



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

Funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad física en relación con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco, 2015

Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano

TESISTA

Johannes Kendall Bazan Alvarez

HUÁNUCO – PERÚ
2017

DEDICATORIA

A Dios, mi padre, guía y protector.

A mis padres, Mis dos hermanos, mi inspiración.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la relación entre funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad física con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco, además describir características sociodemográficas y características asociadas al consumo de alcohol. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal en 364 adolescentes. Se empleó una encuesta que incluye datos generales, además tres instrumentos de medición, APGAR familiar; escala de autoestima Rosenberg, cuestionario clínico de actividad física (INTA) y el cuestionario AUDIT, finalmente ítems con aspectos relacionados al consumo de alcohol. En el análisis se calcularon medidas de resumen, frecuencias y análisis bivariado en SPSS v21.0[®]. **Resultados:** Se incluyeron 364 encuestas. El promedio de edad fue 14,4 años. El 80,2% eran del género masculino. El 65,4% pertenecían a la religión católica. El 30,2% de adolescentes consumía alcohol. El promedio de edad de inicio de consumo fue 14,8 años. El 59,1% presentó tipo de consumo sensato. El 91,8% tuvieron autoestima elevada. El 59,1 % de adolescentes eran sedentarios. La relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol fue estadísticamente significativo ($\chi^2=16,771$; $p=0,000$). Así como la relación entre nivel de autoestima y consumo de alcohol ($\chi^2=16,771$; $p=0,014$). **Conclusiones:** La prevalencia de consumo de alcohol en esta población es mayor de lo reportado previamente en estudiantes adolescentes, existe un mayor consumo sensato o sin riesgo, sin embargo el consumo dañino o perjudicial es mayor de lo reportado para esta población. La familia funcional y una autoestima elevada tienen menor riesgo de consumo de alcohol.

Palabras clave: *adolescente; alcohol; relaciones familiares; autoestima; actividad motora (fuente: DeCS BIREME).*

ABSTRACT

Aim: To determine the relationship between family functioning, self-esteem and physical activity with alcohol consumption in adolescents E.I. "Leoncio Prado Gutierrez» Huanuco, and also to describe the sociodemographic characteristics associated with use alcohol characteristics. **Materials and methods:** It is a cross-sectional study of 364 adolescents selected by simple random sampling. A survey that includes general data was used, plus three instruments of measurement, APGAR family; Rosenberg self-esteem scale, clinical physical activity questionnaire (INTA) and the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). The analytic process was using the SPSS 21.0[®] to calculate the summary measures frequency and bivariate analysis. **Results:** 364 surveys were included. The average age was 14.4 years. 80.2% were male. 65.4% were Catholic. 30.2% adolescents consumed alcohol. Beer, showed 44% of consumption. The average age of first use was 14.8 years. 59.1% had a sensible type of drinking. 91.8% had high self-esteem. 59.1% of adolescents were sedentary. The relationship between family functioning and alcohol consumption was statistically significant ($\chi^2 = 16.771$; $p = 0.000$). Also the relationship between self-esteem and alcohol consumption was statistically significant ($\chi^2 = 16.771$; $p = 0.014$). **Conclusions:** The prevalence of alcohol use in this population is higher than previously reported in adolescent students, exist a more safe consumption, or without risk, however the harmful consumption is higher than reported in this population. The functional family and high self-esteem personality have a lower risk of alcohol consumption.

Key words: *adolescent; alcoholic beverages; family relations; Self Concept; Motor Activity (source: MeSH NLM).*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÍNDICE.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1. ANTECEDENTES	
1.1.1. En el ámbito internacional.....	5
1.1.2. En el ámbito nacional.....	8
1.1.3. En el ámbito regional.....	10
1.2. BASE TEÓRICA	
1.2.1. Aspectos conceptuales sobre alcohol.....	10
1.2.1.1. Alcohol.....	10
1.2.1.2. Cantidad de alcohol consumida	11
1.2.1.3. Tipología del consumo de alcohol.....	14
1.2.1.3.1. Consumo de riesgo.....	14
1.2.1.3.2. Atracón o Binge Drinking.....	15
1.2.1.3.3. Intoxicación alcohólica.....	15

1.2.1.3.4. Consumo perjudicial.....	16
1.2.1.3.5. Adicción.....	16
1.2.2. Generalidades sobre la adolescencia.....	17
1.2.2.1. Aspectos conceptuales sobre consumo de alcohol y adolescencia.....	18
1.2.3. Aspectos conceptuales sobre funcionalidad familiar.....	19
1.2.3.1. Familia Funcional	21
1.2.3.2. Familia Disfuncional.....	22
1.2.4. Aspectos conceptuales sobre nivel de autoestima.....	24
1.2.4.1. Definición.....	24
1.2.4.2. Componentes de la autoestima.....	26
1.2.4.3. Clasificación de la autoestima.....	28
1.2.4.3.1. Baja Autoestima.....	28
1.2.4.3.2. Alta Autoestima.....	30
1.2.4.4. Factores que influyen en el autoconcepto.....	31
1.2.4.5. Formación de la autoestima.....	32
1.2.5. Aspectos conceptuales sobre actividad física.	35

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Descripción del problema.....	38
2.2. Formulación Del Problema:	40
2.3. Objetivos:	

2.3.1. Objetivo general.....	40
2.3.2. Objetivos específicos.....	40
2.4. Hipótesis.....	41
2.5. Definición Operacional De Variables.....	41
2.6. Diseño de investigación.....	43
2.7. Población y Muestra	44
2.7.1. Población.....	44
2.7.2. Criterios de inclusión.....	45
2.7.3. Criterios de exclusión.....	45
2.7.4. Unidad De Análisis.....	45
2.7.5. Ubicación De La Población En El Espacio Y El Tiempo.....	45
2.7.6. Muestra.....	46
2.7.7. Muestreo.....	46
2.7.8. Cálculo de muestra.....	46
2.8. Técnicas de recolección y tratamiento de datos	
2.8.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
2.8.1.1. Instrumentos.....	47
2.8.2. Validez y confiabilidad del instrumento.....	51
2.8.3. Plan de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	52
2.8.4. Procesamiento y presentación de datos.	53

2.8.5. Plan de análisis e interpretación de datos.....	54
2.9. Aspectos éticos de la investigación.....	55
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	56
CAPÍTULO IV: DISCUSION.....	58
CONCLUSIONES.....	63
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	65
LIMITACIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS	
ANEXO N ⁰¹ : TABLAS	
Tabla 1. Resumen De Evaluación Por Expertos.....	74
Tabla 2. Características generales de los adolescentes.....	75
Tabla 3. Características generales de los adolescentes.....	76
Tabla 4. Características de los adolescentes que consumen alcohol.....	77
Tabla 5. Factores asociados al consumo de alcohol.....	78
ANEXO N ⁰²	79
ANEXO N ⁰³	80
ANEXO N ⁰⁴	82

INTRODUCCIÓN

Según la OMS cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. El consumo de alcohol, 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 internacional, nacional y local (1).

La prevalencia de consumo de alcohol en jóvenes en edad escolar en el continente americano varía entre el 18 y el 62%, manifestando un incremento en los últimos años en todos los países. Además, se observó un incremento en el patrón de consumo excesivo episódico que conlleva a situaciones de riesgo inmediato (2).

En el ámbito peruano existe la preocupación por el incremento de nuevos consumidores púberes y adolescentes de las principales sustancias de abuso como el alcohol; sin embargo, no se dispone de suficiente información al respecto. Los

resultados del reciente estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares. En general se estima una prevalencia de consumo de alcohol de 29,4% (3).

Los adolescentes tienen la característica de vivir en una situación de dependencia de los padres siguiendo las normas y reglas que ellos les implanten. Por ese motivo, un medio familiar disfuncional puede provocar el desarrollo de conductas inapropiadas y de riesgo en los adolescentes. Además 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 consumo de bebidas alcohólicas (4). Asimismo, no existe mucha información actualizada sobre la actividad física y consumo de alcohol en los adolescentes, existe la creencia general es que el ejercicio físico se asocia a un menor riesgo de adoptar conductas nocivas y podría limitar la ingesta habitual de bebidas alcohólicas (5)

Por lo mencionado, el presente trabajo busca determinar la relación entre funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad física con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez», además describir las características sociodemográficas y características asociadas al consumo de alcohol de los adolescentes. Es sumamente importante elaborar políticas con enfoque preventivo en torno a al consumo de alcohol en el adolescente.

El uso de sustancias adictivas como el alcohol, 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 internacional, nacional y local. A pesar de la fuerte inversión económica y atención de los organismos internacionales por el problema del consumo de sustancias, es muy poco lo que se ha avanzado en materia de prevención. El consumo de alcohol que puede llegar a la adicción a estas sustancias generalmente comienza con el uso experimental y recreativo en edades tempranas. Por ello, es sumamente importante elaborar políticas con enfoque preventivo en torno a la prevención del consumo alcohol en el adolescente, que se traduzcan en programas y proyectos que incluyan los ámbitos familiar, comunitario, escolar y a los medios de comunicación.

A mediados del siglo pasado, el consumo de sustancias estaba concentrado a poblaciones de alto riesgo; sin embargo, actualmente se encuentra en los diferentes estratos de la sociedad. Los adolescentes, son quizás el grupo etario que se encuentra en mayor vulnerabilidad a los efectos y consecuencias del consumo de alcohol, considerando las características propias de este periodo.

Los adolescentes tienen la característica de vivir en una situación de dependencia de los padres siguiendo las normas y reglas que ellos les implanten. Por ese motivo, un medio familiar disfuncional puede provocar el desarrollo de conductas inapropiadas y de riesgo en los adolescentes. Además 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 consumo de bebidas alcohólicas (5). Asimismo, no existe mucha información actualizada sobre la actividad física y consumo de alcohol en los adolescentes, existe la creencia general es que el ejercicio físico se asocia a un menor riesgo de adoptar conductas nocivas y podría limitar la ingesta habitual de bebidas alcohólicas (6).

Por lo mencionado, el presente trabajo busca la relación entre consumo de alcohol en los adolescentes y la funcionalidad familiar, el nivel de autoestima del adolescente y la actividad física; Como posible sustento teórico para elaborar políticas con enfoque preventivo en torno a la prevención del consumo alcohol en el adolescente de nuestra localidad. Además será útil como base, para estudios posteriores en la ciudad de Huánuco.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. En el ámbito internacional

Hemovich, Lac y Crano (2011), sobre la base del estudio nacional de padres y juventud de los Estados Unidos, que comprende 4123 participantes, realizaron un análisis multivariado con el fin de explorar la estructura familiar y el consumo y percepción sobre el consumo de drogas. Los resultados indican que los jóvenes provenientes de familias monoparentales se involucran en mayores niveles de consumo de sustancias en comparación a los que vienen de familias con ambos padres. Específicamente, los jóvenes que viven únicamente con el padre hacen mayor uso de tabaco, marihuana y alcohol, en comparación con los jóvenes que viven con su madre o con ambos padres. Los jóvenes que viven únicamente con la madre se involucran en mayor uso de tabaco y marihuana, en comparación a los jóvenes que viven con ambos padres. Además, se encontró que el involucramiento o monitoreo parental (monitoring) y la calidez (warmth) predijeron la percepción sobre el uso de drogas y fueron un buen predictor del uso de drogas en adolescentes. Los autores sugieren que las exigencias financieras que implican mantener un hogar (trabajar más horas o tener varios trabajos) supondrían que los padres o madres solteras encuentren mayores dificultades en monitorear consistentemente a sus hijos. Los resultados de la investigación confirman esas suposiciones. Además, se encontró que los ingresos de las familias duales exceden

significativamente los de las familias monoparentales y que el monitoreo parental fue ampliamente mayor en familias con ambos padres.

