturna y la realizada con el estómago vacío o en un estado de cansancio corporal (Santo Domingo, 1987; Montoro, 1991).⁽²²⁾

Para mejor explicación se ha dividido en varias fases el estado conductual de un individuo de acuerdo a la cantidad de alcohol ingerido:

Primera fase. Con dosis inferiores a 0.5 grs. de alcohol por litro de sangre, puede aparecer un cierto estado de bienestar y calor en el rostro, inducido por la vasodilatación periférica que ocasiona el alcohol.⁽²²⁾

Segunda fase. Con cantidades de entre 0.5 a 0.8 grs. de alcohol por litro de sangre, coincidiendo con el comienzo de la intoxicación alcohólica aguda en un individuo adulto de unos 70-75 Kgs. de peso, el sujeto puede experimentar euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos. La exactitud de algunos movimientos automáticos como andar, mecanografiar, etc. disminuyen. A partir de los 0.5 grs./l. el estado de ánimo

comienza también a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, sus reflejos le parecen más activos que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo. ⁽²²⁾

Tercera fase. Coincide con la segunda fase de intoxicación aguda (0.8-1.5 grs./l.) los reflejos se alteran todavía más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona comienza a discutir, pelear o tomar iniciativas impulsivas sin ningún control. ⁽²²⁾

Cuarta fase. Si la embriaguez progresa, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1.5-4 grs./l.), y como consecuencia, se produce una pérdida del equilibrio, se instaura una doble visión, y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente. ⁽²²⁾

Quinta fase. Caracterizada por una concentración alcohólica superior a 4 grs. de alcohol por litro sangre. Aquí, el sujeto entra en un estado de sueño profundo de tipo comatoso pudiendo llegar incluso al fallecimiento por depresión bulbar del Sistema Nervioso. ⁽²²⁾

5.3.7.3. Problemas sociales asociados al consumo de alcohol

5.3.7.3.1. Incidencia del consumo de alcohol sobre los accidentes

Los accidentes de tráfico ligados al consumo de alcohol suponen un riesgo de pérdida de vidas humanas. ⁽²⁶⁾

En el 2013 según el Reporte del Estado Global sobre la seguridad de las vías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ecuador alcanza 28 muertes por cada 100.000 habitantes, una tasa mayor a la media global, que es de 18. Sólo es superado por Venezuela, que presenta 37,2 fallecimientos por esa causa por cada 100.000 habitantes. ⁽²⁹⁾De acuerdo con la información de la Agencia Nacional de Tránsito (ANT), el 50,09% de los accidentes se produce por impericia o imprudencia del conductor, el 13,2% por irrespeto a las normas de tránsito, el 12,31% por exceso de velocidad, el 9,73% por embriaguez, el 7,69% por condiciones externas sin determinar y el 6,99% por imprudencia de otros involucrados. ⁽²⁵⁾

Hay que constatar que se calcula que con una tasa de 0.5 grs./l. el riesgo de accidente aumente al doble que con 0 grs./l. Sin embargo, al llegar a una tasa de 0.8 de alcoholemia, el riesgo se multiplica por 10, con 1.2 grs./l., aumenta hasta 35 veces y con 2 grs./l., el riesgo de sufrir un accidente es 80 veces superior al que se tendría de conducir sin haber ingerido alcohol. Conocidos los efectos del alcohol sobre la conducta, no será difícil encontrar una explicación a estos datos. El conductor que se encuentra bajo los efectos del alcohol se caracteriza por una serie de rasgos que pasamos a enumerar:

- Mayor impulsividad y asunción de riesgos.
- Descoordinación psicomotora y menor precisión de movimientos.
- Aumento del tiempo de reacción. A 90 Km./h., sin haber ingerido alcohol, se recorren 19 m. desde la detección del estímulo hasta la frenada; en las mismas condiciones y con un nivel de alcoholemia de sólo 0.8 grs./l., se recorren 30 m.
- Confusión perceptiva y disminución del campo perceptivo. El individuo bajo los efectos del alcohol comienza a perder la visión panorámica de 180° que posee normalmente cuando conduce, reduciéndose su visión hasta llegar a lo que se denomina visión de túnel en la que el individuo pierde hasta el 50% de su visión panorámica, con lo que no se percibe de los vehículos que se encuentran a los lados y que intentan adelantarlo.
- Disminución considerable de todas las funciones sensoriales.
- Depresión general e incremento de la fatiga.
- Interferencias en la visión binocular. Aparece una dificultad para apreciar la velocidad propia y la del coche que viene de frente, así como la distancia entre ambos. La acomodación del ojo a los cambios de luz es peor.

5.3.7.3.2. Desajustes familiares asociados a la dependencia alcohólica

La dependencia alcohólica de un miembro de la familia es un estresor que debilita la resistencia familiar en muchos aspectos y la hace insuficiente o

incluso perturbadora en alguna de sus funciones esenciales (Santo Domingo, 1990). A grandes rasgos, introduciremos algunas alteraciones específicas, características de las familias con algún progenitor alcohólico: ⁽²²⁾

- *Alteraciones de la dinámica familiar.* Las relaciones intrafamiliares se perturban, repercutiendo igualmente sobre las relaciones extrafamiliares.
- *Ruptura de la estructura familiar.* Aumenta la probabilidad de abandono familiar de menores, o de su ingreso en centros de tutela.
- *Degradación laboral.* La posible pérdida del puesto de trabajo o la disminución de la categoría laboral, afecta emocionalmente a toda la familia.
- *Alteración del presupuesto familiar.* Es la principal consecuencia material de la degradación laboral.
- *Pérdida de estatus.* Se producen variaciones en el hábitat en que se inició el problema, tendiendo hacia zonas más deprivadas socialmente.
- *Conducta agresiva.* Son frecuentes los casos de malos tratos y abusos sexuales con los hijos o el cónyuge, especialmente en el caso del alcoholismo masculino.
- *Degradación personal.* Toda la familia va perdiendo paulatinamente sus relaciones sociales extrafamiliares y sus fuentes de apoyo social.
- *Alteraciones psicológicas y psiquiátricas.* Aparecen en distintos miembros de la familia, como consecuencia de las anteriores alteraciones.

5.3.8. Consumo de alcohol en adolescentes

5.3.8.1. Datos Epidemiológicos

En la actualidad, según la OMS, el alcohol es el segundo factor de riesgo para la salud, después del tabaco ⁽²⁾. El consumo de alcohol por parte de los adolescentes constituye una amenaza para la salud pública, ya que genera consecuencias negativas a nivel biológico, físico, emocional y psicológico en quien lo consume. ⁽²⁾ Los problemas referentes a la salud pública, asociados al alcohol, han tomado proporciones alarmantes, hasta llegar al punto en que el consumo de esta sustancia se ha convertido en uno de los riesgos sanitarios

más sobresalientes en el mundo.⁽³⁾ El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año a nivel mundial. Unos 320 000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario.⁽⁴⁾

El consumo de bebidas alcohólicas forma parte de la cultura de los ecuatorianos: las celebraciones o las penas de la vida cotidiana son generalmente ocasiones para “pegarse” el trago en actos públicos o privados.

En el Ecuador según informes del CONSEP (Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas), el consumo de tabaco y alcohol, consideradas drogas lícitas prevalecen sobre el consumo de las drogas ilícitas, en el 2007 dicha institución presentó los siguientes resultados del estudio nacional realizado a hogares sobre el consumo de drogas: donde el alcohol es consumido por un 84% de los hombres, en tanto que las mujeres consumen dicha sustancia un 69,8%.⁽²³⁾

Un estudio en el 2006, realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), a través de la Dirección Sur con jurisdicción en Azuay, Cañar, Loja, Morona y Zamora, permite una aproximación al tema del consumo de alcohol en la región Sur donde el inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se produce en edad menor a los 15 años con 460 casos en Azuay, especialmente en varones. En la región la edad en la que se consume más alcohol va de los 20 a los 24 años: la edad que coincide con el ciclo de la juventud que asiste a los centros universitarios. De las cinco provincias estudiadas, Azuay ocupa el primer lugar en el consumo, con el 38% de 184.009 personas de todas las edades que declararon haber ingerido alcohol; le siguen las provincias amazónicas con el 28,4%; en tercer lugar Loja con el 23,2%.⁽²⁴⁾

