

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



“PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y GRADOS DE  
DEPENDENCIA EN ADOLESCENTES DE 12 – 16 AÑOS  
ESCOLARIZADOS DEL COLEGIO TECNICO NACIONAL DE  
ALANGASI DE LA ZONA RURAL DE QUITO Y SU FUNCION EN  
EL ENTORNO SOCIAL”

INVESTIGACION PREVIA LA OBTENCION DEL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DRA. ORELLANA VALENCIA ANGELINA MADELYNE

DRA. PEREZ DIAZ MARÍA ANGELICA

DIRECTORA: DRA. CARMEN CABEZAS

ASESOR METODOLOGICO: DRA PATRICIA ORTIZ

QUITO - 2014

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

DECLARACION Y AUTORIZACION

Nosotras, ANGELINA MADELYNE ORELLANA VALENCIA Y MARÍA ANGELICA PEREZ DIAZ CI 0704724277 Y 1717190894 respectivamente autoras del trabajo de graduación intitulado: “PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y GRADOS DE DEPENDENCIA EN ADOLESCENTES DE 12 – 16 AÑOS ESCOLARIZADOS DEL COLEGIO TECNICO NACIONAL DE ALANGASI DE LA ZONA RURAL DE QUITO Y SU FUNCION EN EL ENTORNO SOCIAL” en la Facultad de Medicina:

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Quito, 20 de agosto de 2014

Dra. Angelina Madelyne Orellana Valencia

Dra. María Angélica Pérez Díaz

CI: 0704724277

CI: 1717190894

## AGRADECIMIENTOS

*Los resultados de este trabajo, están dedicados a aquellas personas que, de alguna forma, fueron parte de su desarrollo y culminación.*

*En primera instancia a Dios por guiarnos por el sendero adecuado para obtener las metas alcanzadas. A quienes nos han guiado durante estos tres años de formación tutores, profesores, a cada Hospital base que nos brindó acogida y nos dio la oportunidad de continuar nuestros estudios.*

*Muy principalmente a nuestras familias que sin su apoyo, compañía, anhelos, palabras de fortaleza, su gran comprensión y amor esta meta más en la vida no hubiese sido posible, nuevamente gracias por la paciencia que durante estos tres largos años nos han sabido brindar.*

## **DEDICATORIA**

*Dedicamos el presente trabajo a dos seres que han sido nuestra más grande inspiración, a nuestras pequeñas HIJAS, Angie y Valentina, ellas son el motivo y la razón que nos han llevado a seguir superándonos día a día, para alcanzar nuestro más apreciado ideal de superación, ellas han sido quienes en los momentos más difíciles nos dieron su amor y comprensión para podernos superar.*

*Y dejar a cada uno de ellas la enseñanza de que cuando se quiere alcanzar algo en la vida, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poderlo*

**LOGRAR**

## Tabla de contenidos

<b>1.</b>	<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>2.</b>	<b>CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>19</b>
2.1	ADOLESCENCIA.-DEFINICIÓN .....	19
2.2	CLASIFICACIÓN .....	20
	<i>Adolescencia temprana.....</i>	<i>20</i>
	<i>Adolescencia tardía.....</i>	<i>21</i>
2.3	CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.....	21
	<i>Desarrollo físico.....</i>	<i>21</i>
2.3.1.1	Desarrollo sexual .....	21
2.3.1.1.1	Eventos puberales femeninos.....	22
2.3.1.1.2	Eventos puberales masculinos .....	23
2.3.1.2	Crecimiento pondo-estatural .....	24
	<i>Desarrollo psico-social.....</i>	<i>24</i>
2.3.1.3	Imagen corporal.....	25
2.3.1.4	Lucha dependencia – independencia.....	25
2.3.1.5	Desarrollo de la identidad .....	25
2.3.1.6	Integración con grupo de pares .....	26
2.4	FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE .....	26
	<i>Factores de Riesgos individuales .....</i>	<i>26</i>
2.4.1.1	Actitudes, creencias y valores.....	26
2.4.1.2	Habilidades o recursos sociales.....	27
2.4.1.3	Autoconcepto y autoestima.....	27
2.4.1.4	Autocontrol.....	28
2.4.1.5	La experimentación .....	28
	<i>Factores de Riesgos Relacionales .....</i>	<i>29</i>
2.4.1.6	La escuela .....	29
2.4.1.7	El grupo de pares o grupo de amigos .....	29
2.4.1.8	La familia.....	30
	<i>Factores de Riesgos sociales.....</i>	<i>31</i>
2.5	FACTORES PROTECTORES .....	32
2.6	LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE.....	33
	<i>Familia.....</i>	<i>33</i>
	<i>Tipología de la familia .....</i>	<i>33</i>
	<i>Funciones de la familia .....</i>	<i>33</i>
	<i>Ciclo vital de la familia .....</i>	<i>34</i>
2.7	EL ALCOHOL .....	36
2.8	ALCOHOL RESEÑA HISTORICA EN ECUADOR.....	36
	<i>El Alcohol como cultura en la América Andina.....</i>	<i>36</i>
2.9	EFFECTOS DEL ALCOHOL.....	37
2.10	PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA.....	43
2.11	HABITOS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.....	44
	<i>Predictores de consumo.....</i>	<i>44</i>
	<i>Perfil del adolescente respecto al consumo de alcohol.....</i>	<i>45</i>
<b>3.</b>	<b>CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>49</b>
3.1	TIPO DE ESTUDIO .....	49
3.2	MUESTRA .....	49
3.3	OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	50

3.4	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	52
3.5	PLAN DE ANÁLISIS.....	55
3.6	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	56
<b>4.</b>	<b>CAPITULO IV: RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
4.1	ANÁLISIS UNIVARIAL .....	58
4.1.1	<i>Características Demográficas de la población en estudio</i> .....	58
4.1.2	<i>Riesgo de consumo de alcohol</i> .....	59
4.1.3	<i>Factores de riesgo</i> .....	60
4.1.3.1	Estructura Familiar .....	60
4.1.3.2	Autoestima.....	61
4.1.3.3	Tolerancia a la Frustración.....	62
4.1.3.4	Estilo educativo parental.....	63
4.1.3.4.1	Componente de Afecto y Comunicación .....	64
4.1.3.4.2	Componente de Control Conductual.....	65
4.1.3.4.3	Componente de Control Psicológico.....	65
4.1.3.4.4	Componente de Autonomía .....	66
4.1.3.4.5	Componente de Humor .....	67
4.1.3.4.6	Componente de Revelación .....	67
4.1.3.5	Percepción sobre la institución educativa .....	68
4.1.3.6	Valoración del barrio como micro esfera social.....	69
4.2	ANÁLISIS MULTIVARIADO: RELACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL .....	70
4.2.1	<i>Sexo y consumo del alcohol</i> .....	70
4.2.2	<i>Familia y consumo del alcohol</i> .....	70
4.2.3	<i>Autoestima baja y consumo del alcohol</i> .....	71
4.2.4	<i>Relación entre esferas sociales y los problemas con el alcohol</i> .....	72
<b>5.</b>	<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....</b>	<b>74</b>
5.1	ALCOHOL .....	74
5.2	FACTORES DE RIESGO.....	75
5.2.1	<i>AUTOESTIMA Y CONSUMO DE ALCOHOL</i> .....	75
5.2.2	<i>AUTOEFICACIA Y FRUSTRACIÓN</i> .....	76
5.2.3	<i>ESTILO PARENTAL</i> .....	77
5.2.4	<i>PERCEPCIÓN DEL CLIMA Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO</i> .....	78
5.2.5	<i>PERCEPCIÓN DEL BARRIO</i> .....	79
<b>6.</b>	<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>81</b>
6.1	CONCLUSIONES.....	81
6.2	RECOMENDACIONES.....	85
<b>7.</b>	<b>CAPÍTULO VII: ANEXOS .....</b>	<b>87</b>
7.1	ANEXO 1.....	87
7.2	FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	90
7.3	TEST AUDIT .....	91
7.4	TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.....	92
7.5	TEST DE AUTOESTIMA DE AUTO EFICACIA GENERALIZADA .....	93
7.6	TEST DE TOLERANCIA Y MANEJO DEL ESTRÉS .....	94
7.7	ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTILO EDUCATIVO DE PADRES Y MADRES DE ADOLESCENTES .....	95

7.8	ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL CLIMA Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO POR EL ALUMNADO	97
7.9	ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA PERTENENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL BARRIO.	99
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>100</b>

## Lista de tablas

Tabla 1: Variables demográficas de los estudiantes del Colegio Técnico Alangasí.....	58
Tabla 2: Riesgo de Consumo de alcohol en los estudiantes del Colegio Técnico Alangasí.....	59
Tabla 3: Cuadro de Autoestima en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.....	61
Tabla 4: Valores de la Tolerancia a la Frustración de los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí. .....	62
Tabla 5: Valores de Autoeficacia en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.....	63
Tabla 6: Valor total del Estilo Parental en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.....	64
Tabla 7: Puntuaciones del Componente de afecto y comunicación en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.....	64
Tabla 8: Puntaje del Componente de control conductual en los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí.....	65
Tabla 9: Valores del control psicológico, en los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí.....	66
Tabla 10: Valores sobre la Autonomía en el estilo educativo parental de los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí.....	66
Tabla 11: Valores del Componente de Humor en los estilos educativos parentales de los estudiantes del Colegio Técnico de Alangasí.....	67
Tabla 12: Valores sobre la Revelación que tienen los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí hacia sus padres.....	68
Tabla 13: Valores obtenidos sobre el clima percibido por los estudiantes del Colegio Técnico de Alangasí.....	68
Tabla 14: Relación de la percepción del adolescente sobre su barrio.....	69
Tabla 15: Sexo y consumo de alcohol.....	70
Tabla 16: Familia nuclear y consumo de alcohol.....	71
Tabla 17: Autoestima y consumo de alcohol.....	71
Tabla 18: Cruce entre variables sociales con Problemas relacionados al alcohol.....	72
Tabla 19: Variables sociales en relación con prueba T.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **Lista de ilustraciones y gráficos**

Ilustración 1 Estadios Tanner (Femenino) .....	23
Ilustración 2: Estadios Tanner (Masculino) .....	24
Ilustración 3: Estructura Familiar de los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí .....	60
Ilustración 4: Relación de porcentajes de la Autoestima en los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí.....	61

## Resumen

Prevalencia de consumo de alcohol y grados de dependencia en adolescentes de 12 – 16 años escolarizados del Colegio Técnico Nacional de Alangasí de la zona rural de Quito y su función en el entorno social

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de consumo de alcohol en adolescente de 12–16 años escolarizados del colegio técnico nacional de Alangasí que viven en la zona rural de Quito, la existencia de grados de consumo y las afectaciones sociales que implica esta exposición.

**Método:** Mediante un estudio de corte transversal, se identificó adolescentes que tengan riesgo de consumo de alcohol sea este, como factor de riesgo o dependencia, reconocer además las principales variables sociales como consecuencia de este consumo; la interacción con el medio en que este grupo etario se desarrolló, planteando como distinguir al adolescente con riesgo de consumo de alcohol desde la consulta de atención primaria. Para esto se utilizó, test validados en la población adolescente como AUDIT, y se evaluó además; la autoeficacia, autoestima, tolerancia, estilo parental, centro educativo y percepción del barrio que habitan dicha población, mediante el uso de test.

**Resultados:** La muestra total de la población en estudio fue de 240 adolescentes del Colegio Nacional Técnico de Alangasí, los cuales cursaban de octavo a décimo año de educación básica, encontrándose entre los 12 a 16 años de edad, donde el predominio de la población fue para el sexo masculino con 62% y apenas un 38% para el sexo femenino. Se apreció que la población adolescente en un 69% pertenece a familias de tipo nuclear, en un 22% a familias monoparental materna y en un 3% a familias monoparental paternas, mientras que el 6% de la población en estudio pertenece a familias reconstituidas.

Se encontró una prevalencia de consumo de alcohol del 9.6%, de este valor el 2,5% tienen consumo de alcohol además presentan afecciones sociales y familiares. En cuanto a la valoración de autoestima se evidenció que el 23% tienen autoestima baja. En relación con las variables sociales frustración y autoeficacia el presente estudio no encontró datos relativos que afecten a la población o que tengan relación con el consumo de alcohol. En lo que respecta a estilo parental, destaca el tipo de estilo democrático en el 55.8% del total de la población adolescente, el cual está caracterizado por un control conductual, revelación, afecto y comunicación con puntajes altos.

El estudio demostró que existe buena relación entre el adolescente y el centro, entre el adolescente y sus docentes, pero reveló que entre el adolescente y sus pares hay sensación de incertidumbre ya sea por amenazas, conflictos u otros.

Valorando el ámbito del barrio del adolescente hallamos la percepción desde el mismo que les proporciona una gran inseguridad, sin ser especificar los factores desencadenantes de esta percepción.

**Conclusiones:** El adolescente es un ente en formación que se encuentra afecto por diferentes variables en su formación, en el estudio se pudo constatar que existe una prevalencia alta de consumo de alcohol en los adolescente que reside en la zona rural de Quito y que pertenecen al Colegio Nacional Técnico de Alangasí, es bajo el porcentaje de los mismo que presentan problemas con afecciones sociales, pero que a pesar de ello su gran mayoría no se ve afectado en su entorno social por causa del alcohol. Lo que se pudo reflejar es que en su mayoría de los estudiantes perciben inseguridad en su barrio y además notan ciertos conflictos entre pares de la misma unidad educativa.

## ABSTRACT

Prevalence of alcohol consumption and levels of dependence in adolescents 12 - 16 years enrolled in the National College of Technical Alangasí rural area of Quito and its role in the social environment

Objective: To determine the prevalence of alcohol consumption in adolescent 12-16 school year technical college Alangasí national living in the rural area of Quito, the existence of degrees of consumption and social effects that this implies exposure.

Method: Using a cross-sectional study, adolescents who are at risk of alcohol is this, as a risk factor or dependence also recognize the major social variables as a result of this consumption was identified; interaction with the environment in which this age group was developed, posing as distinguishing adolescents at risk of alcohol from the primary care clinic. For this test validated in the adolescent population as AUDIT was used, and also evaluated; self-efficacy, self-esteem, tolerance, parenting style, perception of school and neighborhood that inhabit this population, using test.

Results: The total sample of the study population was 240 adolescents Alangasi Technical College, which were taking from eighth to tenth year of basic education, being between 12-16 years of age, where the prevalence of the population was for males and 62% with only 38% for females. It was observed that the adolescent population by 69% family-owned nuclear, 22% to maternal parent families and 3% to paternal parent families, while 6% of the study population belongs to stepfamilies.

Prevalence of alcohol 9.6%, this value 2.5% had alcohol also have a family and social conditions were found. As for the assessment of self-esteem showed that 23%

had low self-esteem. In relation to social frustration and self-efficacy variables this study found no data that affect the population or in connection with the consumption of alcohol. With respect to parenting style, highlights the kind of democratic style in 55.8% of the adolescent population, which is characterized by a behavioral control, disclosure, affection and communication with high scores.

The study showed that there is good relationship between the adolescent and the middle between the adolescent and their teachers, but found that among adolescents and their peers is no feeling of uncertainty whether by threats or other conflicts.

Assessing the field of adolescent neighborhood we find from the same perception that provides great insecurity, without specifying the triggers of this perception.

Conclusions: The teenager is an entity in formation is affected by different variables in their training, in the study it was found that there is a high prevalence of alcohol consumption in adolescent living in the rural area of Quito and belong to Alangasí Technician National College, is under the same percentage who have problems with social conditions, but nevertheless mostly unaffected in their social environment because of alcohol. What might reflect is that most students perceive insecurity in their neighborhood and also noticed some conflicts between pairs of the same educational unit.

# CAPÍTULO I

## Introducción

## **1. CAPÍTULO I. Introducción**

Conforme la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador (2003), se considera que el adolescente, es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años.

De acuerdo a Erickson, la adolescencia es la etapa de la vida que comprende de los 12 a los 20 años, caracterizada por la búsqueda y consolidación de la identidad, en su búsqueda hay cambios psicológicos continuos.

En el reporte del CONSEP 2012, se describe entre las principales causas de morbilidad en adolescentes tempranos (10-14 años), corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y reproductiva; los datos de mortalidad registran entre las causas los accidentes de tránsito, lesiones auto-infligidas y neumonía por organismos no especificados

En relación a los hábitos y estilos de vida poco saludables, el CONSEP 2012 registra en sus estudios, que el 62% de los adolescentes indicó haber ingerido bebidas alcohólicas por lo menos en una ocasión; la primera vez que se embriagaron tenían como edad promedio 13 años. El 61% fumó por lo menos una vez en su vida y el primer cigarrillo lo encendió a los 13 años.

Como menciona la Cuarta Encuesta Nacional sobre uso de drogas en adolescentes, en el Ecuador (2012), se deduce que el uso nocivo de alcohol, equivale a un consumo regular promedio de 40gr diarios de etanol para mujeres y 60gr de etanol para hombres. De las 2.138 muertes atribuibles al consumo de drogas en el período 2007-2010, el 97,43% están relacionadas al consumo de alcohol según datos estadísticos del Boletín CONSEP 2012.

La Organización Mundial de la Salud, define a la drogadicción como “el consumo repetido de una droga que lleva a un estado de intoxicación periódica o crónica”, según el DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, citando la definición de “droga” que propone la OMS como “toda sustancia es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico”

La Cuarta Encuesta Nacional sobre drogas en adolescentes en el Ecuador, publicada en el CONSEP, revela que el 88.66% de estudiantes atribuyen al alcohol como uno de los causantes de problemas familiares y sociales. El 59,01% de estudiantes cree que no se debería iniciar su consumo antes de los 18 años de edad. Dentro del ámbito social: el 15,86% de los estudiantes, asegura que el alcohol es indispensable para divertirse, el 9,01% lo considera como un factor facilitador para tener amigos, el 6,97% afirma que el consumo de alcohol, le permite formar parte de un grupo social; y un 5,29% piensa que el alcohol lo hace sentir más importante dentro de su medio social.