Ruiz-Risueño Abad; et al. Realizaron el estudio titulado “Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia” Se trata de un estudio descriptivo, transversal y comparativo donde participaron en el estudio 3 249 alumnos españoles y 1 083 alumnos mexicanos de entre 12 y 16 años, respondieron un cuestionario sobre hábitos físico-deportivos, consumo de bebidas alcohólicas o tabaco e influencia del entorno familiar. Se realizó un análisis descriptivo y una regresión logística multinomial para averiguar la capacidad predictiva de las variables incluidas en el modelo. Los resultados fueron que en ambos países el consumo aumenta con la edad. Comparativamente existe mayor prevalencia entre los estudiantes españoles a la hora de consumir sustancias adictivas. Los estudiantes españoles físicamente activos tienen menos probabilidades de consumir alcohol y tabaco; entre los mexicanos no se encuentran diferencias significativas al respecto. Los resultados reflejan que en España las mujeres consumen bebidas alcohólicas y fuman con mayor frecuencia. Los varones españoles, sin embargo, lo hacen de manera esporádica pero en mayores cantidades. En México, los adolescentes consumen alcohol más regularmente que las adolescentes, pero no existen diferencias en la cantidad. Se concluye en el estudio que En España, la práctica de actividades físico-deportivas se relaciona claramente con un menor consumo. Ser físicamente activo actúa como agente protector ante hábitos no saludables. En los adolescentes mexicanos no se ha encontrado una relación significativa entre estos

factores. Tanto en España como en México, los hermanos y los padres son los familiares que mayor influencia ejercen respecto del consumo de alcohol y tabaco. Además, se ha comprobado la tendencia a un consumo simultáneo de ambas sustancias (6).

Alicia Álvarez Aguirre; et al. Realizaron el estudio titulado "Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes" de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, la investigación tuvo 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. Por lo que se sugiere implementar programas preventivos con respecto al consumo de alcohol y factores protectores a fin de que los adolescentes continúen con un estilo de vida saludable (5).

Jiménez, Teresa I.(España, 2011) realizó el estudio titulado "Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes." El objetivo del estudio fue es analizar las relaciones directas e indirectas entre la calidad del clima familiar, la autoestima del adolescente considerada

desde una perspectiva multidimensional (autoestima familiar, escolar, social y física) y su consumo de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana). La muestra estaba constituida por 414 adolescentes españoles de entre 12 y 17 años estudiantes en centros educativos de secundaria. Para el análisis de los datos se utiliza la técnica estadística de ecuaciones estructurales y se sigue el procedimiento de análisis de efectos mediadores de Holmbeck (1997). Los resultados indicaron que la autoestima de los adolescentes puede ser considerada desde una doble perspectiva: protectora, en relación con las dimensiones familiar y escolar que muestran una relación negativa con el consumo de sustancias y, de riesgo, en relación con las dimensiones social y física que muestran una relación positiva con dicho consumo. Además, estos dos tipos de autoestima median significativamente la influencia de la calidad del clima familiar en el consumo de sustancias de los adolescentes. Estos resultados se discuten en relación con la literatura previa y se concluyó que parece necesario considerar el clima familiar como un antecedente relevante de la autovaloración de los adolescentes y adoptar una perspectiva multidimensional en el estudio de la autoestima de adolescentes consumidores (7).

1.1.2. En el ámbito nacional

En el ámbito peruano existe la preocupación por el incremento de nuevos consumidores púberes y adolescentes de las principales sustancias de abuso como el alcohol; sin embargo, no se dispone de suficiente información al respecto. La información que se tiene sobre esta población especial es sobre todo epidemiológica,

evidenciando un déficit significativo de estudios cualitativos y de perfiles actuales de adolescentes y jóvenes consumidores.

Los resultados del reciente estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años.

Eduardo Salazar, Manuel; et al. (Lima - Perú, 2004) realizaron el estudio titulado “Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima” El Estudio fue de tipo analítico de corte transversal, donde el objetivo fue determinar la prevalencia del consumo de alcohol y drogas y los factores psicosociales asociados con dicho consumo en adolescentes de Lima. Se estudió una muestra de 430 adolescentes de educación secundaria de un colegio de Lima. Se utilizó el Cuestionario Tamiz de Experiencias Personales (Personal Experience Screening Questionnaire - PESQ). Los resultados fueron: de 391 encuestas válidas. La prevalencia de consumo de alcohol o drogas fue 43%, de alcohol 42,2%, de marihuana 8,7% y de cocaína 3,1%. Se encontró problema de consumo de alcohol o drogas en el 10,7%, los factores psicosociales asociados fueron estrés psicológico severo (OR 4,58 IC 95% 1,60-13,05), pensamiento problemático severo (OR 2,63 IC 95% 1,15-6,01) y abuso físico (OR 2,31 IC 95% 1,19-4,49). Concluyeron que el factor psicosocial más asociado al

problema de consumo de drogas fue el distrés psicológico severo. Asimismo, se encontró asociación entre el pensamiento problemático severo y el abuso físico con dicho problema (8).

1.1.3. En el ámbito regional

En el “IV Estudio Nacional: prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012” DEVIDA - MINEDU según dominios regionales, atendiendo las necesidades de información de la Estrategia Nacional del Lucha contra las Drogas 2012 – 2016, y aplicando los parámetros e instrumentos de la metodología SIDUC/CICAD, en la región Huánuco, de acuerdo a la muestra de estudiantes de 1° a 5° año de secundaria en 11 colegios públicos y Privados de las ciudades urbanas de Huánuco y Tingo María, con un total de 1550 encuestados, la prevalencia de consumo de alcohol fue de 16,1%, con predominio del género masculino 20,3% frente a un 12,4% del género femenino. Los alumnos del 4^o grado tuvieron la mayor prevalencia con 26,9%. A su vez la prevalencia fue mayor en colegios privados 37,6%. Así mismo la Incidencia durante el último año fue de 9,2%; el promedio de la edad de inicio de consumo fue 13,45 años.

1.2. BASE TEÓRICA

1.2.1. Aspectos conceptuales sobre alcohol

1.2.1.1. Alcohol

Se utiliza la palabra “alcohol” cuando nos referimos al alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$); líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino, como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los diferentes tejidos del organismo. De todos los órganos y tejidos es únicamente en el hígado donde el alcohol es metabolizado. El alcohol se metaboliza normalmente en el hígado gracias a un enzima llamado alcoholdehidrogenasa. En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas. Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir sus propias reservas de glucosa.

1.2.1.2. Cantidad de alcohol consumida

Junto con la frecuencia, es importante registrar la cantidad de alcohol ingerida por un sujeto. Para ello debemos conocer el tipo de bebidas consumidas, ya que la proporción de etanol puro (graduación alcohólica) que contienen puede ser muy diferente. El volumen servido de cada bebida condicionaría igualmente el total de alcohol consumido, que sería el producto de ambos factores. Para expresarlo en gramos de etanol puro, como hacen la mayoría de guías y estudios epidemiológicos, hay que multiplicar por la densidad del etanol (0,785 g/ml). Aunque este cálculo es sencillo,

resulta complejo conocer la graduación alcohólica y/o el volumen exacto consumido de cada bebida, debido a las importantes variaciones regionales de ambos factores, tanto a nivel nacional como internacional. Por ejemplo, la cerveza puede tener una graduación alcohólica de entre el 4% y 9%, los vinos entre el 8% y 22% y los destilados entre el 20% y 45%. En España, sólo los trabajos de Rodríguez Martos et al. han investigado el contenido alcohólico y el volumen estándar de algunas bebidas, teniendo en cuenta diferencias regionales^{29,30}. Este es precisamente uno de los aspectos metodológicos pendientes de completar y actualizar al no disponerse de tablas estandarizadas con el volumen y contenido alcohólico de los distintos tipos de bebidas alcohólicas existentes (9).

Para solventar estas divergencias suelen agruparse las bebidas según su contenido alcohólico medio aproximado: cerveza/sidra (5%), vino/champán (12%) y destilados (40%). Los aperitivos alcohólicos y licores afrutados estarían en una posición intermedia (20%). También podemos agrupar todas las bebidas alcohólicas en 2 grupos, fermentadas y destiladas. El contenido alcohólico neto de las primeras (cerveza, vino, aperitivos, etcétera) es similar entre sí, ya que el diferente volumen habitual de consumo compensa las diferencias en graduación alcohólica (por ejemplo, vaso de 200 ml de cerveza frente a copa de 100 ml de vino o 25 ml del carajillo). En cambio, las bebidas destiladas duplicarían el contenido alcohólico de las fermentadas (excepto el carajillo o los licores afrutados, cuyo menor volumen y/o graduación los harían equivalentes). Así surge el concepto de «unidad de bebida estándar» (UBE), standard drink (SD) o unit en los países anglosajones, que facilita la estimación de la

cantidad de alcohol consumida, asignando 1 UBE al alcohol contenido en bebidas fermentadas y 2 UBEs a la mayoría de destilados.

Pese a su utilidad, la unidad de bebida estándar presenta algunas limitaciones. Primero, las importantes diferencias en la cantidad de alcohol que representa una UBE en cada país, debido a variaciones en contenido alcohólico y/o volúmenes de consumo habituales. Así, en los Estados Unidos 1 UBE equivale a 14 g de etanol y en el Reino Unido a 8 g mientras que en España se sitúa en una posición intermedia 10 g. Para facilitar comparaciones entre estudios es recomendable por tanto especificar el contenido alcohólico de la UBE empleada. Otra desventaja es la dificultad de comprensión de este concepto en los sujetos entrevistados, que requiere entrevistadores bien entrenados y ejemplos prácticos ilustrativos. La UBE constituye una simplificación de la cantidad real de alcohol consumida, que permite reducir el número de preguntas a realizar en las encuestas generales sobre hábitos de salud. Las encuestas específicas sobre consumo de alcohol suelen utilizar cuestionarios de cantidad-frecuencia (número de bebidas consumidas y frecuencia de este consumo) para estimar la ingesta habitual de alcohol. No obstante, en estas encuestas también se usa la UBE para facilitar el recuerdo de la cantidad de alcohol consumida en la estimación de otros indicadores, como el consumo excesivo puntual o binge drinking (9).

La estimación indirecta o auto-reportada suele infraestimar el verdadero consumo de alcohol, entre otras causas por la dificultad de recordar el número y volumen de bebidas consumidas. Este registro puede facilitarse desglosando los cuestionarios de

cantidad-frecuencia por grupos de bebida con contenido alcohólico similar, estratificando las cantidades de alcohol consumidas de mayor a menor cantidad (cantidad-frecuencia graduada) o preguntando sobre la cantidad-frecuencia consumida en cada uno de los días de la última semana («semana tipo»). Aunque infraestiman la ingesta real, estos métodos permiten clasificar de forma válida a los sujetos en distintos grupos de consumo de alcohol.

También es importante el marco temporal de referencia establecido (última semana, mes, año), por el que la estimación del consumo habitual será más o menos precisa, debiendo adaptarse al tipo de ingesta típico de esa población.

1.2.1.3. Tipología del consumo de alcohol

1.2.1.3.1. Consumo de riesgo

El bebedor de riesgo implica una ingesta de alcohol diaria en varones superior a 40 gr de etanol (5 UBEs, aproximadamente) y en mujeres superior a 20 gr (3 UBEs, aproximadamente), si se calcula a la semana sería 28 UBEs para los varones y 17 UBEs semanales para las mujeres. La OMS también indica que consumos esporádicos de cantidades superiores a 60 gr de alcohol implican un consumo de riesgo. Aunque el grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, entre otros (10).

1.2.1.3.2. Atracón o Binge Drinking

Binge drinking o un consumo intensivo de alcohol es un patrón caracterizado por ingerir grandes cantidades de alcohol en una única sesión, habitualmente en los días de fin de semana y, la cantidad ingerida, velocidad de consumo, intermitencia y reiteración son algunas de las características clave para describir este patrón (11).

El consumo intensivo de alcohol o binge drinking (BD) es un patrón caracterizado por ingerir grandes cantidades de alcohol en una única sesión, habitualmente en los días de fin de semana: cantidad ingerida, velocidad de consumo, intermitencia y reiteración son algunas de las características clave para describir este patrón. Como criterio de consenso, en investigación se considera BD un episodio que implica 5/4 (según sexo) unidades de bebida equivalente en una única sesión, a una velocidad de consumo de tres o más bebidas por hora. La consolidación de este patrón de consumo está teniendo un elevado impacto en los últimos años, tanto a nivel social como familiar e individual. Su coste económico se ha cifrado entre el 2 y el 5% del producto interior bruto según qué país de la Unión Europea (12).