En Loja, de 42.864 casos observados, el 88% pertenece al sexo masculino y el 12% a las mujeres. La edad de 20 a 24 años es la de mayor consumo en Loja, que se ubica en el primer lugar en este rango, con el 19,6%, seguida por Azuay con el 19%.⁽²⁴⁾

Las mujeres lojanas ocupan el primer lugar en cuanto a consumo en la edad de 20 a 24 años, entre las cinco provincias investigadas, con el 24,2%, el porcentaje más alto en cuanto al consumo de alcohol en la región. ⁽²⁴⁾

5.3.8.2. Perspectivas en el consumo de alcohol y percepción del riesgo

Es esperado que en la adolescencia se presente, con variada intensidad, una gama de problemas psicológicos y sociales, que para quien los tiene son difíciles de entender y sobre todo de manejar por la falta de madurez, experiencia, apoyo y en particular, una base sólida sobre el tema. ⁽²²⁾

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente”. ⁽²⁶⁾

Cuando un adolescente vive en un entorno familiar multiproblemático, debe recibir ayuda externa de corte profesional, y sería ideal que la familia participe activamente en un proceso de terapia familiar para entender y ayudar al adolescente. ⁽²²⁾

El adolescente debe convencer no solo a sus padres sino también a una parte de sí mismo de que no tiene necesidad de ellos, de que él mismo y sus padres son diferentes. Por lo tanto el adolescente que cree percibir que no es aceptado, valorado o amado por su familia, llega a sentirse con baja autoestima y autoconcepto, generando una proclividad gradual a diversos tipos de riesgo. ⁽²⁶⁾

Todo este contexto tiene un cierto impacto en el adolescente, quien viene atravesando un particular periodo de desarrollo para consolidar las bases de su salud mental y física y alcanzar la estabilidad del adulto. No hay que perder de vista que la adolescencia constituye la última oportunidad de la persona para establecer la estructura de su personalidad. ⁽²⁶⁾

El adolescente ensaya modos de vida alternativos que pueden sustituir aquellos que durante su infancia resultaban incuestionables. Normalmente los adolescentes presentan diversos grados de vulnerabilidad, frente al estrés, la frustración y la ansiedad, lo que ocasiona que se incremente la probabilidad o el riesgo de involucramiento y desarrollo de ciertos comportamientos adictivos, con y sin sustancias. ⁽²²⁾

En la cadena de factores de riesgo que pueden afectar al adolescente encontramos a los trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, trastornos de déficit de atención y trastornos de comportamiento como la agresividad y los rasgos antisociales. No son menos importantes algunos factores coadyuvantes como el bajo rendimiento, el fracaso y la deserción escolar; el embarazo temprano en las adolescentes, la presencia de disfunción familiar, trastornos psiquiátricos y antecedentes de adicciones en el entorno, principalmente en los progenitores. ⁽²⁶⁾

Sobre la conducta de consumo de alcohol, cuando se indaga directamente con adolescentes y jóvenes bebedores respecto a las razones del mantenimiento en el consumo, suelen esgrimir argumentos como la necesidad de ser aceptados por el entorno o por los pares; la imitación de los amigos y compañeros, la curiosidad, el sentimiento de invulnerabilidad, la disponibilidad o el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros factores. También, en no pocos casos, tienen como referente el entorno familiar, y dentro de él principalmente a sus padres. ⁽²²⁾

Hay estudios que confirman que muchos adolescentes y jóvenes tienen el ejemplo en casa, en sus padres, cuando beben alcohol, por tanto muchos de ellos solo buscan probar en una sola ocasión para experimentar qué se siente, aunque muchos se habituarán al consumo. ⁽²⁶⁾

Los adolescentes que están en lucha interna con sus sentimientos, que no logran canalizar y descargar adecuadamente y de forma constructiva sus inquietudes y emociones, suelen encontrar en los efectos del alcohol la mejor salida a su angustia o desesperación, dado que los libera artificialmente de esas tensiones; así, el joven aprende a evadir de la realidad. ⁽²⁶⁾

Una vez instalada la dependencia a determinada sustancia, el problema queda desplazado, el joven sufre dado que necesita la droga y esta calma el sufrimiento. Una de las consecuencias más severas de la dependencia a sustancias en adolescentes que comienzan el consumo precozmente es que la enfermedad adictiva, tal como se advirtió en las consecuencias neuropsicológicas del abuso de drogas, interfiere significativamente el proceso de elaboración mental necesario para superar esta fase de desarrollo. ⁽²⁶⁾

Otro factor que interviene tanto en el inicio como en la habituación del consumo es la familia misma. Los riesgos pueden ser la percepción y actitud de los padres respecto al alcohol y otras drogas y al consumo, la educación y las medidas disciplinarias inconsistentes con respecto al consumo de sustancias de los hijos, la vulnerabilidad genética, etc. Otro problema que enfrenta el adolescente es el estrés generado por sucesos familiares como la separación o el divorcio de los padres, la formación de parejas nuevas o el fallecimiento de uno de ellos, enfermedad, y otros. ⁽²⁶⁾

Finalmente, hay ciertas características de la personalidad y el comportamiento de los adolescentes que pueden servir de indicadores cuando están involucrados en el abuso o dependencia a sustancias, como son los factores ambientales que influyen en el desarrollo de la habituación, como el rendimiento y abandono de los estudios, apatía, déficit motivacional, alejamiento de la familia, actitud pro consumo, cambios en el carácter, pocas actividades extraescolares y la débil comunicación con los padres, porque los adolescentes consumidores son más proclives a experimentar altas tasas de ansiedad y depresión, frente a los que no consumen sustancias. ⁽²⁶⁾

5.4. CAPITULO IV. UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ

5.4.1. Ubicación

La Unidad Educativa Calasanz Loja, está ubicada en la parroquia de El Valle, perteneciente al cantón Loja, provincia de Loja. Es una zona muy rica en recursos humanos, agro-industriales y turísticos. ⁽²⁷⁾

5.4.2. Reseña Histórica

En el campo de la educación, se había logrado muy poco, hasta el año 1980, se comenzó a elaborar la primera documentación para solicitar la creación de un Colegio Particular, esta brillante idea se formó en el pensamiento del Presbítero: Vicente Ortega Ordóñez, titular de la parroquia eclesiástica “San Juan Bautista de El Valle” y siendo obispo de la Diócesis de Loja, Monseñor Alberto Zambrano Palacios, quien dio todo el respaldo necesario como pastor de la iglesia lojana. ⁽²⁷⁾

El 15 de septiembre de 1980, debidamente autorizados por el Ministro de Educación, Dr. Galo García Feraud, se empezaron a matricular los alumnos, que en número de 60 dieron forma a esta obra educativa creada con el nombre de COLEGIO PARTICULAR DE CICLO BÁSICO DE EL VALLE; se improvisó y adecuó un local escolar en el antiguo convento parroquial. El primer lunes de octubre de 1980 se inauguró el año lectivo, con 60 alumnos(as) y una planta docente de 5 profesores, como un equipo de pioneros de esta obra educativa. Durante el año lectivo 1982-1983 se preparó la documentación para solicitar la creación de los bachilleratos en Agroindustria de Alimentos y Electricidad, pretendiendo dar una respuesta educativa a la riqueza agropecuaria del sector y a la carencia de mano de obra calificada en la ciudad de Loja. En este año lectivo se laboró en el local del Complejo Ferial mientras se restauraba el antiguo Convento Parroquial, gracias a un aporte de Adveniat, institución de la iglesia católica alemana que respaldó esta obra. ⁽²⁷⁾

En octubre de 1983 se inauguró el ciclo diversificado con las dos especializaciones solicitadas y con el nombre de Colegio Técnico Particular “Jaime Roldós Aguilera”; y ya se había conseguido la donación de un terreno de 10.000 metros cuadrados para la construcción del local del colegio, ubicado en la ciudadela Nueva Granada. En el año lectivo 1983-1984 se preparó toda la documentación para gestionar la fiscomisionalización del colegio a fin de que sea sostenido por el estado; el Dr. Ernesto Albán Gómez, Ministro de Educación, firmó el convenio con el obispo de la diócesis, Mons. Alberto Zambrano Palacios, cuyo primer presupuesto se asignaría en el ejercicio económico del año 1985. ⁽²⁷⁾