De acuerdo al CONSEP y la Cuarta Encuesta Nacional sobre Consumo de drogas en adolescentes del Ecuador, se analiza el uso indiscriminado de alcohol en los adolescentes, categorizando como consumo de bajo o alto grado; consumo intenso, esporádico u ocasional. Dichos estudios han sido realizados en adolescentes de zonas urbanas, donde el consumo de alcohol está ligada a la condición socio-cultural de cada adolescente; según el boletín del CONSEP de Enero de 2013, la edad de mayor riesgo para el consumo de alcohol inicia a los 14 años y la Cuarta Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en adolescentes del Ecuador, reporta que dentro de las problemáticas sociales más comunes están: la deserción escolar, violencia intrafamiliar y accidentes de tránsito.

En el Ecuador, no existen datos estadísticos levantados sobre el consumo de alcohol, en el adolescentes que viven en zonas rurales; sin embargo los datos que fueron

tomados para la elaboración de estas investigaciones, se basaron en poblaciones urbanas, de las capitales de las principales ciudades del país, lo que brinda una visión global de los adolescentes sean de zonas urbanas o rurales.

Para realizar una base estadística de la existencia o no de prevalencia es necesario estudiar una población rural, para esto se valora una de las parroquias rurales del Cantón Quito, siendo útil reconocer que el Distrito Metropolitano de Quito pertenece a la provincia de Pichincha, el cual se subdivide en zonas metropolitanas que están dirigidas a la Administración, cuya función principal está orientada a descentralizar los organismos institucionales, para llevar a cabo esta función y abarcar los diferentes territorios del Distrito, se fraccionan en parroquias, teniendo de la siguiente manera: ocho Administraciones Zonales, 32 Parroquias Urbanas y 33 Parroquias Rurales del Distrito Metropolitano de Quito.

La parroquia rural de Alangasí está ubicada hacia el sureste de la ciudad de Quito, limitada al norte con la parroquia de Guangopolo, al sur con la parroquia de Pintag, al este con la parroquia de La Merced y al oeste con la parroquia de Conocoto. Fundada en la época Colonial, por la orden religiosa de los Dominicanos como el Pueblo Angélico de Santo Tomas de Alangasí, el 2 de febrero de 1832. Entre sus características geográficas posee una extensión de 44.16 km. de altitud y 2613 metros de latitud; con una población estimada de 24.251 habitantes (INEC 2010), tomando en cuenta la población de interés para el estudio de adolescentes esta parroquia según el registro del último censo del 2010 del INEC, tiene una población total de adolescentes de 2187, a la cual se pertenecen 1083 hombres y 1104 mujeres.

# CAPÍTULO II

Revisión

Bibliográfica

## 2. Capítulo II. Revisión Bibliográfica

### ADOLESCENCIA

Muchos términos se han dado a esta etapa de la vida, desde tiempos remotos según la cultura griega, Platón expresa que el desarrollo humano o del alma engloba tres ámbitos: el deseo, el espíritu y la razón. Considerando a la razón como “la juventud”, ya que este ámbito comprendió la educación tanto en las ciencias y las matemáticas. Es en 1904 cuando se introdujo por primera vez la palabra adolescente, para definir así a la etapa del hombre comprendida entre la infancia y la edad adulta; propuesta por el psicólogo estadounidense Stanley Hall en su obra. (Hall, 1904)

Derivada del término griego *adolecere* que significa “*crecer*”, planteado según Stanley como la “*etapa de la tormenta e ímpetu*”, es considerada como un segundo nacimiento, como rasgos más evolucionados y esencialmente humanos (Hall, 1904). Sin darle importancia hasta después de la Guerra Mundial, donde se retoma cuando existe la creación de la Asociación Americana de Psicología. Es así cuando se crean los primeros conceptos de esta etapa de la vida del ser humano, se considera variantes entre conceptos y límites de la misma. (Vernieri, 2006) (Obiols, Obiols, & Obiols, 2006)

#### 2.1 Adolescencia.-Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: “*Población joven; como las personas de 10 a 24 años de edad. Los adolescentes pertenecen al grupo de edad de 10 a 19 años y los jóvenes al de 15 a 24 años*” («OMS | Salud de los adolescentes», s. f.)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta como, “el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales”.

Tomando en cuenta, de acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador y según el Código de la Niñez y Adolescencia, se considera que “Adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años”(Gobierno Nacional, 2003). Desde el punto legal y para la protección integral según las Normas de Atención Integral del Adolescente del Ecuador se toma en cuenta el concepto de la OPS y el Código de la Niñez vigente.

Para la sociedad de Medicina de Familia de Andalucía, la adolescencia es aquella etapa comprendida entre la niñez y la adultez, que va a iniciar con cambios puberales, donde se notan las transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Además se evidenciaran grandes determinaciones para obtener su independencia, por medio de aprendizaje y autodescubrimiento.(Sociedad Andaluza de Medicina Familiar, 2008)

## **2.2 CLASIFICACIÓN**

Considerada como una etapa de cambios, es preciso establecer que existe un abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, es por esto que la OMS en 1979, considera necesario dividirá a la adolescencia en dos fases, la adolescencia temprana y adolescencia tardía(«OMS | Salud de los adolescentes», s. f.).

### **Adolescencia temprana**

La adolescencia temprana, según la OMS es la fase comprendida entre los *10 a 14 años de edad*, esta se puntualiza por crecimiento y desarrollo somático rápido, donde inician los cambios puberales, seguidos de los caracteres sexuales secundarios, además de iniciar en el adolescente, preocupaciones por cada cambio físico. En ambos sexos inicia la pubarquia, cierta alteración torpe motriz, curiosidad sexual, principios en la exploración de la autonomía e independencia, es así como se generan

los primeros conflictos con la familia, profesores u otros adultos que simbolicen un rango orden o disciplina. Por cuanto es muy común evidenciar también cambios bruscos tanto en la conducta como en su emotividad principalmente (**World Health Organization, 2011**).

### **Adolescencia tardía**

Es la fase que comprende desde los *15 a 19 años de edad*, en este ciclo se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente se verá en presencia de toma de decisiones importantes en diferentes perfiles, tanto en su educación y otros, ha llegado a tener un mayor control de sus impulsos, los cambios en las emociones son menos marcados y la ambivalencia se va disipando; debe existir una madurez de la identidad, definir su orientación sexual, estando a pocos pasos de formarse en un pronto adulto joven, que se edifica un sistema propio de valores y pueden existir ya proyectos de vida (Coleman & Hendry, 2003).

## **2.3 CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE**

Propuesto por la Sociedad Española de Medicina del Adolescente, en esta etapa del ciclo vital, se alcanza crecimiento y desarrollo físico, además se desarrollan objetivos psicosociales útiles para la evolución del adolescente a la adultez:

- Adquisición de independencia o autonomía
- Crear su Imagen corporal y aceptación del mismo
- Interacción con grupos de pares y acogimiento de estilos de vida
- Construir una identidad sexual, vocacional, moral y del yo (Inés Hidalgo Vicario, 2007)

### **Desarrollo físico**

#### **2.3.1.1 Desarrollo sexual**

El desarrollo sexual está definido por los múltiples cambios que se dan en el infante en relación a su anatomía, la aparición y el funcionamiento de sus características sexuales secundarias, que van a dar las particularidades del cuerpo masculino y femenino en el adolescente (dimorfismo sexual)(Coleman & Hendry, 2003)

Este desarrollo se categoriza por 2 eventos:(Ucros, 2009)

➤ **Adrenarquía**

En este evento se notara la secreción de andrógenos suprarrenales que ocurre entre los 6 y 8 años, que son responsables de la aparición del vello púbico y axilar.

➤ **Gonadarquía**

La principal característica es el cambio hormonal, ya que radica en la activación del eje hipotálamo, hipófisis y gónadas; el cual coincide con el eje del crecimiento. La activación de este eje permite la síntesis de esteroides gonadales que nos darán:

- Hombre: la testosterona estimula crecimiento de genitales externo, de vello púbico, facial y axilar; acné, estímulo óseo con cierre epifisiaria, desarrollo muscular y laríngeo.
- Mujer: los estrógenos estimulan el desarrollo mamario, uterino y vaginal; crecimiento estatural y cierre epifisiaria.(Ucros, 2009)

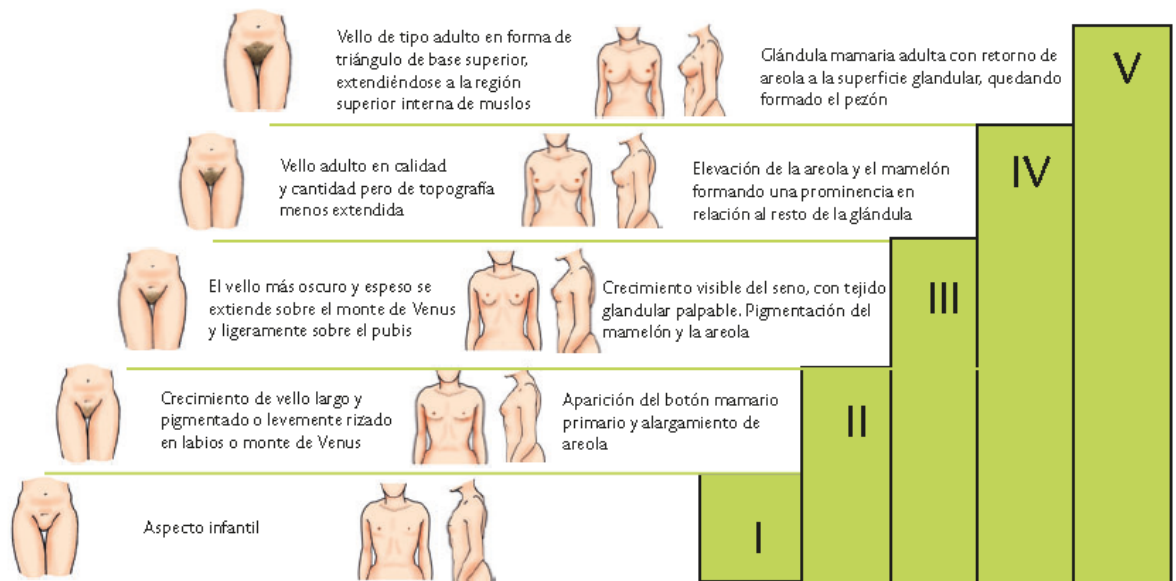
#### **2.3.1.1.1 Eventos puberales femeninos**

Es una sucesión de eventos que suscitan por fases, el primer carácter de desarrollo puberal es la visión del botón mamario, conocido como **telarquia**, luego inicia el crecimiento del vello púbico o llamado **pubarquia**; estos dos últimos se dan en un rango comprendido entre los 8 y 13 años de edad. Mientras que la **menarquía** que

constituye la primera menstruación, tiene una edad promedio en Ecuador de los 12,7 años de edad, pudiendo también aparecer 2 años después de la telarquia.

Así se puede valorar la maduración sexual de la adolescente en estadios, según el modelo de Marshall- Tanner.(Dirección Nacional de Normatización MSP, 2005)

**Ilustración 1 Estadios Tanner (Femenino)**

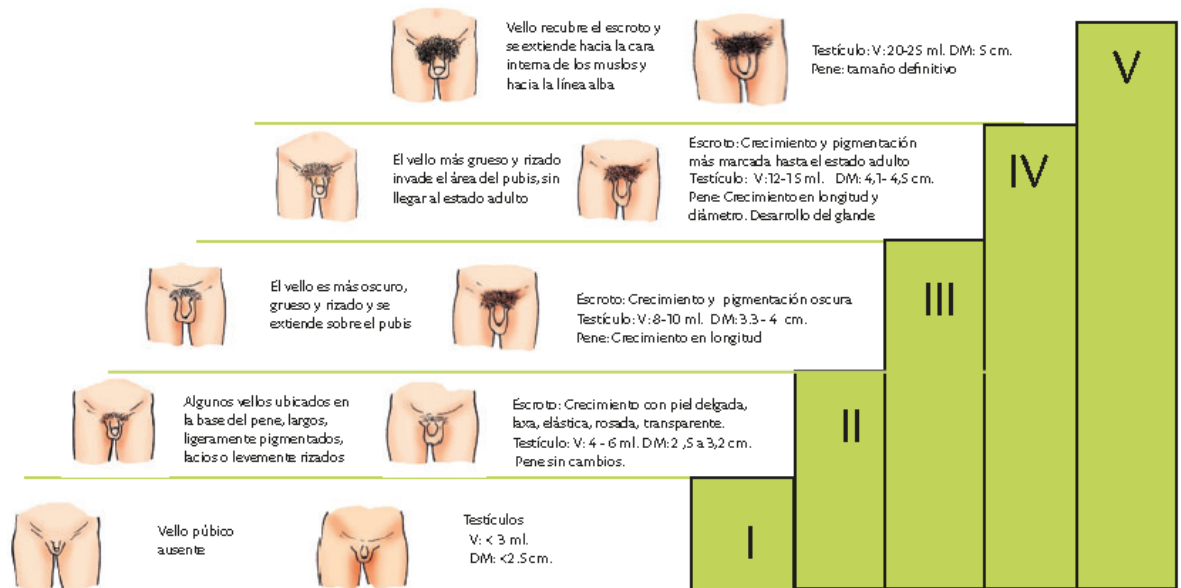


Fuente: Evaluación de la maduración sexual en la mujer: Estadios de Tanner Protocolos de atención integral a adolescentes, República del Ecuador, Proceso de Normatización del SNS, Subcomisión de Prestaciones del SNS, Área de Salud de la Adolescencia 2009

### 2.3.1.1.2 Eventos puberales masculinos

En el hombre, el primer carácter puberal es el crecimiento del tamaño testicular, en Ecuador este evento se da en una edad promedio de 11,6 años, luego de esto se puede evidenciar el crecimiento del pene y vello púbico, posterior se tiene cambios en la voz, aparición del vello axilar y posteriormente el vello facial. En esta etapa puberal el pene, tiene una medida alrededor de 3 a 4cm., mientras que en el adulto tiene un promedio de 12 a 15cm.(Dirección Nacional de Normatización MSP, 2005)

## Ilustración 2: Estadios Tanner (Masculino)



Fuente: Evaluación de la maduración sexual en la mujer: Estadios de Tanner Protocolos de atención integral a adolescentes, República del Ecuador, Proceso de Normatización del SNS, Subcomisión de Prestaciones del SNS, Área de Salud de la Adolescencia 2009

### 2.3.1.2 Crecimiento pondo-estatural

El crecimiento es una correlación entre el sistema endocrino y el sistema óseo, siendo el eje hipotálamo, hipófisis y gónadas; responsable del crecimiento longitudinal del adolescente conocido como estirón puberal. Durante este estirón puberal se logra dar un desarrollo o crecimiento en la talla, el cual constituye un 25% de la talla adulta, mientras que el crecimiento ponderal representa el 50% del ideal del adulto. (J. L. Iglesias Diz, 2013)

### Desarrollo psico-social

La Sociedad Española de Pediatría, describe en la corteza cerebral, durante la adolescencia hay una disminución paulatina de la sustancia gris, evidenciando que las regiones con funciones el alto nivel maduran más tardíamente, es por esto que se cree que ciertas conductas de riesgo están relacionadas en esta etapa de la vida. Las transformaciones en la esfera psico-social comprenden: la imagen corporal, lucha

dependencia-independencia, el desarrollo de la identidad y la integración con el grupo de amigos o pares(J. L. Iglesias Diz, 2013)

### **2.3.1.3 Imagen corporal**

La metamorfosis física suscitada en el adolescente, establece una gran preocupación, se crea un rechazo de su propio cuerpo en los primeros años, lo cual genera en él adolescente inseguridad sobre su atractivo físico, sin embargo se despierta en ellos el interés por la sexualidad. Ya en la adolescencia tardía el aspecto externo gradualmente pierde importancia llegando a una aceptación de su corporalidad (Dirección Nacional de Normatización MSP, 2005)

### **2.3.1.4 Lucha dependencia – independencia**

En la adolescencia temprana inician los primeros conflictos con los padres, existe recelo y confrontación; hay variabilidad emocional. En la adolescencia tardía estos conflictos llegan a su auge para ir declinando, pero se va obteniendo independencia, madurez e integración familiar existiendo un vuelco a sus valores siendo tomado como un “regreso al hogar”(J. L. Iglesias Diz, 2013)

### **2.3.1.5 Desarrollo de la identidad**

En la primera etapa de la adolescencia existen objetivos irreales, mal control de impulsos y emociones, lo que crea dudas y rechazo a las intervenciones de los padres, se evidencia un desarrollo cognitivo con una ideología abstracta más atenuado. Mientras que en la segunda etapa de la adolescencia hay más raciocinio, proyección a la realidad y capacidad de compromiso, con objetivos más establecidos basados en sus valores. (Dirección Nacional de Normatización MSP, 2005)

### **2.3.1.6 Integración con grupo de pares**

La integración con el grupo de amigos, es la base para el desarrollo de las habilidades sociales. En esta etapa las relaciones con los pares son muy emocionales, creando vínculos grandes, por lo que la familia es reemplazada al inicio de la adolescencia, por el grupo pares del adolescente. Es en esta etapa donde inicia la creación de los grupos de pares, pandillas, clubs, culturas que indican o nos ayudaran a ver las conductas de riesgo. Además hay la atracción por el sexo opuesto que en la adolescencia tardía pasa a concentrarse y ser más estable, formando la relación de pareja (Inés Hidalgo Vicario, 2007)

## **2.4 FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE**

### **Factores de Riesgos individuales**

Se considera a la adolescencia, como un periodo de metamorfosis entre la niñez y la edad adulta, evidenciada por la sucesión de cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales. La manera en que cada individuo confronta dichos cambios, va a establecer su capacidad para obtener su nivel de independencia y autonomía(Morales, Plazas, Sanchez, & Ventura, 2011)

Dentro del grupo familiar, puede cuestionarse los valores adquiridos en el seno familiar, el adolescente intenta descubrir un sentido de vida propia, fundado en el conocimiento de sí mismo, de sus gustos, preferencias, actitudes y limitaciones.