1.2.1.3.3. Intoxicación alcohólica

Es el trastorno mental orgánico más común, síndrome reversible debido a que una determinada ingesta de alcohol altera el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central produciendo cambios en la percepción, el pensamiento y la conducta (9).

1.2.1.3.4. Consumo perjudicial

Se considera consumo perjudicial, el realizado por una persona que independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo.

El AUDIT que es un instrumento creado y validado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el consumo de alcohol en el ámbito de Atención Primaria en Salud. Consta de diez preguntas, cada una posee múltiples respuestas a las que se les asigna un puntaje, los resultados de los diez ítems genera un puntaje global y evalúan 3 dominios conceptuales: consumo de riesgo (puntajes menores a 7), síntomas de dependencia (entre 7 y 15 puntos) y consumo perjudicial (mayor a 15). Presenta varios ámbitos de aplicación, a saber: (i) programas de tamización; (ii) evaluación clínica individual; (iii) identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente; (iv) generación de marcos de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y con ello puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo; en general su uso se ha generalizado entre el personal de la salud y los investigadores de problemas asociados al alcohol (13).

1.2.1.3.5. Adicción

Significa que una persona necesita de una droga para desempeñarse normalmente. Suspender abruptamente la droga lleva a que se presenten síntomas de abstinencia. La adicción a las drogas (drogadicción) es el uso compulsivo de una sustancia a pesar de sus efectos negativos o peligrosos. Una persona puede tener una dependencia física de

una sustancia sin tener una adicción. Por ejemplo, algunos medicamentos para la presión arterial no causan adicción, pero pueden provocar dependencia física. Otras drogas, como la cocaína, causan adicción sin llevar a la dependencia física. La tolerancia a una droga (necesitar una dosis mayor para alcanzar el mismo efecto) por lo regular es parte de la adicción. Desde una perspectiva neuropsicológica, se considera que la adicción es resultado de un conjunto de alteraciones cerebrales que afectan a múltiples sistemas neurobiológicos y que resultan en disfunciones en procesos motivacionales, emocionales, cognitivos y conductuales (14).

1.2.2. Generalidades sobre la adolescencia

La adolescencia es un periodo importante del crecimiento y la maduración del ser humano, durante este periodo se produce cambios singulares y se establecen muchas características del adulto. La adolescencia se inicia con la pubertad, con los signos más tempranos del desarrollo de las características sexuales secundarias, y continua hasta los cambios morfológicos y fisiológicos se aproximan al estado del adulto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo esta condición no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. El

Ministerio de Salud del Perú (MINSA) la define como personas que tiene entre 10 y 19 años, reconociéndose en su interior dos grupos con diferentes necesidades y procesos, la adolescencia temprana comprendida entre los 10 y 14 años y la adolescencia propiamente dicha entre los 15 y 19 años. En esta etapa de vida se presentan cambios importantes en el aspecto físico, en la personalidad, se fijan prácticas y valores que determinarán la forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro.

1.2.2.1. Aspectos conceptuales sobre consumo de alcohol y adolescencia

La adolescencia es una etapa de cambios sustanciales en tiempos cortos, que afectan al desarrollo y la consolidación de las funciones del organismo. Las transformaciones incluyen la aparición de la pubertad, el afianzamiento y la consolidación de las relaciones sociales con los iguales o el forcejeo por conseguir la independencia respecto de los padres o tutores (15). El tiempo y la forma de la adolescencia son cambiantes. El comienzo de la pubertad tiende a ser más temprano, mientras que se retrasa la edad en la que se consiguen papeles sociales más estables (16). Esta etapa de la vida se caracteriza por un desarrollo muy importante del cerebro que incluye el establecimiento, la remodelación y la consolidación de los circuitos neuronales en lugares clave de la corteza prefrontal y en otras áreas corticales y subcorticales, esenciales en las funciones ejecutivas del cerebro (17). Consumir alcohol no es un problema exclusivo de la adolescencia, pues compete a toda la población. Pero el comienzo del consumo suele producirse durante esta etapa. Por tanto, si dirigimos la atención, el análisis y la acción a los adolescentes, podemos evitar daños prematuros

y futuros, al tiempo que sometemos a una revisión crítica ciertas actitudes y conductas de los adultos que estimulan y promueven el consumo. En su entorno habitual, los adolescentes encuentran mensajes ambiguos. Por un lado, desde diversas instancias públicas y privadas se denuncian los efectos nocivos del alcohol y, por otro, se estimula el consumo con campañas publicitarias de las empresas vendedoras y distribuidoras, que a menudo incluyen términos engañosos (v.gr., consumo “responsable” y “moderado”) y presentan los mensajes asociados a imágenes de libertad y diversión. Los efectos derivados del consumo de alcohol no constituyen sólo un problema individual, sino también comunitario. Aunque el riesgo se define como una acción que puede implicar una pérdida, cada sujeto lo entiende en función de sus propias percepciones (17). En las patologías asociadas al consumo de alcohol son destacables los trastornos relacionados con el comportamiento hacia el alcohol (abuso o consumo perjudicial y dependencia del alcohol) y las alteraciones relacionadas con los efectos directos sobre el cerebro (intoxicación aguda, abstinencia alcohólica, delirium, trastorno amnésico, síndrome de Wernicke-Korsakow y demencia, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño). Sin embargo, guiados principalmente por el placer momentáneo asociado a la bebida, forzados por la presión del grupo de amigos, impulsados por sus deseos de mejorar la comunicación con los demás o como forma de evasión, los humanos obvian en gran medida los daños asociados al consumo.

1.2.3. Aspectos conceptuales sobre funcionalidad familiar

La Funcionalidad Familiar o una familia funcional, es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros así como un estado de salud favorable en ellos donde los miembros de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (18).

La funcionalidad es el resultado de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción, que se enriquece o mejora en la medida en que se establecen relaciones entre sus miembros de una familia. El funcionamiento familiar es relevante en el desarrollo de sus integrantes, actuando como el soporte necesario para el desempeño familiar e individual; es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud.

La cohesión familiar es el vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, es decir, el grado de intimidad, la calidad de los sentimientos, el interés, cuidado, y la posibilidad de compartir espacios y tiempos. Por lo tanto tiene que ver con el grado en que están compenetrados, se ayudan y apoyan.

La adaptabilidad familiar es la capacidad de un sistema familiar o marital de cambiar su estructura de poder, sus reglas y roles en respuesta al estrés situacional o evolutivo,

es decir, el adaptarse al cambio, destacando las dimensiones del control y el poder, los miembros de la familia deben aprender a establecer sus normas y reglas para cumplir adecuadamente sus tareas familiares.

1.2.3.1. Familia Funcional

Es aquella que promueve un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. También, son aquellas en las que sus miembros se autorrealizan, se desarrollan, viven, aman manifiestan sus logros y fracasos, aprenden a buscar y a aceptar la felicidad. En ellas sus integrantes se muestran seguros de sus identidades, es decir aceptan su relación y pertenecía a un determinado grupo familiar, tienen una alta autoestima y son capaces de comunicar sus sentimientos, tanto positivos como negativos dentro de un parámetro ecológico (sin hacerse daño y dañar a los demás) y de respeto. Las familias funcionales piensan y actúan considerando el “nosotros” pero respetando “el” “tú” “y el “yo”. Y las modalidades de comunicación. Son honestas, respetuosas, oportunas, claras, francas y sinceras y ayudan a resolver las situaciones problemáticas sin generar disfuncionalidad (19).

Los hijos criados en estos ambientes familiares funcionales, generalmente desarrollan actitudes optimistas que los preparan para enfrentar la vida, les facilitan que crean en sí mismos; los capacitan tanto para asumir el éxito de manera modesta, como para enfrentar el temporal fracaso. Los preparan para aprender de los fracasos; para tratar

de hacer, no para demostrar que no se puede; para buscar soluciones, no culpables; para asumir con responsabilidad y dignidad su rol en la sociedad

Familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos (20).

1.2.3.2. Familia Disfuncional

La familia disfuncional es aquella que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio; se diferencia de la funcional por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. Existen datos que indican que este tipo de familia se ve imposibilitada para llevar a término de un modo adecuado las funciones familiares, tales como la función de culturización-socialización. Alcaina nos plantea las posibles consecuencias de los hijos viviendo en familias disfuncionales y dice: Se afectan áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional que repercute negativamente en la consecución de objetivos lúdicos, de aprendizaje y estimulación. Ello se deriva generalmente de la falta de implicación parental, debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos

padres por motivos laborales o separación, produciéndose un efecto circular en niños y adolescentes, capaz de originar una falta de motivación en la escolarización. Estas actitudes podrían transmitirse a las siguientes generaciones, dando lugar a deficiencias culturizadoras que sitúan a estas familias en desventaja en una sociedad competitiva (20).

La familia puede volverse nociva, cuando sin saberlo o involuntariamente no cumple con su función, creando así relaciones tensas entre sus integrantes. Este clima adverso para la buena convivencia del niño y posterior adolescente dentro de un determinada tipo de familias es totalmente nocivo y se agrava aún más cuando ya sea por razones de alcohol, drogas prostitución y abuso físico entre los padres y/o hermanos son para el niño una fuente de profundas perturbaciones. Bajo este contexto, las posibilidades de concentrarse en los estudios, pensar en el desarrollo y crecimiento personal y la adquisición de valores es mínima para el niño o joven que integra este tipo de familias, ya que la energía vital se encuentra concentrada en un permanente estado de defensa, lo que imposibilita al individuo y lo sume en la apatía y la inacción. Algunas situaciones familiares son claramente desfavorables y riesgosas para la socialización de los niños y adolescentes; la violencia doméstica, la falta de recursos materiales y económicos para asegurar el sustento diario, la ausencia de lazos estables y solidarios con los otros.

1.2.4. Aspectos conceptuales sobre nivel de autoestima

1.2.4.1. Definición

La autoestima es una necesidad psicológica básica que hemos de cubrir para alcanzar un desarrollo armónico con nuestra personalidad. La autoestima puede definirse como una fuerza interna que impulsa a la persona a desarrollarse, a poner en práctica sus capacidades de manera que se vaya orientando hacia un equilibrio personal y en ocasiones puede ser causa y consecuencia de la manera en que se comportan las personas en distintas situaciones de la vida (21).

La autoestima está formada por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que reflejan una actitud positiva de “puedo hacerlo” contra una actitud pesimista de “no puedo hacerlo”. La autoestima saludable es una evaluación realista de las propias capacidades y tiene sus raíces en el respeto merecido de los demás. Se la concibiéndola como un sentido subjetivo de autoaprobación realista. Desde esta perspectiva, la autoestima es fundamentalmente un sentido perdurable y afectivo del valor personal, basado en una autopercepción exacta, que implica competencia, seguridad, dominio, logro, independencia y libertad (22).

La autoestima es la evaluación que el individuo hace y mantiene por costumbre sobre sí mismo, expresa una actitud de aprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. Es decir, es el juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo. La autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo Mí, que consiste en la idea que la persona tiene sobre sí misma.

Las diferentes definiciones sobre autoestima, abren dos grandes vertientes: la que hace referencia al propio sujeto en cuanto a una mera autopercepción – Actitud y sentimiento hacia sí mismo – y la otra con un sentido más social considerando la forma como creemos que somos evaluados por los demás. A la primera se le puede considerar en un sentido individual, mientras que a la segunda, más hacia lo social o lo colectivo.

Un término que se ve íntimamente relacionado con la autoestima es el autoconcepto y se podría decir que la suma del Autoconcepto y la Autoestima nos lleva al concepto que tenemos de nosotros mismos. Es una visión de nuestra persona y esta visión va modificándose a lo largo de la vida en función de las experiencias, las circunstancias y el contexto que nos rodea.

El autoconcepto puede definirse como la valoración que hace la persona de sí misma, considerando, al emitir el correspondiente juicio el aprecio que estima que le merece a otras personas (por sus cualidades físicas, intelectuales o sociales) o su posición respecto de actividades que tienen valor en el medio en el que actúa (23).