En septiembre de 1985 asumió el rectorado del Colegio el Lic. Segundo Abel León Ojeda, profesional con vasta experiencia en administración educativa dentro de los establecimientos católicos, cambió la jornada vespertina del colegio a matutina, con la intención de crear una sección nocturna que permita atender a aquella juventud que, por razones de trabajo o de presencia imprescindible en el hogar, no podía acceder al colegio durante el día, la creación de la sección nocturna fue en septiembre de 1986. Es necesario resaltar que la primera planta docente de la sección nocturna trabajó todo el primer año lectivo ad-honoren, por cuanto no había financiamiento y éste sería conseguido en el siguiente año lectivo, a través de la partida de remuneraciones especiales. ⁽²⁷⁾

El 15 de abril de 1987, se dio un paso gigantesco, la transformación del Colegio Técnico Fiscomisional “Jaime Roldós Aguilera” en Instituto Normal, con el nombre de “Ciudad de Loja”, que ofrecería el bachillerato en Ciencias de la Educación. Para la formación cristiana se invitó a una religiosa de la Congregación de Hijas de Nuestra Señora de Nazaret, quienes hicieron una gran labor espiritual. El Dr. José Bolívar Castillo, Alcalde de Loja, concedió la permuta del terreno que fue donado al colegio, con el terreno actual sobre el que se levanta la institución. Inició la construcción de la infraestructura comenzando con 4 aulas prefabricadas y los edificios para aulas y administración. En agosto de 1991 se transformaron los Institutos Normales en

Institutos Pedagógicos y se dispuso una racionalización de los recursos humanos, con motivo de la supresión del bachillerato en Ciencias de la Educación. Esto trajo una profunda crisis porque se presentaron dos problemas: devolver las carpetas de los alumnos del bachillerato y poner a órdenes de la Dirección a los profesores sin título profesional en educación y con menos años de servicio. El primer problema produjo el reclamo de los padres de familia y obligó a crear el colegio vespertino “Augusto Abendaño Briceño”, posteriormente llamado “Santiago Fernández García”.⁽²⁷⁾

Siendo rector el Lic. Camilo Espinosa Pereira, octubre de 1992 se creó la Escuela de Aplicación con su Jardín de Infantes. Los padres de familia demostraron de inmediato su confianza porque ya conocían y valoraban esta opción educativa. Las maestras de la escuela trabajaron fuerte para darle forma y vida a esta obra que se iniciaba, preparando materiales y local, dejando todo listo para comenzar. En 1996, el Señor Obispo de la Diócesis de Loja, mediante un convenio celebrado con la Comunidad de Padres Escolapios, dispuso que estos sacerdotes asumieran la administración de dichas instituciones, para garantizar y mantener su identidad de institución católica. En septiembre de 1996 vino la Comunidad de Padres Escolapios, siendo recibida dentro de un marco de respeto, cordial bienvenida y mucha expectativa, siendo el primer rector el P. Gabino Vinuesa Sch.P.⁽²⁷⁾

El 17 de mayo de 1998 se firmó el convenio definitivo con la Diócesis, válido por cinco años, dicho convenio propone a la Comunidad Escolapia como la gestora de los ámbitos: administrativo, académico y pastoral; y que el rector sea o un padre escolapio o una persona propuesta por la comunidad religiosa. La elaboración del Proyecto Educativo Institucional Calasancio se inició con la definición del marco filosófico, que nace del pensamiento y doctrina propios de la Comunidad Escolapia, la que se origina en el siglo XVI, y cuya aplicación se encuentra vigente en estas instituciones educativas en el mundo entero y que debió ser definido y contextualizado en la ciudad de Loja–Ecuador; de esta forma dio a luz el primer Plan Estratégico Institucional.⁽²⁷⁾

Es aquí cuando empieza el sello definitivo que tendría la institución, para apoyar este proyecto educativo era necesaria una nueva infraestructura, la Comunidad Escolapia asumió el reto, eligiendo a un nuevo rector, el P. Ángel Campelo, experimentado sacerdote fundador y constructor de obras, que consiguió de manera providencial el apoyo económico de instituciones internacionales como Manos Unidas, la Arquidiócesis de Munich, el Institut Borrel, y las Obras Misionales Pontificias. Se inició la construcción de dos bloques de aulas que tendrían 5 pisos, 24 aulas y oficinas; las obras no han hecho que se olvide la calidad académica, pastoral, formación humana integral, formación permanente de los profesores; se logró conseguir el acuerdo ministerial para legalizar las cuatro instituciones (Instituto Pedagógico y su escuela, colegio Santiago Fernández García y el colegio Nocturno Jaime Roldós Aguilera) como Unidad Educativa Calasanz, con carácter Fiscomisional; el acuerdo es el N° 2799 y tiene como fecha el 19 de Octubre del año 2000.⁽³¹⁾ Se comenzó la construcción de la concha acústica, inaugurada el 17 de mayo del 2002, contando con la presencia del delegado del Ministro de Educación y Cultura Lic. Miguel Pérez, también la Capilla: María de Nazaret empezó a prestar servicio en septiembre del 2003; la cafetería y la sala de profesores el día 23 de octubre del 2004; la gruta de María y la recepción en el 2005; cancha de uso múltiple en el año 2006, ampliación de las baterías sanitarias y remodelación del graderío de la concha acústica con granillo pulido en el 2009; colocación de gradas de emergencia en los dos edificios principales en el año 2010.⁽²⁷⁾

Con el ánimo de potenciar el servicio educativo integral que se oferta, se creó una página web institucional, se implantó un Sistema de Gestión de Calidad, y se dio inicio al largo y trabajoso proceso para obtener la Certificación de Calidad del sistema de gestión, para ello se contrató a la empresa ICONTEC (Certificadora Internacional), después de realizar la auditoria externa para la obtener la Certificación ISO 9001-2000, el 18 de diciembre del 2007 se entregó el diploma original de certificación que en su texto dice: “Servicio educativo desde 8vo.año de Básica a 3ro.de Bachillerato en los Colegios “Santiago Fernández García” y “Jaime Roldós Aguilera” y Educación Básica en la Escuela

del Instituto Superior Pedagógico Ciudad de Loja y Servicio Educativo para Formación Docente en el Instituto Superior Pedagógico Ciudad de Loja”.⁽²⁷⁾

El día 21 de enero del 2008 en un acto especial el Ministerio de Educación, condecoró a la bandera de la Unidad Educativa Calasanz con una “Medalla al Mérito en Gestión Educativa” con el nombre del señor ministro de educación Raúl Vallejo Corral y del señor presidente de la República Rafael Correa, sumándose a este reconocimiento varias instituciones educativas de la ciudad de Loja y los gobiernos locales.⁽²⁷⁾

En enero del 2011, el P. Oswaldo Espinosa, toma las riendas de la obra educativa y con el mismo entusiasmo continua trabajando sin prisa, pero sin pausa, ejecutando cada vez nueva infraestructura, como salas de internet, mejora en las canchas, baterías higiénicas, oficinas para convivencia y consejería estudiantil, un oratorio; y el continuo mantenimiento de toda la infraestructura educativa; junto con lo más importante: la permanente Formación Humana y Cristiana al estilo de Calasanz, de todos las personas que laboran en la institución.⁽²⁷⁾

5.4.3. Misión

La Unidad Educativa Calasanz – Loja – es una institución católica, que siguiendo los lineamientos Calasancios, educa a niños, jóvenes y adultos, en piedad y letras, para procurar un feliz transcurso de su vida.⁽²⁷⁾

5.4.4. Visión

La Unidad Educativa Calasanz- Loja, será una institución educativa que promueva la excelencia académica, brindando una educación acorde con el avance científico, tecnológico y las exigencias de la sociedad.⁽²⁷⁾

Entregará a la sociedad personas felices, autónomas, críticas, reflexivas, propositivas y creativas, cuya vivencia demuestre coherencia con los valores humanos y cristianos, desde el carisma Calasancio. ⁽²⁷⁾

Su personal estará comprometido con la educación en la Piedad y las Letras con predisposición al cambio y a la actualización permanente, siendo modelos de vida y líderes en la gestión educativa. ⁽²⁷⁾

5.4.5. Sistema de gestión de Calidad de la Unidad Educativa Calasanz

El Sistema de Gestión de Calidad de la UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ responde a una necesidad que surge de los planteamientos que se hacen en la Visión, Misión y Proyecto Educativo Institucional; el Sistema de Gestión de Calidad, establece una Política y unos Objetivos de Calidad, que se evidencian en la ejecución de 13 Procesos distribuidos en niveles ESTRATÉGICOS, OPERATIVOS, de APOYO y de EVALUACIÓN, siendo su finalidad el desarrollo de una cultura de calidad y el mejoramiento continuo en cada una de las actividades que se realizan en la Institución. ⁽²⁷⁾