#### **2.4.1.1 Actitudes, creencias y valores**

Según Calafat (1991), las creencias y actitudes positivas hacia las drogas se relacionan con el consumo de sustancias nocivas, lo que se correlaciona con un

menor aprecio por valores morales y éticos, unidos a la socialización tradicional (religión, familia, orden, salud, etc.). No obstante, las actitudes únicamente no tienen por qué ser predictor inmediato de la conducta de consumo de sustancias. Señala Calafat (1991), “*parece indiscutible la importancia del desarrollo de un proceso intermedio entre la actitud y la conducta*”. Se estaría hablando sobre una variable que interactúa entre la actitud del sujeto (actitud permisible respecto a drogas) y la conducta que lo lleva a tomar la decisión (p.ej. acceder a una invitación para consumir).

#### **2.4.1.2 Habilidades o recursos sociales**

Las habilidades sociales son aquellas destrezas para la interacción social, atributos necesarios para relaciones útiles y aplicadas a su realidad, donde se exponen emociones e ideales, siendo así una introducción al mundo social, encontrando en cada individuo diferentes grados de dificultades en su desenvolvimiento en el entorno mencionado y reflejando cada punto de vulnerabilidad.

Según Pons y Berjano (1999), un adolescente que tenga carencia para reaccionar adecuadamente ante las influencias sociales, considerara como una opción el consumo de sustancias, para de esta manera complacer sus necesidades emocionales y suavizar una situación no controlable. **(J. L. Iglesias Diz, 2013)**

#### **2.4.1.3 Autoconcepto y autoestima**

El autoconcepto y autoestima, están intrínsecamente conectados. El autoconcepto hace referencia al perfil que cada individuo tiene de sí mismo, es un resultado entre la suma de la percepción del individuo y la de los demás sobre él. El grado de autoestima, se determina de acuerdo a la relación existente entre la imagen que cada uno tiene de sí mismo y la que aspira tener de acuerdo a la imagen preestablecida, es por esto que se la puede considerar como pilar en la construcción de la personalidad del adolescente.(Guzman & Loreto, 2007)(Morales et al., 2011)

Durante el proceso de formación de la adolescencia, el autoconcepto y la autoestima interactúan estrechamente, por cuanto se hallan relacionados con bienestar y ajuste psicológico del individuo. Autores como Kaplan (1996) y Simons (1988) han destacado que la baja autoestima y una pobre autovaloración son indicadores de posibles conductas desviadas.(Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004)

#### **2.4.1.4 Autocontrol**

El control de impulsos es la destreza para disciplinar de manera efectiva y constructiva las emociones; controlando los impulsos, sea esta la agresividad o las conductas irresponsables(Oliva, 2011). El autocontrol emocional es el esfuerzo de adaptación, que se obliga a realizar el adolescente para incorporarse poco a poco al mundo de los adultos, siendo a menudo el inicio de un malestar psicológico que va a caracterizarse por la aparición de ansiedad, estrés, etc., generando los primeros problemas de conducta.

La Impulsividad, es el deseo de compensación inmediata y necesidad de experimentar nuevas emociones, así se presentan como elementos esenciales para deducir la conducta de riesgo de muchos jóvenes de hoy en día, que a la vez son particularidades propias de la adolescencia(Coleman & Hendry, 2003).

#### **2.4.1.5 La experimentación**

Esta variable crea en el individuo expectativas, ya que se basa en la búsqueda de nuevas emociones y le proporciona información empírica que le servirá para determinar situaciones futuras y esta a su vez dependerá también de la autoeficacia que tiene el individuo ante cierta situación.

Conceptualizando la autoeficacia, se la considera como el juicio autorreferente por el que el individuo se cree capaz de realizar una labor determinada, en ciertas circunstancias con el único fin de obtener una meta(Oliva, 2011)

## **Factores de Riesgos Relacionales**

Los factores de riesgo relacionales, son variables que contribuyen en el desarrollo del adolescente que condicionaran en que ámbito va a formar su vida y su entorno, siendo la familia, la escuela y los grupos de amigos quienes favorecerán a su socialización.

### **2.4.1.6 La escuela**

Esta constituirá como un ente formativo y de socialización prioritario, abordando cada parte que contribuye en la maduración y autonomía del adolescente. La escuela brinda al adolescente, satisfacer su curiosidad y su necesidad de eventos de experimentación, enseñándole a planificar su desocupación y prestándole el contacto con sus iguales, siendo esto desde un nivel constructivo.

Las autoras del presente estudio han hallado por revisiones bibliográficas que manifiestan que el ambiente social parece ser un factor determinante del ámbito escolar y del desarrollo del adolescente. Un ambiente social estable ofrece efectos positivos, sobre el entorno psicológico y escolar, primordialmente en adolescentes con ciertas situaciones menos favorecidas. Además, no se debe dejar de lado, el papel que las familias tienen, ya que son responsables directos de la educación de los hijos, la formación de un adolescente no puede realizarse individualmente de cada institución, sino de manera conjunta.

### **2.4.1.7 El grupo de pares o grupo de amigos**

Durante el ciclo vital, las relaciones con los iguales son un papel básico en el desarrollo y bienestar psicológico de los humanos, en la adolescencia, de acuerdo como los adolescente se van emancipando de sus familias, las interacciones con individuos que comparten igual necesidades van adquiriendo un grado de importancia en su vida cotidiana, esto a su vez brinda el nivel de intensidad y estabilidad que tiene con el grupo de pares, así constituye una fuente de apoyo. De

igual forma el amigo íntimo, ganará un papel más importante o igual que otras figuras en el entorno básico del adolescente.

El amigo o su grupo de pares, se convierten en un sustituyente progresivo de la familia, ya que las relaciones de mayor importancia para el adolescente se trasladan hacia amigos de igual características a él, ya sea en edad e intereses. De manera, que en esta etapa se intenta formar una identidad, el grupo de pares establece al adolescente un modelo de referencia donde este, va a adoptar desde posibles hábitos, gustos, actitudes, etc. De esta manera esto se convierte en algo prioritario siendo el adolescente, quien busca la aceptación del grupo de pares. Es el grupo de pares quien funda sus propias reglas y el individuo debe acogerlas para ser valorado(Oliva, 2011).

De acuerdo a la investigación de la Dra. Mena y Muñoz (Cuenca, 2010), en la investigación sobre “*Presión Social y Consumo de alcohol en los adolescentes*”, la presión social es un determinante para el consumo de sustancias, principalmente para la ingesta de alcohol, donde el adolescente es influenciado a consumir bebidas alcohólicas desde edades tempranas, ya que es condicionado por su contexto social en el que se desenvuelve y se va formando(Mena & Muñoz Mejía, 2010).

#### **2.4.1.8 La familia**

Según Martínez (2001), la familia es el primer entorno social en el cual se va a desarrollar un individuo, desde que nace y pasa por las diferentes etapas de su ciclo vital, tomando así una referencia en su formación. Tomando en cuenta que los factores más influyentes del funcionamiento familiar son:

- Las relaciones afectivas entre padres e hijos
- Las destrezas educativas realizadas por las figuras parentales
- La influencia de los padres como patrón de comportamiento.

De acuerdo a Baumrind (1978), las prácticas educativas realizadas por los padres indican a tres modelos:

- Estilo autoritario, basado con castigo e imposición de normas por la fuerza.
- Estilo permisivo, donde los límites están difusos y no muy claramente establecidos, siendo percibido por el adolescente como desinterés hacia él.
- Estilo democrático o con autoridad, se logra ver normas claras y apoyo, que le brinda al individuo, con cierta participación en la toma de decisiones e ir adquiriendo su propia autonomía (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004).

Estos modelos, no son para clasificar a los padres del adolescente en tipos o grupos, sino que están dirigidos para caracterizar el estilo educativo al cual se somete al individuo, de esta manera se tendrá una apreciación sobre los grados de formación del adolescente como en su comportamiento, autonomía y autocontrol.

### **Factores de Riesgos sociales**

Entre las variables sociales, la disponibilidad de sustancias y la influencia realizada por los medios de comunicación son uno de los pilares que nos ayudan a determinar las conductas de consumo. La integración de sustancias en la cultura de la población, su aprobación social, expone a mayores posibilidades de usarlas mismas. Hasta ese momento el adolescente lo que sabe de sustancias, proviene básicamente de la información brindada por la familia, los medios de comunicación, la escuela y amigos. (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004)

En el Ecuador, la fácil accesibilidad a las sustancias, es considerada un factor de alto riesgo en el inicio del consumo de una sustancia, y entre mayor sea su permisividad ya sea estipulada por los valores fundados o las actitudes sociales formadas, la tendencia al consumo será mayor.

## **2.5 FACTORES PROTECTORES**

Los factores protectores, son considerados como “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Pérez-Gómez y Mejía Motta, 1998). Estos serán los que disminuyen, inhiben o fortalecen la posibilidad del uso de sustancias.

Según la Teoría del Desarrollo Social propuesta por Hawkins y cols. (1992) proponen tres factores de protección que controlan las actitudes antisociales son:

- Lazos sociales (adhesión y compromiso con familia, escuela y amigos),
- Coacciones externas (normas contra el consumo de drogas ya preestablecidas)
- Habilidades sociales (estrategias o planes de prevención).

De esta forma, los factores de protección mencionados anteriormente van direccionados en las áreas individual, relacional y social, las cuales actuarían protegiendo al sujeto (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004).

## 2.6 LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE

### **Familia**

Definido por la ONU como un “*grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos*”, siendo la morada el sitio físico donde vive la familia.(Sociedad Andaluza de Medicina Familiar, 2008)

Según Medicina Familiar, el concepto de familia establece que es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad.

### **Tipología de la familia**

Para poder abarcar y estudiar de manera médico-social a la familia se la ha dividido según(Turabián, 1995)(*Introducción a la medicina familiar*, s. f.):

- Su Estructura
- El Desarrollo
- La Integración
- La Demografía
- La Ocupación

### **Funciones de la familia**

Se conceptualiza a la familia como la representación de una organización, que integra e interrelaciona al individuo y la sociedad. Siendo visualizada a la familia como un sistema, el cual se lo considera como un conjunto de elementos que

interactúan dinámicamente y cada uno cumple un rol con respecto al todo, pero no funciona como independiente. Por tanto en si esta organización llamada familia brindara protección y guiará a sus elementos. Por lo que cumplen las siguientes funciones:

- Socialización.- Considerada la madre como el primer educador de un individuo; padres, hermanos y otros integrantes de la familia los primeros en interactuar como sociedad, serán los primeros en establecer los valores individuales y propias conductas sociales.
- Afecto.- Son las emociones y sentimientos que brinda la familia y sobre el cual giraran las demás funciones. Por medio de este se podría llegar a establecer las principales conductas de riesgo para un individuo.
- Cuidado.- Implica proveer al individuo tanta seguridad física como emocional, alimentos, vestimenta, desarrollo físico y emocional.
- Estatus.- Transmisión de características sociales influenciadas por factores socioeconómicos, educacionales, tradiciones y costumbres. Lo que le dará al individuo una posición ante la sociedad.(Turabián, 1995)
- Reproducción.- Es la función más básica que trata en la procreación de nuevos integrantes para la sociedad.

### **Ciclo vital de la familia**

Se considera que el ciclo vital es una cadena de etapas que se dan a través del tiempo desde su formación hasta su disolución. En cada etapa se ven eventos concretos que van a servir como procesos de crecimiento y maduración. (Pérez Cárdenas, Rodríguez Quintana, & Aguiar Pastor, 2000)(Delgado Cruz, Naranjo Ferregut, Camejo Macías, & Forcelledo Llano, 2002)

Etapas:

- Etapa de Matrimonio: considerada por muchos desde el noviazgo en la comprensión de cada individuo y a su adaptación
- Etapa de Expansión: desde la concepción del primer hijo
- Etapa de Dispersión: es la familia con el adolescente que está en el periodo de su independencia.
- Etapa de independencia: cuando el adolescente ha superado la crisis de su identidad, hay la emancipación total de los hijos.
- Etapa de vejez y muerte: se verán las necesidades de la tercera edad. La sobrevivencia de uno de los progenitores.

Es en la *tercera etapa o etapa de dispersión* cuando la familia afronta las crisis suscitadas por la adolescencia. Muchas veces pasa de crisis transitoria a grandes problemas que llegan a provocar tensiones en la familia, y es ahí donde la misma en función de conservar su homeostasis valora sus roles y normas en fin de asimilar los nuevos cambios.

## **2.7 EL ALCOHOL**

### **Características y Propiedades del Alcohol**

El Etanol o alcohol etílico, es un líquido incoloro, volátil, con un fuerte olor característico, se quema emanando una llama azul libre de humo, la cual no siempre es visible con luz normal.

Las propiedades físicas del Etanol, derivan de la presencia de su grupo hidroxilo y de la corta longitud de su cadena carbonosa. El grupo hidroxilo del Etanol es capaz de participar en enlaces de hidrógeno, haciéndolo más viscoso y menos volátil que compuestos orgánicos menos polares de peso moleculares similares. Respecto a sus propiedades químicas, podemos decir que el Etanol, está clasificado como un alcohol primario, lo que significa que el carbono al cual está unido su grupo hidroxilo tiene al menos dos átomos de hidrogeno unidos a él. El compuesto químico etanol, conocido como alcohol etílico, es un alcohol que se presenta en condiciones normales de presión y temperatura como un líquido incoloro e inflamable con un punto de ebullición de 78,4 °C. Mezclable con agua en cualquier proporción; a la concentración de 95 % en peso se forma una mezcla azeotrópica. Su fórmula química es  $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$  ( $\text{C}_2\text{H}_6\text{O}$ ), principal producto de las bebidas alcohólicas como el vino (alrededor de un 13 %), la cerveza (5 %), los licores (hasta un 50 %) o los aguardientes (hasta un 70 %). (Voet & Voet, 2006)(Devlin, 2004)(Armstrong, Armstrong, & Bennett, 1982)

## **2.8 ALCOHOL RESEÑA HISTORICA EN ECUADOR**

### **El Alcohol como cultura en la América Andina.**

Se cree que el inicio de la elaboración de las bebidas alcohólicas, empezó con el descubrimiento del proceso de fermentación, donde una de las primeras menciones

que se describe es en los papiros egipcios, en el año 3.500 A.C, posteriormente la preparación de vinos y cervezas se tiene registros desde la prehistoria.

En la India se utilizaba las propiedades embriagadoras del cáñamo para causar exaltación hedonística en ciertas ceremonias religiosas. Hace más de tres mil años, el pueblo Maya y las comunidades de los pueblos de Guatemala, utilizaban los hongos con un sentido religioso, su ejemplo los Huicholes de México”.

A lo largo de América Latina, los pueblos especialmente los que habitan en los páramos andinos, han usado a la “chicha” como bebida ceremonial, así; también en Ecuador es base fundamental para los actos sociales, religiosos y culturales de los pueblos aborígenes, de las culturas de la región sierra como en el oriente, prácticas que se conoce desde los tiempos del Reino de Quito y que tradicionalmente permanece, hasta la actualidad como costumbres heredada a los pueblos.

## **2.9 EFECTOS DEL ALCOHOL**

### **Efectos del Alcohol en el Organismo**

El alcohol etílico es un depresor del Sistema Nervioso Central, que ingresa al organismo por vía oral, este se distribuye por los vasos sanguíneos periféricos produciendo vasodilatación, por consiguiente descenso en la temperatura. Cuando el estómago está vacío, el alcohol lo atraviesa de manera rápida, pasa al duodeno e intestino delgado, donde es absorbido, distribuyéndose en el torrente circulatorio en poco tiempo(Diez & Peirats, 1999)

El etanol actúa sobre los receptores GABA de tipo A (GABA<sub>a</sub>) como modulador alostérico positivo, aumentando el flujo de iones transmembrana lo que induce a un estado desinhibición neuroquímica. Produce efectos similares al de las benzodiazepinas y barbitúricos, que actúan sobre el mismo receptor aunque en sitios distintos. Esta semejanza incluye el potencial adictivo, que también es similar. El

etanol puede afectar al sistema nervioso central, provocando estados de euforia, desinhibición, mareos, somnolencia, confusión, ilusiones, disminución de los reflejos. Con concentraciones más altas ralentiza los movimientos, impide la coordinación correcta de los miembros, pérdida temporal de la visión, descargas eméticas. En ciertos casos se produce un incremento en la irritabilidad y agresividad; en otra cierta cantidad de individuos se ve afectada la zona que controla los impulsos, volviéndose impulsivamente descontrolados y frenéticos. Finalmente, en casos de intoxicación por consumo de alcohol etílico, llega al coma y puede provocar muerte.(Yaldizli, Kuhl, Graf, Wiesbeck, & Wurst, 2010)(Thun et al., 1997)

### **Definición de Alcoholismo**

No existe una definición de alcoholismo universalmente aceptada; por esto han sido planteadas varias definiciones, por este motivo, se habla generalmente de definiciones operativas, es decir, que sirven para desenvolverse dentro de un marco teórico determinado. El alcoholismo es considerado como síndrome de dependencia, caracterizado por el deseo insaciable de beber alcohol, convirtiéndose en una droga para el que consume, generando varios problemas tanto físico, psíquicos y sociales.

La O.M.S define al alcoholismo como: Un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, sanciones penales, un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de sus actividades. (OMS El alcoholismo y la sociedad 2009).

## **Quien es alcohólico**

Según la OMS: Son alcohólicos los que beben en exceso y cuya dependencia respecto del alcohol ha alcanzado un grado que determina la aparición de perturbaciones interpersonales y en el adecuado funcionamiento social y económico; también lo son los que muestran los signos prodrómicos de dichos fenómenos. Evidentemente será alcohólico, o estará en vías de serlo, la persona que teniendo perjuicios y problemas por culpa del alcohol, sigue bebiendo. No importa la cantidad de alcohol que se beba, ni su frecuencia.