1.2.4.2. Componentes de la autoestima

Según Robert Reasoner, existen cinco componentes en la construcción de la autoestima: estos componentes son: Seguridad, Autoconcepto, Pertenencia, Misión y Aptitud o capacidad

Seguridad. Un joven que se desenvuelve en un ambiente de seguridad es una persona segura de sí misma, capaz de manejar cambios de una forma flexible y espontánea y

sabiendo que a su alrededor hay personas que lo acompañan con las que puede contar. Es el factor en el cual creemos reconocer más fácilmente nuestro nivel de autoestima. Si alguien se siente seguro de sí mismo y lo demuestra en su comportamiento y relaciones da la impresión de que tiene todos los problemas resueltos. En esa perspectiva la persona debe sentirse seguro y cómodo consigo mismo, en los distintos contextos.

Autoconcepto. Cuando una persona posee un real y adecuado autoconcepto, entiende cuáles son sus roles y deberes, tiene un fuerte sentido de individualidad, se siente adecuado y sabe aceptar elogios; comprende claramente, cuáles son fortalezas y cuáles son sus debilidades y las acepta seguro de autoconcepto; es la forma cómo nos percibimos a nosotros mismos como persona. La formación de nuestro autoconcepto empieza a delinearse, desde el nacimiento, en conformidad con la forma como nos percibían y nos trataban nuestros padres. Desde estas primeras imágenes y reacciones anímicas se desarrollan sucesivamente distintas facetas del autoconcepto, en conformidad con los distintos contextos vivenciales y situaciones de refuerzo positivo o negativo que hayamos recibido (23).

Pertenencia. Se refiere al grado en el cual una persona se encuentra, efectivamente relacionada con otras personas tales como su familia, compañeros y amigos. Una persona que expresa conexión con otros se siente aceptado por ellos, no sólo busca amigos, sino que los sabe mantener, puede compartir y ser empático con las necesidades de otros.

Se siente cómodo en el grupo y está listo a interactuar, consigue la aceptación a los demás, demuestra características sociales positivas, y está dispuesto a compartir sus conocimientos y emociones cuando puede ser de utilidad propia y/o de otros.

Misión Se refiere a la persona que sabe fijarse metas reales y alcanzables; y trazar un plan para alcanzarlas. Una persona que posea un sentido de misión, es una persona con iniciativa, que es capaz de asumir sus responsabilidades, que sabe buscar soluciones a sus problemas y que se evalúa a sí mismo en cuanto a sus logros anteriores.

Aptitud o capacidad. Es la capacidad de sentirse apto y tener la iniciativa para tomar riesgos y compartir ideas y opiniones. Esta sensación proviene de logros y éxitos previos, que el individuo califica como significativos e importantes. Una persona con aptitud o capacidad está conciente de sus puntos fuertes, así como de sus puntos débiles percibiendo los errores como oportunidades para aprender más.

1.2.4.3. Clasificación de la autoestima

Los distintos niveles de autoestima determinan nuestro comportamiento ante problemas u otro tipo de situaciones, visto desde este enfoque podemos concluir que el estado de nuestra autoestima influye en nuestro quehacer diario. Podemos clasificar la autoestima en (24).

1.2.4.3.1. Baja Autoestima

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y

con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos. Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicosomáticos.

La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran. Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

La Autoestima baja es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas con respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud. Existe la sensación que todo no alcance, y es muy común que haya poco aprovechamiento de los estudios o del trabajo. Puede ir acompañado de inmadurez afectiva. Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Baja

- Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; echa la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.
- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.
- Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
- Tendencias defensivas, un negativo generalizado todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

1.2.4.3.2. Alta Autoestima

Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir", no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa "por ocasionar molestias". La autoestima positiva no es competitiva ni comparativa. Está constituida por dos importantes sentimientos: la capacidad (de que se es capaz) y el valor (de que se tiene cualidades). Esta actitud deriva en la confianza, el respeto y el aprecio que una persona pueda tener de sí misma. Actitudes o Posturas habituales que indican Autoestima Alta

- Estar orgulloso de sus logros.
- Actuar con independencia.
- Asumir responsabilidades.
- Aceptar las frustraciones. - Estar siempre dispuesto a la acción.
- Afrontar nuevos retos.

- Sentirse capaz de influir en otros.
- Mostrar amplitud de emociones y sentimientos.

1.2.4.4. Factores que influyen en el autoconcepto

Existen niveles que determinan el autoconcepto, los cuales son (25).

- Nivel Cognitivo – Intelectual: Constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimientos sobre nuestra persona.
- Nivel Emocional – Afectivo: Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.
- Nivel conductual: Es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente con la base moral de la persona

Así mismo tenemos los factores que determinan el autoconcepto:

- La actitud: Es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.
- El esquema corporal: Supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e

influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.

- Las aptitudes: Son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.
- Valoración externa: Es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico expresiones gestuales, reconocimiento social, etc.

1.2.4.5. Formación de la autoestima

Desde el momento mismo en que somos concebidos, cuando el vínculo entre nuestros padres se consuma y las células sexuales masculina y femenina se funden para originarnos, ya comienza la carga de mensajes que recibimos, primero de manera energética y luego psicológica. Debido a que los pensamientos y emociones son manifestaciones de energía y en el organismo se presentan en forma de reacciones eléctricas y químicas, cada vez que una mujer embarazada piensa o siente algo con respecto al niño en formación, su cerebro produce una serie de químicos que se esparcen por todo su cuerpo y que la criatura recibe y graba en su naciente sistema nervioso, sin tener la suficiente consciencia como para comprender o rechazar lo que recibe a través de un lenguaje químico intraorgánico. El hecho de que alguno de los progenitores, por ejemplo, asuma como un problema la llegada del niño, es captado por éste emocionalmente, y su efecto formará parte del archivo inconsciente del pequeño y tendrá repercusiones más adelante, cuando reaccione de diferentes formas y no logre comprender las causas generadoras de sus conflictos. Igualmente, cuando

ya se ha producido el alumbramiento, todo estímulo externo influirá en el recién nacido y le irá creando una impresión emocional que influirá sus comportamientos futuros. Los padres y otras figuras de autoridad, serán piezas claves para el desarrollo de la Autoestima del niño, quien dependiendo de los mensajes recibidos, reflejará como espejo lo que piensan de él y se asumirá como un ser apto, sano, atractivo, inteligente, valioso, capaz, digno, respetado, amado y apoyado o, por el contrario, como alguien enfermo, feo, ignorante, desvalorizado, incapaz, indigno, irrespetado, odiado y abandonado. La forma como nos tratan define la forma como nos trataremos, porque esa es la que consideraremos como la más normal (26).

Con la llegada de la pubertad y la adolescencia, se da la bienvenida a la sexualidad y a la necesidad del joven de encontrarse a sí mismo. Se inicia la llamada "brecha generacional" y el tránsito hacia una mayor definición de la personalidad. Esta etapa es crucial ya que en ella surgen con fuerza la competencia y el deseo de ser mejor que los demás. El joven experimenta una gran necesidad de aprobación por parte de su grupo cercano y aprende a dirigirse hacia quienes lo aplauden y a huir de quienes lo pitan. Desarrolla, con tal de ser querido, conductas muy específicas que se generalizarán hacia la vida adulta.

El ingreso al mundo laboral complica el asunto de la formación y manifestación de la Autoestima, ya que en ese contexto se nos mide por lo que hacemos y no por lo que somos. Si produces, te quedas y si no te vas. Esa es la medida cuando de dinero se trata. Finalmente en la pareja y el matrimonio se expresa mucho de lo aprendido en los años precedentes: grabaciones, condicionamientos, tradiciones; lo que fue vertido en

el molde durante muchos años y que hemos llegado a creer que somos. En este tiempo, formamos parte de una sociedad uniformada en la que muchos han renunciado a expresar su originalidad y tienen ideas fijas de las cosas, que casi siempre siguen aunque no les funcionen. La inconsciencia y falta de comprensión de lo que ocurre, induce a culpar, a resentir, a atacar, a agredir a los demás, a quienes se ve "como malos que no nos comprenden".

Para entonces, ya hemos construido una imagen de nosotros (autoimagen), puesto que habremos aprendido una forma de funcionar, y llevamos como marca en la piel de vaca, el sello de lo que creemos que podemos o no ser, hacer y tener (27).

1.2.5. Aspectos conceptuales sobre actividad física.

De acuerdo a la OMS 2010, en las últimas décadas diversos estudios científicos han demostrado que la Actividad Física (AF) regular proporciona importantes beneficios en la salud; Consecuentemente, la prevalencia de afecciones y enfermedades derivadas de la falta de actividad se están incrementando en la sociedad actual.

En el caso del sobrepeso y la obesidad, este aumento es tan alarmante en los países occidentales que algunos estudios ya hablan de este fenómeno en términos de epidemia; no debemos perder de vista las consecuencias que la falta de AF en la vida diaria, el sobrepeso y la obesidad tienen en la economía de los países que presentan

este modo de vida, y las fuertes tasas de morbilidad y mortalidad prematuras que éstas acarrearán. Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), el coste directo generado por la inactividad y la obesidad consume el 9.4% del gasto médico. En este mismo país, el aumento de la obesidad ha sido responsable del 27% del incremento del gasto sanitario real per cápita entre 1987 y 2001, mientras que a la diabetes se le atribuye el 38%, a la hiperlipidemia el 22% y a la enfermedad cardiovascular el 41%. La obesidad por sí misma, es decir, como factor de riesgo independiente, sería responsable del 12% del aumento del gasto sanitario de este período (28).

La AF es fundamental en la infancia y en la adolescencia a fin de promover un desarrollo saludable. Su práctica, siempre y cuando sea apropiada a la edad de los participantes, tiene efectos beneficiosos en el desarrollo motor, cognitivo, afectivo, social, y prácticamente en todos los sistemas. Es a lo largo de la infancia y la adolescencia cuando se instauran muchas pautas de comportamiento que van a tener una influencia poderosa sobre la salud en la vida adulta (29).

La evidencia científica disponible con respecto al grupo de edades de 5 a 17 años respalda la conclusión de que la AF reporta en general beneficios fundamentales para la salud de niños y jóvenes. Esta conclusión está basada en los resultados de varios estudios que han observado que el aumento de AF estaba asociada a unos parámetros de salud más favorables, y de trabajos experimentales que han demostrado cierta asociación entre las intervenciones de AF y la mejora de los indicadores de salud. Algunos de los beneficios documentados son: mejora de la forma física (tanto de las

funciones cardiorrespiratorias como de la fuerza muscular), reducción de la grasa corporal, perfil favorable de riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, mayor salud ósea, y menor presencia de síntomas de depresión (30).

Los beneficios que la AF produce sobre el sistema músculo esquelético, cardiovascular, tensión arterial y porcentaje graso son diversos. Así, Strong et al. (2005) Refieren que la AF aeróbica de moderada intensidad, de 30 a 60 minutos de duración, 3 o 7 días/semana reducen la grasa visceral y total en niños/as y adolescentes con sobrepeso, aumenta el c-HDL y disminuye los triglicéridos, mejora la forma física y el trabajo muscular 2 o 3 días/semana (con descanso entre las sesiones) mejora la fuerza y la resistencia muscular en niños/as y adolescentes.

Asimismo, aunque de forma menos consistente, Strong et al. (2005) concluyen que la práctica de AF por parte de niños y adolescentes con peso normal mejora los niveles de lípidos y lipoproteínas en sangre, disminuye la adiposidad, la presión arterial en jóvenes normotensos, y mejora la autoestima, la ansiedad, los síntomas de depresión y el rendimiento académico.

La OMS (2010), con objeto de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, la buena forma muscular, la salud ósea y los biomarcadores cardiovasculares y metabólicos, recomienda: •Los niños de 5-17 años deberían acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada (3 - 6 METs) o vigorosa (> 6 METs).

- La AF durante más de 60 minutos reporta beneficios adicionales para la salud.
- La AF diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica.

Convendría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo tres veces a la semana. La valoración precisa y confiable de la actividad física es necesaria en cualquier estudio en donde la AF sea la intervención experimental o una medida de los resultados (31, 32).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Descripción del problema

Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto (1).

La prevalencia de consumo de alcohol en jóvenes en edad escolar en el continente americano varía entre el 18 y el 62%, manifestando un incremento en los últimos años en todos los países. Además, se observó un incremento en el patrón de consumo excesivo episódico que conlleva a situaciones de riesgo inmediato (2).