La Organización Internacional de Normalización o ISO se funda el 23 de febrero de 1947, es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones (públicas o privadas) a nivel internacional. ⁽²⁷⁾

La ISO es una red de los institutos de normas nacionales de 163 países, sobre la base de un miembro por país, con una Secretaría Central en Ginebra (Suiza) que coordina el sistema. ⁽²⁷⁾

Las normas desarrolladas por ISO son voluntarias, comprendiendo que ISO es un organismo no gubernamental y no depende de ningún otro organismo

internacional, por lo tanto, no tiene autoridad para imponer sus normas a ningún país. El contenido de los estándares está protegido por derechos de copyright y para acceder a ellos el público corriente debe comprar cada documento. ⁽²⁷⁾

El Sistema de Gestión de Calidad, de nuestro Proceso Educativo, está reglamentado por la Organización Internacional de Normalización o ISO, bajo la Norma 9001 : 2008 y Certificado por la certificadora colombiana ICONTEC, que es miembro de la red internacional IQnet, entidad que valida los certificados a nivel mundial. ⁽²⁷⁾

La Unidad Educativa Calasanz ofrece a la niñez y juventud un Servicio Educativo Integral según las enseñanzas de San José de Calasanz “Si se educa al niño desde la más tierna edad en la piedad y en las letras, se ha de esperar un feliz transcurso de toda su vida” ⁽²⁷⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

6. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo con la aplicación de diferentes métodos y técnicas los cuales se exponen a continuación con el fin de cumplir los objetivos propuestos.

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación fue de tipo Descriptiva debido a que se identificó la relación entre baja autoestima y consumo de alcohol; y transversal porque se realizó en un período determinado, todo esto mediante la utilización de encuestas que permitió la recolección de datos en la Unidad Educativa “Calasanz”

UNIVERSO

Los 1471 estudiantes matriculados durante el año lectivo 2013 - 2014 de la Unidad Educativa “Calasanz” sección matutina.

MUESTRA

Los 146 alumnos y alumnas primero a tercer año de bachillerato unificado de la Unidad Educativa “Calasanz” sección matutina que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo a tener en cuenta fue no probabilístico por conveniencia debido a que se usó varios criterios para decidir si la muestra es representativa, los mismos que se exponen a continuación:

Criterios de inclusión: Participaron en este estudio los alumnos que cumplieron con los siguientes criterios:

- Adolescentes entre las edades de 15 a 19 años que cursen el 1ero a 3ro de Bachillerato del colegio mencionado.
- Alumnos que se encuentren matriculados y asistiendo normalmente.
- Alumnos cuyos padres firmen el consentimiento informado, para ser motivo de estudio.

- Alumnos que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Exclusión: No participaron en este estudio

- Adolescentes que hayan sido diagnosticados de trastornos mentales como bipolaridad, depresión, etc. y que en la actualidad se encuentren en tratamiento.

Criterios de salida:

- Alumnos que llenaron de forma incorrecta la encuesta
- Alumnos cuyos padres no llenaron el consentimiento informado

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

- **Variable independiente:** Baja Autoestima
- **Variable dependiente:** Consumo excesivo de alcohol
- **Variables Intervinientes:** Edad y genero

TECNICA Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnica: La técnica utilizada para la recolección de datos en el presente trabajo de investigación fue el empleo del Test de Rosemberg para establecer el nivel de autoestima y el Test de Audit de consumo de alcohol, los mismos que son descritos a continuación

- **El Test de escala de Autoestima de Rosenberg**

Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. ⁽²⁸⁾

Cada una de los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (A= muy de acuerdo, B= de acuerdo, C= en desacuerdo, D= muy en desacuerdo), lo cual debe calificarse para las preguntas de 1 - 5, las respuestas A a D, se puntúan de 4 a 1; y en cuanto a las preguntas 6 – 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. Para su corrección deben

invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3,5,8,9,10) y posteriormente sumarse todos los ítems. ^(28, 29)

Los rangos para determinar el nivel de autoestima son: de 30 a 40 puntos: autoestima elevada, considerada como nivel de autoestima normal; de 26 a 29 puntos: autoestima media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima grave, sin embargo conveniente mejorarla, y menos de 25 puntos: autoestima baja, en este rango existen problemas de autoestima significativos. ⁽²⁸⁾

- **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test/ Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol)**

El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. ⁽³⁰⁾

Puede ser utilizado en formato entrevista o en formato encuesta es así que cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4, constituido por 10 preguntas, los rangos a determinar son Zona I: con un valor de 0 -7 denominado bajo riesgo o abstinencia; Zona II o consumo de riesgo con una puntuación 8-15; Zona III o consumo perjudicial con una puntuación de 16-19; y finalmente Zona IV con una puntuación de 20 - 40 consumo de dependencia. ⁽³⁰⁾

Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse. Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. ⁽³⁰⁾

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se

están experimentando daños relacionados con el alcohol. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»).⁽³⁰⁾

Procedimiento:

Para la realización del presente trabajo investigativo se llevó a cabo en distintos momentos citados a continuación:

Primer momento: Se solicitó el permiso a través de una solicitud emitida al Padre Oswaldo Espinosa, Rector de la Unidad Educativa Calasanz, para poder realizar la recolección de datos en los estudiantes de 1ero a 3ero de bachillerato sección matutina, donde se otorgó el permiso correspondiente por memorándum interno, asignándose los horarios para la aplicación de las respectivas encuestas.

Segundo momento: Se procedió a explicar a los estudiantes de cada paralelo de 1ero a 3ero de bachillerato el procedimiento que se iba a llevar a cabo, también por medio de un interrogatorio general se descartó a los adolescentes que supieron manifestar haber sido diagnosticados de trastornos mentales como bipolaridad, depresión, etc. y se encontraban en tratamiento.

Tercer momento: Se entregó un consentimiento informado a cada uno de los estudiantes (**Anexo 1**), el mismo que debía ser entregado a su representante para que autoricen con su rúbrica, que sus representados puedan ser motivo de estudio.

Cuarto momento: Se procedió a aplicar el Test de Rosenberg (**Anexo 2**), y el Test de Audit (**Anexo 3**), a todos los estudiantes de los distintos años y paralelos (A - D) con un lapso de aproximado de una hora por paralelo. (**Anexo 4**)

Quinto momento: Se dio una charla informativa a los alumnos de primer a tercero de bachillerato, sobre el consumo de alcohol en los adolescentes, como pedido del Rector de la Unidad Educativa, la misma tuvo una duración de 3

horas y se llevó a cabo en la sala de audiovisuales de la institución (**Anexo 5**). Además cumpliendo con el último objetivo propuesto en este estudio, se brindó una propuesta educativa encaminada a la concienciación del consumo de alcohol, la cual está conformada por: a) una conferencia dialogada sobre los factores de riesgo y consecuencias frente al consumo de alcohol en la adolescencia; y b) un taller para identificar los distintos factores de riesgo y protección frente al consumo de alcohol, así como reconocer las actividades positivas y negativas frente a la presión de su grupo de amigos, y buscar la manera correcta de manejar estas situaciones, dicha propuesta fue entregada en el Departamento de Orientación de la Unidad Educativa, para su posterior aplicación interna.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El análisis de los datos se realizó mediante tabulación manual de cada uno de los instrumentos que valoran las variables, teniendo en cuenta los objetivos planteados; se empleó tablas y gráficos realizados en la hoja de cálculo de Excel, así como la interpretación de los mismos y posteriormente este estudio investigativo fue comparado con investigaciones similares y de esta manera se estableció la discusión. Una vez obtenido todos estos datos, se procedió a la realización de las conclusiones y recomendaciones y finalmente se pudo entregar la propuesta educativa, que se encontraba orientada a la concienciación de los estudiantes sobre el consumo de alcohol.

Toda esta metodología me facultó para presentar una propuesta sustentada en datos reales y que fueron factibles de aplicar, de apoyo a mi investigación en el sentido de obtener datos y detalles reales.

RESULTADOS

7. RESULTADOS

Tabla.1. Distribución Poblacional por género de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio del 2014

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	78	53%
Mujeres	68	47%
Total	146	100%

Fuente: Lista de Estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz”

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: Los alumnos que participaron en este estudio fueron 146 estudiantes, de los cuales 78 de ellos eran hombres con un 53% y 68 mujeres equivalente al 47%.