## **Clasificación de Bebedores**

Existen muchas clasificaciones de los tipos de bebedores, su clasificación dependerá de la línea o paradigma de quien las defina, pero todos coinciden en algo en los daños físicos, psicológicos y sociales que sufre el individuo.

Según la OMS existen cuatro tipos de consumidores:

- El Probador: La persona que consume ocasionalmente sin llegar al hábito.
- El Buscador: Consume droga esporádicamente, es aquel que probó y le gustó.
- El Adicto Funcional: Es aquel que ya depende física y psicológicamente del alcohol consume de manera sistemática va en aumento; sin embargo trabaja, estudia y puede realizar sus actividades.
- El adicto Disfuncional: Es aquella persona que se dedica única y exclusivamente a buscar la forma de obtener que consumir a la ingesta de alcohol. (Bautista, 2001)

Lo característico en las diferentes tipologías en relación al hablar de alcohol es que todas concluyen que el alcoholismo es un trastorno progresivo, con aparición sucesiva de distintos síntomas, manifestaciones y complicaciones a medida que la ingesta excesiva de alcohol aumenta; reflejando así un deterioro progresivo en el individuo.

## **Embriaguez o intoxicación alcohólica aguda**

El etanol es un depresor del SNC, con una acción inicial selectiva sobre el sistema reticular, a dosis altas se comporta como un depresor generalizado. El mecanismo de acción se debería a una interferencia en el transporte iónico a nivel sináptico en forma similar a los anestésicos.(Roldán, Frauca, & Dueñas, 2003)

De acuerdo con los niveles de la alcoholemia podemos dividir a la intoxicación aguda en cuatro periodos:

1. Periodo: Alcoholemia 0.10 a 0.50gr/l. Se lo conoce también como periodo subclínico ya que no existen síntomas o signos clínicos evidentes, pero las pruebas psicométricas demuestran una prolongación en los tiempos de respuesta al estímulo.
2. Periodo: Alcoholemia 0.50 a 1.50gr/l. El paciente presenta euforia, excitación, disminución de la inhibición, aumento de la actividad, verbosidad, disminución de la atención, pérdida de la eficiencia en actos más o menos complejos, disartria y dificultad para mantener la postura.
3. Periodo: Alcoholemia 1.50 a 2.50gr/l. Hay una mayor excitación, confusión, vértigos, agresividad, alteraciones de la senso-percepción, incoordinación muscular, pérdida del juicio crítico.
4. Periodo: Alcoholemia 2.50 a 3.50gr/l. Estupor y coma. En general hay apatía, falta de respuesta a estímulos, marcada incoordinación muscular, relajación de los esfínteres, somnolencia o estupor hasta llegar al coma con abolición de los reflejos e hipotermia. Con niveles superiores de alcoholemia sobreviene la muerte por parálisis respiratoria.(Fernández López et al., 2012)

## **Tratamiento**

En el tratamiento de la intoxicación aguda se requieren medidas de soporte fundamentalmente hidratación parenteral con soluciones glucosadas, por la acentuada hipoglucemia que sufren estos pacientes; asistencia respiratoria si es

necesario. En cuanto a la descontaminación con lavado gástrico, no tiene indicación después de la primera hora de ingerido el tóxico, por su rápida absorción, salvo cuando hubiera otras sustancias en juego como pueden ser los psicofármacos. Para acelerar la eliminación del tóxico en casos de niveles de alcohol donde puede ser útil el uso de hemodiálisis.(Vonghia et al., 2008)(Pletcher, Maselli, & Gonzales, 2004). No hay antídotos específicos y el uso de la naloxona es cuestionable.

Siempre debe evaluarse la existencia de un traumatismo de cráneo, frecuente en estos pacientes, así como el riesgo de broncoaspiración, dos hechos que pueden complicar la evolución de la intoxicación alcohólica aguda.(Sullivan, Hauptman, & Bronstein, 1987)

## **Intoxicación Crónica**

### **Enfermedad alcohólica**

El consumo crónico de bebidas alcohólicas cursa con una serie de alteraciones psicofísicas, con un progresivo deterioro que se extiende a todos los aspectos de la vida del alcohólico. La dependencia al alcohol se va desarrollando en distintas etapas evolutivas presentando la enfermedad alcohólica una historia natural que Jellinek (2008), lo divide en 4 etapas:

#### **Etapas prealcohólica:**

En general la mayor parte de los bebedores sociales o habituales se insertan en esta fase y en la cual pueden permanecer toda la vida. Se ingiere alcohol en actividades sociales, con cierta habitualidad y la ingestión de etanol provoca una disminución de las tensiones, le provoca alivio, motivo por el cual busca con pretextos variados el contacto con el alcohol. En esta etapa aparece una cierta tolerancia o adaptación, necesitando dosis mayores para obtener el mismo efecto. El paciente no es consciente de su problema, así como tampoco el grupo que lo rodea, que no lo considera un alcohólico, ya que no perturba las pautas socioculturales del grupo. Dura aproximadamente entre 5 y 10 años.

**Etapa Prodrómica:**

El pasaje de la etapa anterior a esta se marca claramente por la aparición de un síntoma característico que es la laguna mental o amnesia lacunar, que se presenta después de un cuadro de embriaguez leve. El individuo comienza a presentar los primeros síntomas de esclavitud al alcohol, la preocupación por beber comienza a ser central en su vida, no puede faltarle su bebida preferida, busca mayores ocasiones para beber y lo hace a escondidas. Comienzan las justificaciones de su proceder, las mentiras, con un gran esfuerzo por ocultar su adicción al alcohol. Tiene problemas en el hogar, las relaciones con su pareja son conflictivas y en su trabajo, el rendimiento disminuye, se aleja de sus amigos habituales para unirse al nuevo círculo de bebedores.

Tanto en el medio familiar como en el laboral sus amigos empiezan a ver su problema, se lo manifiestan, pero el paciente lo niega. Es prácticamente imposible el abordaje terapéutico.

**Etapa básica o crucial:**

El cuadro se caracteriza por la marcada adicción al alcohol, comienza con el trago matutino, es incapaz de detenerse y abstenerse, se encuentra esclavo de su hábito. La megalomanía, el delirio celotípico, la agresividad, el resentimiento son características de esta etapa en la cual el paciente necesita ser hospitalizado por alguna de las complicaciones clínicas o psiquiátricas de su enfermedad. Es recién en esta fase donde por lo general el paciente es permeable al tratamiento, buscando ayuda, siendo importante canalizar adecuadamente esta necesidad a través de la consulta médica especializada o de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.

**Etapa crónica o final:**

Esta etapa está caracterizada por el derrumbe total del paciente. Presenta embriaguez matutina con disminución de la tolerancia, temblor, alteración de las facultades mentales, labilidad emocional, con un grave deterioro físico, psíquico y moral.

## **2.10 PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA**

El consumo de alcohol en los adolescentes conlleva a una gran preocupación en varios ámbitos especialmente en el ámbito social, cada vez se evidencia su inicio a edades más tempranas, ya sea por las características de este periodo evolutivo, que crean en el adolescente cierto grado de vulnerabilidad, lo que pueden facilitar el inicio de su consumo a esta edad.(Trujillo & Flórez, 2013)

Al ser la adolescencia una etapa de transición lo que ocasiona, una falta de equilibrio emocional y vulnerabilidad, el adolescente puede fácilmente ser influenciado por la presión social de un grupo de amigos que ya consume alcohol; presión negativa ejercida por su entorno, donde la familia, grupo pares, el sistema educativo y los medios de comunicación influyen directamente o indirectamente al adolescente, quien se encuentra en búsqueda de una identidad y es inmune ante cualquier tipo de depresión.

El presente trabajo se analizará, cómo estos factores o el entorno sociales influyen en el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes. Además se explicará de manera descriptiva cada factor, dando además recomendaciones sobre la problemática

Actualmente el alcoholismo constituye según la última estadística del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC 2010), de los 912.000 ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% son jóvenes de entre 12 y 18 años; tomando en consideración que actualmente hay tendencia y aumento notable del consumo de alcohol en la adolescencia, nuestro objetivo en el presente estudio ha sido determinar el consumo de alcohol y su dependencia en la población adolescente escolarizada.

## **2.11 HABITOS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL**

### **Predictores de consumo**

La realidad nos muestra un problema serio de consumo de bebidas alcohólicas en nuestros jóvenes, lo cual no sólo habla de la ineficacia de políticas públicas sino también involucra directamente a la familia. (Brody et al., 2001)

Los determinantes de consumo o dependencia de alcohol y el conocimiento que podamos tener acerca de los mismos nos podrían llevar a crear normas de prevención y abordaje, se piensa además que estos determinantes están relacionados con la probabilidad de consumo de alcohol, tomando en cuenta que a mayor número de factores existe mayor riesgo, existe innumerables factores o predictores de consumo pero a criterio de las autoras del presente trabajo, los más importantes son:

- Una relación con los padres basados en excesos, carentes de límites. (padres que dan de todo lo que sus hijos les pidan, talvez intentando cambiar objetos por tiempo y atención para disminuir su propia culpa).
- Influencia de los medios de comunicación, que inducen el consumo de alcohol o enaltecen sus efectos personales y/o sociales.
- Presión social, caracterizada por influencia de pares para beber.
- Deseo de aceptación social y pretensiones de madurez.
- Soledad en el hogar por falta de presencia de los padres por sus obligaciones laborales o sus vidas personales.
- Depresión, hiperactividad, timidez, conflictos con las figuras de autoridad, traumas, problemas familiares o relacionales, impulsividad, falta de autocontrol, ansiedad.
- Falta de madurez de estructuras cerebrales.

- Familiares alcohólicos, principalmente padres o abuelos.
- Patrones de comportamiento obsesivo compulsivo que dejarán ver a los niños en formación conductas dominadas por la impulsividad y falta de autocontrol.
- Ambientes hostiles y de riesgo como lugares de consumo (bares, fiestas).
- Motivar y/o aceptar el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas en el núcleo familiar.
- Falta de seguimiento al comportamiento de los hijos.
- Falta de plan de vida desarrollado o poca expectativa de vida en el futuro
- Tensión emocional
- Insatisfacción de la vida

### **Perfil del adolescente respecto al consumo de alcohol**

Por las características propias de la adolescencia, al ser un período de inestabilidad, de búsqueda y cambios., en esta etapa del desarrollo, prima una actitud cuestionadora que se opone a las normas. El joven en este momento de su vida está convencido de tener la razón en todo y que la realidad es tal y como él mismo la percibe. Los únicos que podrán influir sobre él, serán personas que le despierten admiración y los mismos se convertirán en modelos a seguir. (Álvarez Aguirre, Castillo, Magdalena, & Zanetti, 2010)

Para adaptarse más fácilmente a un grupo de amigos o “pares” tendrán la tendencia a hablar, actuar y vestirse como ellos, lo cual genera un sentido de pertenencia, o aceptabilidad. En este período los amigos se convierten en las personas más importantes de su vida y la familia pasa a segundo plano o incluso se evade totalmente y se cuenta con ella sólo para proporcionar lo que necesitan como

beneficio de tipo económico. Como se explicó en capítulo de adolescencia, vemos que en esta etapa, algunas estructuras cerebrales no han terminado de desarrollarse por lo cual para los adolescentes hay algunas funciones imposibles de realizar, a menos que hayan tenido un desarrollo temprano de dichas estructuras. Nos referimos a los lóbulos frontales, que son los encargados de que podamos detenernos a pensar antes de actuar, a pensar en las consecuencias de nuestros actos, a planear nuestro futuro, a tener conciencia social, a controlar el instinto agresivo y el sexual, a ponernos en los zapatos del otro, y nos frenan para no hacer cosas de las cuales nos arrepentiremos. (Yaldizli et al., 2010)(Trujillo & Flórez, 2013)

No se debe olvidar que además de lo que ya hemos mencionado, una de las principales características de la adolescencia es que el cuerpo inicia la producción de hormonas y se presentan cambios en los órganos sexuales, lo cual implica dos cosas importantes; primero, viven con el deseo a flor de piel y segundo, sienten que ya “son grandes”. Dos rasgos complejos, pues sienten que ya son grandes para beber, están convencidos de que saben lo que hacen, se sienten orgullosos de hacerlo y si a eso le sumamos el deseo previo y la falta de inhibición que produce el alcohol, tenemos como resultado jóvenes ebrios teniendo conductas sexuales de riesgo, que fácilmente pasarán del uso al consumo abusivo de alcohol, pues ya sabemos que no piensan en las consecuencias de sus actos ni en el futuro, e incrementarán sus probabilidades de acercarse a otras drogas dadas sus características y el efecto propio del alcohol que incrementa esta tendencia a la satisfacción inmediata. Ahora suponemos es más fácil comprender por qué los adolescentes actúan como lo hacen y a la vez nos da pistas sobre el peligro de que consuman alcohol y otras sustancias tóxicas. (Pérez Milena, 2007)

El inicio del consumo de alcohol además puede llevar a su abuso y dependencia, siendo la puerta de entrada para el consumo de otras sustancias psicoactivas, como se ha visto en estudios publicados en Colombia, Europa y Norteamérica donde se estableció que el inicio para el consumo de marihuana y cocaína inicio con el

consumo de alcohol en los adolescentes de 14-20 años. (Kandel, 1975; Kosterman, Hopkins, Guo, Catalano y Abbot, 2000).

En Ecuador como en Latinoamérica, las actividades recreativas, relaciones, ámbitos o eventos sociales y familiares, en su mayoría suele estar asociados con el consumo alcohol, convirtiendo al alcohol como una droga tolerada y socialmente aceptada, además es de fácil acceso para el adolescente, al ser una droga de venta libre al público. Donde la falta de control por parte de las autoridades, el incumplimiento de las normas legales con respecto al expendio y la venta de alcohol a menores de edad, son evidentes.

El consumo de tabaco y de alcohol empieza a ser aceptada y tolerada en los adolescentes como una actividad social normalizada. Su inicio empieza desde los primeros años del colegio y se imitan comportamientos sociales que se equiparan con otros hábitos consumistas. Por lo que aumentan mucho más las razones o factores predisponentes para que los adolescente empiecen el consumo de alcohol, aún más cuando hay aceptación por parte de la sociedad para que esto ocurra, como pasa en países como el nuestro donde hay una tendencia de origen cultural con el consumo de alcohol, lo que ocasiona con frecuencia que sean los padres quienes ofrezcan alcohol a los adolescentes como una característica propia de nuestra cultura, por un baja percepción de riesgo que esto conlleva, sumado a influencias normativas inadecuadas y representaciones sociales o creencias positivas frente al consumo de alcohol.(Zhang et al., 2008)

# CAPÍTULO III

## Materiales y Método

### 3. Capítulo III: Materiales y Métodos

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio de corte transversal, del método científico con enfoque cuantitativo, se elige este método ya que se intenta demostrar es la magnitud del problema y posteriormente generar más hipótesis para próximas investigaciones.

#### 3.2 MUESTRA

Para el cálculo muestral se utilizó una prevalencia de consumo en un grupo similar, se seleccionó el estudio de Alicia Álvarez en una zona rural de México, quien reporta una cifra de 20%, aplicando un nivel de confianza del 95%, se obtuvo 170 adolescentes como tamaño muestral mínimo.

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = z^2 \cdot \{ [p(1-p)] / e^2 \}$$

Cuyos parámetros fueron:

z= 1.96 para un intervalo de confianza del 95%	1,96
p= prevalencia de la patología	0,2
e= precisión	0,06

La fórmula se desarrolló de la siguiente manera:

n=	z <sup>2</sup>	((p	(1-p))	/e <sup>2</sup> )
n=	3.84	0.2	0.8	0.0036
n=	3.84	0.16		0.0036
n=	3.84	44.44444444		
n=	170.7377778			

### 3.3 Operalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIONES	CATEGORÍA / ESCALA	INDICADOR
<b>Edad</b>	Edad en años cumplidos	Años	Promedio
<b>Sexo</b>	Fenotipo del adolescente referente a sus caracteres sexuales	Masculino Femenino	Proporción
<b>Entorno familiar</b>	Personas con las que el adolescente construye el hogar	Padre y Madre Solo Madre Solo Padre Solo Hermanos Abuelos Otros Familiares Institución Amigos Vive solo	Proporción
<b>Dependencia al alcohol</b>	Se mide a través del test AUDIT que está ampliamente validado	<p><b>Puntuación total de 0 a 7 puntos:</b> Usted no tiene problemas con el alcohol.</p> <p><b>Puntuación total de 8-15 puntos:</b> Su resultado en el test está dando señales de que es una persona que está empezando a abusar del alcohol.</p> <p><b>Puntuación total de 16-19 puntos:</b> Su resultado en el test indica que tiene un problema serio con el alcohol, indicando una dependencia baja.</p> <p><b>Puntuación total &gt; 20 puntos:</b> Su resultado en el test indica dependencia alta.</p>	Proporción

<b>Autoestima</b>	Construcción de actitudes positivas del adolescente hacia sí mismo. Medido con el test de Rosenberg.	Percentiles respecto de la muestra	Percentiles
<b>Auto eficacia</b>	Capacidad de ejecutar actividades en un contexto específico, organizando capacidades cognitivas y socioculturales para este fin. Medido por la : Escala de auto-eficacia generalizada de Baessler	Percentiles respecto de la muestra	Percentiles
<b>Manejo del estrés y tolerancia a la frustración</b>	Habilidades para tolerar la vida cotidiana, habilidades que permiten adaptarse a la sociedad	Percentiles respecto de la muestra	Percentiles
<b>Estilo Parental</b>	Evaluación de varias dimensiones del estilo educativo parental partiendo de la percepción de sus hijos adolescentes, utilizando la escala de evaluación del estilo educativo de madres y padres de adolescentes.	Percentiles respecto de la muestra	Percentiles
<b>Percepción de calidad y funcionamiento del establecimiento escolar</b>	Evaluar varias dimensiones relevantes del centro a partir de la percepción del alumnado.	Percentiles respecto de la muestra	Percentiles
<b>Percepción del Barrio</b>	Se medirá la percepción del adolescente como residente de su barrio	Percentiles respecto de la muestra	Percentiles

	y se tomara como un factor ecológico en el análisis social integral de este estudio		
--	---	--	--

**Criterios de inclusión:**

- Estudiantes que deseen participar en el estudio, con previa autorización de su representante legal por medio del consentimiento informado.
- Adolescentes de 12 a 16 años
- Adolescentes sin alteraciones cognitivas que impidan el llenado de los instrumentos (alteraciones visuales y auditivas no serán contraindicaciones, se realizara una administración del instrumento personalizada)

**Criterios de exclusión:**

- Estudiante que no desee participar en el estudio
- Estudiantes que no tenga el consentimiento informado firmado de su respectivo representante legal

**3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La recolección de la información, se utilizó un folleto que constaba de 5 hojas a doble cara, en la primera página se encontraba la información general del entrevistado (variable general) y anexada a este los diferentes test que se utilizaron en esta investigación.