El consumo nocivo de alcohol y otras drogas ilícitas pueden generar consecuencias en el corto y largo plazo, como el suicidio, las lesiones no intencionales, el sexo no

protegido, el comportamiento violento, el ausentismo y bajo rendimiento escolar, el HIV, y también enfermedades crónicas como el cáncer, la enfermedad hepática, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, entre otras (2).

Según el “Global School-based Student Health Survey”- Resultados Perú 2010, los resultados de la encuesta nos muestran que 59,6% de los estudiantes han tomado alguna vez una bebida que contenía alcohol, así mismo tomaron por primera vez bebidas alcohólicas antes de los 14 años. De la misma manera la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes entre los estudiantes encuestados fue de 29,4%. Por otro lado también nos muestra que el 15,8% de los estudiantes encuestados manifestó haber presentado embriaguez una o más veces en su vida. Es necesario resaltar que para esta condición explorada el porcentaje fue mayor en los varones (19,7%) que en las mujeres (11,8%) (3).

De acuerdo a la “IV Encuesta Nacional de Estudiantes de Secundaria, 2012” DEVIDA - MINEDU. La prevalencia de consumo de alcohol en escolares del 1° al 5° año de educación secundaria regular es de 16,1%; El promedio de la edad de inicio de consumo de alcohol es de 13,45 (4)

En el presente estudio se trabaja la hipótesis de que un entorno familiar, nivel de autoestima y la actividad física se asocia con el desarrollo de consumo de alcohol en adolescentes.

2.2. Formulación Del Problema:

¿Existe relación entre funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad física con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco, 2015?

2.3. Objetivos:

2.3.1. Objetivo general

1. Determinar la relación entre funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad física con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.

2.3.2. Objetivos específicos

1. Evaluar la relación entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
2. Estimar la relación entre nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
3. Identificar la relación entre actividad física y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
4. Describir las características sociodemográficas y características asociadas al consumo de alcohol de los adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco. .

2.4. Hipótesis

- Ha: Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
Ho: No existe relación significativa entre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
- Ha: Existe relación significativa entre nivel de autoestima y el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
Ho: No existe relación significativa entre nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
- Ha: Existe relación significativa entre actividad física y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.
Ho: No existe relación significativa entre actividad física y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco.

2.5. Definición Operacional De Variables:

Funcionalidad familiar: Es el conjunto de relaciones familiares están establecidas entre todos sus miembros, es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay comunicación clara que permite la espontaneidad, existiendo empatía y apoyo emocional. La funcionalidad familiar de los adolescentes de la I.E. “Leoncio Prado

Gutierrez” es medido a través de un cuestionario tipo likert en familia funcional y familia disfuncional.

Nivel de autoestima: Actitud acerca del sí mismo que está relacionada con las creencias personales sobre las propias habilidades, las relaciones sociales y los logros futuros. El adolescente de secundaria de la institución educativa “Leoncio Prado Gutierrez” valora, sobre su persona, las afirmaciones de los sentimientos que tiene sobre él, englobando afirmaciones positivas y negativas, que es medido a través de un cuestionario tipo Likert. Sus categorías son Autoestima alta y Autoestima baja.

Actividad física: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. La actividad física del adolescente de secundaria de la I.E. “Leoncio Prado Gutierrez” durante la semana (lunes a viernes), y las actividades deportivas de fin de semana se mide mediante un cuestionario clínico de actividad física (del INTA) teniendo las siguientes categorías: Sedentario y Activo.

Consumo de alcohol: Es la ingestión de aquellas bebidas en cuya composición está presente el etanol en forma natural o adquirida, y cuya concentración sea igual o superior a 1 por ciento de su volumen. El consumo de alcohol en el adolescente de secundaria de la institución educativa “Leoncio Prado Gutierrez”. Es valorada mediante un cuestionario, considerando dos dimensiones; consumo y no consumo. Dentro de la dimensión consumo se agrupan en las siguientes categorías mediante el cuestionario AUDIT: Consumo sensato o sin riesgo, Consumo dependiente y Consumo dañino o perjudicial.

Género: Es la característica biológica que diferencia al hombre de la mujer y se reportó en términos de masculino y femenino al momento de la encuesta. Además que se evidencia en su DNI. Categorías Masculino y Femenino.

Edad: Son los años cumplidos del adolescente de secundaria de la I.E. "Leoncio Prado Gutierrez" en el momento de la encuesta. Además que se evidencia en su DNI

Grado de educación secundaria: Se refiere al año de estudio que cursa el adolescente en el momento de la encuesta. Desde el primer al quinto grado.

Estado civil de los padres: Situación civil de los padres del adolescente de educación secundaria de la I.E. "Leoncio Prado Gutierrez" en el momento de la encuesta, registrada a través de la ficha de recolección de datos. Agrupándose en las siguientes categorías: Casados, divorciados, viudo(a), convivientes.

Religión: Creencias o dogmas acerca de la divinidad, del adolescente de secundaria de la I.E. "Leoncio Prado Gutierrez" en el momento de la encuesta. Las categorías fueron las siguientes: Católico, Evangélico, Testigo de Jehova, Mormón, Ateo y Otra religión.

2.6. Diseño de investigación

Es un estudio tipo Observacional, descriptivo, transversal, correlacional.

Propia de este diseño observacional en el cual no se manipula variables. Se describe las características y la frecuencia del consumo de alcohol, en función de las características de las variables independientes e intervinientes. Es un estudio

transversal, correlacional, ya que analizan la relación entre nivel de autoestima, funcionalidad familiar y actividad física y consumo de alcohol en un momento concreto del tiempo.

2.7. Población y Muestra

2.7.1. Población:

Población Diana

Adolescentes que cursan estudios del 1° al 5° año de nivel secundaria, de la ciudad de Huánuco en el 2015.

Población Accesible

Adolescentes estudiantes de nivel secundaria de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco 2015.

Población Elegible

Adolescentes estudiantes de nivel secundaria de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco 2015, cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión.

2.7.2. Criterios de inclusión:

- Adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y 19 años.

- Que estén cursando estudios del 1° al 5° año de nivel secundaria, matriculados en la Institución Educativa «Leoncio Prado Gutierrez» año académico 2015.
- Adolescentes cuyos padres o tutores firmaron el consentimiento informado.
- Adolescentes que dieron su asentimiento para participar en la investigación.

2.7.3. Criterios de exclusión:

Se exceptuaron aquellos estudiantes que no se encontraron presentes al momento de la encuesta por Inasistencia.

2.7.4. Unidad De Análisis

Un adolescente de nivel secundaria de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco, matriculado en el año académico 2015 de 11 a 19 años de edad.

2.7.5. Ubicación De La Población En El Espacio Y El Tiempo

Se realizó en adolescentes que cursan estudios del 1° al 5° año de nivel secundaria matriculados en la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco durante el año 2015.

2.7.6. Muestra

Consta de 364 adolescentes de nivel secundaria de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco, de 11 a 19 años de edad, matriculados en el año académico 2015.

2.7.7. Muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple

2.7.8. Cálculo de muestra

La muestra (n=364), se calculó para poblaciones finitas (1815 alumnos) con un nivel de confianza de 95%, probabilidad a favor de 0,50; y error de estimación de 0,05.

$$n = \frac{Z^2(p)(1-p)}{e^2}$$

$$n = \frac{n_0 * N}{n_0 + N - 1}$$

2.8. Técnicas de recolección y tratamiento de datos

2.8.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

2.8.1.1. Instrumentos:

En el presente estudio utilizó una encuesta que aborda en su primera parte datos generales: edad, género, año de educación secundaria, estado civil de los padres, y creencia religiosa. Además cuatro instrumentos de medición: 1. Cuestionario Apgar Familiar; 2. la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965); 3. El cuestionario de Actividad Física Para Adolescentes del Programa de Obesidad del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile; 4. El cuestionario Cuestionario Prueba de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT) (De La Fuente & Kershenobich, 1992). Además se incluyen dos reactivos que abordan aspectos relacionados con el consumo de alcohol: la edad de inicio del consumo, el tipo de bebida que acostumbra consumir.

Cuestionario Apgar Familiar: los adolescentes que decidieron participar evaluaron el funcionamiento de sus respectivas familias a través del APGAR familiar, de rápido llenado y capaz de proporcionar datos sobre los siguientes parámetros:

- Adaptación: que es la capacidad de utilizar los recursos en función del bien común y la ayuda mutua, así como la utilización de los mismos para resolver problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado.
- Participación: entendido como la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, donde se comparten solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
- Ganancia o crecimiento: se refiere a logros de la madurez emocional y física de la autorrealización de los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.
- Afecto: relación del cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

- Resolución: capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

El APGAR familiar consta de 5 preguntas y cada una de ellas tiene 3 posibles repuestas: "siempre", "algunas veces" y "casi nunca", con valores de 2, 1 y 0 puntos, respectivamente. (33) Una vez obtenido el puntaje se procedió a la clasificación de la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, de acuerdo a los siguientes parámetros (34, 35):

- 7-10 puntos se consideró familia funcional.
- 0-6 puntos se consideró familia disfuncional.

La Escala De Autoestima De Rosenberg: Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la evaluación de la autoestima en adolescentes, incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y la otra mitad negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). Se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo)(36). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9 y 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. Los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Existen diversos estudios que apoyan sus adecuadas características psicométricas en diversos idiomas (Rosenberg, 1965; Silbert y Tippett, 1965; Kaplan y Pokorny, 1969; Shahani, Dipboye y Phillips, 1990;

Hagborg, 1993; Curbow y Somerfield, 1991). Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- Autoestima elevada: de 26 a 40 puntos.
- Autoestima baja: menos de 25 puntos.

Cuestionario De Actividad Física Para Adolescentes (INTA): es un test clínico tipo cuestionario que tiene el propósito de evaluar la actividad física habitual de un niño o adolescente durante la semana (lunes a viernes). Las actividades del fin de semana no se consideran por ser muy irregulares, excepto las actividades deportivas. El cuestionario contiene 5 categorías: 1. Horas diarias acostado. 2. Horas diarias de actividades sentadas. 3. Número de cuerdas caminadas diariamente. 4. Horas diarias de juegos recreativos al aire libre y 5. Horas semanales de ejercicios o deportes programados. Cada categoría tiene un puntaje de 0 a 2, de tal forma, que el puntaje total va de 0 a 10. El óptimo del puntaje de actividad física para detectar a los adolescentes sedentarios fue de 5 (37).

- Sedentario: ≤ 5 puntos
- Activo: 6-10 puntos

Cuestionario Prueba De Identificación De Trastornos Por El Uso De Alcohol (AUDIT) (De La Fuente & Kershenobich, 1992), este cuestionario fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como método simple de examinar el consumo de alcohol. El AUDIT evalúa el consumo de alcohol en los últimos 12 meses y los problemas que ocasiona el consumo de la bebida alcohólica, ayuda a identificar el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol, así como posible dependencia. Consta

de 10 reactivos, las preguntas 1, 2 y 3 evalúan la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, determinar si la persona está excediendo del límite sensato, explora el área del que podría considerarse consumo de alcohol excesivo o de riesgo, el cual es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás.

Los reactivos 4, 5 y 6, exploran la posibilidad de que exista dependencia de consumo de alcohol, incluye deseos intensos e consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia de consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad del consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia de alcohol y abstinencia física cuando se interrumpe el consumo. Los reactivos 7, 8, 9 y 10 se refieren al consumo de alcohol perjudicial o dañino, que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

El patrón de respuesta para el primer reactivo es de 0= nunca, 1= una vez al mes, 2= dos o cuatro veces al mes, 3= dos o tres veces por semana y 4= cuatro o más veces por semana. Para el reactivo dos, su respuesta va de 0= una o dos copas, 1= tres o cuatro copas, 2= cinco o seis copas, 3= siete a nueve copas y 4= diez copas o más. Los reactivos 3, 4, 5, 6, 7, 8 tienen cinco tipos de respuesta donde 0= nunca, 1= menos de una vez al mes, 2= mensualmente, 3= semanalmente y 4= diario o casi diario. Para los reactivos 9 y 10 las respuestas oscilan de 0 a 4 donde 0= no, el 2= sí pero no en el último año y 4= a sí en el último año.