Tabla.2. Distribución Poblacional por edad de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio del 2014

Edades	Frecuencia	Porcentaje
15 años	22	15%
16 años	39	27%
17 años	54	37%
18 años	29	20%
19 años	2	1%
TOTAL	146	100%

Fuente: Lista de Estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz”

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: De los 146 estudiantes la edad que se presenta con mayor frecuencia son los 17 años, con 54 personas, equivalente al 37%; seguido de la edad de 16 años con 39 representantes, lo que equivale al 27%; los adolescentes de 18 continúan con 29 personas lo que corresponde al 20%; un 15% lo ocupan 22 estudiantes de 15 años; y finalmente encontramos los estudiantes de 19 años con un representante equivalente al 1% de la población.

Tabla.3. Nivel de Autoestima según el Test de Rosenberg en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio del 2014.

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Autoestima Elevada	55	38%
Autoestima Media	22	15%
Autoestima Baja	69	47%
TOTAL	146	100%

Fuente: Test de escala de autoestima de Rosenberg

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: Mediante la aplicación del Test de Rosenberg se pudo establecer que 69 estudiantes presentaban Autoestima Baja lo que equivale a un 47%; seguido de un 38% que corresponde a 55 personas con Autoestima Elevada y finalmente un 15% de personas que corresponde a 22 personas presentaban Autoestima Media.

7.1. Objetivo 1. Identificar los casos de baja autoestima por edad y género

Tabla. 4. Baja autoestima según género en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio del 2014

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	37	53%
Mujeres	32	47%
Total	69	100%

Fuente: Test de escala de autoestima de Rosenberg

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: La Baja Autoestima se presentó con mayor frecuencia en el género masculino con 37 representantes lo que equivale al 53%; y un 47% del género femenino con 32 personas.

Tabla. 5. Baja autoestima según edad en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio 2014

Edades	Frecuencia	Porcentaje
15 años	15	22%
16 años	17	25%
17 años	25	36%
18 años	11	16%
19 años	1	1%
TOTAL	69	100%

Fuente: Test de escala de autoestima de Rosenberg

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: En cuanto a los adolescentes con baja autoestima, la edad con mayor frecuencia, fueron los 17 años con 25 personas, correspondiente al 36%; seguida de las personas de 16 años con 17 personas, lo que equivale al 25%; las personas de 15 años continúan en frecuencia con un número de 15 adolescentes, lo que corresponde al 22%; las personas de 18 años continúan con un 16% con 11 representantes; y finalmente los adolescentes de 19 años con 1 representante lo que corresponde al 1% de la población.

Tabla. 6. Consumo de alcohol en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio 2014

Consumo de Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Consumo	86	59%
No consumo	60	41%
Total	146	100%

Fuente: Test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: De los 146 alumnos: 86 alumnos consumen alcohol, lo que corresponde a un 59%; y un 41% de los alumnos no consumen alcohol con 60 representantes

7.2. Objetivo 2. Conocer el número de adolescentes que consumen alcohol en relación con edad y género

Tabla. 7. Consumo de alcohol por género en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio 2014

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	52	60%
Mujeres	34	40%
Total	86	100%

Fuente: Test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: En cuanto al consumo de alcohol por género, existe mayor frecuencia de consumo en los hombres con 52 representantes lo que equivale al 60%; en comparación con el consumo de 34 mujeres lo que corresponde al 40%.

Tabla. 8. Consumo de alcohol por edad en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio 2014

Edades	Frecuencia	Porcentaje
15 años	8	9%
16 años	27	32%
17 años	32	37%
18 años	17	20%
19 años	2	2%
TOTAL	86	100%

Fuente: Test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: Con respecto a la edad de consumo de alcohol, existe mayor frecuencia de consumo en la edad de 17 años con 32 personas, lo que corresponde al 37%; seguido de la edad de 16 años con 27 personas, equivalente al 32%; continúan un 20% en las personas de 18 años, con 17 representantes; 8 personas de 15 años correspondiente al 9%; y finalmente 2 personas de 19 años con un 2%.

7.3. **Objetivo 3. Relacionar baja autoestima y consumo de alcohol**

Tabla. 9. Consumo de alcohol en los estudiantes con baja autoestima de la Unidad Educativa “Calasanz” durante el periodo enero a julio 2014

	CONSUMO DE ALCOHOL	Frecuencia	Porcentaje
BAJA AUTOESTIMA	Consumo	50	72%
	No consumo	19	28%
	TOTAL	69	100%

Fuente: Test de escala de autoestima de Rosenberg/Test de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT)

Elaborado por: Viviana Estefanía Iñiguez Luzuriaga

Interpretación: Se pudo apreciar en cuanto a la relación entre la baja autoestima y consumo de alcohol, que de los 69 adolescentes que presentaron Baja Autoestima, un 72% consumen alcohol con 50 representantes y un 28% no consumen alcohol con 19 personas.

7.4. Objetivo 4. Propuesta educativa encaminada a la concienciación del consumo de alcohol.

La presente propuesta busca constituir una herramienta de orientación, en los adolescentes para la prevención del consumo de alcohol y la toma de decisiones adecuadas frente a situaciones de riesgo.

Objetivos:

1. Informar los factores de riesgo y consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia.
2. Identificar los distintos factores de riesgo y protección frente al consumo de alcohol.
3. Reconocer las actividades positivas y negativas frente a la presión de su grupo de iguales, y buscar la manera correcta de manejar estas situaciones.

Metodología

Para la ejecución de la propuesta planteada se ha planificado realizar varias actividades con una duración de tres días, distribuidos de la siguiente manera:

Propuesta educativa encamina a la concienciación del consumo de alcohol					
Objetivos	Actividad	Metodología	Apoyos	Responsable	Tiempo
Informar los factores de riesgo y consecuencias del consumo de alcohol en la adolescencia.	Charla	Conferencia Dialogada	Equipo Audiovisual	Señorita Viviana Iñiguez	2 horas
Identificar los distintos factores de riesgo y protección	Taller de identificación de factores de riesgo y protección frente al	Trabajo Grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Marcadores • Papelógrafos 	<ul style="list-style-type: none"> • Señorita Viviana Iñiguez • Maestro • Orientadora 	4 horas

frente al consumo de alcohol	consumo de alcohol				
Reconocer las actividades positivas y negativas frente a la presión de su grupo de amigos, y buscar la manera correcta de manejar estas situaciones.	Taller de reconocimiento de actitudes positivas y negativas frente a la presión del grupo de amigos	Sociodrama	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Estudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Señorita Viviana Iñiguez • Maestro • Orientadora 	4 horas

1) CONFERENCIA DIALOGADA

La misma que tuvo varios puntos importantes, que se describen a continuación:

FACTORES DE RIESGO PARA LA INGESTA DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Macrosociales ⁽¹⁸⁾

- ✓ *Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.* Por su carácter de droga legal se convierte en un producto de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores. ⁽¹⁸⁾
- ✓ *Aprobación social de las drogas legales.* Es una droga aceptada socialmente. ⁽¹⁸⁾
- ✓ *Publicidad* Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc. ⁽¹⁸⁾
- ✓ *Asociación con el ocio.* El consumo juvenil de alcohol se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares y la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias.

Microsociales ⁽¹⁸⁾

- ✓ *Estilos educativos inadecuados.* El exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente. ⁽¹⁸⁾
- ✓ *Falta de comunicación y clima familiar conflictivo.* La incomunicación y el ambiente familiar enrarecido contribuyen a generar y mantener los déficits y carencias personales, que el adolescente puede intentar compensar recurriendo al alcohol.
- ✓ *Consumo familiar de alcohol.*
- ✓ *Influencia del grupo de amigos.*

Personales ⁽¹⁸⁾

- ✓ *Desinformación y prejuicios.* La información errónea sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, alienta la curiosidad o impide valorar acertadamente los riesgos del consumo de sustancias. ⁽¹⁸⁾
- ✓ *Actitudes favorables hacia el alcohol y drogas.* ⁽¹⁸⁾
- ✓ *Déficits y problemas del adolescente.* Los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo debido a que el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. ⁽¹⁸⁾

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Fases de intoxicación alcohólica

- ✓ **Primera Fase:** Aparece estado de bienestar y calor en el rostro (rubor)⁽²²⁾
- ✓ **Segunda Fase:** Se experimenta euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos como andar, la persona se siente fuerte y segura de sí misma, disminuye la coordinación mano-ojo. ⁽²²⁾

- ✓ **Tercera Fase:** Los reflejos se alteran más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona comienza a discutir, pelear o tomar iniciativas impulsivas sin ningún control. ⁽²²⁾
- ✓ **Cuarta Fase:** Se produce una pérdida del equilibrio, doble visión, y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente. ⁽²²⁾
- ✓ **Quinta fase:** El sujeto entra en un estado de sueño profundo de tipo comatoso pudiendo llegar incluso al fallecimiento por depresión bulbar del Sistema Nervioso. ⁽²²⁾

Alteraciones en el comportamiento de los adolescentes

El alcohol genera cambios en la capacidad de pensar, de juicio y de razonamiento, los cuales se ven reflejados en la toma de decisiones, la confrontación de situaciones críticas cotidianas y la calidad de reflexiones frente a conflictos interpersonales, por lo tanto predispone a tomar conductas como las siguientes: ⁽²²⁾

- ✓ Conductas inapropiadas, como mantener relaciones sexuales sin protección lo cual puede provocar embarazos no deseados o contraer enfermedades de transmisión sexual. ⁽²²⁾
- ✓ Violencia.
- ✓ Accidentes de tránsito.
- ✓ Alteraciones de la dinámica familiar.

Alteraciones a nivel de sistemas por consumo crónico. ⁽²²⁾

- ✓ Cetoacidosis alcohólica;
- ✓ Pancreatitis;
- ✓ Reflujo, esofagitis, gastritis
- ✓ Anemia megaloblástica y ferropénica;
- ✓ Hipertensión arterial;
- ✓ Alteraciones del ritmo cardíaco;
- ✓ Neumonía o asfixia; y

- ✓ Degeneración cerebral alcohólica.

2) TALLER EDUCATIVO

a. Identificación de factores de riesgo para la ingesta de alcohol y factores de protección en frente al consumo de alcohol en adolescentes

Procedimiento

1. Establecer 2 grupos de trabajo
2. Se colocara en el pizarrón dos listas de palabras
3. Cada uno de los grupos copiará una lista de palabras que aparecen en el pizarrón (uno copiará la “A” y otro grupo, la “B”).⁽³¹⁾
4. Luego cada uno deberá establecer las características en su lista que se relacionan con riesgo de consumo de alcohol y con protección frente al consumo de alcohol.⁽³¹⁾
5. Uno a uno los grupos participarán, si les fue fácil relacionar las características con la adolescencia, los factores de riesgo y protección.
6. Finalmente se les pedirá a los participantes que agreguen otras características que ellos consideren importantes y que no se encontraban dentro de las listas.⁽³¹⁾

Lista de palabras “A”

Afecto, comprensión, presión, humor, atracción, espiritualidad, metas, agresión, líderes, modelos, creatividad, autoestima, cambios, incompreensión, conflicto, normas, respeto, drogas, insatisfacción, experiencia, música, libertad, familia, invencible, futuro, violencia, pasión, problemas, amigos.⁽³¹⁾

Lista de palabras “B”

Amor, confianza, comunicación, canciones, inseguridad, independencia, impulsividad, compartir, miedo, sensaciones fuertes, rebeldía, participación, alcohol, música, alegría, mentiras, deporte, fiestas, sexualidad, sueños, estudios, amigos, padres, grupo, discotecas, tiempo libre.⁽³¹⁾

Resultados

Los adolescentes reconocen los factores de riesgo y protección que se encuentran en su medio y reflexionan acerca del consumo de alcohol.

b. Presión de grupo frente al consumo de alcohol

Procedimiento

1. Se formaran grupos a los que se les asignara distintas situaciones las cuales deberán dramatizar:
 - ✓ Una joven es invitada por tres amigas, tres amigos y su novio para escaparse de clase diciéndole “lo bien que lo va a pasar”. ⁽³¹⁾
 - ✓ Un grupo de amigos y amigas te invitan a consumir alcohol, contándote sobre las “bondades” del alcohol. ⁽³¹⁾
 - ✓ Dos amigos(as) te invitan a una fiesta, tus padres te niegan el permiso. Tus amigos(as) te incitan a mentir (Diles que vamos a estudiar para un examen, para que puedas ir)
2. Luego de haber finalizado con las dramatizaciones, se invita al grupo a identificar las maneras para resistir a la presión y las respuestas deben ser escritas en la pizarra. ⁽³¹⁾
3. Posteriormente se sugerirá a los participantes que les relaten a sus padres sobre la actividad de la presión de grupo trabajada y se realice la siguiente entrevista a sus padres: ⁽³¹⁾
 - ✓ ¿Cómo te sentías cuando eras presionado por tus amigos(as) cuando tenías mi edad para hacer algo que sabías que estaba mal? ⁽³¹⁾
 - ✓ ¿Cuéntame qué hiciste? ⁽³¹⁾
 - ✓ Dime algunas maneras que conozcas para enfrentar la presión de un grupo. ⁽³¹⁾
 - ✓ Dame un ejemplo de alguna ocasión en que te hayas sentido presionado por tus amigos(as) para hacer algo positivo. ⁽³¹⁾

Resultados

- El grupo enfrenta con decisión y de forma asertiva la presión por su grupo de iguales.
- Los participantes logran tomar decisiones apropiadas para el adecuado desarrollo de sus vidas, identificando aspectos positivos y negativos y escogiendo el bienestar, defender sus ideales y sustentar ideas. ⁽³¹⁾

DISCUSIÓN

8. DISCUSIÓN

El momento de la vida en donde existe mayor riesgo de consumo de alcohol es la adolescencia; la cual constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano, debido a su desarrollo psicosocial y mental, precisamente en las áreas que se asocian con la toma de decisiones, la memoria y el aprendizaje por lo que pueden desarrollar conductas y hábitos nocivos para su salud, entre los que destacan el consumo de alcohol. Dando la importancia adecuada, la presente investigación arrojó los siguientes resultados:

En relación al primer objetivo: *Identificar los casos de baja autoestima por edad y por género*. El nivel de autoestima que se presentó con mayor frecuencia en los alumnos, fue la autoestima baja con un 47% de la población que corresponde a 69 alumnos con mayor predominio en el género masculino con un 53% y el grupo etario más afectado fue los 17 años (36%), en similitud con un estudio realizado en Barcelona en el año 2006 en un grupo de estudiantes de edades similares donde indica que, a medida que transcurren los años, la autoestima adolescente experimenta un incremento, este incremento es significativo para las chicas a diferencia de sus compañeros. ⁽³²⁾ En otro estudio realizado en Santiago de Chile en el 2011 en adolescentes de 14 a 19 años se encontró que son los varones quienes ostentan menor autoestima, esta diferencia entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa: El 53% de los hombres presentan autoestima baja, y el 35% de las mujeres está en esta situación, lo que se pone en concordancia, con los datos de nuestro estudio ⁽³³⁾ Según un estudio en 292 adolescentes de 10 a 19 años Pereira- Colombia en el 2012, se observó que el 47.9 % de los jóvenes de bachillerato del colegio en estudio, presentaban una baja autoestima. ⁽³⁴⁾ Los niños de 14 y menos años tienden a tener una más alta autoestima, mientras que los niños de 14 y más años tienden a tener una más baja autoestima; se observó que la alta autoestima tiende a disminuir después de los 14 años. ⁽³⁴⁾

En cuanto al segundo objetivo: *Conocer el número de adolescentes que consumen alcohol en relación con la edad y género*. En el presente estudio, los adolescentes que consumen alcohol fueron 86 con un 59%, en donde se puede apreciar que el género masculino tiene mayor afinidad por esta actividad con

un 60% representado por 52 adolescentes; con un 37% los 17 años, es la edad en que mayor porcentaje de consumo existe, comparándolo con un estudio elaborado por Contreras, Luna y Arrieta (2008) en 46 adolescentes mexicanos con adolescentes de 12 a 18 años, la edad de mayor consumo fueron los 15; predominando el sexo femenino con el 52.2%⁽³⁵⁾, lo que expresa gran diferencia entre ambos estudios. Otro estudio llevado a cabo por Peralta, Oliva & Esparza a 446 estudiantes de Hermosilo Sonora (México) en el 2009 de bachillerato entre las edades comprendidas de 15 a 19 años, sobre el consumo de alcohol: el grupo de 17 años de edad presentan mayor consumo 35.7% en comparación con los otros grupos y los hombres presentaron consumo más alto que las mujeres;⁽³⁶⁾ pudiéndose establecer similitud entre investigaciones.