Previamente a esta acción, en un lapso de 24 horas, se entregó a cada estudiante la solicitud de consentimiento informado, para la firma o autorización de cada representante legal. Brindándose información al respecto del estudio a realizarse, y de su participación sin ningún costo alguno. Mencionado consentimiento fue retirado

y anexo al folleto como autorización para encuesta, el día de la recolección de la muestra.

Luego de verificación de cada consentimiento informado de los adolescentes participantes, se prosiguió a la toma de la muestra con la colaboración de un representante del centro educativo, dividiéndose al grupo total de los 240 estudiantes, por nivel educativo y paralelo, ya preestablecido por el centro educativo y de acuerdo a la nómina proporcionada por la institución. Se estimó un tiempo determinado para cada test de valoración, por medio de la prueba piloto, observándose un tiempo estipulado de 45 a 50 minutos para el llenado de todo el folleto; esto siendo aplicado a 7 grupos conformados entre 30 a 35 estudiantes.

Se utilizó el test de AUDIT, que fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para realizar de manera simple un screening del consumo excesivo de alcohol, siendo un test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol que ha sido utilizado en diversas poblaciones y se ha podido verificar su comprensión en diferentes tipos de naciones; además se ha llegado a utilizar en diversas subpoblaciones, teniendo una sensibilidad de 57 – 59 % y una especificidad 91 – 96% para consumo excesivo y para dependencia de alcohol tiene una sensibilidad de 66 – 71% y una especificidad de 85 – 86%, superando a otros test como CAGE el cual tiene una sensibilidad de 14 - 69% y una especificidad de 75 – 97% para consumo excesivo de alcohol mientras que para dependencia tiene una sensibilidad de 77% y especificidad de 79%; y MAST con una sensibilidad y especificidad menor que el test de CAGE. Por lo que ha sido considerado el único test de screening de uso internacional con buena sensibilidad y especificidad muy independiente al participante en cuestión. Para la implementación en el presente estudio se utilizó el método de entrevista, el cual consta de 10 preguntas y cada uno de 4 ítems de respuesta; aplicándose de manera verbal y en forma grupal, se procedió a la entrevista pregunta por pregunta y tomando en cuenta que se daba 1 minuto para la resolución de cada pregunta.

Para valoración del entorno social y familiar se utilizaran los siguientes instrumentos:

- Escala de autoestima (Rosemberg, 1965): Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems que sirve para evaluar la autoestima global del adolescente. Esta se considera con un tiempo aproximado de 10 minutos para su llenado.
- Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler y Schwarzer, 1996): Es una escala unidimensional compuesta por diez ítems tipo Likert, que evalúa la autoeficacia que los adolescentes tienen de su propia capacidad para manejar los estresores de la vida cotidiana.
- Escala para la Evaluación de la Tolerancia a la Frustración (Bar-On y Parker, 2000): Forma parte del Emotional Quotient Inventory Youth Version en su versión extensa, el cual fue desarrollado para evaluar la inteligencia socioemocional. La misma que ha sido reducida y adaptada, constanding de ocho ítems que deben ser puntuados en una escala tipo Likert de cinco puntos. Por medio de esta, se puede medir la capacidad para resistir a situaciones estresantes, así como la facilidad para resistir o demorar un impulso.
- Escala para la Evaluación del Estilo Parental (Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López, 2007): Esta herramienta consta de cuarenta y uno ítems tipo Likert, y sirve para valorar la apreciación que cada adolescente tiene de diversas dimensiones del estilo educativo de sus padres. Compuesto por subescalas: Afecto y comunicación, promoción de autonomía, control conductual, control psicológico, revelación y humor.
- Escala de Percepción del Clima y Funcionamiento del Centro (Versión para el Adolescente): compuesta por treinta ítems que deben ser puntuados en una escala tipo Likert de siete puntos. Sirve para determinar la concepción que los adolescentes, tienen de diversas dimensiones del centro educativo en el que

estudian. Comprendida por subescalas que valoran: clima, vínculos, claridad de normas y valores, empoderamiento y oportunidades positivas.

- Escala de Valoración del Barrio por sus Residentes: Se trata de una escala compuesta por 22 ítems que deben ser puntuados en una escala tipo Likert de siete puntos. Utilizada para estimar la impresión que tienen los adolescentes, de los diferentes ámbitos y recursos que consta su barrio. A través de esta escala se pueden obtener cinco puntuaciones parciales correspondientes a cada una de los ambientes evaluados (empoderamiento de la juventud, apego al barrio, seguridad de la comunidad, control social y actividades para jóvenes) y una puntuación global de segundo orden, que agrupa todas las ambientes.

Mencionado antes, se aplicaron los instrumentos en forma grupal pero con resolución individual, se analizó detalladamente las condiciones de cada instrumento, no existiendo ninguna contraindicación con la aplicación grupal.

### **3.5 PLAN DE ANÁLISIS**

Se construyó una base de datos en Microsoft Excel, esta base de datos fue recodificada y depurada, se refinaron errores de captura de dato en terreno, verificando con los cuestionarios físicos y luego corrigiendo en la base de datos en Excel, como técnica se recurrió al uso de filtros simples por columna, la recodificación se dio principalmente en la creación de variables con los totales de los puntajes y posteriormente trasladando a los rangos cualitativos según se requiera. Una vez corregida y recodificada, la base de datos se exportó a los paquetes estadísticos Epi Info 2008 y SPSS ver 10.0, para el análisis. Inicialmente se realizó una descripción de las variables, para las variables cualitativas: Sexo, entorno familiar, Nivel educativo, Problemas serios con el alcohol (AUDIT), Autoestima Rosenberg, se recurrió a tablas estadísticas para determinar las frecuencias; para las variables cuantitativas: Edad y los puntajes de los diferentes Test utilizados, se realizó un análisis de medidas de tendencia central y de dispersión, poniendo especial énfasis en los Cuartiles. Adicionalmente se realizó un análisis con cruces de

variables, en donde en los cruces cuali-cuali, se utilizaron tablas de contingencia 2x2 y 2xn y para la relación se recurrió al OR y para la significancia al Chi cuadrado y los intervalos de confianza. Para el cruce cuanti-cuali, se utilizaran tabulaciones cruzadas y se recurrió a media estratificada y al análisis de Kruscal Wallis.

### **3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS**

En el siguiente estudio los adolescentes que participaran deberán llenar una hoja de identificación con datos de filiación que incluyen edad, sexo, nivel parental con quien viven, nivel educativo; luego de esto tenemos los respectivos test que serán la base de datos para la recolección de la información del estudio.

Para esto previamente se basó bajo aceptación de la solicitud de consentimiento informado que estará dirigida de la siguiente manera:

- Se utilizó la autorización bajo la firma de un consentimiento informado por parte de los representantes legales del adolescente incluidos en el estudio. (Anexo 1)
- Autorización del representante legal de la unidad educativa que se tomó como base para la recolección de datos de los adolescentes participantes en el presente trabajo.
- Los datos recolectados se mantuvieron bajo absoluta confidencialidad, los cuales no constituyen ningún riesgo para el adolescente ni sus representantes, además la participación de este no conlleva ningún beneficio o remuneración por dicha aportación ya que esta es libre y voluntaria.

Es un estudio observacional, no se experimentó ni se privó a los adolescente de información, sin embargo la decisión de participar fue explícita y los datos se manejaron codificados para evitar la identificación personal.

# CAPÍTULO IV

## Resultados

## 4. Capítulo IV: Resultados

### 4.1 Análisis Univariar

La población del presente estudio, se realizó en población adolescente, que comprendía edades de 12 a 16 años de edad, que viven en su mayoría en las zonas aledañas a su unidad educativa, estando ubicada en la Parroquia Rural de Alangasí, de la ciudad de Quito, siendo un total de 240 estudiantes del Colegio Técnico Nacional de Alangasí.

#### 4.1.1 Características Demográficas de la población en estudio

La población del presente estudio, tiene una media de edad de 13.89 años, con un rango de 12 a 16 años, el 40% correspondió al grupo de 14 años de edad, en seis de los casos no proporcionaron la información. De acuerdo al sexo, la población en su mayoría fue de sexo masculino representado por el 60.4% del total de la muestra. En lo que respecta al nivel educativo el 46.7% se encuentra en décimo año de educación básica. (Tabla 1)

**Tabla 1: Variables demográficas de los estudiantes del Colegio Técnico Alangasí.**

VARIABLE	CONSTANTE	VALOR	PORCENTAJE
<b>Sexo</b>	F	91	35,4%
	M	146	60,4%
<b>Escolaridad</b>	10mo	112	46.7%
	9no	65	27.1%
	8vo	54	22.5%
<b>Edad</b>	12	24	10%
	13	54	23%
	14	96	40%
	15	44	18%
	16	16	7%
	No Determinada	6	2%

Fuente: Entrevistas realizadas

Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.2 Riesgo de consumo de alcohol

En relación con el riesgo de consumo de alcohol, se encontró una prevalencia de 7.08% (IC de 4% - 10.17%); de los cuales pertenecen 3 grupos, quienes tienen riesgo de dependencia por consumo de alcohol, con una prevalencia de 5.42% de la muestra; el segundo grupo pertenece a la población interpretado según el AUDIT como una Dependencia Baja, con una prevalencia de 0.83% de la muestra; el tercer grupo corresponde a una Dependencia Alta (personas con problemas serios de alcohol), representada con el 0.83% del total de la muestra. (Tabla 2).

Tabla 2: Riesgo de Consumo de alcohol en los estudiantes del Colegio Técnico Alangasí

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC
Dependencia alta ( $\geq 20$ p)	2	0,83 %	0 - 19%
Dependencia baja ( $\geq 16$ p)	2	0,83 %	0 - 19%
Riesgo de dependencia ( $\geq 8$ p)	13	5,42 %	2.71 - 8.12%
No dependencia ( $\leq 7$ p)	223	92,92 %	
TOTAL	240	100 %	

Fuente: Entrevistas realizadas

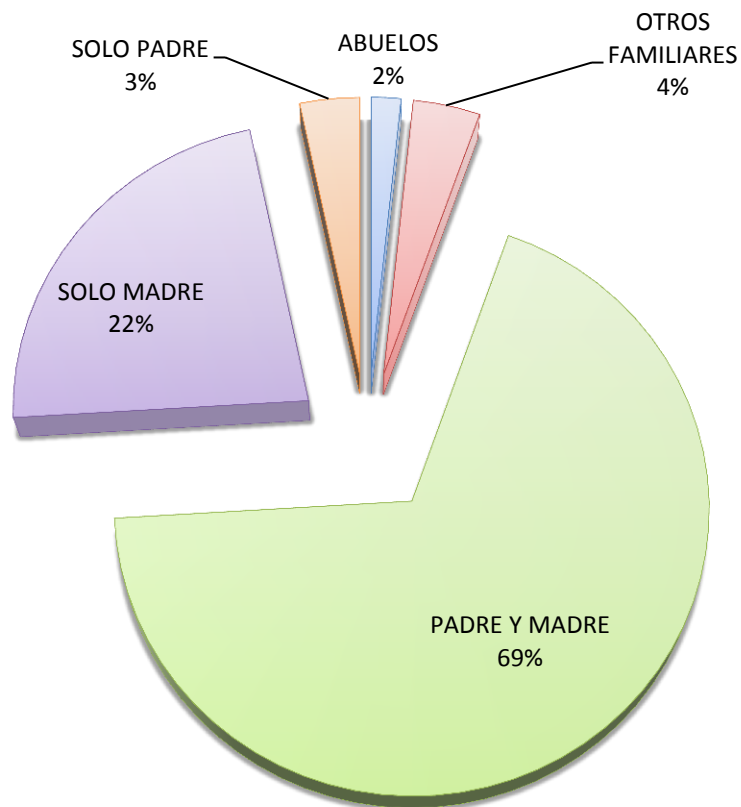
Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

### 4.1.3 Factores de riesgo

#### 4.1.3.1 Estructura Familiar

Se encontró que el 69% de los estudiantes forman parte de una familia nuclear; de los que tienen familia uniparental, el 22% viven con la madre, 3% con el padre, el 2% vive con los abuelos, 4% vive con otros familiares, este análisis es un indicador de estructura familiar más no de funcionalidad. (Ilustración 1)

**Ilustración 3: Estructura Familiar de los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí**



**Fuente: Entrevistas realizadas**  
**Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez**

#### 4.1.3.2 Autoestima

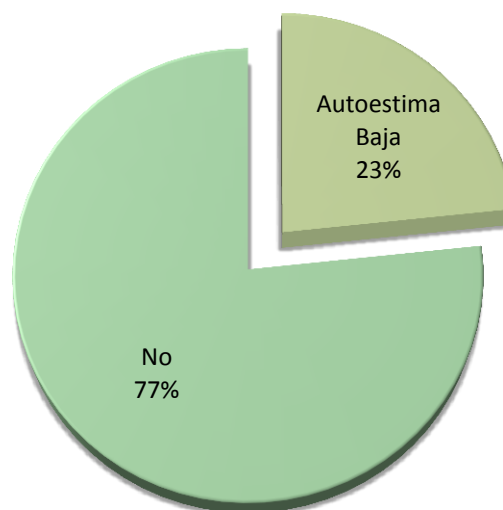
En relación con la Autoestima, se encontró que el 40.8% pertenece al grupo de buena o excesiva autoestima, mientras que el 35.8% tiene autoestima normal; en lo que respecta a autoestima baja se encontró un 23.3% de la población en estudio (IC 95% entre 18 - 28%). (Tabla 3)

**Tabla 3: Cuadro de Autoestima en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	56	23.3
BUENA – EXCESIVA	98	40.8
NORMAL	86	35.8
Total	240	100.0

Fuente: Entrevistas realizadas  
Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

**Ilustración 4: Relación de porcentajes de la Autoestima en los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí**



Fuente: Entrevistas realizadas  
Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.3 Tolerancia a la Frustración

Se observó que la media de la población en estudio se encuentra en 18.09 puntos, con una puntuación entre 8 puntos como mínimo y 39 puntos como máximo, la mayoría de la población del estudio se sitúa entre los percentiles 50 y 75, esto indica que los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí poseen una buena tolerancia a la frustración. (Tabla 4)

**Tabla 4: Valores de la Tolerancia a la Frustración de los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.**

#### TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

	Válidos	240
	Perdidos	0
Media		18.09
Mediana		17.50
Mínimo		8
Máximo		39

Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	14.00	52	21,7%
50	17.50	73	30,4%
75	22.00	63	26,3%

**Fuente: Entrevistas realizadas**  
**Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez**

#### 4.1.3.4 Autoeficacia

En el grupo analizado, se encontró que la media está representada por 30 puntos, considerando que el mínimo es cero y el máximo es de 40 puntos, evidenciando que la población se encuentra por arriba del percentil 25 con un puntaje alto de 26 puntos, y con 35 puntos para el percentil 75. En general el grupo goza de una alta autoeficacia. (Tabla 5)

**Tabla 5: Valores de Autoeficacia en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí**

AUTOEFICACIA GENERALIZADA			
	Válidos	240	
	Perdidos	0	
Media		30.00	
Mediana		31.00	
Mínimo		0	
Máximo		40	
Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	26.00	69	28,8%
50	31.00	61	25,4%
75	35.00	67	27,9%

**Fuente: Entrevistas realizadas**  
**Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez**

#### 4.1.3.4 Estilo educativo parental

Para determinar el estilo educativo de los padres hacia los adolescentes se valoró cada componente que conforma la escala. Destacando el tipo de estilo democrático con el 55.8% del total de la población, el cual estuvo caracterizado por control conductual alta (p50 y 75), revelación alta (p50 y 75), y afecto y comunicación (p75). (Tabla 6)

**Tabla 6: Valor total del Estilo Parental en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.**

	<b>Estrictos</b>	<b>Indiferentes</b>	<b>Democráticos</b>	<b>Total</b>
<b>Valores</b>	56	50	134	240
<b>Porcentajes</b>	23,3	20,8	55,8	100%

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### **4.1.3.4.1 Componente de Afecto y Comunicación**

En la población, se encontró que desde el percentil 25% el puntaje ya es alto con 31 puntos y sigue ascendiendo hasta el percentil 75% con 44 puntos, con una media de 36.78 puntos. (Tabla 7).

**Tabla 7: Puntuaciones del Componente de afecto y comunicación en los adolescentes del Colegio Técnico Alangasí.**

<b>AFECTO Y COMUNICACIÓN</b>			
	<b>Válidos</b>	240	
	<b>Perdidos</b>	0	
<b>Media</b>	36.78		
<b>Mediana</b>	39		
<b>Mínimo</b>	8		
<b>Máximo</b>	93		
<b>Percentiles</b>	<b>Rangos</b>	<b>Valores</b>	<b>Porcentaje</b>
25	31	64	26,7%
50	39	51	21,3%
75	44	70	29,2%

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.4.2 Componente de Control Conductual

Se encontró que la percepción del control conductual es alta, con un valor mínimo de 6 y con un máximo de 36, distribuidos para el percentil 25 de 26 puntos, y en el percentil 75 con 35 puntos, considerando que la media está dada por 29.38 puntos, esto representa desde la perspectiva del estudiante, un gran control conductual desde sus padres. (Tabla 8)

**Tabla 8: Puntaje del Componente de control conductual en los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí**

CONTROL CONDUCTUAL			
	Válidos	240	
	Perdidos	0	
Media		29.38	
Mediana		31.00	
Mínimo		6	
Máximo		36	

Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	26.00	59	24,6%
50	31.00	64	26,7%
75	35.00	72	30,0%

**Fuente: Entrevistas realizadas**  
**Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez**

#### 4.1.3.4.3 Componente de Control Psicológico

El resultado del control psicológico, se evidenció una media de 28.66 puntos, con un rango de 8 como mínimo y 48 como máximo, estableciendo que la percepción de este componente es de un alto control psicológico, con un valor para el percentil 25 de 22 puntos y para el percentil 75 de 36 puntos. (Tabla 9)

**Tabla 9: Valores del control psicológico, en los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí.**

CONTROL PSICOLÓGICO			
	Válidos	240	
	Perdidos	0	
Media	28.66		
Mediana	28.00		
Mínimo	8		
Máximo	48		
Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	22.00	52	21,7%
50	28.00	71	29,6%
75	36.00	61	25,4%

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.4.4 Componente de Autonomía

En relación con la autonomía se encontró una media de 36.13 puntos, con un máximo de 94 y un mínimo de 0 en este caso, la percepción de los adolescentes sobre la autonomía de ellos es muy alta, reflejando un estilo educativo basado en autonomía y participación. (Tabla 10).

**Tabla 10: Valores sobre la Autonomía en el estilo educativo parental de los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí.**

PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA			
	Válidos	240	
	Perdidos	0	
Media	36.13		
Mediana	38.00		
Mínimo	0		
Máximo	94		
Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	31.00	62	25,8%
50	38.00	55	22,9%
75	43.00	67	27,9%

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.4.5 Componente de Humor

Los valores finales para humor, presenta una media de 27.38 puntos, que indica que la población del presente estudio se encuentra sobre el percentil 25, evidenciando que este componente no tubo alteraciones para la población. (Tabla 11).

**Tabla 11: Valores del Componente de Humor en los estilos educativos parentales de los estudiantes del Colegio Técnico de Alangasí.**

HUMOR EN EL ESTILO PARENTAL			
	Válidos	240	
	Perdidos	0	
Media	27.38		
Mediana	29.00		
Mínimo	0		
Máximo	90		

Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	22.25	56	23,3%
50	29.00	56	23,3%
75	33.00	73	30,4%

Fuente: Entrevistas realizadas  
Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.4.6 Componente de Revelación

Se encontró que los puntajes están bastante elevados con una media de 21.07, correspondiendo al percentil 25 con 15 puntos y el percentil 75 con 28 puntos, la mayoría de la población se encuentra por encima de la media, lo que va a demostrar que aparentemente existe la iniciativa desde los adolescentes para comentar a sus padres asuntos personales. (Tabla 12)

**Tabla 12: Valores sobre la Revelación que tienen los adolescentes del Colegio Técnico de Alangasí hacia sus padres.**

REVELACIÓN		
	Válidos	240
	Perdidos	0
Media		21.07
Mediana		23.00
Mínimo		0
Máximo		51

Percentiles	Rangos	Valores	Porcentaje
25	15.00	67	27,9%
50	23.00	57	23,8%
75	28.00	63	26,3%

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.5 Percepción sobre la institución educativa

Los resultados revelan que los estudiantes perciben como ideal a la institución educativa, con una media de 148.88 puntos y un valor mínimo de 39 y el máximo de 222. (Tabla 13).

**Tabla 13: Valores obtenidos sobre el clima percibido por los estudiantes del Colegio Técnico de Alangasí.**

PERCEPCION DEL ADOLESCENTE SOBRE EL CENTRO EDUCATIVO					
	Clima	Vinculo	Normas y valores	Empoderamiento y oportunidades	TOTAL
Válidos	240				
Perdidos	0				
Media	24.03	40.34	41.17	48.41	<b>148.88</b>
Mediana	25.00	43.00	43.00	51.00	<b>163</b>
Mínimo	10	7	6	0	<b>39</b>
Máximo	36	119	119	87	<b>222</b>

Percentiles (TOTAL)	Rangos	Valores	Porcentaje
25	141,8	62	25,8
50	163,0	56	23,3
75	177,0	65	27,1

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.1.3.6 Valoración del barrio como micro esfera social

Valorando el entorno del adolescente en su barrio, se evidenció que la mayoría consideran inseguro su barrio, y además se puede destacar que existen pocas actividades orientadas para adolescente, con una media para seguridad de 17.41 y para actividades de 17.65. Valorando otros parámetros como el empoderamiento, apego y el control social destacó una puntuación alta con medias entre 18 y 28 puntos, que no se encontró afectación mala de la percepción del barrio, que afecte el entorno social del estudiante. (Tabla 14)

**Tabla 14: Relación de la percepción del adolescente sobre su barrio.**

#### PERCEPCIÓN DESDE EL ESTUDIANTE EN SU ESFERA SOCIAL – BARRIO

	Actividades	Empoderamiento	Apego	Seguridad	Control social	TOTAL
Válidos	240					
Perdidos	0					
Media	17.65	27.28	19.67	17.41	18.44	<b>79,62</b>
Mediana	18	28	21.5	17	19	<b>96</b>
Mínimo	0	5	0	0	0	<b>0</b>
Máximo	28	79	55	28	28	<b>154</b>

Percentiles (TOTAL)	Rangos	Valores	Porcentaje
25	78,8	59	24,6%
50	96,0	65	27,1%
75	118,3	61	25,4%

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

## 4.2 Análisis Multivariado: Relación de las características demográficas con el consumo de alcohol.

### 4.2.1 Sexo y consumo del alcohol

Al relacionar el sexo de los adolescentes y el consumo de alcohol, se encontró que la población masculina tiene mayor riesgo de consumo con un 7% en relación a las mujeres que presentaron una frecuencia de 6.6%, constituyéndose un factor de protección corresponder al sexo femenino, sin embargo estas diferencias no fueron significativas, con un OR de 0.8 (IC 95% entre 0.3 a 2.42). (Tabla 15)

Tabla 15: Sexo y consumo de alcohol

CONSUMO DE ALCOHOL			
SEXO	SI	NO	TOTAL
F	6	85	91
<b>Row %</b>	6,6	93,4	100,0
M	11	135	146
<b>Row %</b>	7,5	92,5	100,0
TOTAL	17	220	237
<b>Row %</b>	7,2	92,8	100,0
<b>Odds Ratio</b>	<b>0,8663</b>	<b>0,3089</b>	<b>2,4292 (T)</b>
<b>Chi-squffare</b>	<b>0,0745</b>	<b>0,7848589690</b>	

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

### 4.2.2 Familia y consumo del alcohol

En el análisis entre la familia de tipo nuclear y el consumo de alcohol, se encontró que este tipo de familia, se comportó como un factor protector para el consumo de alcohol, con un OR de 0.4 (IC 95% entre 0.17 y 1.31), sin embargo no fueron significativas las diferencias (p=0.14). (Tabla 16)

**Tabla 16: Familia nuclear y consumo de alcohol**

CONSUMO DE ALCOHOL			
FAMILIA	SI	NO	TOTAL
SI	9	155	164
Row %	5,5	94,5	100,0
NO	8	67	75
Row %	10,7	89,3	100,0
TOTAL	17	222	239
Row %	7,1	92,9	100,0

**Odds Ratio**      **0,4863**      **0,1799**      **1,3147** (T)

**Chi-square**      2,0892      0,1483495221

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.2.3 Autoestima baja y consumo del alcohol

Relacionando la autoestima baja con el consumo de alcohol, se encontró que los adolescentes con autoestima baja tienen mayor riesgo de tener problemas de consumo de alcohol con un OR 3.2, siendo estas diferencias significativas (valor  $p=0.003$ ). (Tabla 17)

**Tabla 17: Autoestima y consumo de alcohol**

CONSUMO DE ALCOHOL			
AUTOESTIMA BAJA	SI	NO	TOTAL
SI	8	48	56
Row %	14,3	85,7	100,0
NO	9	175	184
Row %	4,9	95,1	100,0
TOTAL	17	223	240
Row %	7,1	92,9	100,0

**Odds Ratio**      **3,2407**      **1,1868**      **8,8490** (T)

**Chi-square**      4,4182      0,0355590912

Fuente: Entrevistas realizadas  
 Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez

#### 4.2.4 Relación entre esferas sociales y los problemas con el alcohol

En este estudio, al relacionar las esferas sociales y el consumo de alcohol, no se encontró relaciones significativas con el estilo parental de los adolescentes, la valoración del barrio, la percepción del centro educativo y el sexo; pero si se evidenció que la puntuación en los adolescentes sin riesgo de problemas relacionados con el alcohol presenta un puntaje más alto. (Tabla 18)

**Tabla 18: Cruce entre variables sociales con Problemas relacionados al alcohol.**

	<b>AUDIT CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Prueba t</b>	<b>Valor p</b>
<b>Total Estilo Educativo Parental</b>	Si	17	173.88	-.631	.529
	No	223	179.82	-.563	.581
<b>Total Percepción Del Centro</b>	Si	17	155.06	.155	.877
	No	223	153.86	.206	.838
<b>Total Valoración Del Barrio</b>	Si	17	93.18	-1.301	.194
	No	223	100.88	-1.032	.316
<b>Total Autoeficacia Generalizada</b>	Si	17	29.24	-.499	.618
	No	223	30.05	-.544	.593
<b>Edad</b>	Si	17	14.1	1.1	.25
	No	219	13.8	-.544	.25

**Fuente: Entrevistas realizadas  
Autor: Angelina Orellana, Angélica Pérez**

# CAPÍTULO V

## Discusión

## **5. Capítulo V: Discusión**

En este estudio, se evidencia, la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados, adicionalmente y como fortaleza de esta investigación, se han analizado variables sociales y familiares importantes que mejoran el análisis integral de la problemática de este grupo atareo tan vulnerable y complejo. En la población estudiada la mayoría vivía con sus padres, ya Resnick evidencia que el contexto familiar y escolar, sin descuidar las características individuales, están asociadas con conductas de riesgo en los adolescentes (Resnick et al., 1997)

### **5.1 ALCOHOL**

De acuerdo al último boletín del CONSEP de febrero de 2013 se publicó que el 2,0% de estudiantes podría presentar un uso abusivo del alcohol, estudio realizado en estudiantes de las principales ciudades de cada provincia del país en estudiantes de 12-17 años de edad de zonas urbanas.

En el presente estudio, se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 7% y una prevalencia de dependencia del 1.6% de los estudiantes. En un estudio africano (Francis, Grosskurth, Chagalucha, Kapiga, & Weiss, 2014), menciona la importancia de contar con el análisis del alcohol y variables sociales, (Francis, Grosskurth, Chagalucha, Kapiga, & Weiss, 2014). Sanz (2009) menciona que la desestructuración familiar es un factor asociado a conductas de riesgo incluido el consumo del alcohol (Sanz Rodríguez et al., 2009), en el presente estudio se evidenció que los estudiantes adolescentes pertenecen a una familia nuclear, se comportó como factor protector.

## **5.2 Factores de Riesgo**

### **5.2.1 AUTOESTIMA Y CONSUMO DE ALCOHOL**

Considerada como la apreciación que el individuo plasma de la imagen de sí mismo, la cual es formada de acuerdo al conjunto de experiencias e ideologías que ha ido formando desde su infancia hasta la adolescencia. De esta manera, una autoestima positiva permite a los adolescentes tener un buen ajuste psicológico, que a su vez va servir para su adaptación social con lo cual podrá mediar en la prevención de conductas de riesgo. Mientras que en el ámbito escolar, ciertas variables como el clima social percibido por el adolescente se relaciona con el autoestima (Martinez, Buelga Y Cava, 2007). A nivel social, una buena autoestima atribuye que el adolescente tenga una mejor adaptación social e integración en el grupo de pares. Por lo contrario una autoestima baja implica a situación de malas relaciones con los demás y además puede producir inseguridad.

En el presente estudio se pudo evidenciar que el 23% de los casos tienen baja autoestima, notándose que estos adolescentes tienen mayores posibilidades o riesgo de consumo de alcohol, sin embargo según Álvarez (2010) menciona en un estudio comparativo que no existe relación entre autoestima y consumo de alcohol y propone que la estabilidad de la autoestima del adolescente a corto plazo es estable (Álvarez Aguirre et al., 2010), Musayón (2005) también coincide en el porcentaje de consumo y aporta con diferentes factores de riesgo, sin embargo no explora las variables sociales que a profundidad se evidenciaron en esta investigación (Musayón Oblitas, Torres Deza, Sánchez Díaz, & Chavéz Cachay, 2005), Náyade estima una autoestima baja en el 10% de los casos, e incluso propone que no existe diferencia en la prevalencia de consumo de sustancias adictivas (Pereira, Duvicq, & Carvalho, 2005).

En otros estudios como el de Montes en Colombia, reportan prevalencias de baja autoestima en el 47%, vale la pena analizar que el contexto de la zona rural en la que

se desarrollaba el estudio, tenía influencia en dicha frecuencia del problema (González, Tatiana, Escudero Ramírez, & Martínez, 2012).

### **5.2.2 AUTOEFICACIA Y FRUSTRACIÓN**

La autoeficacia es una auto-reflexión de sí mismo del individuo por el cual este se considera capaz de realizar una tarea determinada en busca de una meta fijada. (Garrido, 2000). De esta manera el individuo tiene una percepción de sus propias capacidades. Se considera que la autoeficacia baja está asociada con ansiedad, depresión. Esto implica que existen ideas pesimistas lo que tendría afectación en su desarrollo personal (Grau, Salanova y Piero 2000). El instrumento utilizado en este estudio está proyectado a evaluar como los adolescentes actúan ante una dificultad o problema.

Considerando que una autoeficacia alta indica que un individuo se cree con capacidad de realizar las metas establecidas. Mientras que una autoeficacia baja hace que el individuo no se crea capaz de llegar a una meta establecida, aunque su capacidad si se lo permita.

Respecto de otras variables como frustración y autoeficacia, es decir que el adolescente puede tener capacidad para controlar sus impulsos agresivos y apenas muestran conductas irresponsables y que puede creerse capaz de realizar los objetivos que se propone, no encontramos problemas en la presente investigación ya que se pudo asegurar que nuestra población de estudio se encuentra en el percentil 75 en la escala de frustración, indicando que tienen un gran poder de control de impulsos y son muy bajas las posibilidades de conductas irresponsables. De igual manera en la escala de autoeficacia se pudo encontrar que en su gran mayoría los adolescentes se encuentran en el percentil alto indicando una buena autoeficacia, se encontró además a nivel de la bibliografía global, que se ve mayor afectación en la mayoría de los estudios publicados están en función del embarazo adolescente y de la violencia intrafamiliar.

### 5.2.3 ESTILO PARENTAL

Desde que Diana Baumind clasificó los estilos educativos parentales, se han venido dando varios enfoques sobre estas maneras en que los padres educan a sus hijos. Tradicionalmente se han utilizado ciertas direcciones para categorizar el estilo parental planteados en: afecto y la comunicación; por otro lado se tiene el control psicológico que no es más que la manipulación ejercida sobre pensamientos y sentimientos de lo hijos/as (Barber y Hannon, 2002).

Muchos investigadores consideran que el control psicológico es lo contrario a la fomentación de la autonomía, otros de la misma manera consideran que se hablan de dimensiones diferentes (Baker, Bean y Ericsson, 2002).

El instrumento utilizado para valorar el estilo parental en los adolescentes del Colegio Técnico Nacional Alangasí, esta direccionada a valorar la percepción que tienen los adolescentes sobre qué tipo de estilo está siendo utilizado por sus padres para su educación.

Se encontró que el estilo parental más utilizado en los adolescentes del Colegio Técnico Nacional Alangasí fue el estilo democrático, estructurado principalmente por control conductual por medio de la revelación, con afecto y comunicación. En general no se encontraron problemas, ni en la parte afectiva como en la autonomía y percepción de la intensidad del control, los estudios publicados en su mayoría estudian la forma de educación de los padres desde el punto de vista del abuso (Korbin, 1991) (D'Antonio, Darwish, & McLean, 1993) (Kempe, 1982), las investigadoras del presente estudio creen que el análisis de este tema va más allá, al quedar claramente evidenciado que el rol de los padres en la educación es un factor que puede ser de riesgo o protector dependiendo de la intención del estudio (Páramo, 2011) (Torres, Martín, Fraguera, & Triñanes, 2003) (Mestre, Tur, Samper, Nácher, & Cortés, 2007) (Guibert Reyes, Gutiérrez Díaz, & Martínez Gómez, 2005).

#### **5.2.4 PERCEPCIÓN DEL CLIMA Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO**

El clima social se considera un factor determinante del ambiente escolar que como hemos hablado es un pilar en el desarrollo del adolescente. Por ende una mejora del clima se relaciona con un mejor rendimiento y disminución de conductas desadaptativas e incluso con mejora en autoconcepto y autoestima, empatía y sociabilidad (Traines et al. 2006). Basándonos en la Escala de Clima Social Escolar, elaborada por Moos y Trickett en 1987.

Cuando se analiza a la institución educativa, se conoce que es un espacio de reproducción social y de alta conflictividad (Cornejo & Redondo, 2001) (Trujillo & Flórez, 2013), además que está demostrado que el respeto al contexto sociocultural es clave en resultados de calidad educativos (Reguera, Antonio, & Torres Martín, 2006) (Jiménez Vargas, 2012) (Villalobos Monroy, 2007), por lo que es importante resaltar que los estudiantes se sienten parte de la misma y sus profesores son pieza fundamental de esta pertenencia, sin embargo se encontró que si perciben que existen conductas violentas, este estudio no intenta analizar ni diagnosticar procesos de abuso como el Bullying, simplemente explicitar la percepción del clima y pertenencia escolar; Ghiso y Mundó coinciden y evidencia la importancia de mantener un lazo fuerte y continuidad con la institución educativa como factor protector de la invisibilidad y violencia (Ghiso, 2012) (Mundó, 2003), otro estudio realizado en Chile realiza una ponderación de los factores escolares, priorizando las relaciones interpersonales con los profesores, coincide con nuestro hallazgo (Becerra Peña, 2006) Piedrahita coincide en la presencia de violencia y añade el rol fundamental de la información violenta en medios de comunicación como factor asociado, este tema después del análisis global, debería ser materia obligatoria de investigación en las escuelas (S & E, 2009).

### **5.2.5 PERCEPCIÓN DEL BARRIO**

El análisis del barrio como entorno social del adolescente arrojó datos preocupantes, la infraestructura y la inseguridad son factores percibidos de manera importante por los adolescentes. Respecto con el alcohol, una revisión sistemática no encontró ninguna relación con el barrio, sin embargo si encontró asociaciones desde el punto de vista de la desigualdad económica (Pabayó, Molnar, & Kawachi, 2014) (Jackson, Denny, & Ameratunga, 2014) (Schmidt, 2007), otros estudios mencionan que un barrio inseguro incluso con el déficit de actividad física e incluso con el incremento de problemas cardiovasculares (Molnar, Gortmaker, Bull, & Buka, 2004) (Dulin-Keita, Kaur Thind, Affuso, & Baskin, 2013) (Wilson, Lawman, Segal, & Chappell, 2011).

# CAPÍTULO VI

Conclusiones y

Recomendaciones

## **6. Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones**

### **6.1 CONCLUSIONES**

Luego del análisis y discusión del estudio, a continuación las conclusiones a las que se llegaron:

- La población estudio tuvo una característica de predominio de sexo masculino, con una media de edad de 13.89 años; en su mayoría, es decir, el 46.7% de los adolescentes en estudio se encontraban en 10mo año, o pre-bachillerato.
- En relación al tipo de estructura familiar, se apreció que la población adolescente objeto del estudio, en un 69% forma parte de una familia de tipo nuclear, lo que se comportó como factor protector para mencionada población, se debe tener en cuenta que este parámetro no valoró la funcionalidad familiar.
- En relación a la dependencia del consumo de alcohol que fue valorada por la escala de AUDIT, se obtuvo que existe una prevalencia de consumo de alcohol del 7.08% del total de la población en estudio, de los cuales el 1% pertenecen al grupo de adolescentes con dependencia de alcohol.
- En el grupo de adolescentes estudiados, al cruzar las variables autoestima y alcohol, se evidenció que el 23% de la población presenta autoestima baja, en relación con el consumo de alcohol, se comprobó que existe una amplia relación entre los mismos, indicando que los adolescente que tienen autoestima baja tienen tres veces más riesgo de consumir alcohol.
- En la valoración del grado de frustración, se observa que la mayoría de los estudiantes adolescentes tienen la capacidad de controlar sus impulsos agresivos, y apenas muestran conductas irresponsables en un pequeño porcentaje de adolescentes, pero es importante recalcar que esta escala es

valorada de acuerdo a percentiles y en el 75 apenas se encontró un puntaje de 22, lo que indica que el grupo de estudiantes están en un punto medio respecto de las puntuaciones totales del test.

- La autoeficacia en los estudiantes que valora la capacidad que tienen de realizar y alcanzar los objetivos que se propone, se observó un puntaje de 35 lo que indica que el grupo en general tiene un alto grado de autoeficacia.
- La percepción de los estudiantes hacia la parte disciplinaria en relación al componente del humor es aceptable, estableciendo que manejan la parte disciplinaria de manera adecuada o por lo menos es aceptada para ellos.
- El componente de revelación que está en relación a si los adolescentes comentan sus problemas a sus padres, por propia iniciativa, en nuestra población objeto de estudio, es elevado, aparentemente hay adecuada comunicación o relación favorable con el estilo parental, ante un eventual evento o crisis normativa o no normativa vivida por el adolescente.
- Entre los principales factores de protección para el adolescente contra las conductas de riesgo, aunque este se basa en el estilo parental en el que es formado el adolescente a pesar de ciertas percepciones que indican control ya sea conductual y psicológica no llega a afectar el total estilo parental ya que a pesar de esto nuestros estudiantes cuentan con puntajes altos de comunicación y confianza intrafamiliar.
- En relación con análisis de la unidad educativa, se pudo percibir que en la unidad educativa si existen conductas de riesgo y la percepción de inseguridad del centro educativo, los ítems nos supieron revelar datos de que existe peleas, que llegan a la violencia física entre compañeros dentro y fuera de las aulas, lo que crea sensación de amenaza entre pares. Por lo que aparentemente las campañas anti-bullying deben ser replanteadas para un mejor bienestar estudiantil.

- Sin embargo pese al entorno de agresividad que revela los datos de las encuestas efectuadas, también cabe recalcar que en cuanto al vínculo que mantienen con los profesores crea en ellos sensación de confianza ante el apoyo establecido lo que genera satisfacción de las relaciones con los maestros.
- Valorando el entorno del barrio del adolescente pudimos llegar a concluir que se puede percibir por adolescente que hay una gran inseguridad que les proporciona.
- En cuanto al establecimiento de normas institucionales, impartidas por los profesores al alumnado, los datos revelan puntuaciones altas que indican que perciben con claridad los límites en cuanto a las normas existentes en la institución. Este dato debería ser corroborado por parte de los profesores para ver si en realidad se cumple no solo con entender las normas sino de aplicarlas en la vida colegial.
- Lo que llama la atención dentro de como los estudiantes perciben las oportunidades para su desarrollo socio-personal es alto, pero se ve limitado al tener deficiencias estructurales como biblioteca, sala de informática o talleres de artes que se relacionan con dicha percepción.
- La valoración del barrio tomada en cuenta como un componente de la micro esfera social, se encontraron valores de puntuación bajos, lo que es preocupante, y genera estrés en la población adolescente al no tener una adecuada infraestructura donde se pueda desarrollar.
- En relación al grado de que los adolescentes perciben el grado de preocupación o participación que los adultos tienen con los adolescentes as, dentro de la comunidad o del barrio, la puntuación es alta sin embargo los

Ítems no son uniformes y revelan que necesitan una mayor relación en cuanto a la necesidad de ser escuchados y sensación de mayor necesidad de ser cuidados por parte de los adultos.

- La seguridad por otra parte según los datos indica que el adolescente percibe a su barrio como seguro, sin embargo sus pares no comparten la misma aseveración al revelar ellos que sus amigos tienen miedo de ir a visitarles al barrio.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- A los familiares y profesores de los adolescentes con autoestima baja, se recomienda trabajar en la misma, ya que al momento se encuentran en periodo de formación y fijación de metas y como se pudo evidenciar que aunque es transitorio es un pilar fundamental en su formación y transformación a la adultez.
- Los padres reconsiderar establecer un mejor estilo educativo para sus hijos, encontrando que los adolescentes considera un gran control ya sea conductual y psicológico.
- Verificar los posibles factores que causen inseguridad en el barrio donde viven sus hijos y que estos consideren como agravantes.
- Valorar la funcionalidad familiar de los estudiantes con complicaciones por consumo de alcohol ya que a pesar de no tener gran afectación en el presente estudio, no se logró correlacionar con funcionalidad ya que no era objeto del estudio.
- Valorar desde el punto de vista de docentes y autoridades del centro educativo, la percepción que los estudiantes tienen en cuanto a las relaciones entre pares, para fomentar un espacio social adecuado, creando o fomentando lazos de amistad entre los adolescentes.
- Por el enunciado antes expuesto se sugiere además investigar por parte del personal docente o autoridades del establecimiento, posible actos de bullying entre compañeros, ya que en el presente estudio valorar cierto grado de violencia entre compañeros, aún más cuando tampoco hay evidencia sustentada o datos estadísticos de bullying en zonas rurales.

# CAPÍTULO VII

## Anexos

## **7. Capítulo VII: Anexos**

### **7.1 Anexo 1**

#### **FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PROYECTO “PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y GRADOS DE DEPENDENCIA EN ADOLESCENTES DE 12 – 16 AÑOS ESCOLARIZADOS DEL COLEGIO TECNICO NACIONAL DE ALANGASI DE LA ZONA RURAL DE QUITO Y SU FUNCION EN EL ENTORNO SOCIAL”**

#### **PROPÓSITO:**

Consentimiento informado dirigido a los representantes legales de adolescente de 12 -16 años de edad que asisten al Colegio Nacional Técnico Alangasí, a quienes se les invita a participar en el proyecto de investigación sobre “PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y GRADOS DE DEPENDENCIA EN ADOLESCENTES DE 12 – 16 AÑOS ESCOLARIZADOS DEL COLEGIO TECNICO NACIONAL DE ALANGASI DE LA ZONA RURAL DE QUITO Y SU FUNCION EN EL ENTORNO SOCIAL”

#### **INVESTIGADORES:**

- Md. María Angélica Pérez
- Md. Angelina Orellana Valencia

#### **TUTORES:**

Director de Tesis: Dra. Carmen Cabezas

Directora Metodológica: Dra. Patricia Ortiz.

#### **ORGANIZACIÓN:**

- Colegio Nacional Técnico Alangasí

#### **PATROCINADORES:**

- Universidad Católica del Ecuador

Su representado ha sido seleccionado para invitarle a participar en una investigación para determinar la prevalencia de consumo de alcohol y grado de dependencia en adolescente de 12-16 años escolarizados del colegio técnico nacional de Alangasí de la zona rural de quito y su función en el entorno social, en este estudio incluye encuesta a estudiantes. Esto servirá para identificar la magnitud de un problema tan importante como el alcoholismo en un grupo tan vulnerable como son los adolescentes. La identificación de adolescentes que tengan durante el tiempo de nuestra investigación riesgo de consumo de alcohol sea este solo como factor de riesgo o dependencia, identificando además las principales variables sociales como consecuencia de este consumo; la interacción con el medio en que este grupo etario se desarrolló, planteando como identificar al adolescente con riesgo de consumo de alcohol desde la consulta de atención primaria. Su decisión de participar es

totalmente voluntaria y puede hablar con quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

**CONFIDENCIALIDAD:** la información que su representado brindara y que se recogerá durante la investigación solamente la revisaran los investigadores. Las autoridades de la Facultad y cualquier otro interesado en los hallazgos de este estudio solo tendrán acceso a los resultados procesados. En la base de datos de este estudio el adolescente tendrá un código asignado como participante, y no constara su nombre ni su cedula de ciudadanía, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

**RIESGOS:** el presente estudio no representa ningún riesgo para su salud, entorno familiar o su estatus social o a nivel educativo, puede sentirse nervioso al contestar algunas preguntas, pero tenga la seguridad que la información que nos brinde será manejada con absoluta confidencialidad.

**TIEMPO DE PARTICIPACION:** Se ha calculado que su participación en este estudio durara entre 30-40 minutos. Su participación en este estudio será solo por una vez. Usted puede decidir no seguir participando en cualquier momento de la encuesta, o dejar de contestar todas las preguntas que no desee responder.

**LOS RESULTADOS:** los resultados de la investigación los informaremos a todos los interesados al final del estudio.

**COSTOS, INCENTIVOS Y BENEFICIOS:** su participación en este estudio no tiene ningún costo ni incentivo; el beneficio que usted recibirá por su participación es contribuir a comprobar que el adolescente de zona rural tiene igual riesgo a exposición por alcohol y a plantear recomendaciones para esta población, además de brindar pautas la atención primaria en salud.

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con cualquiera las autoras de esta investigación.

Md. María Angélica Pérez Postgradista Medicina Familiar PUCE QUITO, ECUADOR Cel: 0983079139 <a href="mailto:meganper@hotmail.com">meganper@hotmail.com</a>	Md. Angelina Orellana Postgradista Medicina Familiar PUCE QUITO, ECUADOR Cel: 0958874724 <a href="mailto:angie.orellana1986@hotmail.com">angie.orellana1986@hotmail.com</a>
--	---

## CONFIRMACION DE PARTICIPACIÓN

He sido informado sobre la participación de mi representado en la investigación sobre “Prevalencia de consumo de alcohol y grado de dependencia en adolescente de 12-16 años escolarizados del colegio técnico nacional de Alangasí de la zona rural de Quito y su función en el entorno social”

Estoy informado de que la presente investigación no tiene riesgo para su salud, entorno familiar o su estatus social o a nivel educativo, puede sentirse nervioso al contestar algunas preguntas, pero tenga la seguridad que la información que nos brinde será manejada con absoluta confidencialidad, que se nos informara sobre los resultados del estudio. Además que este estudio contribuirá con que el adolescente de zona rural tiene igual riesgo a exposición por alcohol y a plantear recomendaciones para esta población, además de brindar pautas la atención primaria en salud.

Además conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación. He leído la información proporcionada.

Consiento voluntariamente que mi representado participe en esta investigación y como participante entendemos que tenemos derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Quisiera ser informado de las reuniones sobre los resultados de este estudio.

Firmo, consiente libre y voluntariamente para la participación de mi representado en esta investigación.

Nombre y apellidos del representante legal del participante:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número: Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del adolescente participante:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Datos del investigador:

Nombre y apellidos del adolescente participante:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 7.2 Formulario de recolección de datos

Edad	Años	
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Entorno familiar	Padre y Madre	
	Solo Madre	
	Solo Padre	
	Solo Hermanos	
	Abuelos	
	Otros Familiares	
	Institución	
	Amigos	
	Vive solo	
Dependencia al alcohol AUDIT	Puntuación	
Autoestima	Resultado del test	
Auto eficacia	Resultado del test	
Manejo del estrés y tolerancia a la frustración	Resultado del test	
Estilo Parental	Resultado del test	
Percepción de calidad y funcionamiento del establecimiento escolar	Resultado del test	
Percepción del Barrio	Resultado del test	

### 7.3 Test AUDIT

TEST DE IDENTIFICACION DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL: VERSION DE ENTREVISTA	
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9 -10)</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) De 4 o más veces a la semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) si, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Si, el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

#### 7.4 Test de autoestima de Rosenberg

Ítem	Pregunta	Totalmente de acuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a	1	2	3	4
2	A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada	1	2	3	4
3	Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4
5	Creo tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	1	2	3	4
6	A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7	Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	1	2	3	4
9	Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1	2	3	4

### 7.5 Test de autoestima de Auto Eficacia Generalizada

Ítem	Pregunta	Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se oponga	1	2	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer	1	2	3	4
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

## 7.6 Test de tolerancia y manejo del estrés

Ítem	Pregunta	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	siempre
1	Me resulta difícil controlar mi ira	1	2	3	4	5
2	Algunas cosas me enfadan mucho	1	2	3	4	5
3	Me peleo con gente	1	2	3	4	5
4	Tengo mal genio	1	2	3	4	5
5	Me enfado con facilidad	1	2	3	4	5
6	Cuando me enfado con alguien me enfado durante mucho tiempo	1	2	3	4	5
7	Me resulta difícil esperar mi turno	1	2	3	4	5
8	Cuando me enfado, actúo sin pensar.	1	2	3	4	5

### 7.7 Escala para la evaluación del estilo educativo de padres y madres de adolescentes

Ítem	Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Si tengo algún problema puedo contar con su ayuda	1	2	3	4	5	6
2	Muestran interés por mi cuando estoy triste o enfadado	1	2	3	4	5	6
3	Me siento apoyado y comprendido por ellos	1	2	3	4	5	6
4	Me hacen sentir mejor cuando estoy desanimado	1	2	3	4	5	6
5	Disfrutan hablando cosas conmigo	1	2	3	4	5	6
6	Me animan a que les cuente mis problemas y preocupaciones	1	2	3	4	5	6
7	Cuando hablo con ellos muestran interés y atención	1	2	3	4	5	6
8	Con frecuencia pasan algún tiempo hablando conmigo	1	2	3	4	5	6
9	Ponen límites a la hora a la que debo volver a casa	1	2	3	4	5	6
10	Cuando salgo un sábado por la tarde-noche, debo decirles antes de salir a donde voy y cuando volveré	1	2	3	4	5	6
11	Si llego a casa mas tarde de lo acordado me preguntan por que he llegado tarde y con quien he estado.	1	2	3	4	5	6
12	Me preguntan en qué gasto el dinero	1	2	3	4	5	6
13	Intentan saber que hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5	6
14	Intentan saber a dónde voy cuando salgo	1	2	3	4	5	6
15	Intentan controlar continuamente mi forma de ser y pensar	1	2	3	4	5	6
16	Me tratan de forma fría y distante si hago algo que no les gustan	1	2	3	4	5	6
17	Me hacen sentir culpable cuando no hago lo que quieren	1	2	3	4	5	6
18	Siempre me están diciendo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6

Ítem	Pregunta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19	Me dicen que ellos tienen razón y no debo llevarles la contraria	1	2	3	4	5	6
20	Dejan de hablarme cuando se enfadan conmigo	1	2	3	4	5	6
21	Son menos amables conmigo cuando no hago las cosas a su manera	1	2	3	4	5	6
22	Me castigan y sancionan sin darme explicaciones	1	2	3	4	5	6
23	Cuando quieren que yo haga algo me explican por qué quieren que lo haga	1	2	3	4	5	6
24	Me animan a que tome mis propias decisiones	1	2	3	4	5	6
25	Me animan a que piense de forma independiente	1	2	3	4	5	6
26	Permiten que opine cuando hay que tomar una decisión familiar	1	2	3	4	5	6
27	Me animan a que exprese mis ideas aunque estas ideas no gusten a otras personas	1	2	3	4	5	6
28	Me animan a que diga lo que pienso aunque ellos no estén de acuerdo	1	2	3	4	5	6
29	Me dicen que siempre hay que mirar las dos caras de un asunto o problema	1	2	3	4	5	6
30	Piensan que aunque todavía no sea una persona adulta puedo tener ideas acertadas sobre algunas cosas	1	2	3	4	5	6
31	Casi siempre son unas personas alegres y optimistas	1	2	3	4	5	6
32	Suelen estar de buen humor	1	2	3	4	5	6
33	Suelen bromea conmigo	1	2	3	4	5	6
34	Suelen estar tranquilos y relajados	1	2	3	4	5	6
35	Se ríen mucho conmigo	1	2	3	4	5	6
36	Es divertido hacer cosas con ellos	1	2	3	4	5	6
37	Les cuento cómo me va en las diferentes asignaturas de la escuela incluso cuando me preguntan	1	2	3	4	5	6
38	Cuando llego de la escuela les cuento cómo me ha ido el día (exámenes, relaciones con los profesores, compañeros...)	1	2	3	4	5	6
39	Les cuento lo que hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5	6
40	Les cuento lo que hago cuando salgo por ahí	1	2	3	4	5	6
41	Les hablo sobre los problemas que tengo con mis amigos y amigas	1	2	3	4	5	6

## 7.8 Escala de percepción del clima y funcionamiento del centro por el alumnado

Ítem	Pregunta	Totalmente falsa	Falsa	Algo falsa	Ni falsa ni verdadera	Algo verdadera	Verdadera	Totalmente verdadera
1	Las relaciones entre los alumnos del centro son buenas	1	2	3	4	5	6	7
2	Algunos compañeros de este centro se sienten amenazados por otros	1	2	3	4	5	6	7
3	En ese centro existe buen rollo entre todos	1	2	3	4	5	6	7
4	En este centro hay bastantes problemas y peleas fuera de las aulas (recreo, pasillos, servicios, etc)	1	2	3	4	5	6	7
5	La mayoría de los alumnos de este centro nos llevamos bien	1	2	3	4	5	6	7
6	En este centro hay grupos de alumnos que se dedican a molestar y a meter broncas	1	2	3	4	5	6	7
7	Los profesores están disponibles para atender las dudas individuales de cada alumno	1	2	3	4	5	6	7
8	Me siento muy satisfecho de formar parte de este centro	1	2	3	4	5	6	7
9	Cuando hacemos las cosas bien los profesores nos lo dicen	1	2	3	4	5	6	7
10	En este centro me siento muy a gusto	1	2	3	4	5	6	7
11	Los profesosres reconocen el esfuerzo que realizan los alumnos	1	2	3	4	5	6	7
12	A mi me gusta bastante este centro	1	2	3	4	5	6	7
13	En las clases, los profesores nos ayudan cuando tenemos alguna dificultad	1	2	3	4	5	6	7
14	En este centro nos hacen ver que conocer a personas de otras culturas y países es algo que nos enriquece como personas	1	2	3	4	5	6	7
15	Las normas de comportamiento de este centro son claras y conocidas por todos.	1	2	3	4	5	6	7

Ítem	Pregunta	Totalmente falsa	Falsa	Algo falsa	Ni falsa ni verdadera	Algo verdadera	Verdadera	Totalmente verdadera
16	En este centro se nos ayuda a respetar y comprender las costumbres de otras culturas y países	1	2	3	4	5	6	7
17	Todos los alumnos conocemos lo límites y normas que hay que respetar en este centro	1	2	3	4	5	6	7
18	En este centro nos hacen ver la importancia de la igualdad entre hombres y mujeres	1	2	3	4	5	6	7
19	Los alumnos sabemos cuando algo va en contra de las normas de clase	1	2	3	4	5	6	7
20	En este centro de nos anima a luchar por causas sociales justas	1	2	3	4	5	6	7
21	Podemos practicar muchos deportes en el centro	1	2	3	4	5	6	7
22	Los alumnos participamos en la elaboración de las normas de convivencia escolar	1	2	3	4	5	6	7
23	En el centro hay salas de estudio y espacios para que los alumnos trabajemos en grupo	1	2	3	4	5	6	7
24	En este centro se nos ofrecen bastantes posibilidades de hacer actividades extraescolares (por ej. Deportes, música, teatro, baile, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
25	Cuando hay un conflicto, los alumnos opinamos y participamos en su resolución.	1	2	3	4	5	6	7
26	En este centro disponemos de una buena biblioteca	1	2	3	4	5	6	7
27	En este centro se organizan muchas actividades culturales: teatro, conciertos, exposiciones, etc.	1	2	3	4	5	6	7
28	Los alumnos proponemos algunas celebraciones y actividades del centro y participamos en su organización.	1	2	3	4	5	6	7
29	En el centro tenemos una buena aula de informática	1	2	3	4	5	6	7
30	En nuestro centro se organizan talleres para aprender algunas cosas de las siguientes: fotografía, música, teatro, danza, informática, etc.	1	2	3	4	5	6	7

## 7.9 Escala para la evaluación de la pertenencia y características del Barrio

Ítem	Pregunta	Totalmente falsa	Falsa	Algo falsa	Ni falsa ni verdadera	Algo verdadera	Verdadera	Totalmente verdadera
1	Las personas adultas de mi barrio se preocupan de que los jóvenes estemos bien	1	2	3	4	5	6	7
2	La gente de mi edad puede encontrar en mi barrio personas adultas que le ayuden a resolver algún problema	1	2	3	4	5	6	7
3	Las personas adultas de mi barrio dicen que hay que escuchar a los jóvenes	1	2	3	4	5	6	7
4	Me siento identificado con mi barrio	1	2	3	4	5	6	7
5	La gente adulta de mi barrio valora mucho a los jóvenes	1	2	3	4	5	6	7
6	Las personas adultas de mi barrio nos riñen si estropeamos los árboles y jardines públicos	1	2	3	4	5	6	7
7	Siento que formo parte de mi barrio	1	2	3	4	5	6	7
8	Me siento muy unido a mi barrio	1	2	3	4	5	6	7
9	Vivir en mi barrio me hace sentir que formo parte de una comunidad	1	2	3	4	5	6	7
10	En mi barrio, cuando las personas adultas toman decisiones que nos afectan a los jóvenes escuchan antes nuestra opinión.	1	2	3	4	5	6	7
11	En mi barrio hay gente que vende droga	1	2	3	4	5	6	7
12	En vacaciones, en mi barrio hay muchas actividades para que podamos divertirnos los jóvenes.	1	2	3	4	5	6	7
13	Algunos amigos de fuera tienen miedo de venir a mi barrio	1	2	3	4	5	6	7
14	La gente de mi barrio comete delitos y gamberradas	1	2	3	4	5	6	7
15	Las personas adultas de mi barrio tratarían de impedir que los jóvenes quemaran o rompieran cosas (papeles, contenedores, etc)	1	2	3	4	5	6	7
16	La gente de mi edad nos sentimos apreciados por las personas adultas del barrio	1	2	3	4	5	6	7
17	Si un joven de mi barrio intentara dañar un coche las personas adultas lo evitarían	1	2	3	4	5	6	7
18	En mi barrio si haces cualquier gamberrada seguro que algún adulto te reñirá	1	2	3	4	5	6	7
19	Los jóvenes de mi barrio tenemos lugares donde reunirnos cuando hace mal tiempo	1	2	3	4	5	6	7
20	Los jóvenes de mi barrio podemos hacer tantas cosas después de clase que raramente nos aburrimos	1	2	3	4	5	6	7
21	En mi barrio suele haber peleas entre bandas callejeras	1	2	3	4	5	6	7
22	Hay pocos barrios en los que haya tantas actividades para jóvenes como el mío	1	2	3	4	5	6	7

## Bibliografía

Álvarez Aguirre, A., Castillo, A., Magdalena, M., & Zanetti, A. C. G. (2010).

Alcohol consumption and self esteem in adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(SPE), 634-640. doi:10.1590/S0104-11692010000700021

Armstrong, F. B., Armstrong, F. B., & Bennett, T. P. (1982). *Bioquímica*. Reverte.

Becerra Peña, S. (2006). ¿CÓMO PODEMOS INTERVENIR PARA

FORTALECER EL CLIMA EDUCATIVO EN TIEMPOS DE

INNOVACIÓN? *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 32(2), 47-71.

doi:10.4067/S0718-07052006000200003

Brody, G. H., Conger, R., Gibbons, F. X., Ge, X., McBride Murry, V., Gerrard, M.,

& Simons, R. L. (2001). The Influence of Neighborhood Disadvantage,

Collective Socialization, and Parenting on African American Children's

Affiliation with Deviant Peers. *Child Development*, 72(4), 1231-1246.

doi:10.1111/1467-8624.00344

Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones

Morata.

Cornejo, R., & Redondo, J. M. (2001). El clima escolar percibido por los alumnos de

enseñanza media: Una investigación en algunos liceos de la Región

Metropolitana. *Ultima década*, 9(15), 11-52. doi:10.4067/S0718-

22362001000200002

D'Antonio, I. J., Darwish, A. M., & McLean, M. (1993). Child maltreatment:

international perspectives. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21(2), 39-52.

- Delgado Cruz, A., Naranjo Ferregut, J. A., Camejo Macías, M., & Forcelledo Llano, C. R. (2002). Análisis de la estructura, el ciclo vital y las crisis de las familias de una comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 254-256.
- Devlin, T. M. (2004). *Bioquímica: libro de texto con aplicaciones clínicas*. Reverte.
- Diez, J. P., & Peirats, E. B. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Plan Nacional sobre drogas.
- Dirección Nacional de Normatización MSP. (2005). *MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES*.
- Dulin-Keita, A., Kaur Thind, H., Affuso, O., & Baskin, M. L. (2013). The associations of perceived neighborhood disorder and physical activity with obesity among African American adolescents. *BMC Public Health*, 13, 440. doi:10.1186/1471-2458-13-440
- Fernández López, M. <sup>a</sup>. T., García Bargo, M. <sup>a</sup>. D., Rivero Luis, M. <sup>a</sup>. T., Álvarez Vázquez, P., Sáenz Fernández, C. A., & Mato Mato, J. A. (2012). Cetoacidosis alcohólica y complicaciones neurológicas reversibles de la hipofosfatemia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(3), 936-939. doi:10.3305/nh.2012.27.3.5692
- Francis, J. M., Grosskurth, H., Changalucha, J., Kapiga, S. H., & Weiss, H. A. (2014). Systematic review and meta-analysis: prevalence of alcohol use among young people in eastern Africa. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 19(4), 476-488. doi:10.1111/tmi.12267

- Ghiso, A. M. (2012). Some limitations of answers related to violence and insecurity in educational institutions. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), 815-824.
- Gobierno Nacional. Código de la Niñez y adolescencia (2003).
- González, M., Tatiana, I., Escudero Ramírez, V., & Martínez, J. W. (2012). Self-esteem Level in Scholarized Adolescents of the Rural Area of Pereira, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 485-495.
- Guibert Reyes, W., Gutiérrez Díaz, I., & Martínez Gómez, C. (2005). Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes en las etapas de la adolescencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 0-0.
- Guzman, M., & Loreto, M. (2007). Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psyche (Santiago)*, 16(1), 3-14. doi:10.4067/S0718-22282007000100001
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. D. Appleton and Company.
- Inés Hidalgo Vicario. (2007). Atención Integral del Adolescente. Revisión Crítica. *Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*.
- Instituto Deusto de Drogodependencias. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Recuperado a partir de [http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s15-4812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)

*Introducción a la medicina familiar.* (s. f.). UASLP.

J. L. Iglesias Diz. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales | *Pediatría integral*. Recuperado a partir de

<http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

Jackson, N., Denny, S., & Ameratunga, S. (2014). Social and socio-demographic neighborhood effects on adolescent alcohol use: A systematic review of multi-level studies. *Social Science & Medicine* (1982), 115C, 10-20.

doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.004

Jiménez Vargas, F. (2012). Violencia Escolar en Contextos Educativos

Multiculturales: Una Aproximación Desde los Modelos de Gestión de la Diversidad Cultural. *Psicoperspectivas*, 11(2), 8-30.

doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-205

Kempe, C. H. (1982). Cross-cultural perspectives in child abuse. *Pediatrics*, 69(4), 497-498.

Korbin, J. E. (1991). Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 15 Suppl 1, 67-77.

Mena, M., & Muñoz Mejía, S. (2010). Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes. Recuperado a partir de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2301>

Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P., Nácher, M. J., & Cortés, M. T. (2007).

ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225.

- Molnar, B. E., Gortmaker, S. L., Bull, F. C., & Buka, S. L. (2004). Unsafe to play? Neighborhood disorder and lack of safety predict reduced physical activity among urban children and adolescents. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 18(5), 378-386.
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Ventura, C. A. A. (2011). Risk and protection factors related to the consumption of psychoactive substances in undergraduate nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(SPE), 673-683. doi:10.1590/S0104-11692011000700003
- Mundó, M. (2003). Discontinuidad de la institución escolar y exclusión temprana: temas para una agenda de inclusión. *Cuadernos del Cendes*, 20(52), 109-150.
- Musayón Oblitas, Y., Torres Deza, C., Sánchez Díaz, E., & Chavéz Cachay, E. (2005). Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Invest. educ. enferm*, 23(1), 54-67.
- Obiols, S. D. S. de, Obiols, G., & Obiols, S. D. S. (2006). *Adolescencia, posmodernidad y escuela*. Noveduc Libros.
- Oliva, A. (2011). Desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: un estudio en centros docentes andaluces. Junta de Andalucía, Secretaría General de Salud Pública y Participación.
- OMS / *Salud de los adolescentes*. (s. f.). WHO. Recuperado 15 de agosto de 2014, a partir de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- Pabayó, R., Molnar, B. E., & Kawachi, I. (2014). The Role of Neighborhood Income Inequality in Adolescent Aggression and Violence. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.04.012

- Páramo, M. de los Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. doi:10.4067/S0718-48082011000100009
- Pereira, N. B. R., Duvicq, C. G. F., & Carvalho, A. M. P. (2005). The influence of psychoactive substance consumption in the family context on students' self-esteem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(SPE), 798-805. doi:10.1590/S0104-11692005000700006
- Pérez Cárdenas, C., Rodríguez Quintana, T., & Aguiar Pastor, C. de J. (2000). Etapa familiar que se inicia con el nacimiento del primer hijo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(1), 89-92.
- Pletcher, M. J., Maselli, J., & Gonzales, R. (2004). Uncomplicated alcohol intoxication in the emergency department: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *The American Journal of Medicine*, 117(11), 863-867. doi:10.1016/j.amjmed.2004.07.042
- Reguera, P. F. de la, Antonio, J., & Torres Martín, C. (2006). The plans of improvement: a key for the quality of educational institutions. *Educación y Educadores*, 9(2), 171-185.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., ... Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Roldán, J., Frauca, C., & Dueñas, A. (2003). Intoxicación por alcoholes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26, 129-139. doi:10.4321/S1137-66272003000200007

- S, P., & E, L. (2009). State school children's opinions regarding violence in the media. *Revista de Salud Pública, 11*(3), 414-424.
- Sanz Rodríguez, L. J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, M. T., Rodríguez Campos, C., Izquierdo Núñez, A. M., & Sánchez del Hoyo, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*(2), 501-521. doi:10.4321/S0211-57352009000200015
- Schmidt, V. (2007). Predictores de abuso de alcohol en adolescentes: Mitos versus evidencia empírica. *Anuario de investigaciones, 14*, 00-00.
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar. (2008). Guía de Atención al Adolescente. Recuperado a partir de <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/4%20Guia%20de%20atencion%20al%20adolescente%20Andalucia.pdf>
- Sullivan, J. B., Hauptman, M., & Bronstein, A. C. (1987). Lack of observable intoxication in humans with high plasma alcohol concentrations. *Journal of Forensic Sciences, 32*(6), 1660-1665.
- Thun, M. J., Peto, R., Lopez, A. D., Monaco, J. H., Henley, S. J., Heath, C. W., & Doll, R. (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *The New England Journal of Medicine, 337*(24), 1705-1714. doi:10.1056/NEJM199712113372401
- Trujillo, Á. M., & Flórez, I. A. (2013). Alcohol Consumption in Adolescents from Chía and Their Perception of Parental Consumption and Permissiveness with respect to Substance Use. *Revista Colombiana de Psicología, 22*(1), 41-57.

- Turabián, J. L. (1995). *Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria: Una Introducción a Los Principios de Medicina de Familia*. Ediciones Díaz de Santos.
- Ucros. (2009). *Guías de pediatría práctica basadas evidencia/ Practice Pediatrics Guides based in evidence*. Ed. Médica Panamericana.
- Vernieri, M. J. (2006). *Adolescencia y autoestima*. Editorial Bonum.
- Villalobos Monroy, G. (2007). violencia en la escuela: claroscuro de una realidad. *Educere*, 11(36), 41-45.
- Voet, D., & Voet, J. G. (2006). *Bioquímica*. Ed. Médica Panamericana.
- Vonghia, L., Leggio, L., Ferrulli, A., Bertini, M., Gasbarrini, G., Addolorato, G., & Alcoholism Treatment Study Group. (2008). Acute alcohol intoxication. *European Journal of Internal Medicine*, 19(8), 561-567.  
doi:10.1016/j.ejim.2007.06.033
- Wilson, D. K., Lawman, H. G., Segal, M., & Chappell, S. (2011). Neighborhood and parental supports for physical activity in minority adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), 399-406.  
doi:10.1016/j.amepre.2011.06.037
- World Health Organization. (2011). Youth and health risks.
- Yaldizli, O., Kuhl, H. C., Graf, M., Wiesbeck, G. A., & Wurst, F. M. (2010). Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: a subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 64-74.  
doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00089.x

Zhang, Y., Guo, X., Saitz, R., Levy, D., Sartini, E., Niu, J., & Ellison, R. C. (2008).

Secular trends in alcohol consumption over 50 years: the Framingham Study.

*The American Journal of Medicine*, 121(8), 695-701.

doi:10.1016/j.amjmed.2008.03.013