El AUDIT tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. La clasificación del patrón de consumo se realiza sumando el total de los reactivos y los puntos de corte son:

- Consumo sensato o sin riesgo: 0 a 3 puntos
- Consumo dependiente (inicia a tener problemas): 4 a 7
- Consumo dañino o perjudicial: 8 a 40

El AUDIT ha mostrado propiedades psicométricas aceptables y es adecuado para la evaluación e identificación de trastornos asociados al consumo de alcohol (38).

2.8.2. Validez y confiabilidad del instrumento

Para determinar la validez del instrumento, primero fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos (5 profesionales: 2 Psiquiatras, docentes en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, 3 Psicólogos, profesionales que están a cargo del servicio de adicciones a drogas), con análisis factorial después de la prueba piloto y estadístico con el software SPSS, con resultados mayor a 0.80. Se realizó los reajustes necesarios antes de la recolección de datos.

Para la confiabilidad se utilizó El alfa de Crombach, se trabajó en base a las 30 preguntas o ítems, dándonos un $\alpha = 0.8$, lo cual nos indica que hay una buena confiabilidad del instrumento.

2.8.3. Plan de recojo, procesamiento y presentación de datos

Previo a la recolección de los datos se realizó las respectivas coordinaciones y trámites administrativos con la Institución Educativa “Leoncio Prado Gutierrez” de la ciudad de Huánuco, se solicitó el permiso de la Directora de la Institución verbalmente y luego, mediante, una carta solicitud escrita. Las coordinaciones para la toma de datos se realizaron con la sub dirección, acordándose la recolección de datos en los horarios de tutoría tanto del turno mañana como de la tarde. Los datos fueron recolectados en el mes de Agosto.

Se realizó una prueba piloto en el mes de Julio, la cual consistió en aplicar los cuestionarios a una población con las mismas características del grupo objetivo evaluado. La prueba piloto se realizó con 60 alumnos, de ambos sexos, 2 secciones tomadas al azar una de 2° y otra de 5° año de la institución educativa durante 2 días, en los horarios disponibles de Tutoría, previa coordinación con las docentes de dicho curso. Durante la prueba piloto, se fue anotando las observaciones y/o sugerencias que se tenía para cada cuestionario; con ello, ayudó a tomar en cuenta varias consideraciones necesarias al momento de la aplicación del cuestionario y para una mayor comprensión por parte de los alumnos y una mejor recolección de datos.

Se corrigieron las observaciones hechas durante la prueba piloto, se procedió a aplicarlo a la población objetivo en la Institución Educativa “Leoncio Prado Gutierrez”. Posteriormente, se informó oralmente del estudio a los alumnos para que den su asentimiento y así poder participar en la investigación; luego se procedió al recojo de los datos. Las actividades para el recojo de datos fueron las siguientes: Primero, se dio a entender las instrucciones luego se aplicó el cuestionario para medir

la funcionalidad familiar, el nivel de autoestima, y la actividad física, así como las características asociadas al consumo de alcohol. Así mismo antes de retirarse se les agradeció su atenta y valiosa participación.

2.8.4. Procesamiento y presentación de datos.

Para el procesamiento, se elaboró el libro de códigos y se transfirió los datos a una base de Microsoft Excel 2010 considerando para ello todos los ítems del instrumento.

Para la presentación de resultados, se usa gráficos previamente diseñados en base a los objetivos.

Para la medición de la variable Funcionalidad familiar se determinó que:

- 7-10 = Familia funcional.
- 0-6 = Familia disfuncional

Para la variable Nivel de autoestima

- Autoestima elevada = de 26 a 40 puntos.
- Autoestima baja = menos de 25 puntos.

Para la variable Actividad física

- Activo = 6-10 puntos
- Sedentario = ≤ 5 puntos

Y la variable dependiente, consumo de alcohol:

- Consumo sensato o sin riesgo: 0 a 3 puntos
- Consumo dependiente(inicia a tener problemas): 4 a 7
- Consumo dañino o perjudicial: 8 a 40

2.8.5. Plan de análisis e interpretación de datos.

La investigación hizo uso de la estadística descriptiva. Para el análisis inferencial de los datos extrapolación y asociación de resultados se utilizó chi -cuadrado dado que las escalas de medición son para datos categóricos.

Para determinar la asociación entre el funcionalidad familiar y el consumo de alcohol se determinó mediante el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0.05$. Para determinar la asociación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol se determinó mediante el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0.05$. De igual manera para determinar la asociación entre el actividad física y el consumo de alcohol se determinó mediante el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0.05$.

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v 21.0® Además para la presentación de los hallazgos se realizó gráficas y tablas estadísticas, las cuales servirán de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida.

2.9. Aspectos éticos de la investigación

Los procedimientos que se siguieron en la presente investigación contó con el permiso de la Directora de la institución educativa “Leoncio Prado Gutierrez” Huánuco, a través de un documento de autorización para el desarrollo de la investigación. Además

se contó con el consentimiento informado de los padres o tutores y el asentimiento del encuestado para su participación.

Se respetó la integridad, dignidad y la protección de los derechos de los participantes, ya que se guardó completamente la confidencialidad de la información, además se garantizó el anonimato del participante en virtud de que en ningún momento se pidió su nombre en los instrumentos. Se trató al adolescente con respeto y consideración, así mismo, se proporcionó la información de manera clara referente al presente estudio, sobre el propósito, los posibles beneficios a futuro, el procedimiento y el tiempo de aplicación de los instrumentos.

El estudiante puede decidir si participa o se niega a intervenir en el estudio, reiterando en todo momento que su decisión no afectaría su situación escolar, la aplicación del instrumento de recolección de datos se realizó en el horario de tutoría, no afectando sus labores estrictamente académicas. Además se enfatizó, en que los resultados del estudio no serán utilizados en perjuicio de los participantes y los datos obtenidos no se presentarán de forma individual, solo de manera general y son únicamente para los fines de la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

La población total incluida en el estudio fue de 364 estudiantes, El promedio de edad fué de 14,4 años, el 80,2% eran del género masculino, el 19,8% del género femenino. El segundo año fue el grado de estudios con mayor frecuencia 25,3%, seguido de tercero 25%, luego cuarto 23,1%, luego quinto 15,7% finalmente el primer año con 11%. El estado civil de los padres más frecuente fue casados 45,3%, seguido de convivientes 31,6%, luego divorciados o separados 18,1%, el menos frecuente fue viudo(a) 4,9%. La religión más frecuente fue la Católica con 65,4%, seguida del Evangélico 26,1%, Mormón 2,7%, Testigo de Jehova 1,1%, otra religión 0,3%, también se encontró 4,4% de ateos.

La autoestima elevada fue más frecuente en los adolescentes 91,8%, el 8,2% presento autoestima baja. Se encontró 59,1% de adolescentes sedentarios, 40,9% activo en cuanto corresponde a la actividad física.

Se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 30,2%(110). El 69, 8% de los adolescentes estudiantes no consumió alcohol, el tipo de consumo más frecuente fue sensato o sin riesgo 59,1%, seguido del consumo dependiente 21,8% y 19,1% presentó consumo dañino o perjudicial. El promedio de edad de inicio de consumo fue 14.8 años, La edad de inicio de consumo más frecuente fue 15 años, la edad de inicio más precoz fue 7 años. El tipo de bebida alcohólica más frecuente fue la cerveza 44%,

seguida del consumo de vino 27,5%, la menos frecuente fue pisco 1,8%. Se encontró 78,8% familias funcionales y 21,2% de familias disfuncionales.

En cuanto a los factores asociados al consumo de alcohol, en el análisis bivariado se encontró asociación estadística del consumo de alcohol con la funcionalidad familiar ($\chi^2=16,771$; $p=0,000$). También entre nivel de autoestima y consumo de alcohol ($\chi^2=16,771$; $p=0,014$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en el departamento de Huánuco el cual se encuentra ubicado en la parte centro oriental del país, abarcando una superficie de 36 850 km², que representa el 2,9 por ciento del territorio nacional. Cuenta con dos regiones naturales, la sierra con 22 012 km² y la zona ceja de selva y selva, con 14 837 km². La ciudad de Huánuco ubica a los 1800 m.s.n.m. con una población de 298 234 habitantes hasta el 2011 (39). El lugar donde se extrapolaron los resultados, la institución educativa “Leoncio Prado Gutierrez”, cuya naturaleza de la institución es pública, carácter mixto(2014), con jornadas de trabajo mañana, tarde y noche, conformada por una población de adolescentes de diferentes estratos sociales adolescentes, residentes en la ciudad de Huánuco y alrededores (40).

La edad de los adolescentes está comprendida entre 11 y 19 años, con promedio de edad 14.4 años; la mayoría de los adolescentes fueron del género masculino esto probablemente debido a que desde hace dos años la institución educativa es mixta. La religión que más predomina en los adolescentes es la católica, frecuencia de 65, 4%, resultado que concuerda con un estudio realizado en la Pontificia Universidad Católica del Perú (41).

El 30, 2% de los adolescentes consume alcohol, prevalencia similar encontrada en el “Global School-based Student Health Survey-Resultados Perú 2010” (3); en contraposición la prevalencia encontrada en nuestro estudio es el doble respecto a

como nos muestra la “IV Encuesta Nacional de Estudiantes de Secundaria-2012. DEVIDA – MINEDU” (4). Esta prevalencia mayor se puede deber probablemente a que los adolescentes se encuentran en una etapa de aceptación social en el grupo de iguales. Ya que la adolescencia es una etapa de múltiples cambios, lo que puede aumentar el riesgo para la ejecución de conductas no saludables como lo es el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas (42).

La bebida que mayormente se acostumbra consumir es la cerveza, mostrando 44% de consumo como bebida que se acostumbra consumir, datos similares a los presentados a nivel nacional, en la “Encuesta Nacional de Adicciones del año 2011, estudio de factores de riesgo en adolescentes” (43). Estos resultados pese a estar prohibido el consumo a menores de edad, probablemente a la mayor accesibilidad, preferencia y menor control por este tipo de bebida, sumado al masivo spot publicitario nacional.

Se identificó que los adolescentes inician el consumo de alcohol en promedio a los 14,8 años, lo cual difiere con a la “IV Encuesta Nacional de Estudiantes de Secundaria, 2012. DEVIDA-MINEDU” al señalar que los adolescentes inician el consumo de alcohol a los 13,45 años (15). Esto pudiera deberse a que los adolescentes se encuentran en un período de transición hacia la juventud, en el cual el joven se siente miembro y participe de una “cultura de edad” caracterizada por sus propios comportamientos, valores, normas, espacios y modas. Por lo que es probable que busque la conducta del consumo de alcohol como una forma de iniciar el proceso de adultez (44).

El tipo de consumo de alcohol que predominó fue el consumo sensato en un 59,1%, cifra que es menor a lo reportado por Álvarez, Alonso y Guidorizzi en una investigación realizada en adolescentes del Estado de Querétaro México, donde señalan que más del 80% de los adolescentes presenta este tipo de consumo. Cabe resaltar que el 19,1% tiene consumo dañino o perjudicial, que es mayor de lo esperado para este grupo etario y presenta mayor asociación con lesiones (45). El consumo perjudicial y dañino fue mayor en esta investigación en relación a lo reportado por otros investigadores Mexicanos (Álvarez, Alonso y Guidorizzi, 2010; López-Cisneros, et al., 2013; Tamez-Rodríguez, et al., 2012). Estos resultados muestran el incremento del consumo de alcohol por los adolescentes, aún y cuando la venta de esta sustancia, es ilegal antes de los 18 años. Algunos de los factores que pueden estar favoreciendo el consumo de bebidas alcohólicas, son la difusión en los medios de comunicación y la falta de control en la legislación sobre la comercialización de las bebidas alcohólicas (46). Lo anterior reafirma el hecho de que el consumo de alcohol en adolescentes es un problema de salud pública de gran complejidad, donde los adolescentes representan un grupo vulnerable a este fenómeno debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales característicos de la adolescencia.

El consumo de alcohol fue mayor en el género masculino con una frecuencia de 82,2%, resultado que corrobora los resultados encontrados respecto al género en consumo de alcohol en adolescentes como nos muestra la Organización Mundial de la Salud en el Global Status Report on Alcohol and health 2014 (3). Sin embargo en el análisis

estadístico bivariado no mostró significancia estadística, esto se explica por las características de la institución educativa ya mencionada.

