



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO

**AUTOESTIMA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES
DEL DISTRITO DE SANTIAGO-ICA, 2016**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR:

FLORES MEDINA, YOSELIN EUGENIA

ICA-PERÚ

2017

Dedicatoria

A mis padres Felix y Martha, que siempre me han apoyado, por el gran amor que me brindan y por el sacrificio que hicieron durante toda mi formación profesional.

A mi tía Camincha que se encuentra en un descanso eterno, por sus consejos y recomendaciones que me brindo.

A todos los profesores y personas que me han enseñado valores sobre cómo vivir la vida, porque en muchos aspectos soy un reflejo de ellos

Agradecimiento

A Dios porque sin él nada es posible. Y a mis padres y a mis hermanos, por apoyarme siempre, y por haber sido mi fuente de motivación.

Al Lic. Adin Checcllo y a todos los Docentes de la Escuela Profesional de Psicología Humana, por haber compartido sus enseñanzas en mi carrera universitaria.

A mis amigas por haber compartido tantos años juntas, por las buenas experiencias y los buenos momentos que siempre quedarán grabados en cada una de nosotras.

Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo analizar la relación entre los niveles de autoestima, y consumo de alcohol, en adolescentes del distrito de Santiago, a través de la realización de un estudio asociativo comparativo. Para ello, se contó con una muestra de 259 participantes (adolescentes), entre 14 y 18 años.

Para la obtención de datos fueron aplicados dos instrumentos: el Cuestionario de Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR), elaborado por Rosemberg (1989), y el El cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), elaborado por Saunders et al. (1993).

Los resultados obtenidos no muestran asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol; en cuanto al sexo presentan asociación para el sexo femenino, y en las edades se encontró asociación en los adolescentes de 16 a 18 años. Los adolescentes presentaron un nivel medio de autoestima y no presentaron problemas con el consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago.

Palabras clave: Autoestima, adolescentes, consumo de alcohol.

Abstract

The objective of this research was to analyze the relationship between self-esteem levels and alcohol consumption in adolescents of the district of Santiago, through the performance of a comparative associative study. For this, there was a sample of 259 participants (adolescents), between 14 and 18 years old.

Two instruments were applied to obtain data: the Rosenberg Self-Esteem Scale Questionnaire (EAR), developed by Rosenberg (1989), and the Saunders questionnaire for the identification of alcohol use disorders (AUDIT). et al. (1993).

The results obtained show no association between self-esteem levels and levels of alcohol consumption; in relation to sex they present an association for the female sex, and in the ages association was found in adolescents aged 16 to 18 years. The adolescents presented an average level of self-esteem and did not present problems with alcohol consumption in adolescents of the district of Santiago.

Keywords: Self-esteem, adolescents, alcohol consumption.

Introducción

En este trabajo se presenta un estudio que tiene como variable de investigación la autoestima y el consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, lo que permite conocer sus niveles y relaciones entre las variables principales y las variables sociodemográficas. Así mismo hago mención la importancia que tiene dicho estudio. La autoestima es un medio del auto concepto, a través del cual el individuo reconoce sus limitaciones y sus expectativas de desarrollo, cuando una persona tiene una baja autoestima, siente un auto rechazo, auto insatisfacción y auto desprecio. El consumo de alcohol, constituye en la actualidad un fenómeno complejo, que tiene consecuencias en la salud de los individuos y su entorno, además de representar un problema sanitario en el ámbito internacional, nacional y local. Sus raíces involucran factores determinantes y condicionantes culturales, además de representar un problema global.

La autoestima contribuye a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social. El tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en un factor de riesgo para iniciar el abuso de consumo de bebidas alcohólicas

A continuación se llevará a cabo los siguientes capítulos: En el capítulo I; se presenta el planteamiento del problema, formulación de la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación y limitaciones de la investigación. En el capítulo II; se aborda el marco teórico, los antecedentes y los modelos teóricos relacionados con la autoestima y el consumo de alcohol, y la definición de términos básicos en el estudio. En el capítulo III; se describen la formulación de las hipótesis y las variables, así como sus dimensiones e indicadores, y la definición conceptual y operacional de las variables de la investigación. En el capítulo IV; se aborda la metodología, el tipo de diseño de investigación, la

descripción de la población, variable, técnicas de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, proceso de recolección, técnicas de procesamiento de la información, métodos de análisis de datos y los aspectos éticos.

Por último en el capítulo V; se presentan los análisis descriptivos, tablas de frecuencia y gráficos, el análisis inferencial, la comprobación de hipótesis y por último las discusiones y conclusiones y se concluye que el tema escogido para el presente estudio fue seleccionado por diferentes motivos, entre los que se encuentran: la problemática social; el poco énfasis con que se presenta el tema en los diferentes distritos; el interés por conocer el autoestima y consumo de alcohol de los adolescentes que viven en el distrito de Santiago y finalmente, el establecer una herramienta para que los padres y las autoridades municipales tomen las medidas de prevención adecuadas para mejorar la autoestima y estar atentos al consumo de alcohol de los adolescentes. Y haber contribuido al desarrollo de la psicología social en nuestro medio.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Introducción.....	vi
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	11
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema.....	13
1.2.1. Problema principal.....	13
1.2.2. Problemas secundarios.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. Justificación de la investigación.....	14
1.4.1. Importancia de la investigación.....	14
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	15
1.5. Limitaciones del estudio.....	16
Capítulo II: Marco teórico.....	17
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1. Autoestima.....	24
A) Niveles de Autoestima.....	25
B) factores que influyen en la autoestima.....	27
Teorías de autoestima.....	28

2.2.1. Consumo de alcohol.....	34
Clasificación.....	35
Tipos.....	36
Teorías de consumo de alcohol.....	37
2.3. Definición de términos básicos.....	40
Capítulo III: Hipótesis y variables de la investigación.....	42
3.1. Formulación de hipótesis.....	42
3.1.1. Hipótesis general.....	42
3.1.2. Hipótesis secundarias.....	42
3.2. Variables, dimensiones e indicadores.....	43
Capítulo IV: Metodología.....	44
4.1. Diseño metodológico.....	44
4.2. Diseño muestral.....	44
4.3. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.....	46
4.3.1. Instrumentos.....	46
4.4. Técnica de procesamiento de la información.....	48
4.5. Técnicas estadísticas.....	48
4.6. Aspectos éticos contemplados.....	48
Capítulo V: Análisis y discusión.....	50
5.1. Análisis descriptivo.....	50
5.2. Análisis inferencial.....	53
5.3. Comprobación de hipótesis.....	56
5.4. Discusión y conclusiones.....	58
Anexos.....	62
Índice de tablas.....	67

Índice de gráficos.....	69
Referencias bibliográficas.....	68

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad la baja autoestima que presentan los adolescentes de las diferentes zonas del distrito de Santiago, es un problema psicosocial, que viene afectando en su comportamiento, exponiéndose a permanecer la mayor parte del tiempo fuera de sus casas y presentando una relación muy escasa con la familia, llevando así al adolescente al deseo de consumir alcohol. Siendo un gran factor de riesgo que va aumentando en los adolescentes, debe ser una de las prioridades principales que la municipalidad del distrito debe tratar con total urgencia. Más aún en estos últimos tiempos donde el consumo de alcohol se está haciendo un hábito en los adolescentes afectando de manera repentina en aquellos que están iniciando el desarrollo de su autoestima. Debemos tener en cuenta, que para lograr un buen desarrollo de autoestima en los adolescentes, depende muchas veces de factores. El distrito de Santiago se encuentra ubicado a 20 kilómetros del sur de la Provincia, Departamento de Ica.

Diversos autores señalan que la influencia de diversos aspectos personales, familiares y sociales alteran muchas veces el comportamiento emocional, psicológico y

conductual del adolescente. Siendo la autoestima la que cumple un papel fundamental en el desarrollo de su identidad, ya que es el valor que asignamos a nosotros mismos, qué tanto nos aceptamos, cómo somos, y que tan satisfechos estamos con lo que hacemos, pensamos o sentimos.

Hoy en día, la autoestima en los adolescentes, se ve afectada por el ambiente educativo, personal, familiar y social que influye de manera directa e indirecta en el consumo de alcohol.

El grado de tener un bajo nivel de autoestima, involucra en los adolescentes permanecer la mayor parte del tiempo fuera de sus casas, presentando una relación muy escasa con la familia, llevando así al adolescente a consumir alcohol.

Estas situaciones ocurren gracias al uso y abuso de sustancias adictivas como el alcohol, que constituyen en la actualidad un fenómeno complejo, que tiene consecuencias en la salud de los individuos y su entorno, además de representar un problema sanitario en el ámbito local, para poder aceptar su realidad y los valores que corresponden a su grupo social.

Para reconocer esta problemática, se comienza a ver de forma crítica a su grupo familiar, lo que muchas veces causa conflicto entre los miembros de la familia, aun cuando no ve a los adultos como ídolos. Igualmente se necesita de protección y afectividad para enfrentar adecuadamente este proceso.

Es la autoestima que contribuye a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social. El tener una autoestima saludable es considerado como un factor protector en la vida y es indispensable en la adolescencia, ya que el tener una autoestima baja, puede convertirse en factor de riesgo para iniciar el abuso de bebidas alcohólicas.

Sin embargo, a pesar que el consumo de alcohol constituye un importante problema de salud que afecta la autoestima del adolescente, son muy pocos los trabajos de investigación que vayan más allá de la simple exposición de datos epidemiológicos.