Finalmente enfocados al tercer objetivo: *Relacionar la baja autoestima y el consumo de alcohol* se pudo establecer que de los alumnos 69 alumnos con baja autoestima, lo que corresponde al 47% de la población, el 72% es decir 50 de ellos consumen alcohol con mayor predominio en el género masculino con un 56% lo que corresponde a 28 hombres; y la edad de consumo más frecuente es la edad de 17 años (36%). Contreras, Luna y Arrieta (2008) en el estudio antes mencionado, arrojo que el 65.2% de los adolescentes presentan bajo nivel de autoestima y consumían alcohol, con mayor predominio de consumo en el género femenino y a la edad promedio de 15.2 años, ⁽³⁵⁾ en comparación con nuestro estudio, lo cual nos permite establecer la diferencia con nuestro estudio

Peralta, Oliva & Esparza (2009) en el estudio realizado en estudiantes de Hermosilo Sonora observaron los niveles de autoestima se presentan más bajas en los consumidores de alcohol, la edad donde existía mayor consumo era los 16 años con un 32.2 % y los hombres presentaron consumo más alto de alcohol que las mujeres ⁽³⁶⁾ y comparándola con nuestra investigación se puede establecer la diferenciación de ambas.

CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

Finalizado el siguiente trabajo se puede establecer las siguientes conclusiones:

1. La baja autoestima se presentó con mayor frecuencia en los alumnos de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” sección matutina, con mayor predominio en el género masculino; y el grupo etario fue los 17 años.
2. El número de casos de adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz” que consumen alcohol fue 59% de la población en estudio, en donde el género masculino tiene mayor tendencia con un 60% y la edad representativa que ejerce este hábito no saludable son los adolescentes de 17 años.
3. La baja autoestima tiene relación con el consumo de alcohol en los adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Calasanz sección matutina, debido a que de los alumnos con baja autoestima, un gran porcentaje representado por el 72% de ellos consumen alcohol.

RECOMENDACIONES

10. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se pueden establecer son las siguientes:

1. Hacer seguimiento por parte del Departamento de Orientación de la institución a los estudiantes con características de baja autoestima.
2. Organizar talleres donde se impartan conocimientos a los padres de familia acerca de cómo mejorar la comunicación con sus hijos, para brindar el apoyo respectivo durante los cambios que se producen en la adolescencia y así mismo fomentar buenas prácticas para estimular su autonomía e independencia.
3. Fomentar en la institución educativa, actividades de promoción de la salud y prevención sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias.
4. Realizar otras investigaciones en grupos similares para detectar precozmente el consumo de alcohol en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

11. BIBLIOGRAFÍA

1. NARANJO, C; Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. [en línea] Publicado: 2012; [Citado: 15 de agosto del 2014]; Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-anlisis-ES.pdf>
2. OMS. Alcohol [en línea] Publicado: Febrero de 2011 [Citado: 15 de agosto del 2014]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
3. Centro de Noticias ONU. Los europeos son los mayores bebedores de alcohol del mundo, señala OMS. [en línea] Publicado: 14 de septiembre de 2011. [Citado: 15 de agosto de 2014]; Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=21756#.UaDrSbWnrXp>
4. CICUA, D. Méndez, M. Muñoz, L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Pontificia Universidad Javeriana- Bogotá (Colombia) [en línea] Publicado: 26/08/08 [Citado: 15 de agosto del 2014]; Disponible en: http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS11-7.pdf
5. MARTINEZ, J; La adolescencia: una etapa en la historia natural del hombre; [en línea] Publicado: octubre 2005 [Citado: 15 de agosto del 2014]; Disponible en: <http://www.uv.es/ayala/jvmc/jvcap25.pdf>
6. OPS, Oficina Regional. División de Promoción y Protección en Salud. Programa de salud de la familia, población y salud del adolescente. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. [en línea] Publicado: 2005 [Citado: 20 de julio del 2014]; Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf>
7. IGLESIAS, J.L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales [en línea]. Publicado: 2013 [Citado: 15 de agosto de 2014]; Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>

8. MUÑOZ, M. Pubertad normal y sus variantes. [en línea]. Publicado: 2013 [Citado: 15 de agosto de 2014]; Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/pubertad_normal_variantes\(1\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/pubertad_normal_variantes(1).pdf)
9. MSP. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. Crecimiento y Desarrollo. [en línea]. Publicado: 2009 [Citado: 15 de agosto de 2014]; Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf
10. Rodríguez, G. Adolescentes. Guía para Padres y Madres. [en línea]. Publicado: 2009 [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en: <http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>
11. BISQUERRA, R. La autonomía emocional: status quaestionis de una controversia. [en línea]. Publicado: 2005 [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en: http://www.jornadeseducacioemocional.com/wp-content/uploads/mat_anterior/iii_jornades/comunicacions/la_autonomia_personal.pdf
12. UNICEF. Adolescencia una etapa fundamental. [en línea]. Publicado: 2002 [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf
13. MENDIZÁBAL, J. La familia y el adolescente. [en línea]. Publicado: septiembre del 2005. [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-1999/hg993g.pdf>
14. MONTAÑEZ, M. Influencia del contexto familiar en las Conductas adolescentes. [en línea]. Publicado: 2008. [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_20.pdf
15. HIDALGO C, ABARCA N. Amistad y Grupo de pares. [en línea]. Publicado: Santiago, Chile 2010. [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/uv00002/docs_curso/adolescente/imagenes/amistad.pdf
16. MUÑOZ, F. Los jóvenes y los medios de comunicación. [en línea]. Publicado: 2008. [Citado: 20 de agosto de 2014]; Disponible en:

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/linares_m_ma/capitulo3.pdf

17. ESPADA, J. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. [en línea]. Publicado: enero-abril, 2008. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
18. PINEDA, A. Autoestima y valores en la calidad y la excelencia. [en línea]. Publicado: 2005. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n1/pdf/a04v1n1.pdf
19. BARRIETOS, N. “Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados. Hogar de Menores: Fundación Niño y Patria. Valdivia, II semestre 2002”. [en línea]. Publicado: 2003. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmu.42n/doc/fmu.42n.pdf>
20. RODRÍGUEZ, C. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. [en línea]. Publicado: 2012. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-anlisis-ES.pdf>
21. Fundación Alcohol y Sociedad. Adolescencia y Alcohol. Guía para el profesorado. . [en línea]. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.alcoholysociedad.org/ofertaeducativa/descargas/programa/GuiaProfesoresCastellanoOK.pdf>
22. PONS, J. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. [en línea]. Publicado: 20 de junio del 2005 Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>
23. CONSEP: Informe del estudio Nacional a Hogares sobre consumo de drogas. [en línea]. Publicado: 2007. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: http://www.consep.gob.ec/descargas/publicaciones_ond/investigaciones-ond/2007-3ra-encuesta-poblacion-general.pdf

24. CAMPOVERDE, D. La cultura alcohólica en la región sur del Ecuador. [en línea]. Publicado: 2006. [Citado: 26 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.revistavance.com/cultura-alcoholica.pdf>
25. DIARIO LA HORA. Ecuador es el segundo país en muertes por accidentes de tránsito. [en línea]. Publicado: Miércoles, 19 de junio de 2013. [Citado: 20 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101523310/-1/Ecuador,_segundo_pa%C3%ADs_en_muertes_por_accidentes.html#.VGNk7_mG8gR
26. ONU. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. [en línea]. Publicado: 2013. [Citado: 20 de octubre del 2014]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
27. CALASANZ Blog. [en línea]. Publicado: 06 de noviembre del 2014. [Citado: 20 de octubre]. Disponible en: <http://www.calasanzloja.edu.ec/noticias/>
28. VÁZQUEZ, J. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española [en línea]. Publicado: 2006. [Citado: 20 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol22_2_6.pdf
29. FERNANDEZ, A. Propiedades Psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en universitarios chilenos. [en línea]. Publicado: 2006. [Citado: 20 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.aacademica.com/000-039/54.pdf>
30. BABOR, T. OMS. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. [en línea]. Publicado: octubre en el 2007 [Citado: 20 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
31. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Manual para la implementación de la propuesta de sensibilización frente a la ingesta de alcohol, “gozar sanamente”, para adolescentes en Proceso

Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) y los atendidos en clubes prejuveniles y juveniles. Alcohol y consecuencias. Primera edición. Colombia. IMPRESOL. 2008. pp 61-63, 93-94

32. PARRA, A. Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. [en línea]. Publicado: 2006. [Citado: 20 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61794/96259>
33. MUÑOZ, L. Autoestima, factor clave en el éxito escolar: Relación entre autoestima y variables personales vinculadas a la escuela en estudiantes de nivel socio-económico bajo. Santiago de Chile. Trabajo de Grado Magister en Psicología. Universidad de Chile. [en línea]. Publicado: diciembre del 2011. [Citado: 20 de noviembre de 2014 del 2014]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-munoz2_l/pdfAmont/cs-munoz2_l.pdf
34. MONTES, T. Nivel de autoestima de adolescentes escolarizados en zona rural de Pereira, Colombia. [en línea]. Publicado: 2012. [Citado: 20 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a03.pdf>
35. CONTRERAS, I. et al. Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. [en línea]. Publicado: diciembre 2008. [Citado: 20 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un086c.pdf>
36. PERALTA, S, et al. Autoestima y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de bachillerato. Epistemus. Universidad de Sonora. [en línea]. Publicado: Junio del 2009. [Citado: 20 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.epistemus.uson.mx/revista.php?id=6>

ANEXOS

12. ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
Carrera de Medicina Humana

Señor Padre de Familia, como estudiante de la Universidad Nacional de Loja, que cursa actualmente el último año de la Carrera de Medicina Humana me dirijo a usted muy comedidamente para pedir la debida autorización para realizar a su hijo/a encuestas que permitirán establecer si existe relación entre la baja autoestima y el consumo de alcohol, estudio que llevo a cabo como tema de tesis

Nombre del estudiante:

Autorizo:

Si _____

No _____

Firma del Representante Legal

CI.

Anexo 2. TEST DE ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Medicina Humana

INVENTARIOS SOBRE BAJA AUTOESTIMA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Los siguientes inventarios tienen como propósito realizar un acercamiento a su situación psicoemocional y relacionarlo con el consumo de alcohol en el grupo de adolescentes, debido a que es un asunto de vital importancia por alto índice de baja autoestima y tendencia a refugiarse en el alcohol. Los datos serán manejados con absoluta confidencialidad, y servirán únicamente para establecer la prevalencia de la patología a nivel de los estudiantes encuestados. La información está a tu disposición si así lo requieres.

Nombre:.....

Institución:.....

Edad:..... Género: M () F () Curso y Paralelo:.....

Fecha:.....

DESEO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTA ENCUESTA

Si () No ()

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada. Marque con una X la respuesta con la que sienta identificado

- A. MUY DE ACUERDO**
- B. DE ACUERDO**
- C. EN DESACUERDO**
- D. MUY EN DESACUERDO**

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna, al menos en igual media que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general, estoy satisfecho/a de mi mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por sí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

ANEXO 3. TEST AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test/ Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol)

TEST DE AUDIT

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

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 | () |

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 | () |
| (4) 10 o más | () |

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 ()

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 ()

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 ()

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 ()

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 ()

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 ()

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 ()

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 4. Aplicación de encuestas en los estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz”

(Fotografía Nro. 1). Alumnos de Segundo de Bachillerato



(Fotografía Nro. 2). Alumnos de Tercero de Bachillerato

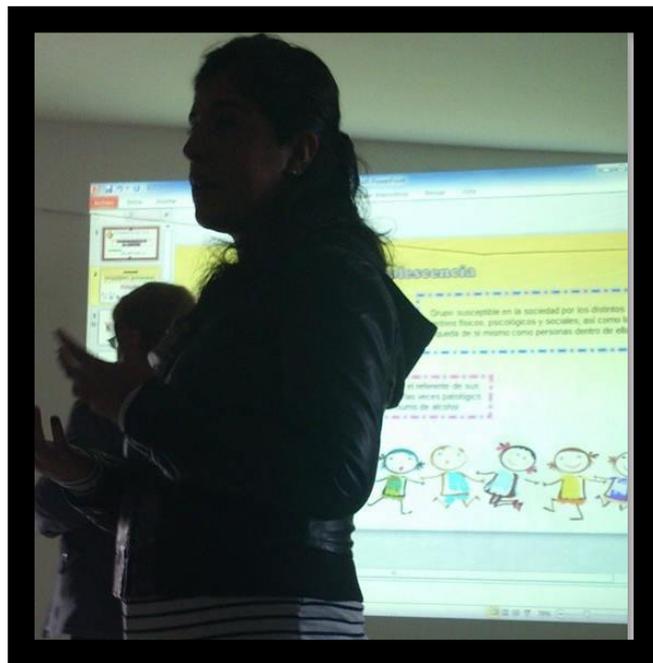


ANEXO 5. Charla Informativa sobre consumo de alcohol en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa “Calasanz”

(Fotografía Nro. 3). Alumnos de Tercero de Bachillerato en la charla sobre el consumo de alcohol en los adolescentes.



(Fotografía Nro. 4). Explicación sobre consecuencias sobre el consumo de alcohol en adolescentes a los estudiantes de la Unidad Educativa “Calasanz”



ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TÍTULO	7
2. RESUMEN	9
3. SUMMARY	11
4. INTRODUCCIÓN	13
5. REVISIÓN DE LITERATURA.....	16
5.1. CAPITULO I. ADOLESCENCIA.....	16
5.1.1. Cambios en la Adolescencia	16
5.1.1.1. Cambios físicos	16
5.1.1.2. Cambios mentales.....	21
5.1.1.3. Cambios psicosociales.....	22
5.1.2. Autonomía, independencia y libertad	24
5.1.3. Confianza en sí mismo	26
5.1.4. La Familia y los valores.....	27
5.1.5. Los amigos y las influencias	28
5.1.6. Los medios de comunicación	31
5.1.7. Alcohol y drogas	31
5.2. CAPÍTULO II. AUTOESTIMA.....	35
5.2.1. Componentes de la autoestima	35
5.2.2. Procedencia de la autoestima	36
5.2.3. Tipos de Autoestima	36
5.2.4. Niveles de Autoestima según Rosenberg.....	37

5.2.5.	Autoestima y la adolescencia.....	38
5.2.6.	Formas de mejorar la autoestima.....	41
5.3.	CAPITULO III. CONSUMO DE ALCOHOL.....	43
5.3.1.	Historia del consumo de alcohol.....	43
5.3.2.	Las bebidas alcohólicas. Tipología	44
5.3.3.	Acción del consumo alcohol etílico en el ser humano.....	46
5.3.3.1.	Metabolismo del alcohol.....	46
5.3.3.2.	La Alcoholemia.....	48
5.3.4.	Consumo, abuso y dependencia del alcohol	48
5.3.5.	Tolerancia y dependencia del alcohol.....	50
5.3.6.	Test de identificación de los Trastornos debidos al consumo de alcohol/Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	52
5.3.7.	Problemas de Salud relacionados con el consumo de alcohol	54
5.3.7.1.	Problemas de Salud física asociados al consumo de alcohol.....	55
5.3.7.2.	Problemas conductuales asociados al consumo de alcohol.....	57
5.3.7.3.	Problemas sociales asociados al consumo de alcohol.....	58
5.3.7.3.1.	Incidencia del consumo de alcohol sobre los accidentes.....	58
5.3.7.3.2.	Desajustes familiares asociados a la dependencia alcohólica.....	59
5.3.8.	Consumo de alcohol en adolescentes.....	60
5.3.8.1.	Datos Epidemiológicos.....	60
5.3.8.2.	Perspectivas en el consumo de alcohol y percepción del riesgo.....	62
5.4.	CAPITULO IV. UNIDAD EDUCATIVA CALASANZ.....	65

5.4.1. Ubicación	65
5.4.2. Reseña Histórica.....	65
5.4.3. Misión.....	69
5.4.4. Visión	69
5.4.5. Sistema de gestión de Calidad de la Unidad Educativa Calasanz.....	70
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	73
7. RESULTADOS	79
7.1. Objetivo 1. Identificar los casos de baja autoestima por edad y género.....	81
7.2. Objetivo 2. Conocer el número de adolescentes que consumen alcohol en relación con edad y género.....	82
7.3. Objetivo 3. Relacionar baja autoestima y consumo de alcohol....	84
7.4. Objetivo 4. Propuesta educativa encaminada a la concientización del consumo de alcohol.....	85
8. DISCUSIÓN	93
9. CONCLUSIONES	96
10. RECOMENDACIONES	98
11. BIBLIOGRAFÍA.....	100
12. ANEXOS.....	106