Se encontró significancia estadística del consumo de alcohol con funcionalidad familiar, resultados que corroboran que una familia funcional es protectora frente al consumo de alcohol en adolescentes (47). Las características positivas del funcionamiento familiar potencian y refuerzan la confianza en las decisiones tomadas por los adolescentes, siendo mejor la capacidad de discriminar situaciones de riesgo social disminuyendo la vulnerabilidad al consumo de alcohol (48).

La mayoría de los participantes tuvieron autoestima elevada 91,8%. Se encontró que una autoestima elevada es protectora frente al consumo de alcohol, esta condición se describe en la literatura como la de individuos que poseyendo un mayor nivel de autoestima presentan mayores mecanismos de defensa ante el consumo de alcohol (5, 49). Una autoestima baja se asocia significativamente a mayor consumo de alcohol de acuerdo a nuestro estudio, estos resultados corroboran los hallazgos de los estudios, que encontraron que una baja autoestima constituye un factor de riesgo para el consumo de alcohol se explicaría que cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad, el individuo reacciona buscando otras alternativas para enfrentar la situación, en muchos casos se derivan para formas poco apropiadas o perjudiciales para la salud, como es el caso del consumo de alcohol(4).

Se encontró que un 59, 1 % de los adolescentes son sedentarios, resultados que concuerdan con la “ENCUESTA GLOBAL DE SALUD ESCOLAR. Resultados Perú-2012” (3). Esto se explica por el mayor tiempo frente a las nuevas tecnologías, ya sea en forma de redes sociales, televisión, y/o juegos en ordenador y celulares, a esto se suma una creciente tendencia a la comida rápida (49).

CONCLUSIONES

1. Se encontró relación estadística entre familia funcional y consumo de alcohol. Una familia funcional estadísticamente es protectora frente al consumo de alcohol en adolescentes. Las características positivas del funcionamiento familiar refuerzan la confianza en las decisiones tomadas por los adolescentes, siendo mejor la capacidad de discriminar situaciones de riesgo social disminuyendo la vulnerabilidad al consumo de alcohol.
2. Se encontró relación estadística entre nivel de autoestima y consumo de alcohol. Se encontró que estadísticamente una autoestima elevada es protectora frente al consumo de alcohol, los adolescentes con mayor nivel de autoestima presentan mayores mecanismos de defensa ante el consumo de alcohol. Una autoestima baja está asociada al consumo de alcohol de acuerdo, a nuestro estudio.
3. En nuestro estudio no se encontró relación estadística entre actividad física y consumo de alcohol. De acuerdo a estudios previos la actividad física se asocia de forma negativa con el consumo de alcohol (28), en nuestro estudio no se encontró esta relación estadística.
4. La prevalencia de consumo de alcohol en esta población es mayor de lo reportado previamente en estudiantes adolescentes, existe un mayor consumo

sensato o sin riesgo, sin embargo el consumo dañino o perjudicial es mayor de lo reportado en esta población.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Dar a conocer la magnitud del problema social del consumo de alcohol en adolescentes y sus consecuencias. Dada la escasez de datos estadísticos referentes a la problemática de consumo de alcohol en adolescentes, en nuestra localidad, se recomienda la realización de estudios de mayor magnitud que contribuyan a visualizar mejor las dimensiones del problema y definir estrategias de intervención.

Disponer en la institución educativa, reuniones exclusivas para padres de familia en el cual oriente la importancia de una familia funcional, identificar signos de alarma en adolescentes con autoestima baja, así como aprender a reforzar el autoestima del adolescente.

Ampliar estudios sobre el sedentarismo en adolescentes e implementar políticas preventivo-promocionales al respecto.

Ampliar estudios respecto consumo de alcohol perjudicial en adolescentes, diseñar estrategias de apoyo para adolescentes con consumo de alcohol perjudicial.

Se hace necesario ejecutar cambios en los esquemas tradicionales de nuestra sociedad, en nuestras familias, en donde son los adultos los que asumen la toma de decisiones sin tomar o minimizando la participación del adolescente. Esta transformación requiere de mecanismos o instancias que favorezcan la formación y capacitación de líderes juveniles que participen y se sientan comprometidos en la solución de sus

problemas, los del medio comunitario y los del medio social en general. Empoderizar a los jóvenes para que puedan tomar el escenario en la prevención del alcoholismo. (Participación en las Municipalidades, Asociaciones deportivas y otras organizaciones comunitarias pues hasta el momento ha habido resistencia en los adultos para que los adolescentes asuman responsabilidades importantes y participen en la toma de decisiones.

Finalmente, este trabajo proporciona observaciones sugerentes y relevantes sobre ciertas variables que intervienen en el consumo de alcohol en los adolescentes. Sin embargo, es importante reseñar que los resultados expuestos en este trabajo deben interpretarse con cautela, debido a la naturaleza transversal y correlacional de los datos que, como es bien sabido, no permite establecer relaciones causales entre las variables. Un estudio longitudinal con medidas en distintos tiempos ayudaría a la clarificación de las relaciones aquí observadas. Pese a estas limitaciones, creemos que este trabajo puede efectivamente orientar futuras investigaciones en las que precisamente se profundicen en las relaciones aquí analizadas, contribuyendo de este modo, a mejorar la comprensión del consumo de alcohol, y con ello, al diseño de programas de prevención eficaces.

LIMITACIONES

Se presentaron las siguientes limitaciones:

- Mayor proporción de participantes del género masculino.
- Las limitaciones propias del diseño de Investigación que no nos brinda un mayor grado de confiabilidad por ser de tipo transversal.
- Credibilidad en los encuestados al momento de realizar las encuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- World Health Organization. [Global status report on alcohol and health 2014](#). Switzerland: Ed. Geneva; 2014.
- 2.- Ministerio de Salud de la Nación. [2da Encuesta Mundial de Salud Escolar](#). Informe EMSE 2012.indd 3. Argentina; 2012.
- 3.- Ministerio de Salud. [Encuesta Global de Salud Escolar Resultados Perú 2010](#). Global School-based Student Health Survey Lima: MINSA; 2011.
- 4.- DEVIDA. [IV Estudio Nacional. Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012](#) - Informe Regional; Lima, 2012.
- 5.- Alvarez A, Alonso M, Zanetti, A. [Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes](#). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(1): 634-40.
- 6.- Ruiz AJ, Ruiz F, Zamarripa JI. [Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia](#). Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(3): 211–20.
- 7.- Jiménez, T. [Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes](#). Psychosocial intervention. 2011; 20(1): 53-61.
- 8.- Salazar E, Ugarte M, Vasquez Luis, Loaiza J. [Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes en Lima](#). An Fac Med Lima. 2004; 65 (3): 179-87.
- 9.- Valencia JI, Gonzalez, MJ, Galan, I. [Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo](#). Rev. Esp. Salud Publica. 2014; 88(4): 433-46.
- 10.- Obradors R N, Ariza C, Muntaner C. [Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano](#). Gaceta Sanitaria. 2014; 28(5): 381-85.

- 11.- Parada M, Corral M, Caamaño Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S. [Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente \(binge drinking\)](#). ADICCIONES. 2011; 23 (1): 53-63.
- 12.- Mahía Cadaveira F. [Impacto del consumo de alcohol en forma de atracón sobre las capacidades inhibitorias de adolescentes consumidores](#). Trastornos Adictivos. 2011; 13(1): 10-14.
- 13.- Arias JA, Orjuela LJ. [Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín-2013](#). Archivos de Medicina. 2014; 10 (1:9): 3-13.
- 14.- Guerri, C. [Adicción al alcohol](#). SEBBM. 2012; 172(1): 1-10.
- 15.- Caña ML, Michelini Y, Acuña I, Godoy JC. [Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes](#). Health and Addictions. 2015; Vol 15, No.1: 55-66.
- 16.- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, et al. Adolescence: a foundation for future health. The Lancet. 2012; 379: 1630–1640. [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](#)
- 17.- Guerri C, Pascual M. [Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence](#). Alcohol. 2010; 44:15-26. [doi:10.1016/j.alcohol.2009.10.003](#).
- 18.- Moreno J, Chauta L. [Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá](#). Psychologia: avances de la disciplina. 2012; 6(1): 155-166.
- 19.- Contreras-Palacios SC, Ávalos-García MI, Priego Álvarez HB, Morales-García MH, [Córdova Hernández JA. Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa](#), Tabasco, México. Horizonte sanitario. 2014; 12(2): 45-57.
- 20.- González F, Gimeno A, Meléndez I JC, Córdoba A. [La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial](#). Escritos de Psicología. 2012 5(1): 34-39.

- 21.- Rodríguez C, Caño A. [Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención](#). International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2012; 12(3): 389-403.
- 22.- Kaveh MH, Hesampour M, Ghahremani L, Tabatabaee HR. [The Effects of a Peer-Led Training Program on Female Students' Self-Esteem in Public Secondary Schools in Shiraz](#). J Adv Med Educ Prof. 2014;2(2): 63-70.
- 23.- Videra A, Reigal R. [Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes](#). Anal. Psicol. 2013; 29(1): 141-147.
- 24.- Góngora V, Fernández M, Castro A. [Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de la ciudad de Buenos Aires](#). Perspectivas en Psicología. 2012; 7(1): 24-30.
- 25.- Fuentes M C, Fernando García J, Gracia E, Lila M. [Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia](#). Psicothema. 2011; 23(1): 7-12.
- 26.- Cai H, Wu M, Luo YLL, Yang J. [Implicit Self-Esteem Decreases in Adolescence: A Cross-Sectional Study](#). PLoS ONE. 2014; 9(2): 1-5.
- 27.- Booth MZ, Gerard JM. Self-Esteem and Academic Achievement: [A Comparative Study of Adolescent Students in England and the United States](#). Compare. 2011; 41(5): 629–648.
- 28.- Baena, AC, Zapatera B, Fernández MA. [Motivos de práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles: Estudio avena](#). 2012; 16(1): 392-98.
- 29.- Oviedo G, Sánchez J, Castro R, Calvo M, Sevilla JC, Iglesias A. [Niveles de actividad física en población adolescente: estudio de caso. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación](#). 2013; 23(1): 43-47.
- 30.- Sutherland R, Campbell E, Lubans DR, Morgan PJ, Okely AD, Nathan N. A [Cluster Randomised Trial of a School-Based Intervention to Prevent Decline in Adolescent Physical Activity Levels: Study Protocol for the 'Physical Activity 4 Everyone' Trial](#). BMC Public Health. 2013; 13(57): 1-10.
- 31.- PJ Collings, Wijndaele K, Corder K, Westgate K, Ridgway CL, Dunn V. [Levels and Patterns of Objectively-Measured Physical Activity Volume and Intensity](#)

- [Distribution in UK Adolescents: The ROOTS Study](#). The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2014; 11(23): 1-12.
- 32.- González ER, Paz A. [Relación de sobrepeso y obesidad con nivel de actividad física, condición física, perfil psicomotor y rendimiento escolar en población infantil \(8 a 12 años\) de Popayán](#). Revista Movimiento Científico. 2013; 7(1): 71-84.
- 33.- Sánchez D, Camacho R, Del Refugio M, Rodríguez A. [Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior](#). Artículo original, México. 2008.
- 34.- Díaz S, Arrieta K, González F. [Estrés académico y funcionalidad familiar en estudiantes de odontología](#). Salud Uninorte. 2014; 30(2): 121-132
- 35.- Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. [Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. Propósitos y Representaciones Revista de Psicología Educativa de la USIL](#). 2014; 2(1): 49 – 63.
- 36.- Rojas C, Zegers B, Förster C. [La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores](#). Rev Méd Chile. 2009; 137(1): 791-800
- 37.- Lobos L, Leyton B, Bercovich J, Vio F. [Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infantil en escuelas básicas de Chile](#). Nutr Hosp. 2013; 28(4):1156-64.
- 38.- Anne Y, Aida S. A. Adlan, R R. Rashid, H H, [Khosrow K.Validation of the alcohol use disorders identification test \(AUDIT\) – Bahasa Malaysia version among a group of alcohol users](#), Journal of Substance Use. 2015; 20(4): 229-233.
- 39.- Instituto nacional de estadística e informática. [Perfil Sociodemográfico del Departamento de Huánuco. Censos nacionales de población y vivienda. Huánuco](#). 2009
- 40.- Gran unidad escolar Leoncio Prado Gutierrez. [Proyecto Educativo Institucional institución 2014 - 2020](#). PEI GUE versión ejecutiva. Huánuco 2015.