A partir de una investigación en la cual un voluntario menor de edad previamente capacitado visitó bodegas, supermercados y discotecas de diversos distritos de Lima, y realizó las compras de bebidas alcohólicas sin problema alguno; el presidente de la Asociación Peruana de Consumidores y Usuarios enfatizó que “no se cumple la ley No 28681, la cual regula la comercialización, consumo y publicidad de bebidas alcohólicas” (ASPEC, 2010).

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago-Ica, 2016?

1.2.2 Problema secundario

¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, según sexo?

¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, según edad?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago-Ica, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

Analizar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago según sexo.

Examinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago según edades.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Desde el punto de vista teórico, es importante teóricamente, porque no solo requiere hacer una revisión teórica al respecto, sino también aportar sobre todo dentro de un marco de descentralización y distribución de investigaciones y/o estudios de la autoestima y consumo de alcohol en los adolescentes.

Desde el punto de vista práctico, la investigación planteada es importante, porque es un estudio que nos permitirá hacer programas de intervención sobre la autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes del distrito de Santiago de la ciudad de Ica.

Desde el punto de vista metodológico, es importante porque los instrumentos de aplicación en la investigación se van a someter a confiabilidad.

Desde el punto de vista social, la investigación da a conocer la gran problemática que están pasando los adolescentes, teniendo como finalidad concientizar a la población, acerca de las consecuencias y riesgos que origina un mal desarrollo de la autoestima que origina el consumo de alcohol.

Desde el punto de vista científico, se pretende verificar y conocer los niveles de autoestima y consumo de alcohol y las relaciones de dichas variables estudiadas.

A experiencia personal, el realizar prácticas en instituciones educativas secundarias, pude notar la situación emocional de los adolescentes, dándome cuenta que suelen tener un pobre soporte emocional, perjudicando el desarrollo adecuado de la autoestima, y por tal motivo, conllevarlo al consumo de alcohol, presentando inseguridad y creando inestabilidad emocional.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

Recursos humanos

- Una tesista
- Un asesor
- Adolescentes participantes
- Estadista

Recursos materiales y financieros

- Material de escritorio
- Material de impresión
- Soporte virtual (programa SPSS)
- Soporte material (USB)

- Viáticos movilidad local

1.5. Limitaciones del estudio

Si bien existe mucha bibliografía con respecto al tema de la autoestima y consumo de alcohol, es complicado encontrar material en una sola investigación, dificultades en el aspecto económico y falta de bibliotecas formales, ya que carecen de información

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes sobre autoestima

En las investigaciones *internacionales*, destaca Sánchez (2016), en su investigación de diseño descriptivo, con el objetivo de determinar la relación que existe entre la autoestima que los adolescentes del Instituto Mixto de Educación Básica por Cooperativa con Orientación Ocupacional y las conductas autodestructivas que se presente entre ellos. La primera variable se midió a través de la prueba Escala de Autoestima (EAE), se pudo determinar que los adolescentes manejan un alto nivel de autoestima, así mismo para la segunda variable se utilizó una escala de likert la cual reflejó que la mayoría de los sujetos de estudio tienen un nivel medio de tendencia a conductas autodestructivas. De acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba que existe una relación no significativa entre la autoestima y las conductas autodestructivas.

Rodríguez y Caño (2012), en este artículo se estudiaron la autoestima centrándose en los factores que son relevantes para la intervención en adolescentes. En primer lugar, se realiza una distinción conceptual y se analizan las relaciones entre autoconcepto,

autoestima y percepción de autovalía. Se analiza también el funcionamiento de la autoestima basada en contingencias de reforzamiento y se revisan sus efectos en los estilos cognitivos y conductuales de afrontamiento. En segundo lugar, se revisa la trayectoria de la autoestima en función del género y se analiza el papel que juegan las contingencias de reforzamiento en su disminución e inestabilidad durante la adolescencia temprana. En tercer lugar, se revisan los hallazgos que muestran la relación entre las deficiencias de autoestima y la generación de una serie de problemas de conducta, emocionales y de salud. Por último, se revisan los hallazgos sobre la intervención en autoestima y se analizan las estrategias más útiles para su cambio en la adolescencia.

Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010), tuvieron como objetivo analizar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes, a través de la realización de un estudio descriptivo transversal, en una facultad de enfermería en la ciudad de Querétaro, en México, en el mes de julio de 2008, en una muestra de 109 adolescentes, entre 17 y 20 años. Para la obtención de los datos fueron aplicados dos instrumentos: AUDIT y Cuestionario de autoestima de Rosemberg. La mayoría de los adolescentes participantes tuvieron la autoestima elevada (94.5%), ninguno presentó autoestima baja. El 80.7% de los adolescentes del estudio no tiene riesgo de consumo de alcohol. Se concluye que la mayoría de los adolescentes presentaron una elevada autoestima y tuvieron riesgo bajo de consumo de alcohol.

En el ámbito *nacional*, Morales (2017), tuvo como objetivo determinar la relación de nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes. La investigación fue de tipo descriptiva y diseño correlacional, en una población constituida por 279 adolescentes que cursan el 4to y 5to grado de educación secundaria y el tamaño de la muestra estuvo conformada por 250 adolescentes obtenidos mediante el muestreo probabilístico, los

instrumentos utilizados fueron, el Test de Autoestima de Rosenberg y el Test de Identificación de los Trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT). Se arribó a las siguientes conclusiones: Existe un 54.8% de estudiantes que tienen una alta autoestima, 26.8% tienen media autoestima y al 18.4% presentan una baja autoestima. El 22% de la población de adolescentes consumen alcohol; siendo de mayor tendencia el género masculino con un 14%, con edad promedio de 16 años. Finalmente, no existe relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes objeto de estudio.

Loza (2015), con la finalidad de determinar la relación entre el nivel de autoestima y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes, realizó un estudio transaccional en el cual se entrevistó una muestra aleatoria de 65 adolescentes mujeres, cada adolescente tuvo que responder una ficha de recolección de datos que comprende un test de autoestima e indicadores del comportamiento sexual. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que el 64.6% de las adolescentes presentaron nivel de autoestima alto. El grado de comportamiento sexual de riesgo fue bajo en el 83.1% de las adolescentes y alto en el 16.9%. Concluyendo que el nivel de autoestima se relacionó significativamente al comportamiento sexual de riesgo en adolescentes mujeres.

Chapa y Ruiz (2012), investigación de carácter Descriptivo – Correlacional, para la cual se obtuvo una muestra de 135 alumnos. Los instrumentos de utilización fueron, el Test De Rosenberg, y una encuesta con 07 ítems, donde las preguntas estuvieron dirigidas a identificar la presencia o no de violencia familiar; y para el rendimiento académico se usó como indicador el promedio ponderado de los dos primeros trimestres de cada estudiante. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS Versión

17. Así mismo se observó la independencia de las variables significativamente con la prueba de Chi cuadrado, leída al 95% de confiabilidad, se concluye que la mayoría de los estudiantes (64.5%) no alcanzan un óptimo nivel de autoestima. Pues el 50.4% de estos tiene un nivel de autoestima Media, y el 14.1% de los alumnos tienen autoestima Baja, lo que significa que del 100% sólo el 35.6% tiene autoestima elevada. Sobre el rendimiento académico se concluye que la mayoría de los estudiantes (91.1%) no alcanzan un óptimo nivel de rendimiento. De estos alumnos el 30.4% tienen nivel medio, es decir las notas del primer y segundo trimestres están entre 13 – 14, promedios considerados en cierto modo como buenos.

Castañeda (2013), esta investigación tuvo por objetivo analizar la relación entre autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en un grupo de adolescentes de Lima Metropolitana. Para ello, se aplicaron la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), la Escala de Claridad de Autoconcepto (SCCS) y el Inventario de Problemas Conductuales (YSR) a 355 participantes (204 varones y 151 mujeres) entre 14 y 17 años. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas según sexo. Las adolescentes puntúan menos en autoestima y más en problemas de internalización que los varones, asimismo se han nivelado con ellos en comportamientos problemas globales.

Ticona (2012), el objetivo de este estudio es identificar los niveles de autoestima y consumo de alcohol que lleva a un factor de inicio precoz de las relaciones coitales, la metodología de tipo analítico de caso control en una población de 250 adolescentes, con una muestra de 151 adolescentes de 14 a 17 años. Los resultados obtenidos son los niveles de autoestima media (53,64%) y una autoestima baja (21,19%), y los niveles del consumo de alcohol se encuentran en mayor porcentaje consumo en riesgo (72,85%), la dependencia al alcohol (14,57%) y un consumo perjudicial (12,58%). La edad promedio de 13 años es

la iniciación de relaciones coitales y los juegos y caricias sexuales empiezan a una edad <13 años (37,09%). Llegando a la conclusión que la exposición a los factores de riesgo, nivel de autoestima y consumo de alcohol es superior en el grupo de los casos que en los controles, hay más casos relacionados con un nivel bajo y medio de autoestima y el consumo de alcohol en la dependencia de alcohol.

2.1.2. Antecedentes sobre consumo de alcohol

En el ámbito *internacional*, Moñino (2012), los objetivos de este estudio son conocer la frecuencia de consumo de alcohol y su distribución entre los escolares de la E.S.O, analizar la asociación entre consumo de alcohol y la estructura y composición familiar y valoraciones de las relaciones familiares, las actividades de ocio y deporte y el uso de tabaco en los adolescentes de la Región de Murcia, en 2290. Los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres. En ambos sexos valorar desfavorablemente las relaciones con el padre y con los hermanos, ocupar el segundo lugar entre los hermanos, dedicar más horas a los video juegos entre semana, realizar salidas nocturnas con amigos en el fin de semana y fumar tabaco se asociaron con haber consumido alcohol, siendo factor protector el dedicar más horas a la lectura, cine o teatro entre semana. En las mujeres fueron además factores de riesgo valorar desfavorablemente las relaciones con la madre y que la madre trabaje fuera de casa, mientras que dedicar horas de video juegos en fin de semana fue protector. En los hombres fue protector también practicar deporte los fines de semana.

Gil (2012), en este estudio su objetivo es encontrar relaciones entre el nivel de consumo de alcohol en adolescentes y perfiles de personalidad, rasgos psicopatológicos y rendimiento neurocognitivo en tareas que evalúan funciones ejecutivas y ver cómo influye en su vida cotidiana, estudio descriptivo y transversal, con 223 participantes, de ellos, 97

chicas y 126 chicos, entre los 12 y los 19 años. Se usó el cuestionario (Encuesta sobre actitudes en la juventud para estudiantes de Educación Secundaria, ESAJ-S. Los resultados obtenidos, en lo referente a los hábitos de consumo de alcohol se describen con un 54,7% de sujetos que no beben, frente a un 23,8% que beben con un consumo moderado y 21,5% que beben abusivamente los fines de semana siendo los jóvenes de 18 años los que tienen un consumo más elevado. En resumen el conjunto de los sujetos con un patrón de consumo de alcohol intensivo está formado por alumnos que han repetido curso o han necesitado clases de apoyo con mayor frecuencia, que son fumadores y que llevan más tiempo bebiendo. Además, son personas que perciben una mayor presión social y de grupo hacia este consumo.

En el ámbito *nacional*, Coaquira y Arroyo (2017), el objetivo del trabajo de investigación fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar, el consumo de alcohol y el inicio sexual en estudiantes mujeres de secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, con un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, correlacional de corte transversal, la muestra fue probabilística y estuvo conformada por 279 estudiantes. Los instrumentos utilizados para el recojo de información fueron: Escala de Funcionamiento Familiar De Olson (FACES III) con un $\alpha = 0,785$, cuestionario de inicio sexual (CISEX) con un $\alpha = 0,703$, y por último el test de AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) con un $\alpha = 0,739$. Resultados: A partir del estadístico chi-cuadrado se comprobó que existe relación entre el funcionamiento familiar y la primera relación sexual ($p=0.01$), entre el consumo de alcohol y la primera relación sexual ($p=0.001$) y entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol ($p=0.02$). Conclusiones: Existe relación entre las variables de estudio.

Maximiliano, Ortega, Salas y Vaiz (2015), el objetivo del estudio es determinar la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes, en un estudio de tipo cuantitativo – descriptivo de corte transversal, en un muestra de 4095 alumnos del 1° al 5° año de secundaria del distrito de Ventanilla, aplicándose el instrumento (cuestionario), con la finalidad de evaluar el consumo de alcohol. Con la información obtenida se realizó un control de calidad, que luego se ingresó a una base de datos en el programa de Microsoft Office Excel 2010, los resultados fueron analizados con el programa SPSS, con el cual se obtuvo frecuencia y porcentajes, se encontró que los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, fueron 42,4%, los que consumen en los últimos 12 meses fueron 30%, los que consumieron en los últimos 30 días fueron 24%, los adolescentes de sexo masculino que han consumido alguna vez en su vida fueron 45,2%, mientras que en el caso de las mujeres fueron 39,9%. Se concluye que el consumo de alcohol es alto en este grupo de edad, además que los determinantes asociados son susceptibles de intervenciones educativas que deben considerarse prioritarias, en particular las que tienen que ver con el ambiente familiar y el grupo de pares.

Vargas (2013), con el objetivo de determinar la influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes del nivel secundario de la I.E. Modesto Basadre Tacna-2012, mediante un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal aplicado a una muestra probabilística de 254 adolescentes. Se concluye que el (33.9%) de los adolescentes consumen bebidas alcohólicas; el (30.2%) inició su consumo antes de los 12 años de edad. Los factores psicológicos baja autoestima (18.9%) y baja capacidad de toma de decisiones (32.3%) no influyen en el consumo de bebidas alcohólicas, mientras que los factores sociales que influyen en el consumo son: mala comunicación familiar (46.5%), violencia intrafamiliar

física (20.1%), psicológica (31.5%); las discusiones familiares (5.1%), el consumo de familiares: mamá (43.3%), hermanos (22.8%) y otros familiares (78.3%) y la presión del entorno: familiares (2.8%), amigos del barrio (13.4%) y amigos del colegio (15.4%).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Autoestima:

Abraham Maslow citado por (Rodríguez, 2015) “Sólo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismos. Cada individuo es la medida de su amor a sí mismo; su autoestima es el marco de referencia desde el cual se proyecta”. (p. 2).

Harrison (2014) Menciona “La autoestima es el concepto que tenemos de nuestras valías y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Es la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, tú tienes la capacidad de definir quién eres y luego decidir si te gusta o no tu identidad” (pp. 2).

Branden (2010) refiere que la autoestima es un conjunto de actitudes que hace a la persona amarse y valorarse, menciona que la confianza es principal para actuar y pensar en la vida, así se pueden vencer los desafíos que se pongan en el camino. Cada uno es capaz de proponerse metas, pero el reto es cumplirlas y ahí es donde se demuestra la capacidad que se tiene para lograrlas. No siempre habrá felicidad, también existirán momentos desagradables pero si la autoestima es adecuada las personas podrán sobresalir con valentía y prosperidad.

James como se cita en (Martínez, 2010) “El concepto de autoestima se originó y fue el primer investigador que analizó el fenómeno de la autoestima. Su estudio Principios

de psicología ha sido un texto pionero que ha servido de modelo a todos los estudiosos de este fenómeno.

Craighead, McHale y Pope (2001), indican que la autoestima es una evaluación de la información contenida en el autoconcepto y que deriva los sentimientos acerca de sí mismo. Por tanto, la autoestima está basada en la combinación de información objetiva acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esta información.

Rosenberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

Rosenberg (1973), la autoestima posee tres niveles:

1) Alta autoestima: Donde el sujeto se define como bueno y se acepta plenamente, considerada como autoestima normal.

2) 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, es conveniente mejorarla.

3) 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.

Coopersmith (1996), sostiene que “la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a su mismo. Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la

autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Además, agrega que la autoestima se caracteriza por que es susceptible de variar, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la autoestima” (p.18)

Por su parte Coopersmith, plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconceptos diferentes. Caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:

- Autoestima alta son precisas, asertivas, con éxito académico y social, entregan en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, reflexionan su trabajo de alta calidad y conservan altas expectativas con respecto a trabajos futuros, operan la creatividad, se autorespetan y se sienten orgullo de sí mismos, van hacia metas realistas.

- Autoestima media, son personas cordiales, dependen de la aceptación social, igualmente tienen valioso número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus posibilidades y competencias que las anteriores.

- Autoestima baja son desalentadas, tristes, aisladas, consideran no poseer encanto, son incapaces de decir y defenderse; se sienten frágiles para vencer sus faltas, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas recluyentes para tolerar situaciones y ansiedades. (Coopersmith 1976 en Méndez 2001).

A) Factores que influyen en la autoestima

Yelon y Weinstein (2008) mencionan que existen factores influyentes en la autoestima y tienen un papel importante para el crecimiento de la misma.

- Factor familiar: El núcleo familiar es una base muy importante dentro de la formación del niño, ya que se forma la personalidad, y los padres tienen un papel fundamental en la formación de la autoestima. Ellos tienen la obligación de forjar con valores y armonía dentro del hogar. El ambiente familiar lo conforman los padres e hijos el cual se alimenta de amor, afecto, cariño y protección, la familia debe estar constituida por el padre, la madre y los hijos pero no siempre será así. Los padres influyen en la autoestima del niño, ya que conviven el mayor tiempo con ellos, si esa base no fue segura durante la infancia, al llegar a la adolescencia se verá reflejada la formación que se dio ya sea buena o mala.

- Factor social: El ambiente social ayuda a formar el carácter de la persona a través de experiencia, por ello es importante estar rodeado de personas que colaboren positivamente en fomentar la autoestima del joven. Al crecer se realizan cambios de pensamientos y acciones, el joven modifica su vida dejando atrás las normas establecidas por sus padres, el deseo de ser independiente despierta el sentido de buscar su camino. La sociedad juega un papel importante en el desarrollo social y puede que en ocasiones los jóvenes observen ejemplos negativos que los harán actuar de una manera no adecuada.

- Factor psicológico: La mente es compleja puede llegar a manejar los pensamientos y acciones, es primordial tener una buena salud mental para que ayude en la autoestima, este factor sino se encuentra estable deteriorará todo lo positivo que tiene de la

persona hasta llegar a la inestabilidad emocional y perjudicar el contexto global de la persona.

- Factor espiritual: El ser humano no solo es carne sino espíritu, las creencias son parte de las costumbres que inculcan los padres, el amor a Dios ayuda muchas veces a sentir esa paz que llena el espíritu.

2.2.1.1. Modelos teóricos

1. Teoría de James (citado por Martínez, 2010), donde afirmaba que a la hora de valorarnos a nosotros mismos solemos considerar tres componentes de nuestra identidad.

- El primero: Nuestro estilo de pensar sentir y actuar, los rasgos de nuestra personalidad.
- El segundo: el “yo” social, las cualidades o defectos que reconocen en nosotros los demás, y la buena o mala reputación que tenemos en nuestro entorno social.
- El tercero: el “yo” material que incluye nuestra imagen corporal, las riquezas, el patrimonio económico y las propiedades que son importantes para nosotros.

Esta teoría aportada por James, afirma que para calcular un nivel de autoestima en un individuo debemos dividir el éxito alcanzado entre las pretensiones, si es que los triunfos igualan o superan el nivel de objetivos planteados, tendríamos un buen nivel de autoestima.

2. Teoría de autoestima de Rosemberg (1996), plantea que la autoestima es esencial para el ser humano porque:

a) Implica el desarrollo de patrones,

b) Define el establecimiento de comparaciones entre los individuos y la comprensión de quién es uno como persona basada en el resultado.

Por su parte, Morris se fundamenta en una teoría sociocultural, sostiene que es el resultado de un proceso de comparación entre valores y discrepancias Llaza (2011) y a su vez argumenta que la autoestima es la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo; por lo que la autoestima no es solo un sentimiento, implica también factores preceptuales y cognitivos (Mruk, 1999).

3. Teoría de Craighead, McHale y Pope (2001), coinciden con lo antes mencionado, al afirmar que la autoestima se forma a consecuencia del autoconcepto y autocontrol. Explican los autores que el autoconcepto abarca las ideas que el individuo desarrolla acerca de lo que es realmente. Estas ideas se forman de acuerdo con las experiencias que tienen con las personas que les rodean; es decir, cómo son tratados por ellos y en función de esto comienzan a comportarse. Por ello, la retroalimentación que reciben de los padres es un factor esencial en el proceso de la formación del autoconcepto y por ende, de la autoestima.

Consideran que la autoestima en niños y en preadolescente se encuentra integrada por varios componentes, los cuales representan a aquellos dominios que son importantes en la vida de todo individuo: el social, el académico, el familiar, el corporal y el global.

- La autoestima académica trata de la evaluación de uno mismo como estudiante.
- La autoestima familiar refleja sus propios sentimientos como miembro de la familia.
- La autoestima física se basa en la satisfacción de su imagen corporal, como es y cómo actúa su cuerpo.
- La autoestima global se refiere a la valoración general de sí mismo en la evaluación de todas las áreas.

4. Teoría de Coopersmith (1996), la autoestima resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión en la cual el individuo se cree valioso, significativo y exitoso por lo cual implica un juicio personal de su valía. Señala que el proceso de formación de la autoestima se inicia a los seis meses del nacimiento, cuando el individuo comienza a distinguir su cuerpo como un todo absoluto diferente del ambiente que lo rodea. Explica que en este momento se comienza a elaborar el concepto de objeto, iniciando su concepto de sí mismo, a través de las experiencias y exploraciones de su cuerpo, del ambiente que le rodea y de las personas que están cerca de él. Coopersmith señala que los individuos presentan diversas formas y niveles perceptivos, así como diferencias en cuanto al patrón de acercamiento y de respuesta a los estímulos ambientales. Por ello, la autoestima presenta áreas dimensionales que caracterizan su amplitud y radio de acción. Entre ellas incluye las siguientes:

1. Autoestima Personal: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad e implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

2. Autoestima en el área académica: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con su desempeño en el ámbito escolar, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

3. Autoestima en el área familiar: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones en los

miembros del grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

4. Autoestima en el área social: consiste en la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, implicando un juicio personal expresado en actitudes hacia sí mismo.

Como lo vimos ya reflejado esta valoración se puede dar en distintos ámbitos y depende del mundo empírico del individuo, es algo que es inherente al ser humano y que consciente o inconscientemente hace presencia en sus actuaciones. Una vez mencionado esto también es importante mencionar que hay ciertas circunstancias que mueven al individuo a actuar en función de la búsqueda de la satisfacción de una necesidad como lo plantea la teoría de las necesidades de Abraham Maslow.

5. Teoría de Maslow (1991), muestra una serie de necesidades que atañen a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural (como una pirámide), de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad.

Así pues, dentro de esta estructura, al ser satisfechas las necesidades de determinado nivel, el individuo no se torna apático sino que más bien encuentra en las necesidades del siguiente nivel su meta próxima de satisfacción. Aquí subyace la falla de la teoría, ya que el ser humano siempre quiere más y esto está dentro de su naturaleza. Cuando un hombre sufre de hambre lo más normal es que tome riesgos muy grandes para obtener alimento,

una vez que ha conseguido alimentarse y sabe que no morirá de hambre se preocupará por estar a salvo, al sentirse seguro querrá encontrar un amor

De acuerdo con la estructura ya comentada las necesidades identificadas por Maslow son las siguientes aquí mostradas

- Necesidades fisiológicas: estas necesidades constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia.

- Necesidades de seguridad: con su satisfacción se busca la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de estas encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras.

- Necesidades sociales: una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social.

- Necesidades de reconocimiento: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

- Necesidades de auto-superación: también conocidas como de autorrealización o auto actualización, que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

6. Teoría de Branden (1995), tiene una visión humanista en la cual afirma que la autoestima es una necesidad humana básica que influye sobre nuestra conducta, en otras

palabras la autoestima es una necesidad que debemos aprender a satisfacerla mediante el ejercicio de nuestras facultades humanas, la elección la razón y la responsabilidad vincula el sentido de eficacia de la persona y el sentido del merecimiento personal, constituyendo la suma integrada de auto-confianza y autorespeto.

Así mismo presenta seis pilares cruciales y fundamentales ya que forman parte integral de la vida en las personas y todas se basan en distintas prácticas:

- La práctica de vivir conscientemente.
- La práctica de aceptarse a sí mismo.
- La práctica de asumir la responsabilidad de sí mismo.
- La práctica de la autoafirmación.
- La práctica de vivir con propósito.
- La práctica de la integridad personal.

Con la práctica de estos pilares lograremos una mejor disposición y voluntad de vivir en armonía, siempre conscientes de que necesitamos voluntad, perseverancia y valor para afirmar el amor a nuestra vida, que sintetiza nuestra autorrealización personal. Cuando las mismas se hallan ausentes, la autoestima se ve perjudicada necesariamente (Branden 1995).

Después de haber revisado los distintos modelos, se considera que la más relevante es la propuesta de Rosemberg (1996), donde plantea que la autoestima es esencial para el ser humano porque implica el desarrollo de patrones y define el establecimiento de comparaciones entre los individuos y la comprensión de quién es uno como persona basada en el resultado. Sosteniendo que es el resultado de un proceso de comparación entre valores y discrepancias Llaza (2011) y a su vez argumenta que la autoestima es la

evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo; por lo que la autoestima no es solo un sentimiento, implica también factores preceptuales y cognitivos (Mruk, 1999) y señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo

2.2.2. Consumo de alcohol:

El consumo de alcohol ha suscitado interés en todas las culturas y en todos los continentes, desde los años ochenta existen ya reportes de los altos niveles de consumo y problemas asociados a su abuso, en este grupo poblacional, existe más probabilidad de uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la etapa de adulto joven, con una asociación positiva entre nivel educativo y consumo (Castaño y Calderón, 2014).

El consumo de alcohol en diversas culturas, además de ser socialmente aceptable, es reforzado por la misma sociedad Myers (2005). A lo largo del siglo XX se ha observado un incremento significativo del consumo especialmente en países en desarrollo), un inicio cada vez más temprano del mismo y una igualación de la ingesta de alcohol tanto en hombres como en mujeres (Moreno, 2004, citado por García, García, Tapiero y Ramos, 2012).

Secades (2001), la adquisición y mantenimiento del hábito de consumir alcohol se regiría por las mismas leyes que otras conductas. Desde el condicionamiento operante, la probabilidad de ocurrencia de una conducta (beber alcohol) está determinada por sus consecuencias (ser aceptado por el grupo de iguales, emborracharse, disminuir momentáneamente la tristeza, etc.). El consumo de alcohol también reforzaría negativamente al sujeto, debido a que reduce o elimina el estado físico y/o afectivo negativo provocado por la ausencia de éste.

El inicio en el consumo de alcohol no sólo se produce hoy en el seno familiar, sino que cada vez más frecuentemente se produce en el grupo de amigos y compañeros, a edades muy tempranas, próximas a los trece años (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Se considera que un 24,8% del consumo no está registrado (producción casera, sobre todo en países en desarrollo). Mundialmente, un 61,7% de personas de ≥ 15 años refieren no haber bebido en los últimos 12 meses, con una mayor proporción de mujeres abstemias que hombres (OMS, 2014).

Además de en otros muchos sentidos, la publicidad, cine, TV, canciones, eventos deportivos, entre otros, bombardean continuamente a los jóvenes con situaciones asociadas al consumo de alcohol, usando mensajes y valores de especial relevancia para ellos (López, 2003).

Morales, Camarena y Torres (1992), recogen una tipología de consumo, con referencias más cercanas a nuestro ámbito cultural:

- Uso de alcohol. Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas. Este concepto, al igual que el de abuso, es poco específico en lo que se refiere a la idea de adaptación/desadaptación, pues son términos que tienen mucho que ver con patrones sociales y culturales propios de cada comunidad humana. En nuestro país, existen unas pautas de consumo “adaptado” vinculado a determinadas costumbres y ritos sociales por todos conocidos, que desde fuera de nuestro medio pudieran ser consideradas de abuso.

- Abuso de alcohol. Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación

cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa; ej.: conducir o realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual).

- Dependencia del alcohol. El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta de S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico.

Por su parte Marconi (1986) propone una clasificación del consumo de bebidas según la frecuencia.

- Bebedor nulo: Es la persona que refiere nunca haber ingerido bebidas alcohólicas.
- Bebedor excepcional u ocasional: Es la persona que refiere beber en situaciones especiales, menos de dos veces al mes.
- Bebedor habitual: Es la persona que refiere beber de 1 a 2 veces por semana.
- Bebedor excesivo: Es la persona que refiere beber de 3 a 6 veces por semana

TIPOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

Adaptado a la recomendación de la OMS (Babor et al., 2001)

- Consumo de riesgo: aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionados con el consumo de alcohol pero si riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por

días, si existe cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente.

- Consumo perjudicial: o dañino aquel patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico o mental. Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino.

- Alcoholismo: el consumo excesivo de una determinada cantidad de alcohol que pueda comportar un riesgo para la salud. Las evidencias epidemiológicas sitúan el límite de riesgo en cifras equivalentes.

2.2.2.1. Modelos teóricos

1. Teoría de Windle (1996), propuso una tipología del bebedor para adolescentes que está influida por los enfoques epidemiológicos del alcohol en adultos, con respecto a la gradación continua en la conducta de beber, incluidos los problemas con la bebida. Se aleja de la conceptualización clásica dicotómica de los criterios diagnósticos. Se propone que esta aproximación en la medición centrada en la gradación continua podría ser más sensible en la conducta de beber en los adolescentes, que los sistemas diagnósticos estándares o los enfoques unidimensionales (alcohol consumido). El enfoque tipológico propuesto podría captar de forma más adecuada las sutiles variaciones en el involucramiento con el alcohol entre los adolescentes que otras aproximaciones.

Estas variaciones podrían a su vez reflejar vías etiológicamente distintas, identificar riesgos diferenciales para el desarrollo del alcoholismo en el adulto, y sugerir medidas de prevención e intervenciones alternativas para distintas subpoblaciones de adolescentes. Esta propuesta es primordial, si se considera la limitada eficacia de los esfuerzos preventivos actuales desarrollados con los adolescentes, en los cuales se ha recurrido

mayoritariamente a intervenciones uniformes, en lugar de considerar el grado de involucramiento con el alcohol.

Desde el punto de vista clínico, la tipología de Windle presenta ventajas: entre otras, permite centrarse en posibles diferencias entre los bebedores problema y los bebedores intensos, distinción que podría ser útil para identificar a aquéllos que necesitan intervención intensiva y extensiva; y ofrece características identificables que permiten definir un inicio temprano, incremento y mantenimiento de un consumo problemático.

La tipología también podría ser utilizada para ubicar adolescentes bebedores moderados e intensos que si bien, actualmente, no manifiestan consecuencias negativas relacionadas con el alcohol, podrían estar en riesgo de devenir en consumidores problemáticos.

2. Teoría de Cox y Klinger (1988), postularon un modelo motivacional del uso de alcohol en el que señalaron que el origen de esta conducta es motivacional, debido a que una persona decide consciente o inconscientemente consumir o no una bebida alcohólica, de acuerdo a si espera que las consecuencias afectivas positivas de beber tengan un mayor peso que aquéllas de no hacerlo. La motivación para beber está estrechamente ligada con los incentivos que tenga la persona en otras áreas de su vida, y a los cambios que ésta experimenta a raíz de ellos. Esto no quiere decir que los autores dejaron de reconocer que existen otros factores que favorecen el comportamiento de consumo de alcohol.

Es así que Cox y Klinger (1988, 1990) propusieron una estructura para categorizar los motivos del consumo, a lo largo de dos dimensiones subyacentes que reflejan la valencia (positiva o negativa) y la fuente (interna o externa) de los resultados que un individuo espera obtener cuando bebe. Las personas podrían beber con el fin de obtener un resultado positivo (reforzamiento positivo) o evitar uno negativo (reforzamiento negativo). Incluso

podría responder a recompensas internas, tales como el manejo de los estados emocionales; o a recompensas externas, tales como la aceptación social y la aprobación.

Al cruzar estas dos dimensiones se obtienen cuatro clases de motivos:

- a) Generados internamente: los motivos de reforzamiento positivo (beber para estimularse, elevar el estado de ánimo o sentirse bien).
- b) Generados externamente: los motivos de reforzamiento positivo (beber para obtener aceptación social).
- c) Generados internamente: motivos de reforzamiento negativo (beber para reducir o regular las emociones negativas).
- d) Ggenerados externamente: los motivos de reforzamiento negativo (beber para evitar la censura social o el rechazo).

3. Teoría de aprendizaje social de Bandura y aplicada al alcohol por Nathan et al. (1970), explica la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol por modelado (imitación), refuerzo social y anticipación de los efectos. Hay que tener en cuenta además, la gran importancia que adquieren los factores cognitivos (pensamientos, creencias, expectativas, etc.) ya que mediatizan el impacto que los eventos antecedentes y consecuentes tienen sobre cada sujeto particular. Todos estos mecanismos de aprendizaje no serían mutuamente excluyentes sino que coexistirían en los problemas de alcohol (Secades, 2001).

4. Teoría de Moya y Mezquita (2011), relató que el concepto psicológico que más se ha relacionado con el consumo de alcohol es la personalidad que cada individuo tiene. Actualmente, el Modelo de los Cinco Factores es el que posee un mayor consenso para describir la personalidad. Este modelo está formado por cinco dimensiones básicas que es

el neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Además de la personalidad, otros conceptos psicológicos también han sido ampliamente estudiados. El poseer unas expectativas, motivaciones y actitudes más positivas y menos negativas hacia el alcohol aumentaría la probabilidad de beber alcohol de forma frecuente y en grandes cantidades.

Después de haber revisado las distintas postulaciones de diferentes autores, considero relevante y el cual me sirve de marco teórico referencial, es la postulación social de Bandura y aplicada al alcohol por Nathan et al. (1970), donde explica la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol por modelado (imitación), refuerzo social y anticipación de los efectos. Hay que tener en cuenta además, la gran importancia que adquieren los factores cognitivos (pensamientos, creencias, expectativas, etc.) ya que mediatizan el impacto que los eventos antecedentes y consecuentes tienen sobre cada sujeto particular. Todos estos mecanismos de aprendizaje no serían mutuamente excluyentes sino que coexistirían en los problemas de alcohol (Secades, 2001).

Definición de términos básicos

- **Autoestima alta:** Equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, es sentirse capaz y valioso; o sentirse aceptado como persona. Es un nivel consecuente a la evaluación que se tiene como ser humano y del respeto con los demás que nos rodean, sin que estos infieran en la personalidad, es decir que los factores externos sean un aporte a la conducta y conocimientos adquiridos y adquirientes, produciendo un estímulo psicológico y adaptativo a cualquier ámbito de trabajo en que el ser humano se desarrolle.
- **Autoestima media:** Dispone de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto. Su

actitud oscila entre momento de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y periodos de baja autoestima (producto de algunas crítica), por lo tanto es necesario continuar alimentando las aptitudes que constituyen la personalidad y lo comportamientos y las conductas, pero penden mucho de quienes aporten a los fundamentos positivos

- **Autoestima baja:** Es cuando la persona no se siente en disposición para la vida; sentirse equivocado como persona. Dentro del campo Psicológico, es un detonante negativo para la construcción ideal de la personalidad, establece pensamientos, sentimientos, emociones y actitudes que pueden deteriorar la salud mental y física de las personas que se encuentran padeciendo este estado.
- **Alcohol:** El alcohol es considerado una droga, la cual posee etanol o alcohol etílico que es la sustancia adictiva en las bebidas alcohólicas que puede crear tanto dependencia física como psíquicas que comprometen al hígado. (Según la OMS)
- **Forma responsable:** Es cuando la persona, parece beber en forma responsable, no presenta problemas con el consumo de alcohol.
- **Riesgo:** Es el nivel en el que la persona se encuentra en un estado de preocupación ocasionando un riesgo a causa del consumo de alcohol
- **Problema:** Parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.
- **Adolescente:** Hombre o mujer entre los 14 y 18 años de edad, es una etapa del ser humano en la cual se vive varios cambios físicos, hormonales, emocionales y sociales. El adolescente se ve enfrentado a tomar decisiones que condicionarán su vida para el futuro, muchas veces este se siente sin rumbo, ni guía, por lo que, no es apto para tomar las mejores decisiones, que le darán bienestar y felicidad.

➤

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existe asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, 2016.

3.1.2. Hipótesis secundarias

Existe asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol según el sexo de los adolescentes del distrito de Santiago, 2016.

Existe asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol según la edad de los adolescentes del distrito de Santiago, 2016.

3.2. Variables, dimensiones e indicadores

Variables de estudio	Dimensiones	Indicadores
<p>Variable 1. Autoestima Definición conceptual: Rosemberg (1996), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo. Definición operacional: Son los puntajes obtenidos mediante la Escala de autoestima de Rosenberg (1989).</p>	Monofactorial	Ítems 0 - 10
		Autoestima alta: 30 a 40
		Autoestima media: 26 a 29
		Autoestima baja: Menos de 25
<p>Variable 2. Consumo de alcohol Definición conceptual: El consumo de alcohol ha suscitado interés en todas las culturas y en todos los continentes, desde los años ochenta existen ya reportes de los altos niveles de consumo y problemas asociados a su abuso, en este grupo poblacional, existe más probabilidad de uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la etapa de adulto joven, con una asociación positiva entre nivel educativo y consumo (Castaño y Calderón, 2014). Definición operacional: Son los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de Identificación de trastornos por el uso del alcohol (AUDIT), desarrollado por la OMS (Saunders et al. 1993)</p>	Monofactorial	Ítems 0 - 10
		Responsabilidad: 0 a 7
		Riesgo: 8 a 15
		Problema: 16 a mas

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1. Diseño metodológico

El diseño seleccionado es el diseño asociativo comparativo (Ato, López y Benavente, 2013).

4.2. Diseño muestral

La población infinita conformada por todos los adolescentes del distrito de Santiago, de los cuales se extrajo una muestra intencional criterio no probabilístico de 259 adolescentes, fluctuando entre los 14 y 18 años de edad.

Criterios de inclusión: Los sujetos de estudio tuvieron que cumplir con los siguientes requisitos:

- Adolescentes que residen en el distrito de Santiago
- Adolescentes con edades entre los 14 y 18 años
- Adolescentes que acepten participar en el estudio
- Adolescentes de ambos sexos

Criterios de Exclusión:

- Personas jóvenes y adultas
- Adolescentes que no residan en el distrito
- Adolescentes que no acepten colaborar con la investigación.
- Adolescentes que presentan algún trastorno psiquiátrico.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se aplicó para la recolección de datos fue la encuesta. El instrumento de medición que se utilizó es el cuestionario el cual estuvo destinado a la obtención de respuestas sobre las variables de estudio y se aplicó a los adolescentes del nivel secundario del distrito de Santiago. El cuestionario presenta las siguientes características:

- Incluye una breve presentación solicitando el apoyo del adolescente al responder las preguntas, menciona el manejo de la información (confidencial) y recalca la necesidad de responder con sinceridad a las interrogantes.
- El Instrumento contiene preguntas cerradas con respuestas múltiples y dicotómicas, utiliza terminología comprensible para la edad de los adolescentes, contienen 10 ítems que son considerados una cantidad prudente para que no resulte tedioso al momento de responderlas. Es anónimo y autoaplicativo, donde el adolescente puede contestar de manera escrita (marcando con una X).

4.3.1. Instrumentos

*** La escala de autoestima de Rosenberg.**

Consta de 10 preguntas, cuya puntuación se basa; los ítems 1 a 5 las respuestas de A hasta D se puntúan de 4 a 1, de los ítems 6 al 10 las respuestas de A hasta D se puntúan de 1 a 4 (anexo 2).

- Nivel de autoestima alta: Entre 30 a 40 puntos
- Nivel de autoestima normal: 26 a 29 puntos
- Nivel de autoestima baja: Menos de 25

El instrumento mencionado fue realizado mediante una validez de constructo, la prueba de unidimensionalidad presentó un coeficiente con valor de 0.75. En el análisis

factorial exploratorio de la ERA se observaron dos dimensiones: (a) autoestima positiva, que explicó el 32.3% de la varianza y (b) autoestima negativa, responsable del 13.8% de la varianza. La correlación entre dimensiones fue baja, aunque se esperaban correlaciones más altas para dimensiones del mismo constructo Meurer, Luft, Benedetti y Mazo (2012). Y la confiabilidad del instrumento de rosenberg, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.80 citado por Castañeda (2013).

En el presente estudio, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.760 que significa una confiabilidad alto (ver anexo 5).

*** El cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol.**

Comprende 10 preguntas, cada pregunta tiene de tres a cinco posibles respuestas. La sumatoria de las puntuaciones de cada respuesta da un puntaje total de 40 puntos como máximo (anexo 3).

Consumo de alcohol: La presente variable se mide en el rango de tres categorías.

- De 0 a 7: Bebe en forma responsable.
- De 8 a 15: Alcohol en un nivel de riesgo.
- De 16 y más: Nivel de problema

El instrumento mencionado fue realizado mediante una validez de contenido, validado por 4 expertos en el tema de investigación: Dos enfermeras especialistas en la Atención Integral del Adolescente, una Docente de la ESEN- FACS y una Enfermera Docente de Salud Mental y Psicología. Y la confiabilidad del instrumento obtuvo una consistencia interna de 0.886 citado por Vargas Vargas, L. (2013).

En esta investigación, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.669, que significa una confiabilidad moderado (ver anexo 4)

4.4. Técnicas de procesamiento de la información

Una vez obtenidos los resultados se procedió a ordenarlos y codificarlos, se elaboró la base de datos y posteriormente se realizó el procesamiento estadístico mediante el SPSS (programa estadístico informático para las ciencias sociales Statistical Package for the Social Sciences). Se realizó un análisis de confiabilidad con la prueba de cronbach. Finalmente se aplicó la prueba de significancia mediante el Chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Se utilizaran las siguientes técnicas para el tratamiento estadístico de los datos:

- Confiabilidad del instrumento mediante el alfa de Cronbach
- Para la verificación de hipótesis, el estadígrafo chi cuadrado en el nivel del 0.05 de significación estadística.

4.6. Aspectos éticos contemplados

El estudio no causará daños físicos, psicológicos, ni morales a las personas; puesto que los datos se obtienen por medio del consentimiento informado y serán absolutamente confidenciales, se manejarán sin nombres personales, solo como datos estadísticos.

Dentro del proceso investigativo, los reactivos psicológicos a aplicarse concuerdan con la necesidad a cubrir los requisitos de los objetivos, pues los mismos cuentan con los principios básicos de la ética, además se concede a los participantes confidencialidad, beneficencia y justicia dado que la identidad se encuentra salvaguardada para evitar

dificultades posteriores. De este modo, se les explicó los objetivos y el propósito de la investigación previa a la aplicación del instrumento, lo que hizo que las unidades de análisis ejerzan libre elección sobre si participar o no de la investigación.

Se tiene en cuenta que el psicólogo está obligado a salvaguardar la información acerca de un grupo, que fuere obtenida en el curso de la investigación. (Art. 20).

Así mismo el psicólogo asume la responsabilidad de realizar una evaluación cuidadosa de su aceptabilidad ética. En la medida en que esta evaluación sugiera un compromiso con algunos de los principios éticos, el investigador tiene obligación de buscar consejo ético y de salvaguardar los derechos humanos de los participantes. (Art. 79).

El investigador debe informar a los participantes de todas las características de la investigación que puedan influir en su decisión de participar, y de explicar otros aspectos de la investigación sobre los que pregunte el participante. El no revelar aquello que es pertinente añade peso a la responsabilidad del investigador, pues tiene obligación de proteger el bienestar y dignidad del participante. (Art. 81).

Después de recoger los datos, el investigador proporciona al participante información sobre la naturaleza del estudio, a fin de aclarar cualquier malentendido que pueda haber surgido. En los casos en que los valores científicos o humanos justifican retener información, el investigador adquiere una especial responsabilidad de evitar consecuencias perjudiciales para los participantes. (Art. 85).

CAPITULO V ANALISIS Y DISCUSION

5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos.

Tabla 1. Distribución de la autoestima en adolescentes.

		f	%
Autoestima	Autoestima alta	23	8,9
	Autoestima media	143	55,2
	Autoestima baja	93	35,9
	Total	259	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla 1 se muestra, que del total de adolescentes encuestados, 143 corresponden al nivel de autoestima media que equivalen 55.2%, 93 adolescentes que se ubican en un nivel de autoestima bajo que equivalen al 35.9 % y por último 23 adolescentes que equivalen al 8.9% corresponde a un nivel de autoestima alta.

Tabla 2 Distribución de la autoestima en adolescentes en razón al sexo.

			Niveles de autoestima			Total
			Autoestima alta	Autoestima media	Autoestima baja	
Sexo	Masculino	f	12	76	52	140
		%	8,6%	54,3%	37,1%	100,0%
	Femenino	f	11	67	41	119
		%	9,2%	56,3%	34,5%	100,0%
Total		f	23	143	93	259
		%	8,9%	55,2%	35,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla 2, el 37.1% (52) de los hombres y el 34.5% (41) de las mujeres, presentan autoestima baja, mientras que el 8.6% (12) de los hombres y el 9.2% (11) de las mujeres presentan autoestima alta.

Tabla 3 Distribución de la autoestima en adolescentes en razón a la edad.

			Autoestima			Total
			Autoestima alta	Autoestima media	Autoestima baja	
Edades	14 a 15 años	f	8	70	46	124
		%	6,5%	56,5%	37,1%	100,0%
	16 a 18 años	f	15	73	47	135
		%	11,1%	54,1%	34,8%	100,0%
Total		f	23	143	93	259
		%	8,9%	55,2%	35,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla 3 los adolescentes de 14 a 15 años presentan mayor proporción de autoestima baja (37,1%) que los adolescentes de 16 a 18 años (34,8%), mientras que los

adolescentes de 16 a 18 años presentan mayor proporción de autoestima alta (11,1%) que los adolescentes de 14 a 15 años (6.5%).

Tabla 4. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes.

		f	%
Consumo de alcohol	Responsable	231	89,2
	Riesgo	22	8,5
	Problema	6	2,3
	Total	259	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla 4 se observa que el 89,2% bebe de forma responsable, es decir, casi 9 de cada 10 adolescentes admiten consumir alcohol de manera responsable, el 8.5% consume alcohol en un estado de riesgo, el 2.3% presenta problemas con el alcohol.

Tabla 5. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes según sexo.

Sexo			Consumo de alcohol			Total
			Responsable	Riesgo	Problema	
Masculino	f		119	16	5	140
	%		85,0%	11,4%	3,6%	100,0%
Femenino	f		112	6	1	119
	%		94,1%	5,0%	0,8%	100,0%
Total	f		231	22	6	259
	%		89,2%	8,5%	2,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla 5, el 85% (119) de los varones y el 94.1% (112) de las mujeres se ubican dentro de la categoría “responsable”; mientras que el 3.6% de los varones y el 0,8% de las mujeres presenta problemas con el consumo de alcohol.

Tabla 6. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes según su edad.

			Consumo de alcohol			
			Responsable	Riesgo	Problema	Total
Edad	14 a 15 años	f	114	7	3	124
		%	91,9%	5,6%	2,4%	100,0%
	16 a 18 años	f	117	15	3	135
		%	86,7%	11,1%	2,2%	100,0%
Total		f	231	22	6	259
		%	89,2%	8,5%	2,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la tabla 6, se observa que los adolescentes de 14 a 15 años presentan mayor proporción de problemas relacionados con el alcohol (2,4%) que los adolescentes de 16 a 18 años (2,2%), asimismo, los adolescentes de 14 a 15 años presentan mayor proporción de consumo responsable (91,9%) que los adolescentes de 16 a 18 años (86,7%).

5.2. Análisis inferencial.

Tabla 7. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en la muestra global.

			Consumo de alcohol			
			Responsable	Riesgo	Problema	Total
Autoestima	Autoestima alta	f	20	1	2	23
		%	87,0%	4,3%	8,7%	100,0%
	Autoestima media	f	127	12	4	143
		%	88,8%	8,4%	2,8%	100,0%
	Autoestima baja	f	84	9	0	93
		%	90,3%	9,7%	0,0%	100,0%
Total		f	231	22	6	259
		%	89,2%	8,5%	2,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (p-valor= 0,137)

En tabla 7 se observa que los adolescentes que presentan mayor proporción de baja autoestima presentan mayor proporción de consumo de alcohol responsable (90,3%), mientras que los adolescentes que presentan mayor proporción de problemas con el consumo de alcohol, presentan mayor proporción de alta autoestima (8,7%); sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación entre estas variables.

Tabla 8. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en la muestra de varones.

Sexo		Consumo de alcohol				
		Responsable	Riesgo	Problema	Total	
Masculino	Autoestima alta	f	11	0	1	12
		%	91,7%	0,0%	8,3%	100,0%
	Autoestima media	f	61	11	4	76
		%	80,3%	14,5%	5,3%	100,0%
	Autoestima baja	f	47	5	0	52
		%	90,4%	9,6%	0,0%	100,0%
Total		f	119	16	5	140
		%	85,0%	11,4%	3,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017

(Chi2= 0,214)

En la tabla 8 se observa que los adolescentes que presentan mayor proporción de alta autoestima, presentan mayor proporción de consumo de alcohol responsable (91,7%); asimismo, los adolescentes que presentan mayor proporción de problemas con el consumo de alcohol, presentan mayor proporción de autoestima alta (8,3%); sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación entre estas variables.

Tabla 9. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en la muestra de mujeres.

Sexo		Consumo de alcohol			Total	
		Responsable	Riesgo	Problema		
Femenino	Autoestima alta	f	9	1	1	11
		%	81,8%	9,1%	9,1%	100,0%
	Autoestima media	f	66	1	0	67
		%	98,5%	1,5%	0,0%	100,0%
	Autoestima baja	f	37	4	0	41
		%	90,2%	9,8%	0,0%	100,0%
Total		f	112	6	1	119
		%	94,1%	5,0%	0,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017

(Chi2= 0,007)

En la tabla 9 se observa que los adolescentes que presentan mayor proporción de alta autoestima, presentan mayor proporción de consumo de alcohol responsable (81,8%); asimismo, los adolescentes que presentan mayor proporción de problemas con el consumo de alcohol, presentan mayor proporción de autoestima alta (9,1%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 10. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 15 años.

Edades		Consumo de alcohol			Total	
		Responsable	Riesgo	Problema		
14 a 15 años	Autoestima alta	f	8	0	0	8
		%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Autoestima media	f	63	4	3	70
		%	90,0%	5,7%	4,3%	100,0%
	Autoestima baja	f	43	3	0	46
		%	93,5%	6,5%	0,0%	100,0%
Total		f	114	7	3	124
		%	91,9%	5,6%	2,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

(Chi2= 0,570)

En la tabla 10 se observa que los adolescentes que presentan mayor proporción de alta autoestima, presentan mayor proporción de consumo de alcohol responsable (100,0%); asimismo, los adolescentes que presentan mayor proporción de problemas con el consumo de alcohol, presentan mayor proporción de autoestima media (4,3%); sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación entre estas variables.

Tabla 11. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de 16 a 18 años.

Edades				Consumo de alcohol			
				Responsable	Riesgo	Problema	Total
16 a 18 años	Autoestima alta	f		12	1	2	15
		%		80,0%	6,7%	13,3%	100,0%
	Autoestima media	f		64	8	1	73
		%		87,7%	11,0%	1,4%	100,0%
	Autoestima baja	f		41	6	0	47
		%		87,2%	12,8%	0,0%	100,0%
Total	f		117	15	3	135	
	%		86,7%	11,1%	2,2%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia, 2017.

(Chi2= 0,039)

Se observa que los adolescentes que presentan mayor proporción de autoestima media, presentan mayor proporción de consumo de alcohol responsable (87,7%); asimismo, los adolescentes que presentan mayor proporción de problemas con el consumo de alcohol, presentan mayor proporción de autoestima alta (13,3%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

5.3.1. Comprobación de hipótesis.

Se sometieron a comprobación las siguientes hipótesis específicas:

Hipótesis 1

Ho: No hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra global de adolescentes.

H1: Si hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra global de adolescentes.

Hipótesis 2

Ho: No hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de varones.

H1: Si hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de varones.

Hipótesis 3

Ho: No hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de mujeres.

H1: Si hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de mujeres.

Hipótesis 4

Ho: No hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de adolescentes de 14 a 15 años.

H1: Si hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de adolescentes de 14 a 15 años.

Hipótesis 5

Ho: No hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de adolescentes de 16 a 18 años.

H1: Si hay asociación entre las variables autoestima y consumo de alcohol en la muestra de adolescentes de 16 a 18 años.

5.3.2. Técnicas estadísticas.

Tablas de distribución de frecuencias.

Se utilizó estas herramientas para determinar la proporción o prevalencia de los niveles de autoestima y consumo de alcohol.

Prueba chi cuadrado.

Se utilizó para evaluar asociación o independencia entre las variables dado que estas se recolectaron en un nivel de medición cualitativa nominales.

5.4. Discusión y conclusiones.

Los hallazgos encontrados en esta investigación son corroborados por Morales (2017), quien en su estudio encontró que no existe relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes objeto de estudio.

Esta investigación muestra semejanzas a la teoría postulada por Rosemberg (1996) de autoestima, quien señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia

el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

En relación al consumo de alcohol, rechaza la teoría que postulan Castaño y Calderón (2014), quienes mencionan que el consumo de alcohol ha suscitado interés en todas las culturas y en todos los continentes, desde los años ochenta existen ya reportes de los altos niveles de consumo y problemas asociados a su abuso, en este grupo poblacional, existe más probabilidad de uso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia y la etapa de adulto joven, con una asociación positiva entre nivel educativo y consumo.

Por otro lado los resultados de la confiabilidad de los instrumentos mediante el alfa de Cronbach obtenidos en la investigación, en cuanto al instrumento que mide la autoestima presenta una confiabilidad con un valor estadístico de 0.60, el cual se asemeja a la investigación de Castañeda (2013) donde se observó que la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.80. Y el instrumento que mide el consumo de alcohol presenta una fuerte confiabilidad con un valor del estadístico de 0.81., corroborado por Vargas, L. (2013), quien en su estudio obtuvieron una coherencia interna de 0.886.

Los hallazgos encontrados se asemejan a los de Ticona (2012) quien en su investigación, cuyos resultados obtenidos son los niveles de autoestima media (53,64%) y una autoestima baja (21,19%). que hay más casos relacionados con un nivel bajo y medio de autoestima y el consumo de alcohol en la dependencia de alcohol.

Y Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010) en su estudio, encontró que la mayoría de los adolescentes participantes tuvieron la autoestima elevada (94.5%), y ninguno presentó autoestima baja, por lo tanto rechaza los resultados de la presente investigación. Ya que los resultados presentan autoestima media con tendencia baja.

Los resultados encontrados son aceptados por Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010), quienes encontraron que el 80.7% de los adolescentes del estudio no tienen riesgo de consumo de alcohol, es decir presentan un nivel responsable. Y Castaño, García y Marzo (2013), en su investigación, encontraron que el 82,3 % había consumido alcohol en algún momento de su vida, el 66,0 %, no teniendo problemas con el consumo de esta sustancia, 21,6 % tenían consumo perjudicial y el 12,5 % presentaban ya dependencia, según el test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Por otro lado estos resultados son rechazados por Ticona (2012), que en su estudio encontró que los niveles del consumo de alcohol se encuentran en mayor porcentaje consumo en riesgo (72,85%), la dependencia al alcohol (14,57%) y un consumo perjudicial (12,58%).

Con respecto al nivel de autoestima y consumo de alcohol en función del sexo y la edad, existe asociación en cuanto al sexo femenino. Y en edades de 16 a 18 años.

No encontrándose referencias que apoyen estos hallazgos, siendo relevante esta contribución de las variables sociodemográficas para la comunidad científica y de psicología.

Conclusiones.

1. Los niveles de autoestima no presentan asociación con los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago-Ica, 2016.
2. Los niveles de autoestima no presentan asociación con los niveles de consumo de alcohol en adolescentes varones del distrito de Santiago, mientras que los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de consumo de alcohol en el sexo femenino.

3. Los niveles de autoestima no presentan asociación con los niveles de consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 15 años, mientras que los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de consumo de alcohol en adolescentes de 16 a 18 años.

ANEXOS

Anexo	1	Matriz de Consistencia
Anexo	2	Cuestionario de Autoestima
Anexo	3	Cuestionario de Consumo de Alcohol
Anexo	4	Estadística de Fiabilidad: AUDIT
Anexo	5	Estadística de Fiabilidad: EAR

Anexo 1: Matriz de consistencia

AUTOESTIMA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE SANTIAGO-ICA

OBJETIVO	FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	METODOLOGIA	
			DISEÑO MUESTRAL	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Objetivo general Determinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago-Ica, 2016.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, según sexo. Examinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, según edad.</p>	<p>Problema principal ¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago-Ica, 2016?</p> <p>Problema secundario ¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, según sexo? ¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, según edad?</p>	<p>Hipótesis general Existe asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol en adolescentes del distrito de Santiago, 2016.</p> <p>Hipótesis secundarias Existe asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol según el sexo de los adolescentes del distrito de Santiago, 2016. Existe asociación entre los niveles de autoestima y los niveles de consumo de alcohol según la edad de los adolescentes del distrito de Santiago, 2016.</p>	<p>La población infinita conformada por todos los adolescentes del distrito de Santiago, de los cuales se extrajo una muestra intencional criterio no probabilístico de 259 adolescentes, fluctuando entre los 14 y 18 años de edad.</p>	<p>El diseño seleccionado es el diseño asociativo comparativo (Ato, López y Benavente, 2013).</p>

Ica, agosto del 2016

Anexo 2: E.A.R

Autor: Morris Rosenberg (1965). Evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal.

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Nombres: _____ **Edad:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha de evaluación:** _____

Instrucciones: Deberás marcar uno de los cuatro ítems que se presenta según estés de acuerdo

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
2	A veces pienso que no soy bueno en nada.				
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
6	A veces me siento realmente inútil.				
7	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8	Ojalá me respetara más a mí mismo.				
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

Nombres: _____ **Edad:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha de evaluación:** _____

Indicación: Las siguientes preguntas se refieren a tu consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días. Por favor, marca con una "x" en la opción que mejor te represente.

	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una vez al mes	2 a 4 veces al mes	2 o 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele hacer en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Mensualmente	Quincenalmente	Semanalmente	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 que había empezado?	Nunca	Mensualmente	Quincenalmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía, por haber bebido?	Nunca	Mensualmente	Quincenalmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas por la mañana para recuperarse de haber bebido mucho la noche anterior?	Nunca	Mensualmente	Quincenalmente	Semanalmente	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?	Nunca	Mensualmente	Quincenalmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de recordar qué pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Mensualmente	Quincenalmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

RESULTADOS DEL CALCULO DE LAS PRUEBAS DE CONFIABILIDAD EN EL
PROGRAMA SPSS

Anexo 4: cuestionario AUDIT

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,669	10

Anexo 5: cuestionario EAR

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	10

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la autoestima en adolescentes.....	37
Tabla 2. Distribución de la autoestima en adolescentes en razón al sexo.....	38
Tabla 3. Distribución de la autoestima en adolescentes por edad.....	39
Tabla 4. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes.....	41
Tabla 5. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes según sexo.....	42
Tabla 6. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes según su edad.....	43
Tabla 7. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en la muestra global.....	58
Tabla 8. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en la muestra de varones....	59
Tabla 9. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en la muestra de mujeres....	60
Tabla 10. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 15 años.....	61
Tabla 11. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de 16 a 18 años.....	62

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1: Distribución de la autoestima en adolescentes.....	37
Grafico 2. Distribución de la autoestima en adolescentes en razón al sexo.....	38
Grafico 3. Distribución de la autoestima en adolescentes por edad.....	39
Grafico 4. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes.....	41
Grafico 5. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes según sexo.....	42

Grafico 6. Distribución del consumo de alcohol en adolescentes según su edad.....	43
Grafico 7. Niveles de autoestima y consumo de alcohol.....	58
Grafico 8. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en varones.....	59
Grafico 9. Niveles de autoestima y consumo de alcohol en mujeres.....	60
Grafico 10. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de 14 a 15 años.....	61
Grafico 11. Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de 16 a 18 años.....	62

REFERENCIAS

- Álvarez, A., Alonso, M., & Guidorizzi, A. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. www.eerp.usp.br/rlae
- Asociación Peruana de Consumidores y Usuarios - ASPEC (2010). *Consumacción. Boletín quincenal de los consumidores*. 28. Recuperado el 11 de junio del 2010 de <http://www.aspec.org.pe/documentos/consumatencion/28.pdf>
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Babor, T. F., Higgins. J, Saunders. J & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary Care*. 2nd ed. World Health Organization.
- Branden, N. (2010). *La autoestima de la mujer*. España: Edición Paidós Bérica S.L.U.
- Branden, N. (1995). "Los seis pilares de la autoestima". México: Paidós.
- Castañeda, A. (2013). *Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima metropolitana*. (Trabajo de grado). Pontificia universidad católica del Perú. Lima, Perú.
- Castaño, G., & Calderon, G. (2014). *Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/01041169.3579.2475>
- Coaquira, E., & Arroyo, J. (2017). *Funcionamiento familiar y consumo de alcohol relacionado al inicio sexual en estudiantes mujeres del 3ro, 4 to y 5to de*

secundaria de un colegio nacional en el departamento de Junín, 2016-2017 (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

Coopersmith, S. (1996). *Antecedentes de la autoestima.* México: Ed. Trillas.

Coopersmith, S. (1976). "The Antecedents of Self- Esteem". San Francisco: W. H. Freeman & Company.

Chapa, S. & Ruíz, M. (2012). *Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E.N°0031 María Ulises Dávila Pinedo. Morales. Octubre-Diciembre 2011.* (Trabajo de grado). Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto. Perú.

Cox, M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology, 7(2), 168-180.*

Cox, M. & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change and alcohol use: A model. En M. Cox (Ed.), *Why people drink* (pp. 291-311). Nueva York: Gardner Press.

Craighead, E., McHale, S. & Poper, A. (2001). Self-Esteem Enhancement With

García, D., García, G., Tapiero, Y. & Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia promoc. Salud, 17 (2), 169-185.* Recuperado el 17 de junio de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826012>

Gil, S. (2012). *Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad.* (Tesis de doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

- Harrison, S. (2014). *La Autoestima*. Puerto Rico: Ponce. pag.2
- Loza, P. (2015). *Nivel de autoestima y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes mujeres del colegio n° 81002 Javier Heraud*. (Tesis para obtener el título profesional de obstetra). Universidad privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.
- López, P. (2003). *Diferencias de género en el consumo de drogas de los adolescentes españoles*. Tesis doctoral no publicada.
- Llaza, Y. (2011). “Autoestima”. Tesis de grado. Inédito.
- Marconi, J. (1986). Bases para una epidemiología del alcoholismo en America Latina. Argentina. Ed. Jhonson.
- Martínez, O. (2010). *La Autoestima*. Obtenido de <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/la-autoestima.pdf> Pags.3-4-5-7
- Maslow, A. (1991). Motivación y personalidad. Madrid: *Ediciones Díaz de Santos*. Pag 124
- Maximiliano, L., Ortega, A., Salas, M., & Vaiz, R. (2015). *Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales en el distrito de Ventanilla*. (Tesis en magister). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Mendez, C. (2001). *Metodología. Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación*. Santafé de Bogota: McGraw-Hill Interamericana, C.A.
- Meurer, S. T., Luft, C. B., Benedetti, T. R., & Mazo, G. Z. (2012). Validade de construto e consistencia interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motricidade*, 8, 5-15.

- Myers, D. (2005). *Psicología*. Madrid: Panamericana.
- Moñino, M. (2012). *Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes de la región de Murcia*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. España.
- Morales, R. (2017). *Nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Pública Industrial 32 – Puno 2016*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería). Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú.
- Morales, E., Camarena, F., & Torres, M.A. (1992). Orientaciones terapéuticas sobre alcoholismo. Valencia: Conselleria de Treballi Afers Socials.
- Moya, J., & Mezquita, L. (2011). *El consumo de alcohol excesivo en la adolescencia*. Recuperado de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/78009/forum_2008_6.pdf?sequence=1
- Mruk, C. (1999). “Self Esteem, Research, Theory and practice”. New York: Springer Publishing Company
- Nathan, P. E., Titler, N., Lowenstein, L. M., Salomon, P., & Rossi, M. A. (1970). Behavioral Analysis of chronic alcoholism. Interaction of alcohol and Human contact. Arch. Gen. Psychiat., vol.22
- OMS (2014). Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2014. [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available at:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/ Accessed October 10, 2014.

Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). (2009) Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Rodriguez, E. (2015). *Autoestima: Clave del éxito personal*. España: Editex. Pag. 2

Rodríguez, C., & Caño, A. (2012). *Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención*. Universidad de Málaga, España.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image. Revised edition*. Middletown: Wesleyan University Press.

Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Rosemberg M. (1996) *Counseling The Self*. New York: Basic Book

Sánchez, S. (2016). *Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes*. (Tesis para el optar el título profesional de licenciada en psicología clínica). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 88(6): 791-804.

Secades, R. (2001). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Pirámide: Madrid.

- Ticona, A. (2012). *Nivel de autoestima y consumo de alcohol como factores de riesgo para inicio precoz de las relaciones coitales en los adolescentes de la institución educativa mariscal Cáceres del distrito de ciudad nueva Tacna*. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Perú.
- Vargas, L. (2013). *Influencia de los factores psicosociales en el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes del nivel secundario de la I.E. Modesto Basadre Tacna*. (Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Perú.
- Windle, M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 627-637.
- Yelon, S. & Weinstein, G. (2008). *La psicología en el aula*. Primera edición (1988). Editorial Trillas