- 41.- Martínez Saavedra MR. Religiosidad, [Prácticas Religiosas y Bienestar Subjetivo en Jóvenes Católicos de Lima Norte \[Tesis\]](#). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de letras y ciencias humanas especialidad de psicología; 2014.
- 42.- González Villarreal ME, Sánchez Sosa JC, Musitu Ochoa G. [Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos](#). Universitas Psychologica. 2013; 12(3): 857-73..
- 43.- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. [Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol](#). Mexico, 2012.
- 44.- Pascual Pastor F, Josep Guardia Serecigni, Pereiro Gómez C, Bobes García J. [Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la Evidencia Científica](#). 3ª ed. Barcelona 2013.
- 45.- Telumbre Terrero JY, Sanchez Jaimes BE. [Consumo de alcohol en adolescentes del Estado de Guerrero](#), México. Health and Addictions. 2015; 15(1): 79-20.
- 46.- Suárez Relinque C, Del Moral G, Gonzalo Musitu, MV. Medios de comunicación y consumo de alcohol en adolescentes: ¿qué dicen los expertos?. [Health and Addictions](#). 2013; 13(2): 99-108
- 47.- Villarreal-González, ME. et al. ["El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario."](#) [Intervención psicosocial](#). 2010; 19(3): 253-64.
- 48.- González F, Gimeno A, Meléndez I JC, Córdoba A. [La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial](#). Escritos de Psicología. 2012 5(1): 34-9.
- 49.- Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. [Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana \(2009-2010\)](#). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(3):303-13.

ANEXOS

ANEXO N°1: TABLAS

Tabla 1. Resumen De Evaluación Por Expertos

Número	Institución donde labora	Especialidad	Puntaje
01	Hospital EsSalud II-Huánuco	Psiquiatra	83.9
02	Hospital Regional Hermilio Valdizan	Psiquiatra	88.2
03	Hospital EsSalud II-Huánuco	Psicólogo	88.9
04	Hospital EsSalud II-Huánuco	Psicólogo	86.3
05	Hospital Regional Hermilio Valdizan	Psicólogo	83.6
TOTAL PROMEDIO			86.18

Fuente: Datos elaborados por el presente estudio

Tabla 2. Características generales de los adolescentes

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad		
11	1	0,3
12	14	3,8
13	90	24,7
14	83	22,8
15	93	25,5
16	56	15,4
17	18	4,9
18	8	2,2
19	1	0,3
Género		
Masculino	292	80,2
Femenino	72	19,8
Grado de estudios		
Primero	40	11,0
Segundo	92	25,3
Tercero	91	25,0
Cuarto	84	23,1
Quinto	57	15,7
Estado civil de los padres		
Casados	165	45,3
Divorciados o separados	66	18,1
Convivientes	115	31,6
Viudo(a)	18	4,9
Religión		
Católico	238	65,4
Evangélico	95	26,1
Testigo de Jehová	4	1,1
Mormón	10	2,7
Ateo	16	4,4
Otra religión	1	0,3

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes del 1ro al 5to año de la I.E. Leoncio Prado Gutierrez, Huánuco 2015

Tabla 3. Características generales de los adolescentes

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Funcionalidad familiar		
Familia funcional	287	78,8
Familia disfuncional	77	21,2
Nivel de autoestima		
Autoestima elevada	334	91,8
Autoestima baja	30	8,2
Actividad física		
Activo	149	40,9
Sedentario	215	59,1

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes del 1ro al 5to año de la I.E. Leoncio Prado Gutierrez, Huánuco 2015

Tabla 4. Características de los adolescentes que consumen alcohol

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Consumo de alcohol		
No	254	69,8
Si	110	30,2
Tipo de consumo de alcohol		
Consumo sensato o sin riesgo	65	59,1
Consumo dependiente(inicia a tener problemas)	24	21,8
Consumo dañino o perjudicial	21	19,1
Edad de inicio de consumo de alcohol		
7	1	0,9
8	8	7,3
9	4	3,6
10	9	8,2
11	3	2,7
12	21	19,1
13	17	15,5
14	16	14,5
15	23	20,9
16	5	4,5
17	3	2,7
Bebida alcohólica que más acostumbra consumir		
Cerveza	48	44,0
Vino	30	27,5
Ron	6	5,5
Whisky	6	5,5
Bebidas preparadas	7	6,4
Aguardiente	2	1,8
Pisco	1	0,9
Tequila	2	1,8
Vodka	2	1,8
otro	5	4,6

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes del 1ro al 5to año de la I.E. Leoncio Prado Gutierrez,

Tabla 5. Factores asociados al consumo de alcohol.

Características	Consumo de alcohol		No consumo de alcohol		X ²	p	RP	IC95%	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				inf	sup
Funcionalidad familiar									
Familia funcional	72	67,3	215	83,7	12,1	0,000	0,4	0,3	0,7
Familia disfuncional	35	32,7	42	16,3					
Nivel de autoestima									
Autoestima elevada	95	88,8	239	93	6,06	0,014	0,4	0,2	0,8
Autoestima baja	15	50	15	50					
Actividad física									
Activo	43	40,2	106	41,2	0,3	0,852	0,9	0,8	1,1
Sedentario	64	59,8	151	58,8					

Fuente: Instrumento aplicado a los adolescentes del 1ro al 5to año de la I.E. Leoncio Prado Gutierrez. Huánuco 2015

ANEXO N°2

CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA RELIZACION DE ENCUESTA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “LEONCIO PRADO GUTIERREZ”

Huánuco, 04 de junio del 2015

Señor(a):

ELISA GLADYS CAMARENA MIRANDA
Directora de la I.E. “LEONCIO PRADO GUTIERREZ”
Jr. General Prado 411 - Huánuco

ASUNTO:

ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DEL PRIMER A QUINTO AÑO DE SECUNDARIA.

De mi mayor consideración:

Por el presente, saludo y me dirijo a su distinguida persona para hacer de su conocimiento que estoy realizando un proyecto de tesis titulado, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, NIVEL DE AUTOESTIMA Y ACTIVIDAD FÍSICA EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA I.E. «LEONCIO PRADO GUTIERREZ» HUÁNUCO-2015, para optar el título de Médico Cirujano, por lo que requiero realizar una encuesta a estudiantes del primero al quinto año de secundaria, para lo cual he elegido la IE que usted tan dignamente dirige.

Es por ello que solicito a usted su autorización para poder realizar el estudio en la IE “LEONCIO PRADO GUTIERREZ” así como también el brindarme las facilidades para poder realizarlo. Además recalco mi compromiso de brindar los resultados de la investigación a la institución educativa como también la no difusión en medios de comunicación de dichos resultados, de no ser cumplido proceder conforme a ley.

Agradezco su colaboración a favor de mi formación profesional.

Atentamente,

Domicilio
Av. Juan Velazco Alvarado Ubr. “Los Olivos” Mz “B” lote 4
Pillcomarca | Telf. 966706177

Johannes Kendall Bazán Alvarez
DNI N° 46685358
Estudiante de pregrado - UNHEVAL

ANEXO N°3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES AL ESTUDIO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el estudiante de la escuela académico profesional de medicina humana Johannes Kendall Bazán Alvarez, perteneciente a la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan. El objetivo es determinar la relación entre funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad física con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco- 2015.

Si usted otorga el permiso correspondiente para que su menor hijo(a) participe en el presente estudio, se le pedirá a su hijo(a) completar un cuestionario en la cual se podrá obtener información sobre la funcionalidad familiar, nivel de autoestima, actividad física y consumo de alcohol en el adolescente. Estos procedimientos (responder los cuestionarios) tomará aproximadamente 30 minutos, en el horario de tutoría, sin afectar las horas académicas de su menor hijo(a).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será CONFIDENCIAL DE CARÁCTER ANÓNIMO y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas al cuestionario y/o encuesta serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, su menor hijo(a) podrá hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente podrá retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto que mi menor hijo(a) participe voluntariamente en esta investigación, conducido por el estudiante de medicina humana Johannes Kendall Bazán Alvarez de la UNHEVAL. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre funcionalidad familiar, nivel de autoestima y actividad

física con el consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. «Leoncio Prado Gutierrez» Huánuco-2015.

Me han indicado también que mi menor hijo(a) tendrá que responder un cuestionario en la cual se podrá obtener información sobre la funcionalidad familiar, nivel de autoestima, actividad física y consumo de alcohol en el adolescente.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que mi menor hijo(a) puede retirarse del mismo cuando así lo decida, sin que esto le traiga perjuicio alguno.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido

Fecha ___/___/___

Nombre de su hijo(a): _____

Grado y Sección: _____

Nombre del padre o madre _____ Firma _____

(en letras de imprenta)

ASENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN:

Se dará de forma verbal, donde el investigador responsable, se presenta y explica el objetivo del estudio, procedimiento del mismo, los beneficios, la confidencialidad y, así pide la participación voluntaria del alumnado.

ANEXO N⁰4

PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Está contento con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Mi familia habla de las cosas y comparte los problemas de la casa conmigo?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Me agrada el tiempo que paso junto a mi familia?			
5. ¿siente que su familia lo quiere?			

AUTOESTIMA:

Marque con un aspa(X) dentro del recuadro:

PREGUNTA	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. Definitivamente creo que soy un fracaso				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. No tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía tener más respeto para mí mismo/a.				
9. Algunas veces me siento inútil.				
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada.				

ACTIVIDAD FÍSICA

Instrucciones: Lee detenidamente las preguntas y responde, con sinceridad, dentro del recuadro.

I. Tiempo que paso acostado (Número de horas al día)

- a) Durmiendo de noche _____
b) Siesta en el día _____

II. Tiempo que paso sentado (Número de horas al día)

- a) En clase _____
b) En Tareas escolares, leer, dibujar _____
c) En comidas _____
d) En auto o transporte _____
e) TV + Computadora + Video juegos+ internet _____

III. Cantidad de cuadras que camino (Número de cuadras que camino al día)

Hacia o desde el colegio o a cualquier lugar rutinario _____

IV. Tiempo que paso en juegos al aire libre (minutos al día)

Jugando con Bicicleta, pelota, correr, vóley, etc. _____

V. Tiempo que hago ejercicios o deporte programado (horas haciendo deporte o ejercicio por semana)

- a) Educación física _____
b) Deportes _____

CONSUMO DE ALCOHOL

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez? Marcar con una “X”

- a) Si ()
b) No ()

Si respondió “No” su participación ha terminado.

Si usted respondió que “Si” ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez, responda las siguientes preguntas:

2. ¿A qué edad consumiste por primera vez una bebida alcohólica?: _____

A continuación marque con un aspa(X) dentro del recuadro:

PREGUNTA					
3. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?		Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
4. ¿Cuántos vasos de licor se toma en un día típico de los que bebe?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o más
5. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más vasos de licor en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
6. Durante el último año, ¿le ocurrió que una vez que había empezado a beber no pudo dejarlo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
7. Durante el último año, ¿Dejo de hacer algo como tareas del colegio, tareas en la casa o alguna obligación o responsabilidad por irse a beber licor?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
8. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
9. Durante el último año, ¿se ha sentido culpable o tuvo remordimiento por haber bebido licor?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
10. Durante el último año, ¿Con que frecuencia usted no ha podido recordar lo que sucedió el día que tomo licor?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
11. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lastimada o herida porque usted había tomado licor?	No		Sí, pero no en el último año		sí, en el último año
12. ¿Algún amigo, familiar, profesor o doctor se ha preocupado por la forma en que toma licor o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

Marcar con una "X" donde corresponda:

13. Bebida que acostumbra consumir:

Cerveza ()

Aguardiente ()

Ron ()

Vino ()

Tequila ()

Whisky ()

Bebidas preparadas ()

Otro tipo de bebida ()

Especificar que bebida: _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN