

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES**  
**Y HUMANIDADES**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**AUTOCONCEPTO Y PATRONES DE CONSUMO**  
**DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

Tesis presentada por el Bachiller:

**VÍCTOR HUGO FIGUEROA GUTIERREZ**

Para obtener el Título Profesional de:

**PSICÓLOGO**

Asesor: Dr. Roger Puma Huacac

**AREQUIPA-PERÚ**

**2017**

## ÍNDICE

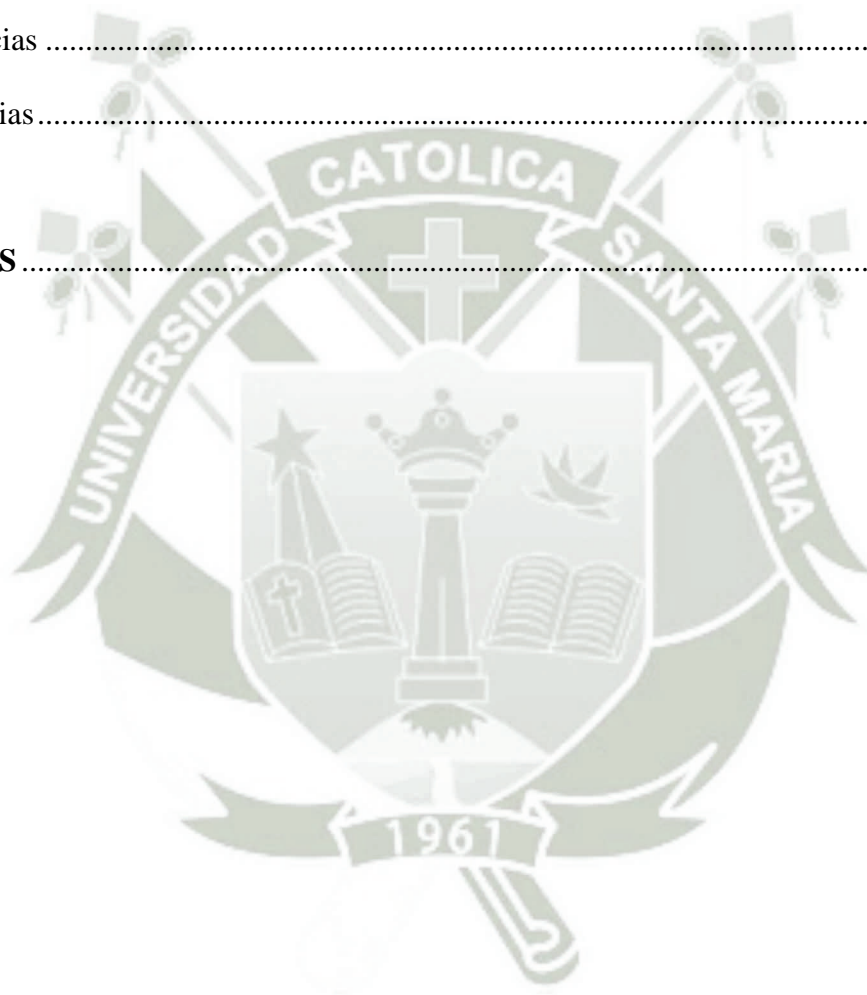
Resumen.....	8
Abstract .....	9
Introducción .....	10
 CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	13
Problema .....	13
Variables .....	13
Interrogantes secundarias .....	14
Objetivos .....	15
Objetivo general .....	15
Objetivos específicos .....	15
Antecedentes Teóricos - Investigativos .....	16
Autoconcepto.....	16
Antecedentes investigativos previos al modelo multidimensional de Autoconcepto de Shavelson et al. ....	16
El modelo Multidimensional y jerárquico de Shavelson et al. ....	21
Características del Autoconcepto .....	22
Organizado .....	22
Multifacético.....	22
Jerárquico .....	23
Estable .....	23
De desarrollo .....	23

Evaluativo .....	24
Diferenciable .....	24
Dimensiones del autoconcepto .....	25
Autoconcepto físico.....	25
Autoconcepto social. ....	25
Autoconcepto académico / laboral. ....	26
Autoconcepto familiar. ....	26
Autoconcepto emocional.....	27
Desarrollo del autoconcepto en la adolescencia.....	27
Etapas en la formación del autoconcepto .....	29
Autoconcepto y género .....	30
Distinción entre autoconcepto y autoestima.....	31
Alcohol .....	33
Consumo de Alcohol .....	34
Patrones de Consumo de Alcohol.....	35
Otras definiciones sobre consume de alcohol .....	36
Términos mal definidos que se recomienda no utilizar .....	37
Consumo de sustancias psicoactivas en el Perú .....	38
El Binge Drinking en el Perú.....	41
Demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.....	41
Consumo de Alcohol en Población Universitaria.....	43

Autoconcepto y Sustancias psicoactivas .....	47
Hipótesis.....	50
<b>CAPÍTULO II: Diseño Metodológico .....</b>	<b>52</b>
Tipo de investigación .....	52
Técnicas e instrumentos .....	52
Test de Autoconcepto Forma-5 (AF- 5, Cuarta edición) de García y Musitu (2014) ..	52
Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).....	54
Población y Muestra.....	56
Tabla1. Muestra .....	57
Criterios de Inclusión.....	57
Criterios de Exclusión .....	58
Estrategia de Recolección de Datos .....	58
Criterios de Procesamiento de Información.....	58
<b>CAPÍTULO III: Resultados.....</b>	<b>60</b>
Tabla 2. Prueba de Kolmogrov-Smirnov de Bondad de ajuste .....	60
Tabla 3. Dimensiones del autoconcepto por género.....	61
Tabla 4. Patrones de Consumo de alcohol.....	62
Tabla 5. Patrones de Consumo por género .....	63
Tabla 6. Prevalencia de Consumo de alcohol por género.....	64
Tabla 8. Relación entre el Autoconcepto académico y los Patrones de consumo.....	65



Tabla 9. Relación entre el Autoconcepto social y los Patrones de consumo.....	66
Tabla 10. Relación entre el Autoconcepto emocional y los Patrones de consumo .....	67
Tabla 11. Relación entre el Autoconcepto familiar y los Patrones de consumo .....	68
Tabla 12. Relación entre el Autoconcepto físico y los Patrones de consumo .....	69
Discusión.....	70
Conclusiones .....	74
Sugerencias .....	75
Referencias.....	77
<b>ANEXOS</b> .....	84





*Dedicado a mis padres  
Ana María Y Víctor Hugo*

### **Agradecimiento**

Gracias a Dios que nos protege siempre y gracias a todas las personas que de una u otra manera colaboraron en esta pequeña pero muy importante empresa.



## Resumen

En el presente estudio de tipo relacional y transversal, se investigó la relación entre el Autoconcepto y los Patrones de consumo de alcohol en estudiantes de Ciencias Sociales de una universidad de Arequipa, con una muestra de 329 estudiantes, cuyas edades oscilaron entre los 17 y 19 años, de los cuales 169 fueron hombres y 160 mujeres, con matrícula regular en el primer año de estudios. Los instrumentos utilizados fueron el Test AF-5 de Autoconcepto de García y Musitu (2014) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) (OMS, 2001). Los resultados indican que existen correlaciones significativas de nivel bajo y medio, entre el Autoconcepto, en sus dimensiones Social, Familiar y Física y los Patrones de consumo de alcohol. Se evidenció además una diferencia significativa entre las dimensiones del Autoconcepto Académico y Emocional con el género de los estudiantes. En cuanto a las frecuencias en los Patrones de Consumo de alcohol, se ha encontrado que más de la tercera parte de los evaluados presentan un Consumo de bajo riesgo, seguido por un Consumo de riesgo que representa la cuarta parte de éstos. Se ha encontrado también diferencias significativas entre los Patrones de alcohol y el género, presentando los hombres un mayor Consumo de riesgo. Por último, no se han encontrado diferencias significativas entre la Prevalencia de vida, año y mes respecto del género, sin embargo, los hombres presentan porcentajes más altos en todos los casos. Los datos recogidos se procesaron mediante el programa estadístico SPSS Statistics versión 22.

**Palabras clave:** Autoconcepto, Patrones de consumo de alcohol, Consumo de riesgo, adolescencia, estudiantes universitarios.



## Abstract

In the present relational and transversal study, it was investigated the relationship between the Self-concept and the Alcohol consumption patterns in Social Sciences students of an Arequipa university, with a sample of 329 students, whose ages ranged between 17 and 19 Years, of which 169 were men and 160 women, with regular enrollment in the first year of studies. The instruments used were the García and Musitu AF-5 Self-concept Test (2014) and the The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (OMS, 2001). The results indicate that there are low and medium levels of significant correlations between the Self-concept, in its Social, Family and Physical dimensions and the Alcohol consumption patterns. It is also evident a significant difference between the Academic and Emotional Self-concept dimensions with the students gender. As for the frequencies in Alcohol consumption patterns, the third part of the evaluations results, shows a Low risk consumption, followed by a Risk consumption that represents a quarter of these. It has also been found significant differences between the Alcohol patterns and gender, with men presenting greater Risk consumption. Finally, there were no significant differences between the life, year and month Prevalence with respect to gender, however, men presented higher percentages in all cases. The data collected were processed using the statistical program SPSS Statistics version 22.

**Key words:** Self-concept, Alcohol consumption patterns, Risk consumption, adolescence, college students.

## Introducción

La etapa de la adolescencia representa una etapa crítica del desarrollo humano, ya que es crucial para el desarrollo de una personalidad aún en proceso de configuración, es así que los adolescentes se tornan fácilmente influenciables a múltiples factores de riesgo para su seguridad y salud.

Uno de los elementos de dicho engranaje es el autoconcepto, ya que se considera fundamental en el desarrollo de un individuo. Tal y como lo destacan las principales teorías psicológicas un autoconcepto positivo se correlaciona positivamente con un buen funcionamiento personal, social y profesional dependiendo de éste, en buena medida, la satisfacción personal y el sentirse bien consigo mismo (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008).

De otra parte y tal como lo plantean diversos modelos, dentro de la etiología del consumo de alcohol y otras drogas, es innegable la importancia de factores tales como la autoestima, el autoconcepto, las habilidades sociales y el entorno familiar en cada una de las etapas de desarrollo del individuo, de esta forma si los repertorios básicos de conducta en el adolescente son pobres y la incidencia de los factores de riesgo es alta, se facilitará la iniciación y escalada del consumo, con un impacto mayor en aquellos psicológicamente vulnerables (Espada, Botvin, Griffin y Méndez, 2003).

La ingesta de alcohol en el Perú por su parte, reporta cifras preocupantes respecto de su consumo, ello ha quedado evidenciado a través de diversos estudios realizados por organismos nacionales e internacionales. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo de alcohol en Perú en personas mayores de 15 años, esto es, en personas que consumieron alcohol por lo menos una vez durante el 2014, mostró porcentajes de 67.7% en hombres y de 66.9% en mujeres, asimismo, respecto al Consumo de riesgo o perjudicial de alcohol en estudiantes universitarios, se ha reportado un 25,1% en nuestro país o lo que es lo mismo,

entre los estudiantes de Perú que han declarado consumo de alcohol, uno de cada cuatro pueden considerarse como bebedores en riesgo o perjudicial de alcohol (Comunidad Andina de Naciones, 2012; Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas-DEVIDA, 2015).

El desentendimiento respecto de tales mediciones por parte de la comunidad en general, implicaría desatender el riesgo de un consumo problemático con alta frecuencia y características disfuncionales, lo cual tendría como consecuencia situaciones indeseables en el adolescente y en su entorno más cercano, deteriorándose su salud y sus vínculos interpersonales, desencadenando todo ello en una posible situación de aislamiento y marginalidad (DEVIDA, 2012).

Está comprobado además que los adolescentes y jóvenes consumidores de drogas sociales como el alcohol o el tabaco se tornan vulnerables al consumo de sustancias ilegales y de mayor peligrosidad, tales como la marihuana, la cocaína, entre otras (CEDRO - Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas, 2013).

De esta forma el presente estudio es importante, ya que no existen estudios suficientes en nuestro contexto respecto de la relación entre ambas variables, a pesar de ser el Autoconcepto una variable incluida de manera explícita o no, en los diversos programas de prevención, promoción y tratamiento del consumo de alcohol. Además la gran mayoría de estudios realizados sobre Autoconcepto en relación a diferentes variables se encuentran dirigidos a población predominantemente escolar.





# CAPÍTULO I



## Marco teórico

### Problema

¿Existe relación entre el Autoconcepto y los Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de primer año?

### Variables

#### Variable 1. Autoconcepto

Es la configuración organizada de percepciones que la persona tiene sobre sí misma como ser físico, social y espiritual, admisible a la conciencia y al conocimiento (García y Musitu, 2014). La multidimensionalidad del Autoconcepto incluye el Autoconcepto Social, el Familiar, el Físico, el Emocional y el Académico/laboral.

Se evaluará esta variable con el Test AF-5 de Autoconcepto de García y Musitu y se relacionará las diferentes dimensiones de autoconcepto con otras variables de acuerdo a los objetivos a cumplir.

#### Variable 2. Patrones de consumo de alcohol

Un Patrón de Consumo de alcohol implica la cantidad y frecuencia con las que una persona ingiere bebidas alcohólicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la existencia de tres Patrones principales de consumo: Consumo de riesgo, Consumo perjudicial y Dependencia probable, todos ellos de gran importancia para la salud pública, más allá de que un individuo haya o no experimentado algún trastorno (Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001).

Se evaluará esta variable con el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol - AUDIT (Babor et al., 2001), que determinará si los estudiantes presentan o no un Consumo de alcohol de riesgo o perjudicial para su salud.

### **Variables intervinientes**

**Género.** Que es entendido como el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, valores y normas elaborados por las diversas sociedades a partir de las diferencias anátomo-fisiológicas, dando sentido a la relación entre las personas, relaciones sociales en tanto personas sexuadas (Consuegra, 2010).

### **Interrogantes secundarias**

¿Existe relación significativa entre el Autoconcepto y el género en estudiantes universitarios de primer año?

¿Cuál es la frecuencia de los Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de primer año?

¿Existe una relación significativa entre los Patrones de consumo de alcohol y el género en estudiantes de primer año de la Universidad Nacional de San Agustín?

¿Existe una relación significativa entre las Prevalencias de vida, año, y mes de consumo de alcohol y el género en estudiantes universitarios de primer año?

## Objetivos

### Objetivo general

Determinar la relación existente entre el Autoconcepto y los Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de primer año.

### Objetivos específicos

Determinar si existe una relación significativa entre el Autoconcepto y el género en estudiantes universitarios de primer año.

Describir la frecuencia de los patrones de Consumo de alcohol en estudiantes universitarios de primer año.

Determinar si existe una relación significativa entre los Patrones de consumo de alcohol y el género en estudiantes universitarios de primer año.

Determinar si existe una relación significativa entre las Prevalencias de vida, año y mes de consumo de alcohol y el género, en estudiantes universitarios de primer año, con el fin de identificar el consumo reciente de alcohol, dadas las limitaciones del AUDIT para conseguir tal información.



## **Antecedentes teóricos - investigativos**

### **Autoconcepto**

En el estudio del Autoconcepto podemos diferenciar claramente dos momentos, el primero de ellos antes de 1980 con una vasta investigación, en la que el autoconcepto sufrió de constantes modificaciones sin proporcionar los investigadores una definición teórica clara de qué se estaba midiendo, es decir, un estudio carente de bases teóricas y metodológicas adecuadas, así como de una pobre calidad en los instrumentos usados para medirlo, situación que condujo a resultados inconsistentes. A partir de tal experiencia se optó por centrar los esfuerzos investigativos hacia el estudio del autoconcepto relacionado a otros constructos, situación que acarreó también otras dificultades, ya que tampoco fue posible diseñar instrumentos adecuados para tal fin (Marsh, Craven y McInerney, 2008).

Un segundo momento aparece a partir de la publicación del modelo multidimensional y jerárquico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), trabajo que incluyó revisiones de investigaciones previas relacionadas así como de diversos instrumentos, propuesta que dio paso a investigaciones que fueron de la mano con un desarrollo metodológico y estadístico pertinente, así como el desarrollo de instrumentos con mayor capacidad predictiva.

### **Antecedentes investigativos previos al modelo multidimensional de autoconcepto de Shavelson et al.**

Rodríguez (2008), realizó una revisión histórica y encontró que el primer psicólogo en desarrollar la teoría del autoconcepto y en establecer un esbozo de lo que hoy entendemos como constructo jerárquico y multidimensional fue William James, es así que en su obra Principios de Psicología de finales del siglo XIX establece una clara distinción entre dos aspectos fundamentales del yo: el yo como sujeto y el yo como objeto,



entendiendo al primero de éstos como el responsable de la construcción del segundo, además, el Yo objeto conformaría lo que conocemos hoy por autoconcepto, ya que recogería la totalidad de conocimientos sobre nosotros mismos. Dicho Yo objeto se dividiría en cuatro componentes: a) un yo-material, b) un yo-social; c) un yo-espiritual y d) un yo-puro. James además de describir las distintas dimensiones del autoconcepto, las organiza en una estructura jerárquica donde el ápice de la estructura estaría ocupado por el yo-espiritual, debajo de éste se encontraría el yo-social, y en la parte más inferior se situaría el yo-material.

James (1890), se refiere al Autoconcepto refiriéndose a él en el sentido más amplio posible:

“El Yo de un hombre es la suma total de todo lo que él puede llamar suyo, no solamente su cuerpo y su poder psíquico, sino también sus ropas y su casa, su esposa y sus hijos, sus ancestros y sus amigos, su reputación y su trabajo, sus tierras y sus caballos, su yate y su cuenta de banco” (p. 292).

Para James (1890), sentiremos y actuaremos en diferentes circunstancias de acuerdo a cómo nos sintamos y actuemos sobre nosotros mismos, de esta forma daremos valores similares a nuestra fama, a nuestro trabajo, a nuestra corporeidad y reaccionaremos con represalia y si estas cualidades son atacadas. Dichas cualidades son a veces tratadas como una parte de nosotros y otras veces como si no tuvieran que ver con nada, de esta forma y generalmente, si tales objetos nos proporcionan emociones relacionadas a la prosperidad y el brillo nos sentiremos triunfadores, caso contrario, nos sentiremos derribados no necesariamente con la misma intensidad para cada cosa, pero sí en la misma forma.

James (1890) divide el Yo en varias partes, división en la que ya se vislumbra la multidimensionalidad del constructo:

***El yo material.*** Que incluye en primer lugar la parte más íntima de la persona, es decir el cuerpo, seguido por las vestimentas y después por nuestra familia, todos estos elementos nos despiertan emociones, expresadas por ejemplo cuando algún familiar fallece y se lleva con ellos una parte de nuestro propio ser. Cuando tales personas hacen algo mal eso se convierte en nuestra vergüenza y si ellos son insultados nos sentimos ofendidos mostrando nuestra cólera. De manera similar nuestras pertenencias como pueden ser una casa propia o cualquier bien ganado honradamente producto de nuestro esfuerzo, son importantes, ya que nos permiten vivir con dignidad y mejorar como personas.

***El yo social.*** Relacionado con el reconocimiento que cada individuo obtiene de sus compañeros, ya que todos ellos tienen una predisposición innata por ser notado de una manera favorable como parte de su naturaleza gregaria, por ejemplo, vendría a constituir un castigo el hecho de pasar absolutamente desapercibidos para los miembros que nos rodean, el que nadie nos respondiese cuando preguntásemos algo o si nadie se preocupara de lo que hacemos. En sí, un hombre posee tantos seres sociales como individuos que lo reconocen y llevan una imagen de él en su mente, por tanto, herir cualquiera de estas imágenes es herirlo. Por otro lado, las personas muestran generalmente un lado diferente de sí mismas en cada uno de los grupos en los que desenvuelven, por ejemplo, un joven puede ser recatado frente a sus padres o profesores pero puede ser el “malo” frente a sus pares, de la misma forma, un padre puede mostrarse cordial y amable con sus hijos mientras que es severo con los soldados o prisioneros bajo su mando.

***El yo espiritual.*** El yo espiritual tomado de forma abstracta o concreta es el resultado de abandonar el punto de vista exterior y pensar en la subjetividad como tal, implica la capacidad de pensarnos a nosotros mismos como pensadores, significa prestar atención al pensamiento como tal. Este Yo tiene que ver con una auto-búsqueda de aspiraciones religiosas, además de un sentido de superioridad mental o moral y de inferioridad o culpa.

Autores como Freud (1923), han desarrollado una teoría muy extensa sobre el autoconcepto y la formación de éste. Como es sabido, la teoría freudiana se centra en el Ello, el Yo y el Superyó, procesos que integran la personalidad del individuo, entre los tres procesos, el Yo tiene una gran importancia, ya que funge, además de mediar entre el ello y el superyó, de ser una estructura englobante e integradora de toda la personalidad. Dichos procesos conforman un aparato psíquico y el autoconcepto es el contenido de dicho aparato a través de representaciones simbolizadas, además, dicho autoconcepto tiene una influencia innegable en la conducta personal en la medida en que se mantenga la coherencia entre las diversas percepciones.

La aparición del conductismo y su uso del método científico, partidario de la observación y la medición para el análisis de la conducta, frenó el estudio del autoconcepto, negando los procesos internos tales como pensamientos, deseos, expectativas o el Yo, procesos que requerían de un análisis realizado a través de técnicas no aceptadas tales como la introspección, por ser acientíficas y subjetivas y que además, no podían ser usadas para medir la conducta, para esta corriente, tales procedimientos se oponían al avance de la psicología como ciencia empírica (Rodríguez, 2008).

Posteriormente, la psicología fenomenológica se encarga de llenar un vacío dejado por el conductismo y el psicoanálisis en lo referente al estudio de la personalidad, esta



psicología explica las vivencias de la persona tomando en cuenta sus experiencias concretas relacionadas con el mundo, es decir, se centra en el estudio de la conducta humana desde un marco interno a la persona, así, actúo de acuerdo a cómo interpreto subjetivamente la realidad y sus situaciones y construyo mi autopercepción de acuerdo a cómo me veo a mí mismo, interesándome por las percepciones que tengo sobre la realidad más que por la realidad en sí misma, de esta manera mi autoconcepto se forma y mantiene desde las percepciones que vienen del mundo exterior, adicionalmente, trato solamente de percibir elementos que estén en armonía con dicho concepto, esto para evitar entrar en conflictos (Rodríguez, 2008).

La corriente humanista por su parte, propone que la mejora del autoconcepto se lograría con un equilibrio entre la autopercepción y la experiencia, lo que implicaría una madurez emocional sin necesitar de mecanismos de defensa. Como puede observarse dicha corriente recibe la influencia de la concepción fenomenológica y toma al Yo como el concepto central de la personalidad.

Posteriormente, la teoría del aprendizaje social de Bandura defiende los procesos internos de la persona pero asumidos de manera implícita, sin dejar de considerar la conducta observable como parte primordial de su estudio, de esta forma se incluyen dos componentes del autorrefuerzo, como son la autorecompensa y el autocastigo, como nuevas variables para el estudio del autoconcepto, que ahora dependerá de la frecuencia del autorrefuerzo (Rodríguez, 2008).

La psicología social más adelante pone su énfasis en la importancia de las experiencias familiares para el niño, experiencias que provocan diversas respuestas, por ejemplo, en la autoestima del niño han de considerarse las siguientes condiciones: a) la aceptación de los padres hacia el niño de manera total o parcial, b) los límites educativos



establecidos por los padres y cómo dichos límites se respetan, c) cómo se deja accionar al niño entro de los límites, lo cual implica un respeto hacia el niño y d) cuánto se le deja accionar al niño dentro de estos límites. De esta forma la autoestima del niño es su experiencia subjetiva producto de su comunicación con los otros y a la vez un juicio personal de cuánto vale (Rodríguez, 2008).

La corriente del cognitivismo por su parte da gran preponderancia a las estructuras cognitivas que cada individuo posee y que lo diferencian del resto de personas, dichas estructuras viene a ser ordenadores de información personal y el autoconcepto es a su vez un sistema de esquemas cognitivos que permiten al sujeto modificar, organizar e integrar sus funciones. Es por ello que a través de los años el autoconcepto con su estructura cognitiva se modifica cuantitativa y cualitativamente, asimilando diversas situaciones para las que se dispone de esquemas previos, ignorando otras circunstancias (Rodríguez, 2008).

### **El modelo multidimensional y jerárquico de Shavelson et al.**

Como ya señalaba James (1890), el autoconcepto mostraba una naturaleza compuesta por varias dimensiones, posteriormente entre 1960 y 1980 los investigadores buscaron soporte para tales afirmaciones, pero su respaldo siguió siendo débil. A pesar del énfasis en dicha multidimensionalidad, antes de 1980 la importancia del autoconcepto se enfocaba más en su globalidad. Por el contrario, para Shavelson et al. (1976) la multidimensionalidad del autoconcepto constituye una función básica más que una secundaria, lo que posteriormente sirvió de base teórica para el desarrollo de instrumentos autodescriptivos (Marsh et al., 2008).

A pesar de ser heurística (es decir, con capacidad para realizar de forma inmediata innovaciones positivas para sus fines) y plausible, la estructura multidimensional propuesta por Shavelson et. al., no fue posible de validar empíricamente y se encontró

solamente un modesto apoyo para la separación del autoconcepto en las dimensiones social, física y académica, además tales facetas no fueron identificadas con claridad en los instrumentos que se revisaron (Marsh et al., 2008). De otro lado, algunos investigadores señalaban que las dimensiones del autoconcepto se encontraban bajo el fuerte dominio de un factor general, por lo que no podían ser claramente diferenciadas (Coopersmith, Marx y Winne, como se citó en Marsh et al. 2008).

A pesar de tales hallazgos y desventajas encontradas, el modelo de Shavelson et al. (1976), significó un punto de partida con la suficiente coherencia y potencia estadística y metodológica, a partir de la cual se siguieron desarrollando investigaciones respecto al constructo, así como instrumentos cada vez más elaborados y precisos.

Es así que para este autor, el autoconcepto puede ser definido de manera general como el conjunto de percepciones que una persona tiene sobre sí misma, producto de la interacción con su medio, estas percepciones se ven influenciadas principalmente por reforzadores medioambientales y personas significativas. Es de esta forma que el autoconcepto se torna en un predictor útil de la conducta, ya que las percepciones que tiene una persona sobre sí misma influyen en su manera de actuar y viceversa.

### **Características del autoconcepto**

Basándonos en el modelo de Shavelson et al. (1976), se pueden considerar siete características fundamentales en la definición del autoconcepto:

#### ***Organizado***

El autoconcepto es organizado o estructurado, ya que las percepciones que la persona tiene sobre sí misma se categorizan o simplifican, recodificándose, esto debido a

la gran complejidad de experiencias experimentadas a diario; lo anterior permitirá a la persona organizar las vivencias y dotarlas de un significado. (Bruner, como se citó en Shavelson et al., 1976). Por otro lado, las personas adoptan sistemas de categoría que son hasta cierto punto reflejo de su propia cultura, por ejemplo las experiencias de un niño pueden girar alrededor de los grupos más significativos para él, como la familia, sus amigos o la escuela.

### ***Multifacético***

El autoconcepto está constituido por facetas o dimensiones que reflejan el sistema de categorías que adopta un individuo en particular o que comparte un grupo de personas. Estos sistemas de categoría incluyen por ejemplo áreas como la escuela, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades personales.

### ***Jerárquico***

Las dimensiones o facetas del autoconcepto formarían una estructura jerárquica cuya base estaría conformada por las experiencias propias de la persona en situaciones particulares, y cuyo ápice sería un autoconcepto general, producto de un conjunto de percepciones parciales del propio yo.

### ***Estable***

El autoconcepto general, situado en el ápice de la jerarquía multidimensional, es estable, sin embargo, a medida que descendemos, el autoconcepto se torna dependiente de situaciones más específicas por lo que pierde estabilidad. Los cambios en el autoconcepto producidos en niveles más bajos serían atenuados por conceptualizaciones a niveles más altos, lo que haría al autoconcepto resistente al cambio. Por tanto, para cambiar el autoconcepto, se requieren muchas instancias de situaciones específicas inconsistentes con el autoconcepto general. Por ejemplo, en una investigación desarrollada por Ludwig y



Maehr (como se citó en Shavelson et al., 1976), se encontró que el éxito y el fracaso en una tarea atlética modificó el autoconcepto de los sujetos de una habilidad física específica, sin cambiar sus autoconceptos generales.

### ***De desarrollo***

A medida que la persona atraviesa su proceso evolutivo natural adquiere nuevas experiencias y su autoconcepto se torna cada vez más diferenciado. Los niños pequeños por ejemplo tienen un autoconcepto indiferenciado y global respecto de su ambiente, o lo que es lo mismo, un autoconcepto específico-situacional, ya que aún no tienen integradas las sub-partes de su experiencia dentro de un marco conceptual del Yo, a medida que los niños maduran y aprenden de la experiencia, empiezan a adquirir niveles verbales adecuados y a construir conceptos representados por palabras como Yo o Mi, de esta forma, desarrollan conceptos para categorizar eventos y situaciones. Es decir, que a medida que el niño coordina e integra las partes de su autoconcepto, podremos hablar de un autoconcepto multifacético y estructurado.

### ***Evaluativo***

Así como la persona desarrolla una descripción de sí misma en una situación particular o en una clase de situaciones, desarrolla también evaluaciones de sí misma en tales situaciones, estas evaluaciones pueden tomar como referencia un estándar absoluto como un ideal, o un estándar relativo como los pares y las evaluaciones percibidas de personas significativas. Dicha evaluación puede variar en importancia para diferentes individuos y también para diferentes situaciones, teniendo en cuenta las experiencias de la persona dentro de una cultura en particular.



### ***Diferenciable***

El autoconcepto puede diferenciarse de otros constructos con los cuales guarda relación teórica, siendo influenciado además por experiencias específicas, por lo tanto, mientras más se vincule el autoconcepto con tales experiencias, más cercana es la relación entre el autoconcepto y la conducta en la situación.

### **Dimensiones del autoconcepto**

En nuestros días la naturaleza multidimensional de autoconcepto está probada, sin embargo, aún quedan dudas respecto a cuantos factores componen el autoconcepto y qué relación tienen dichos factores entre sí (Cazalla-Luna y Molero, 2013). García y Musitu (2014), consideran las siguientes dimensiones o facetas del autoconcepto:

***Autoconcepto físico.*** El autoconcepto físico es la percepción que tiene el individuo de su apariencia corporal y de su condición física. Esta dimensión gira en torno a dos ejes complementarios en significado, el primero de los cuales hace referencia a la práctica deportiva en relación con su vertiente social (por ejemplo: me buscan para hacer deporte), así como con la física y de habilidad deportiva (por ejemplo: soy bueno en tal deporte); el segundo de los ejes se refiere a la apariencia física e incluye elementos como la atracción, el gustarse a sí mismo o el ser elegante. Por tanto, tener un autoconcepto alto implica percibirse físicamente agradable, cuidarse físicamente y practicar algún deporte con éxito y un autoconcepto físico bajo representaría el otro extremo de tal valoración positiva.

***Autoconcepto social.*** Hace referencia a la percepción que el individuo tiene de su desempeño en cuanto a las relaciones sociales. Los ejes que definen este factor son dos, el primero de los cuales guarda relación con la red social de la persona y la facilidad para

mantener dicha red o ampliarla, el segundo de los ejes se refiere a algunas cualidades de relevancia para las relaciones interpersonales como son el ser amigable o alegre.

Los estudios que han tratado de delimitar las dimensiones del autoconcepto social parten de concepciones y definiciones dispares que responden a dos criterios: por contextos y por competencias. Por ejemplo, en los trabajos en los que se diferencia el autoconcepto social por contextos, el autoconcepto representaría la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales.

En la práctica, estas dos definiciones puede que se solapen, puesto que las personas que se sienten aceptadas posiblemente se perciban también como socialmente hábiles. En todo caso, la diferencia entre ambas definiciones radica en el hecho de que la autoevaluación de las habilidades sociales no implica necesariamente la comparación con los otros, mientras que la autopercepción de la aceptación social sí (Berndt y Burgoyne, como se citó en Cazalla y Molero, 2013).

***Autoconcepto académico / laboral.*** Referido a la percepción que tiene la persona en su desempeño como estudiante o trabajador. La dimensión trabaja sobre dos ámbitos distintos, el académico y el laboral, correspondientes simplemente a periodos cronológicos más que a distintos desempeños de rol. Dicho factor gira en torno a dos ejes, el primero de los cuales hace referencia a los sentimientos del individuo de desempeño laboral respecto a sus superiores o profesores (por ejemplo: ser un buen trabajador o estudiante), el segundo de los ejes se refiere a cualidades específicas valoradas en tales contextos (por ejemplo: ser inteligente, ser buen trabajador y la estima que se tiene por la persona).

***Autoconcepto familiar.*** Representa una de los factores más importantes del autoconcepto y supone la percepción que tiene el individuo respecto a la implicación, participación e integración con su medio familiar. Dos ejes articulan el significado de esta dimensión, el primero se refiere a los padres en dos dominios, como son la confianza y el afecto. Por su parte, el segundo eje está referido al hogar y a la familia y contiene a su vez cuatro variables, la primera de ellas se refiere a los sentimientos de apoyo (por ejemplo, mi familia me ayudaría en..., la segunda emparentada con la felicidad (por ejemplo, me siento feliz por...), una tercera variable que implica el sentimiento de no estar implicado con la familia (por ejemplo, mi familia se siente decepcionada) y una cuarta relacionada con no ser aceptado por los miembros familiares (por ejemplo, soy muy criticado).

***Autoconcepto emocional.*** Hace referencia a la percepción de la persona de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. El factor tiene dos fuentes de significado: la primera se refiere a la percepción general de su estado emocional (soy nervioso, me asusto con facilidad) y la segunda a situaciones más específicas (cómo reacciono cuando me preguntan, me hablan, etc.), donde la otra persona implicada es de un rango superior (profesor, director, etc.). Un autoconcepto emocional alto significa que el individuo tiene control de las situaciones y emociones, que responde adecuadamente y sin nerviosismo a los diferentes momentos de su vida, y lo contrario sucede normalmente, con un autoconcepto bajo.

### **Desarrollo del autoconcepto en la adolescencia**

Según Cazalla-Luna y Molero (2013), el desarrollo de una persona puede ser visto desde un enfoque interaccionista, en donde las autopercepciones dependen tanto del



contexto social así como de características evolutivas propias. Por lo tanto, existe una relación entre la edad y el autoconcepto visto como constructo multidimensional, un ejemplo claro de ello puede observarse en la importancia que asignamos a diferentes personas en diferentes etapas de nuestras vidas, así, los niños muestran una mayor necesidad de sus padres, mientras que para los adolescentes es vital la interacción con sus pares y el logro de la independencia.

Alcaide (como se citó en Cazalla-Luna, 2013) considera que la adolescencia se diferencia de otros periodos por su característica crisis de identidad. En este periodo, con frecuencia los jóvenes intentan responder a preguntas relacionadas con quiénes son, qué harán con su vida, entre otras relacionadas. Este tipo de cuestionamientos se manifiestan en el intento de los jóvenes por desarrollar nuevos roles, identificación de preferencias ocupacionales y especialmente, en el intento por conseguir la independencia familiar.

La primera tarea del adolescente es el desarrollo del sentido de la propia identidad, tarea que aporta integración y continuidad al yo. Desde una perspectiva más general, para los adolescentes el desarrollo de las relaciones interpersonales es un factor muy influyente sobre las autopercepciones, siendo el atractivo físico una de las variables que condicionan inicialmente la interacción con sujetos del sexo opuesto. Por otro lado, la magnitud de la influencia de lo que otros piensan sobre uno en particular depende, entre otros factores, del nivel del autoconcepto de este último. Así, los adolescentes con alto autoconcepto son menos influenciados por las opiniones contrarias y negativas a sus autoesquemas que los jóvenes con pobres autoconceptos (Archer y Rosenberg, como se citó en Cazalla y Molero, 2013).

En definitiva, las autopercepciones del adolescente tiene mucho que ver con sus conductas y actitudes, los esfuerzos del adolescente por desarrollar un autoconcepto claro

y positivo chocan frontalmente con la ambigüedad manifiesta de las normas culturales. De suma importancia es el hecho de que el adolescente debe asimilar y demostrar la responsabilidad de un adulto, pero se le niegan los correspondientes privilegios.

### **Etapas en la formación del autoconcepto**

Según Cazalla y Molero, 2013 tres son las etapas en la formación del autoconcepto:

***Etapla existencial o del sí mismo primitivo:*** Que abarca desde el nacimiento hasta los dos años, etapa en la que el niño se desarrolla hasta percibirse a sí mismo como una realidad distinta de los demás.

***Segunda etapa:*** Corresponde a la del sí mismo exterior y va desde los dos hasta los doce años y abarca la edad preescolar y escolar. Es la etapa más abierta a la entrada de información y, en este sentido, es de suma importancia el éxito y el fracaso, así como la relación con los adultos significativos. Así, en la edad escolar el autoconcepto tiene un carácter “ingenuo”, es decir, la forma en que el niño se ve a sí mismo depende casi totalmente de lo que los otros perciben y le comunican. El docente en esta etapa tiene una preponderancia relevante ya que influye en la imagen que el niño tiene de sí mismo como estudiante, debido a la extensa cantidad de tiempo que interactúa con el alumnado y la importancia que tiene para los escolares, por el rol que cumple.

***Tercera etapa, denominada del sí mismo interior,*** el adolescente busca describirse en términos de identidad, haciéndose esta etapa cada vez más diferenciada y menos global. Si bien gran parte del sustrato de su autoconcepto ya se encuentra construida, esta es la etapa crucial para definirse en términos de autovaloración social. De este modo, el

conjunto de interacciones sociales vivenciadas por el adolescente van a definir gran parte de sus vivencias de éxito y fracaso y, por tanto, van a reforzar o introducir cambios en su autoconcepto. Es esperable, por tanto, que dada la gran cantidad de tiempo que permanece en el sistema escolar, serán las interacciones sociales que viva en la escuela las que jueguen también el rol más relevante en esta construcción.

### **Autoconcepto y género**

En un estudio realizado por García, Sarmiento y Gutiérrez (2011), las mujeres mostraron una media más alta en su desempeño académico. Estas diferencias tal vez se explican a partir de la utilización de instrumentos distintos para medir el autoconcepto académico así como su aplicación en diferentes tipos de muestra. Una percepción más alta del desempeño académico por parte de las mujeres puede indicar una influencia cultural en la que éstas se ven más comprometidas a cumplir con sus tareas mientras que a los hombres se les adjudica un sentido de rebeldía más marcado, lo que se puede traducir en el desentendimiento de sus deberes. Para el autoconcepto emocional, los hombres presentaron una media más alta. Esto indica que las mujeres tienen un menor grado de adaptación personal hacia circunstancias nuevas lo que se relaciona con estados de ansiedad, inestabilidad emocional y depresión, más frecuentes en las mujeres.

En un estudio llevado a cabo por Malo, Bataller, Casas, Gras y González, (2011), en una muestra catalana de 4.825 sujetos de 11 a 63 años, estudiantes de ESO, bachillerato, ciclos formativos de grado medio (CFGM) y universitarios, respecto a la relación del autoconcepto físico con el género, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Las diferencias más claras encontradas fueron las



medias de los chicos que se mantuvieron estables y superiores a las de las chicas a través de los diferentes años de estudio.

Alcántara (2012), refiere en lo concerniente al autoconcepto emocional, que los hombres presentaron medidas más altas que las mujeres. Según este investigador, esto podría indicar que durante la adolescencia las jóvenes poseen un menor grado de adaptación personal hacia circunstancias nuevas lo que se relaciona con estados de ansiedad o inestabilidad emocional.

### **Distinción entre autoconcepto y autoestima**

Diversa terminología ha provocado una confusión respecto al término del autoconcepto, dentro de su estudio a través de la historia (Rodríguez, 2008), sin embargo los términos más generalizados han sido los de Autoestima y Autoconcepto, términos que pueden fungir como categorías, que en el caso del autoconcepto incluye términos como yo, autovaloración, autoidentidad, autoimagen, autopercepción, autoconocimiento, autoconciencia y en el caso de la autoestima los términos autoconsideración, autogeneración, autoaceptación, autorrespeto, autovalía, autosentimiento, y autoevaluación (Hattie, 2014).

Como se ha mencionado anteriormente, el autoconcepto implica una descripción objetiva o subjetiva que hacemos de nosotros mismos y contiene atributos posibles de enlistar y jerarquizar dependiendo de la importancia personal que se brinde a tales elementos, variando de acuerdo al contexto, la experiencia o los sentimientos (por ejemplo: hombre, casado, ambicioso, etc.). De esta forma, en tal autodescripción seleccionada, influyen aspectos emocionales y de evaluación, así, muchos autores consideran este aspecto evaluativo como “autoestima” (González, 1999).

Se entenderá entonces, que en el caso del autoconcepto hacemos referencia a aspectos cognitivos o de conocimiento personal, así como a creencias que el sujeto tiene de sí mismo en las diversas dimensiones que lo configuran, haciéndolo único y diferente, mientras que cuando hablamos de autoestima, nos referimos a una valoración que al sujeto hace de tal autoconcepto y que incluye a su vez juicios de valor sobre la competencia personal y los sentimientos asociados a tales juicios (González, 1999).

Algunos autores señalan, que al referirnos al autoconcepto, no tiene mucho sentido el considerar que podemos evaluarlo a través de niveles tales como, alto medio o bajo ya que este término sólo está referido al conocimiento que se tiene sobre uno mismo y que en todo caso sería más correcto hablar de un “grado o nivel de conciencia” de la experiencia vital, sin embargo en el caso de la autoestima es esencial tener en cuenta la medida en la que un sujeto piensa positiva o negativamente de sí mismo, de ello dependerá que sea capaz de afrontar exitosamente las diversas dificultades que se le presenten. En el caso de que sea capaz de hacerlo responsablemente estaríamos frente a una autoestima alta, caso contrario, si el sujeto no es capaz de aceptarse a sí mismo y se considera incapaz de resolver tareas y retos diversos, entonces su autoestima sería baja (Cazalla-Luna y Molero, 2013).

Lo anterior no implica aseverar que la autoestima tenga que ver únicamente con la inclusión de cualidades positivas, valoradas individual y socialmente, ignorando las limitaciones personales, sino que también deben considerarse aquellas limitaciones y aspectos negativos que el sujeto posee y que finalmente terminan de dar sentido al término “autoaceptación”. De esta forma entendemos que poseer una autoestima alta no tiene que ver sólo con el despliegue de las competencias y habilidades en todo contexto y lugar, sino que tiene que ver con una autovaloración positiva, una autoaceptación real y la convicción de ser capaz de superar sus limitaciones y defectos (Gonzales,1999), sabiendo diferenciar

cuando un defecto es superable o modificable o si sólo debe aceptarse, lo cual no implica una aceptación incondicional, sino que aceptarnos a nosotros mismos, supone asumir nuestros pensamientos, sentimientos y conductas de forma realista, veraz y tolerante, así, será mejor hablar de una “adecuada autoestima”, más que de una buena o mala autoestima.

Así como el autoconcepto desde su naturaleza global no es capaz de explicar cada una de la conductas y actitudes de las personas, la autoestima tiene también la necesidad de una multidimensionalidad desde un punto de vista estructural y dinámico, en el primer caso nos referimos a la valoración propia que hace el sujeto de su autoconcepto y que incluye sus capacidades, actitudes y valores, los cuales variarán según el contexto en que se encuentre (familiar, escolar, físico, social y emocional); en el segundo caso nos referimos al estilo de vida del sujeto, en donde la autoestima está incluida en la conducta norma o no normal éste, variando igualmente de acuerdo a los diferentes contextos en que éste interactúa. De esta forma, la autoestima vista no sólo como un factor unitario, permitirá tener la capacidad de explicar y justificar el accionar del sujeto.

### **Alcohol**

Cuando hablamos de alcohol nos estamos refiriendo generalmente al alcohol etílico, que tiene como características el ser un líquido incoloro, inflamable y soluble en agua y grasas, obtenido a partir de la destilación o fermentación de azúcares y almidones. Diferentes bebidas contienen diferentes porcentajes de alcohol etílico, la cerveza por ejemplo, presenta aproximadamente un 5% de alcohol, el vino cerca de un 15% y los licores pueden llegar a contener un 50% de etanol (Organización Panamericana de la Salud, 2008).



Los efectos de las bebidas alcohólicas sobre el organismo se alteran considerando la cantidad ingerida, así como el metabolismo y la tolerancia particular de cada organismo. El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central (SNC) y en general de todas las funciones del organismo, retrasando el tiempo de reacción ante la presencia de un estímulo, es así que en pequeñas dosis el alcohol genera en la persona ciertos niveles de desinhibición los cuales muchas veces son confundidos con una supuesta estimulación, esto debido a que el alcohol deprime los mecanismos inhibidores de control nervioso y específicamente los sistemas inhibidores de la formación reticular que controla la actividad asociativa OPS (2008).

El alcohol puede tener un doble efecto en el organismo, ya que inicialmente produce una gran sensación de excitación y euforia, pero más adelante la euforia puede llegar a reemplazarse por sentimientos de culpa, tristeza visión y graves problemas de coordinación debido a la disminución del control motor, corriendo un mayor riesgo de sufrir accidentes OPS (2008).

### **Consumo de alcohol**

Según la OPS (2008), es recomendable describir el consumo de alcohol de acuerdo al ámbito en que nos encontremos, así, puede ser descrito de acuerdo a los gramos de alcohol absoluto consumidos, significado usado principalmente en el ámbito científico o, por otro lado, puede ser descrito de acuerdo a los gramos o cantidad de alcohol presente en las distintas bebidas, medidos en este caso a través de la denominada Unidad de Bebida Estándar (UBE), término que suele utilizarse en el ámbito de atención primaria de la salud, en los diferentes Centros de salud, dentro de la Evaluación del Consumo de alcohol de los pacientes.

La Unidad de Bebida Estándar mide el contenido medio en alcohol de una consumición habitual teniendo en cuenta su graduación y su volumen (Llopis, Gual y Rodríguez, 2000), medición de un grado de precisión no perfecto pero sí aceptable, esto se debe a la variación de la cantidad de alcohol contenido de bebida a bebida (por ejemplo, variaciones en la cantidad de alcohol entre la cerveza, el vino y los destilados) que en algunos casos puede llegar a un 45% de diferencia, provocando mediciones erróneas. Por otro lado, la concentración de alcohol cambiará de acuerdo a la forma en que se produzca la bebida y a su lugar de origen. Por último, una UBE difiere de un país a otro sin que exista un consenso generalizado sobre la medida exacta que ésta representa (OPS, 2008).

Por su gravedad específica que viene ser “la densidad de una sustancia relativa a la densidad de agua”, “un mililitro de alcohol contiene 0.785 gramos de alcohol puro”; así, la OMS define a las UBE con aproximadamente 13 gramos de alcohol (OPS, 2008).

A través del Cuestionario AUDIT de Babor et al. (2001) La OMS ha propuesto los siguientes valores para las Unidad de Bebida Estándar: “330 ml de cerveza al 5%, 140 ml de vino al 12%, 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18%, 70 ml de licor o aperitivo al 25%, 40 ml de bebidas espirituosas al 40%”.

Babor et al. (2001) señalan, como ya se mencionó líneas arriba, que la definición que brindan investigadores y educadores de la salud acerca de la UBE no es misma en todos los países, esto debido a las diferencias de consumo en cada país. Por ejemplo:

- “Una UBE en Canadá: 13,6 gramos de alcohol puro
- Una UBE en el Reino Unido: 8 gramos de alcohol puro
- Una UBE en EEUU: 14 gramos de alcohol puro
- Una UBE en Australia o Nueva Zelanda: 10 gramos de alcohol puro
- Una UBE en Japón: 19,75 gramos de alcohol puro”.

## **Patrones de consumo de alcohol**

Para la clasificación de los niveles de consumo de alcohol se han tomado los siguientes criterios de consumo del AUDIT (Babor et al., 2001):

**Consumo de riesgo.** Es un patrón o nivel de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno. Está descrito como el consumo regular de 20 a 40 gramos diarios de alcohol en mujeres y de 20 a 60 gramos en varones (Rehm et al., 2004).

**Consumo perjudicial.** Se refiere a aquel que conlleva consecuencias tanto para la salud física como para la salud mental de la persona, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol. Está definido como consumo regular promedio de más de 40g. de alcohol al día en mujeres y más de 60 g. al día en varones (Rehm et al., 2004).

**Dependencia del alcohol.** Considerada como un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol y que incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar su consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando se interrumpe dicho consumo.

**Consumo de bajo riesgo.** Es un nivel de consumo prudencial de alcohol, en general, se define como la pauta de consumo que puede implicar un riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no da lugar a problemas médicos o psiquiátricos a corto plazo. Para mujeres es un máximo de 1 copa (unidad estándar) al día y para hombres un máximo de 2 copas (unidad estándar) al día.



### **Otras definiciones sobre consumo de alcohol**

***Intoxicación.*** Puede ser definida como un estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo (OMS, 1992; OPS, 2008).

***Consumo excesivo ocasional.*** Una sesión de beber en la que se consume al menos 60g de alcohol puede definirse como consumo excesivo episódico u ocasional (“binge drinking”, en inglés) (OMS, 1992; OPS, 2008).

### **Términos mal definidos que se recomienda no utilizar**

Según la OPS (2008), no se recomienda utilizar los siguientes términos, esto debido a su falta de especificidad:

***Consumo moderado de alcohol.*** Expresión inexacta que intenta describir un patrón de consumo opuesto al consumo excesivo. Se utiliza para referirse a una forma de consumo que no trae consecuencias, por tanto no es sinónimo de beber excesivamente, su definición no es exacta. Una mejor expresión sería “Consumo de bajo riesgo”.

***Consumo razonable, consumo responsable y consumo social.*** Términos imposibles de definir ya que dependen de valores éticos, sociales y culturales que varían según el país, las costumbres y los tiempos.

***Consumo excesivo.*** Término que supone la existencia de una norma de consumo menor a la cual ese consumo considerado excesivo se opone. Se prefiere hablar de consumo de riesgo.

***Alcoholismo.*** Utilizado desde hace mucho y de significado muy variado. Se refiere en general al consumo crónico o periódico de alcohol, caracterizado por la imposibilidad de controlar la ingesta, episodios frecuentes de intoxicación y falta de preocupación con respecto a la sustancia a pesar de los efectos negativos.

***Abuso del alcohol.*** Se trata de un término de uso corriente y de significados diversos, a pesar de ser utilizado en el DSM, manual para el diagnóstico de trastornos mentales, debe ser considerado como una categoría residual, por lo tanto, se ha de dar prioridad siempre que sea aplicable, a la palabra “dependencia”. En otras ocasiones, este término es usado de forma peyorativa para referirse a cualquier tipo de consumo. Resulta más conveniente hablar de Consumo perjudicial y de riesgo.

### **Consumo de sustancias psicoactivas en el Perú**

Según refiere DEVIDA (2015), la forma en que se analiza la tendencia del consumo de Drogas en nuestro país incluye dos estudios de corte poblacional, el primero de estos estudios se planifica por periodos de cuatro años evaluando a la población general a través de encuestas en hogares, el segundo se realiza sobre la Población escolar. Dichos estudios además de analizar tendencias, comparan mediciones hechas a lo largo de varios años en Perú y países de la región, obteniendo medidas del aspecto epidemiológico de variables relacionadas al consumo de drogas, entre las que encontramos a los factores de riesgo y protección.

El principal indicador epidemiológico de la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas es el indicador conocido como Prevalencia, que señala la proporción de personas en una población que consume sustancias psicoactivas, al menos en una oportunidad, en un determinado periodo de tiempo (DEVIDA, 2015).

Estas prevalencias pueden ser de vida (haber consumido la sustancia por lo menos una vez en la vida), de año (haber consumido la sustancia por lo menos una vez en el último año) y de mes (haber consumido la sustancia por lo menos una vez en el último mes), por ejemplo, según la IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú del 2010 de DEVIDA, sobre la Prevalencia de Vida de drogas legales e ilegales en la población general de 12 a 65 años de edad, de 1998 al 2010 se ha observado una tendencia de disminución de la Prevalencia de Vida en lo referente a sustancias legales como el alcohol y el tabaco. Así, en 1998 la Prevalencia de vida de consumo de alcohol alcanzaba a un 94% de la población, en el 2002 se registró una Prevalencia de vida del 94.2%, en el 2006 se reduce drásticamente tal porcentaje a un 83% y para el año 2010, año de la última encuesta realizada, el porcentaje es de 75.4%. En el caso del tabaco la Prevalencia de vida para el año 2010 llega al 49.8 de la población peruana. No obstante, se mantienen aún en valores que alcanzan a la mitad de la población en el caso del tabaco y a las tres cuartas partes en el caso del alcohol. A pesar de dicha disminución se conserva aún un porcentaje elevado en el consumo de alcohol que alcanzan las tres cuartas partes de la población, y en el caso del tabaco a la mitad de ésta (DEVIDA, 2015).

En cuanto a las drogas ilegales se pueden observar bajos porcentajes con respecto a las drogas legales, como ejemplo, tenemos que según la prevalencia de vida para el año 2010, la marihuana señala un 3.8 %, siendo la sustancia ilegal más consumida, seguida por la cocaína con un 3.8% y la PBC con un 1.5%, a pesar de estas mediciones, no podemos hablar de una contundencia en los datos (DEVIDA, 2015).

Por otro lado en este mismo estudio la Prevalencia de año, conocida también como Consumo reciente es un indicador importante desde el enfoque de la salud pública, ya que es éste el grupo de población sobre el que se deben dirigir las medidas de prevención y tratamiento. De esta forma los resultados muestran en lo referente a las drogas legales que



el alcohol presenta una marcada tendencia a la disminución, yendo de un 79.6% en 1998 a un 52.4% en el 2010, porcentaje este último que representa a casi la mitad de la población, en el caso del tabaco el año 1998 señala 44.5%, mientras que el 2010 muestra un 21.1 %, disminuyéndose el consumo en aproximadamente la mitad, lo que representa casi la quinta parte de la población. En el caso de las sustancias ilegales no se aprecia ni disminución, ni incremento considerables, además todas las sustancias ilegales presentan valores por debajo del 1% a diferencia de la marihuana que para el 2010 alcanzó el 1% (DEVIDA, 2015).

Otro de los indicadores epidemiológicos más importantes es la Incidencia, que permite observar que proporción de nuevas personas se inician en el consumo de sustancias en el último año por primera vez. Las mediciones muestran, respecto a las drogas legales, que el alcohol presenta una disminución importante con respecto al año 2006 en el cual la incidencia anual fue de 30.2%, mientras que en el 2010 el porcentaje alcanza el 26,4 %; en el caso del tabaco no se muestran diferencias significativas respecto a años anteriores, mientras que el caso de las sustancias ilegales se presentan igualmente valores bajos por debajo del 1% sin cambios significativamente importantes (DEVIDA, 2015).

Otro análisis de las mediciones del consumo de sustancias psicoactivas, lo proporciona el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su encuesta demográfica y de Salud (ENDES) realizada anualmente y aplicada a personas mayores de 15 años, que incluye a las regiones naturales del Perú. Este estudio evidencia que el total de la población tiene en promedio un 66.9%. de prevalencia anual de consumo de alcohol en el 2014, muestra también que Lima Metropolitana, evaluada por separado, muestra porcentajes de 76.2%, el denominado Resto Costa tiene niveles de consumo por encima de otras regiones del Perú, con un 70.5%, la sierra por su parte muestra un 57.0% mientras

que la selva un 60%. En cuanto a las tendencias de incremento, es la selva la que muestra un incremento en el 2014, respecto del 2013 en casi dos puntos porcentuales. Todos los porcentajes señalados guardan relación con los estudios realizados por DEVIDA.

El tabaco por su parte en el año 2014 alcanza a un 20.5% de prevalencia anual en el total de población, Lima Metropolitana al igual que con el alcohol alcanza promedios superiores a los de otras regiones y al total. Así, en el año 2014 tenemos en el Resto Costa un 17,9%, en la sierra un 17.2% y en la selva un 22,1%. En lo referente a la disminución o incremento en las tendencias, Lima Metropolitana muestra una disminución de casi dos puntos porcentuales, notándose un leve incremento de consumo en el resto de las regiones. Un caso particular es el de la región Selva, con valores porcentuales por encima del promedio nacional.

### **El binge drinking en el Perú**

El binge drinking o episodios de consumo excesivo de alcohol en un periodo breve de tiempo, se ha mostrado en los últimos años como uno de los fenómenos que ha ameritado una preocupación en el ámbito del trabajo preventivo, más aún en la medida que dicho comportamiento parece estar afectando a un más consumidores, que si bien no son consumidores habituales, son vulnerables a realizar estas conductas y poner en riesgo su salud hasta niveles que pueden llegar a la intoxicación alcohólica. Se ha encontrado que poco más de la quinta parte de consumidores actuales, experimentan episodios de beber excesivo, siendo la región Lima Metropolitana, la que en el último año registró un incremento que la coloca casi 3 puntos por encima de la media nacional. Un análisis nacional permite observar que los departamentos de la costa presentan los indicadores más altos acompañando a Lima Metropolitana en estas posiciones. Solo la región sierra

presenta una disminución importante colocándose como la región que experimenta en menor medida dicha problemática (DEVIDA, 2015).

### **Demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas**

La Red de información de Demanda de tratamiento por Abuso o Dependencia de sustancias psicoactivas RIDET, (como se citó en DEVIDA, 2015) en su último análisis, permitió apreciar con claridad que la sustancia que genera los mayores daños sanitarios en el país es el alcohol, sustancia que es responsable de más de la mitad de la demanda de atención en los centros sanitarios especializados en adicciones a nivel nacional. La segunda sustancia problemática es la marihuana, aproximadamente un quinto de los pacientes que demandan atención deben sus problemas de adicción a tal droga. El conjunto de drogas cocaínicas son responsables de otra quinta parte, las demás sustancias tienen una presencia bastante baja, en conjunto bordean el 5%.

La edad de inicio del consumo claramente ha sido identificada como una variable que puede complicar la aparición de consumo problemático en el futuro. En relación a la edad de inicio, los datos obtenidos por el RIDET muestran aproximadamente las dos terceras partes de consultantes a los módulos de adicciones, se inician en el consumo entre los 11 y los 17 años, este inicio temprano, guarda relación con la presencia actual de consumo problemático

Los perfiles de abusadores o dependientes a sustancias psicoactivas están frecuentemente vinculados a abandonos tempranos del tratamiento, un bajo nivel de adherencia y una baja conciencia de enfermedad. Diferentes drogas generan diferentes cuadros y síntomas que pueden llegar a problemas de abuso o dependencia, por lo general llegan a desarrollarse después de algún tiempo de habituación. Según lo reportado por el RIDET, un tercio de la demanda de atención se presenta con pacientes en edades



comprendidas entre los 19 y 35 años, la importancia de detenerse a observar esta edad, es que corresponde a años de vida en los que normalmente se desarrolla los mayores niveles de productividad de las personas.

Los problemas de abuso o dependencia a sustancias, en algunos casos, requieren tratamientos más complejos requiriendo un mayor nivel de resolución de los servicios, esta complejidad no solo hace referencia al tiempo de tratamiento, sino también, a la especialización del personal profesional a cargo de estos casos, entre otros elementos empleados para tratar a este tipo de pacientes. No siempre es suficiente el tratamiento ambulatorio, por lo que la indicación de los especialistas puede estar orientada a un tratamiento en internamiento o de tipo residencial. La oferta del sector salud para estos casos aún sigue siendo escasa.

Otra fuente de información que revisa los aspectos epidemiológicos de la demanda de tratamiento es la que proporciona el sistema HIS del Ministerio de Salud, la información del HIS ha sido consolidada anualmente y se presenta los datos desde el 2010 al 2014. La información que se analiza en el HIS, está referida a las atenciones con diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, que se efectúan en los establecimientos de salud del MINSA de todos los niveles de atención a nivel nacional y no debe confundirse con el número de personas atendidas, pues en este registro aún no es posible identificar este valor. Se observa que de manera similar a lo mostrado por el RIDET, la sustancia de mayor impacto en los servicios asistenciales del MINSA, es el alcohol. Aunque la problemática asociada a esta sustancia viene disminuyendo en proporción en los últimos años situándose en un 58% en el 2014, su valor directo no ha disminuido, lo cual puede explicarse principalmente por la mejora en la cobertura. De otro lado, las intervenciones por cannabinoides se destaca entre las drogas ilegales duplicando su proporción y ubicándose en el año 2014 en segundo lugar con un 8.3%.

## **Consumo de alcohol en población universitaria**

Alrededor de la mitad de la población del mundo, aproximadamente unos 3.000 millones de personas, tiene menos de 25 años, y se encuentran enmarcados en la juventud y adolescencia (UNICEF como se citó en Lopez, 2012).

La juventud es la etapa de la vida que se sitúa entre la infancia y la etapa adulta. Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU), la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y 24 años, abarca la pubertad o adolescencia inicial (10 a 14 años), la adolescencia media o tardía (15 a 19 años) y la juventud plena (20 a 24 años) (OMS, citado en Lopez, 2012).

Según Roales (como se citó en López, 2012), la adolescencia y la juventud constituyen etapas muy importantes en la vida debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella, pueden colocar en una situación de vulnerabilidad a este grupo de personas para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo, entre ellos el consumo de alcohol, tabaco y el uso de otras drogas que pueden afectar su salud posteriormente en mayor o menor grado. Es así que el periodo universitario se encuentra relacionado con una población joven poco identificada con los problemas de salud, los cuales aparecen en etapas posteriores. El consumo de drogas en la población universitaria por ejemplo, puede reducir el rendimiento académico de los jóvenes, e impedir en algunos casos la culminación de sus estudios.

El uso del alcohol puede resultar atractivo y funcional para solucionar aparentemente aquellos conflictos propios de estas edades. La adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, la libertad en la toma de decisiones, la creencia de determinados mitos o la imitación a los adultos.

Según el informe de la CAN (2012), realizado en Latinoamérica a estudiantes universitarios, mostró que un 95,8% de los estudiantes colombianos declararon haber consumido alcohol alguna vez en la vida, cifra que baja a 88,7% en Ecuador; 87,5% en Perú y a un 77,1% entre los estudiantes de Bolivia. Con relación al consumo reciente, las tasas de consumo fueron de 57% en Bolivia, 85% en Colombia; 70,4% en Ecuador y 71,9% en Perú. Por su parte, el consumo actual presentó registros de 34,6% en Bolivia; 61,6% en Colombia; 49,8% en Ecuador y 46,8% en Perú. También se ha observado en el mismo estudio diferencias estadísticamente significativas entre los países evaluados. Por otra parte, las diferencias por género dentro de los países y entre países, señalan que el uso reciente de alcohol es mayor en hombres que en mujeres. Se resalta que mientras las diferencias por género en Colombia no son muy grandes, en Bolivia hay un marcado mayor consumo entre los hombres que entre las mujeres.

El mismo estudio mostró que la edad de inicio de consumo de alcohol es de 17,5 años en Bolivia; 15,3 años en Colombia; 16,4 años en Ecuador y 16,2 años en Perú. Otro aspecto interesante que se ha estudiado es la denominada Percepción de riesgo en los estudiantes sobre el uso frecuente de alcohol, observándose que 81,4% de los universitarios de Bolivia; 75,2% en Colombia; 82,2% en Ecuador y 76,9% en Perú, perciben esta conducta como de gran riesgo. En todos los países la percepción de gran riesgo del uso frecuente de alcohol es bastante mayor entre las mujeres con 12 puntos porcentuales de diferencia en Colombia y 10 en Perú. En lo referido al Uso de riesgo o perjudicial y dependencia se observa que hay diferencias importantes entre los países, siendo de 39,7% en Bolivia; 31,1% en Colombia; 36,6% en Ecuador y 25,1% en Perú. Dicho de otra forma, entre los estudiantes de Perú que declaran consumo de alcohol, uno de cada cuatro de ellos pueden ser considerados como bebedores en riesgo o perjudicial, en cambio, cuatro de cada diez estudiantes de Bolivia están en esa condición.



Por otro lado, al comparar los porcentajes de estudiantes hombres y mujeres con uso riesgoso o perjudicial entre los consumidores de alcohol, se puede observar que en todos los países los porcentajes de estudiantes en dicha condición son mayores entre los hombres que entre las mujeres. Entre los hombres las mayores cifras están en Bolivia y Ecuador, así como entre las mujeres están en las estudiantes de Bolivia, Ecuador y Colombia. En ambos grupos los estudiantes de Perú son los que presentan las menores cifras (CAN, 2012).

Respecto a la Dependencia probable de alcohol se observa que entre los consumidores recientes de alcohol, 17,6% en Bolivia; 14,0% en Colombia; 15,1% en Ecuador y 10,5% en Perú presentan signos de dependencia derivados de su consumo. A nivel regional (es decir, los cuatro países combinados), algo más de un 80% de los estudiantes con signos de dependencia resultaron positivo para esta característica, siendo la más importante de las tres que la definen. Lo mismo ocurre al observar los países en forma independiente (CAN, 2012).

A través del AUDIT, instrumento utilizado en dicho estudio, fue posible detectar a personas con signos de dependencia, para lo cual se requiere una detección precoz y una intervención profesional oportuna. Esta condición está asociada a tres de las diez preguntas del cuestionario y se clasifica como positivo a aquellas personas que presenten una o más de esas tres condiciones en forma mensual o más frecuentemente. Este estudio hace resaltar que el consumo de alcohol va en un incremento progresivo en los estudiantes universitarios de países miembros de la CAN.

Por su parte, Pesantes, Urbina, Quezada, Juárez y Padilla (2013), en su investigación realizada en la Universidad Nacional de Trujillo, acerca del Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales, muestra que los

estudiantes de esta universidad calificaron en su mayoría como consumidores no problemáticos con el 45.9%, seguidos por el 12.6% de aquellos que tienen un consumo excesivo, un 30.4% con consumo episódico excesivo y finalmente el 11.1% que se consideran que tienen consumo perjudicial y probable dependencia alcohólica.

El consumo de alcohol de los estudiantes universitarios podría estar relacionado a las características propias de su edad, a la influencia de familiares o amigos bebedores, a las actitudes y expectativas hacia el consumo de alcohol, las posibilidades de acceso que tienen para la compra de bebidas alcohólicas, entre otros. Las normas culturales y sociales también perfilan los patrones del modo de beber de una sociedad, definiendo para quién la cantidad y las situaciones en las que beber alcohol es un acto social consentido. Las normas determinan cómo se integra la bebida en la vida diaria (Pesantes et al., 2013)

### **Autoconcepto y sustancias psicoactivas**

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el autoconcepto ha sido estudiada por varios autores. Por ejemplo Echeburúa y Corral (2010), mencionan que un autoconcepto bajo representa un factor de riesgo en el consumo de drogas. Otros estudios aunque en menor cantidad señalan que existe una relación positiva entre un buen autoconcepto y un consumo elevado de drogas (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008).

Es necesario sin embargo, tener en cuenta la diferencia existente entre estudios que relacionan ambas variables, ya que se ha realizado estudios en los que se trabaja un autoconcepto como constructo unidimensional y otros en donde se le considera multidimensional, tal y como se menciona en un estudio de Oliva et al. (2008). En cuanto a las dimensiones del autoconcepto y sus relaciones con el consumo de sustancias, estudios diferentes ofrecen opiniones diversas. Con respecto a la dimensión social como lo

menciona Téllez, Cote, Savogal, Martínez y Cruz (como se citó en Cazalla y Molero, 2013), un mayor consumo de sustancias está relacionado con un menor autoconcepto. Por otra parte, según Calero, Schmidt y Bugallo (2015), una autopercepción positiva en dominios referidos a la esfera social se asocia a mayor consumo, mientras que autopercepciones positivas en lo comportamental y académico se asocian a menor consumo de alcohol. Se interpretan estos resultados considerando la influencia del contexto social en la construcción del sí mismo.

Sandoval (2011), quién realizó un estudio sobre una muestra de 730 estudiantes de pre-grado, del primero al quinto año de estudios, de ambos género, con edades entre los 16 y 35 años, en diferentes universidades de Lima, empleando un diseño no experimental de tipo correlacional multivariante, encontró que el autoconcepto y los factores psicosociales tales como la valoración del cuerpo y la salud y la satisfacción familiar se encuentran asociados de manera negativa tanto con el consumo de alcohol como el tabaco. Los instrumentos empleados fueron la escala de autoconcepto de García y Musitu (AF5), Cuestionario de Factores de Protección y una Encuesta de datos sociodemográficos, que además integró preguntas acerca del consumo de alcohol – tabaco.

Respecto a la dimensión familiar del autoconcepto Musitu, Jiménez y Murgui (2007) declaran que las familias que brindan a sus miembros buen ejemplo y guía, propician en ellos un mínimo consumo de sustancias, ya que tal factor es uno de los más importantes del autoconcepto y tiene una correlación positiva con diversas variables tales como un buen rendimiento escolar y laboral, un buen ajuste psicosocial, sentimiento de bienestar con la integración escolar y laboral y con la conducta prosocial, entre otras. Para Lloret (2001), la familia, como contexto socializador primario del individuo, es el elemento central, más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, en relación al consumo de drogas y desempeña un papel importante en el desencadenamiento



de conductas de consumo, de abuso, y de adicción (Johnson, como se citó en Lloret, 2001), se puede afirmar entonces que los procesos de socialización familiar destacan su importancia al ser la base de predisponentes tales como las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y en última instancia las habilidades de comunicación.

Las investigaciones sobre la dimensión física del autoconcepto por otro lado, han mostrado interesantes resultados, por ejemplo, parafraseando a (García, Herrero, y Herrero y Musitu, citados en Cordero, 2015), el autoconcepto físico se relaciona positivamente con el autocontrol, la percepción de salud, la percepción de bienestar, con la motivación de logro y con la integración social y escolar. De la misma manera un autoconcepto físico correlaciona negativamente con la ansiedad y el desajuste escolar. Por su parte Moreno, Moreno y Cervelló (2009), en un estudio sobre la relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo y alcohol y tabaco en adolescentes, encontraron que el autoconcepto físico presenta relación con las conductas de consumo de tabaco y alcohol. De esta forma, las chicas son las que tienen un mayor grado de exigencia con su imagen corporal presentando a su vez un autoconcepto más elevado en las fumadoras que no practican actividad físico-deportiva porque según éstas el tabaco ayuda a mantenerse más delgada.

Los estudios realizados de Alcántara (2012), señalan que las dimensiones académica, social, emocional y familiar se ven influenciadas con la ingesta de este tipo de bebidas. En otra investigación, Álvaro et al. (2014), refiere que existe relación entre consumo de alcohol y la dimensión física del autoconcepto, pero no con la emocional.

Alcántara (2012), refiere en lo concerniente al autoconcepto emocional, que los hombres presentaron medidas más altas que las mujeres. Según este investigador, esto podría indicar que durante la adolescencia las jóvenes poseen un menor grado de

adaptación personal hacia circunstancias nuevas lo que se relaciona con estados de ansiedad o inestabilidad emocional.



## Hipótesis

$H_0$  No existe relación entre el Autoconcepto y los Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de primer año.

$H_1$  Existe relación entre el Autoconcepto y los Patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de primer año.







## CAPÍTULO II

## Diseño metodológico

### Tipo de investigación

Se trata de un estudio de tipo relacional, ya que tiene como propósito medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables, lo cual se ajusta a la definición brindada por Hernández, Fernández y Baptista (2010), acerca de los estudios correlacionales.

El diseño de la investigación es No Experimental, ya que no existe manipulación deliberada de las variables. Además, se trata de un diseño transeccional, ya que pretende describir las variables y analizar su incidencia y su interrelación en un momento de tiempo dado (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

### Técnicas e instrumentos

La técnica a utilizada fue la encuesta y se aplicó de manera colectiva mediante la aplicación de dos instrumentos.

#### ***Test de Autoconcepto Forma-5 (AF- 5, Cuarta edición) de García y Musitu (2014)***

Que mide el Autoconcepto de manera específica en cinco Dimensiones: Autoconcepto Académico, Autoconcepto Social, Autoconcepto Emocional, Autoconcepto Familiar y Autoconcepto Físico. El instrumento tiene como valores finales resultados que van 0.1 a 9.9 para cada dimensión.

Lo anterior se consigue sumando los resultados brutos obtenidos (del 1 al 99) y dividiéndolos entre 60, a continuación se presentan la conformación de ítems para cada dimensión:

- a) Autoconcepto Académico: (ítems 1 + 6 + 11 + 16 + 21 + 26)
- b) Autoconcepto Social: (ítems 2 + 7 + 12 + 17 + 22 + 27). Los ítems 12 y 22 son ítems invertidos (sus puntuaciones deben ser invertidas antes de sumar)
- c) Autoconcepto Emocional: (ítems 3 + 13 + 18 + 23 + 28). Los ítems 3, 13, 18, 23 y 28 son ítems invertidos (sus puntuaciones deben ser invertidas antes de sumar)
- d) Autoconcepto Familiar: (ítems 4 + 9 + 14 + 19 + 24 + 29). Los ítems 4 y 14 son ítems invertidos (sus puntuaciones deben ser invertidas antes de sumar)
- e) Autoconcepto Físico: (ítems 5 + 10 + 15 + 20 + 25 + 30)

#### *Validez y confiabilidad del instrumento*

Bustos, Oliver y Galiana (2015), realizaron un estudio sobre las propiedades psicométricas del AF-5 Autoconcepto de García y Musitu. La muestra total estuvo compuesta de 527 estudiantes de universidades públicas y privadas peruanas. De éstos, el 57.9% fueron mujeres. En cuanto a la edad, un 29.6% tenía entre 19 y 20 años, un 38.0% entre 21 y 22, un 20.7% entre 23 y 24, un 8.2% entre 25 y 30 y tan sólo un 3.5% tenía más de 30 años. La mediana fue 19.5 años.

#### *Validez de Constructo*

El análisis factorial confirmatorio realizado para evaluar la validez de constructo de la Escala Autoconcepto Forma 5 ofreció unos índices de ajuste adecuados,  $\chi^2_{SB}(395) = 1484.46$  (chi cuadrado, índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales, con correcciones robustas, que evalúa la magnitud de la discrepancia entre las matrices de varianzas y de covarianzas de la muestra y las del modelo estimado, aunque sufre de diversas limitaciones);  $p < 0.01$ ; CFI = 0.93 (Comparative Fit Index, que



es indicativo de un buen ajuste cuando tiene valores superiores a 0.90 e idealmente, superiores a 0.95); BBNFI = 0.92 (Bentler-Bonnet Non-Normed Fit Index, con misma interpretación que CFI); IFI = 0.93 (también con puntos de corte de 0.90 para indicar buen ajuste) y RMSEA = .07 (Root Mean Square Error of Approximation, con valores iguales o inferiores a 0.08 como indicadores de un buen ajuste del modelo (intervalo de confianza al 90%: 0.07- 0.08).

El ajuste analítico del modelo, también fue óptimo con saturaciones factoriales con valores entre 0.21 (ítem 22, “Me cuesta hablar con desconocidos/as”) y 0.84 (ítem 29, “Me siento querido/a por mis padres”). Las correlaciones también fueron en la dirección adecuada, siendo todas positivas y estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ; Tabla 2).

#### *Fiabilidad*

La consistencia interna fue adecuada, con alfas que oscilaron entre .75 para el autoconcepto físico y .82 para el autoconcepto emocional.

#### ***Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).***

Procede del cuestionario original “Alcohol Use Disorders Identification Test de Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente y Grant de 1993, y adaptado al español por Rubio (1998). Se trata de un test destinado a identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol teniendo como valores finales: Consumo de riesgo, Consumo perjudicial y Dependencia probable.

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de

alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol.

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

En el presente estudio se considerarán adicionalmente los patrones: No consumidores y Consumo de bajo riesgo, estos últimos no superan el punto de corte requerido para estar considerados dentro de un Consumo de riesgo.

El AUDIT presenta la ventaja de tener una estandarización transnacional y ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional.

#### *Consistencia interna*

El instrumento presenta una Consistencia interna de 0,80.

#### *Validez*

Muestra una validez con un buen índice de correlación con el cuestionario MAST ( $r = 0,88$ ) y con índices biológicos como el examen de gamma-glutamilttransferasa (GGT)

(“r” igual a 0,31 en varones y 0,46 en mujeres). Muestra correlaciones positivas con medidas de factores de riesgo, de consecuencias de la conducta de beber y de actitudes hacia la bebida. Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte de 11 o más, la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Un punto de corte de 13 o más proporciona una sensibilidad de 0,7 y una especificidad del 0,78.

### **Población y Muestra**

La población corresponde a los estudiantes con matrícula 2016 del primer año de estudios del área Ciencias Sociales de una universidad nacional de Arequipa, área que está conformada por 20 escuelas profesionales con un total de 2263 estudiantes, de los cuales 1396 son del género femenino y 867 del masculino. Para la muestra se seleccionaron las escuelas profesionales de Administración, Contabilidad, Turismo y Hotelería, Relaciones Industriales, Ciencias de la Comunicación, Economía y Educación, dada la mayor cantidad de estudiantes en relación a otras escuelas, con un total de 1165 estudiantes, siendo 446 del género masculino y 719 del género femenino, finalmente la muestra estuvo conformada por 329 estudiantes.

Se utilizó una muestra representativa de la población que según la fórmula estadística de Spiegel:

$$n = \frac{y^2 \times p \times q \times N}{E^2(N-1) + y^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra 325

y<sup>2</sup>= Nivel de confianza elegida 95%

p = Probabilidad de ocurrencia 0.5



$q$  = Probabilidad de no ocurrencia 0.5

$E$  = Error admisible 5%

$N$  = Tamaño de la población 1165

Realizando la fórmula se obtuvo un total de 329 encuestados, el muestreo fue no probabilístico.

**Tabla 1**

***Muestra***

Escuela profesional	Género			
	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
Administración	20	11.8	23	13.1
Contabilidad	32	18.9	31	19.1
Turismo y Hotelería	19	11.2	16	10.6
Relaciones Industriales	23	13.6	22	13.8
Cs. de la Comunicación	23	13.6	13	10.9
Economía	28	16.6	24	15.8
Educación	24	14.3	31	16.7
Total	169	100	160	100

**Criterios de Inclusión**

Edad (estudiantes universitarios entre 17 y 19 años)

Estudiantes del Área de Ciencias Sociales cursando el primer año de estudios con matrícula regular.

### **Criterios de Exclusión**

Estudiantes que no se encontraron dentro de los rangos de edad mencionados.

Estudiantes que no desearon participar en la investigación.

Todos aquellos que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión no pudieron o no desearon participar en el proceso.

### **Estrategia de Recolección de Datos**

Se solicitó a las escuelas correspondientes, así como a los profesores encargados de los cursos el permiso correspondiente, detallando la naturaleza de la investigación. Al momento de la aplicación de las pruebas se solicitó la colaboración de los estudiantes, garantizando en todo momento el anonimato de la información. La aplicación de los cuestionarios se realizó de manera colectiva en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Se procedió en primer lugar a detallar las instrucciones a los evaluados y se atendieron dudas que se presentaron durante el llenado de las pruebas. El investigador estuvo presente durante toda la recogida de datos.

### **Criterios de Procesamiento de Información**

Luego de la aplicación del test de Autoconcepto Forma-5 y el cuestionario de Consumo de Alcohol (AUDIT), se procesaron los datos mediante el programa estadístico SPSS Statistics versión 22, en una matriz de datos, y se analizaron las relaciones significativas entre el Autoconcepto y el Consumo de Alcohol, así como otras relaciones indicadas en los objetivos.

Se asume que existe relación cuando la Probabilidad de Error P es menor a 0.05  
(margen de error de 5%).







# CAPÍTULO III

## Resultados

**Tabla 2**

### Prueba de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>	
	Estadístico	Sig.
Académico	,120	,125
Social	,080	,075
Emocional	,110	,006
Familiar	,136	,000
Físico	,082	,068
No consumidores	,084	,007
Consumo de bajo riesgo	,136	,007
Consumo de riesgo	,057	,000
Consumo perjudicial	,132	,001
Dependencia probable	,120	,001

\*  $p > 0,05$

a. Corrección de Lilliefors

De acuerdo con la Tabla 2, se observa que los puntajes alcanzados por los sujetos en las dimensiones de autoconcepto y los patrones de Consumo de alcohol presentan índices significativos menores a 0,05 ( $p < 0,05$ ), lo que significa que los datos no se asemejan a una distribución normal. De acuerdo con los resultados de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se rechaza la hipótesis de normalidad de los datos, por lo cual se decide aplicar pruebas no paramétricas para el contraste de la hipótesis.

**Tabla 3**
**Dimensiones del autoconcepto por género**

Autoconcepto	n	X	Mdn	U	p
Académico					
Hombres	160	6.15	6.40	11654.50	.002
Mujeres	169	6.92	7.10		
Social					
Hombres	160	7.17	7.11	12545.00	.215
Mujeres	169	7.59	7.61		
Emocional					
Hombres	160	6.02	6.57	11377.50	.023
Mujeres	169	5.14	5.16		
Familiar					
Hombres	160	6.22	6.35	12729.50	.115
Mujeres	169	6.18	6.24		
Físico					
Hombres	160	7.43	7.53	12484.50	.101
Mujeres	169	7.01	7.36		
p > 0,05					

En la tabla 3, según la prueba U de Mann-Whitney podemos observar que el autoconcepto académico presenta una diferencia significativa entre hombres y mujeres ( $U=11654.50$ ,  $p=.002$ ). Por otro lado el autoconcepto emocional presenta también diferencias significativas respecto del género ( $U=11377.50$ ,  $p=.023$ ). Las dimensiones social, familiar y física por su parte no presentaron diferencias significativas respecto del género.



**Tabla 4**
**Patrones de consumo de alcohol**

Patrón de consumo de alcohol	Nº	%
No consumidores	45	13.6
Consumo de bajo riesgo	127	38.6
Consumo de riesgo	87	26.4
Consumo perjudicial	45	13.8
Dependencia probable	25	7.6
Total	329	100

La Tabla 4 describe los patrones de consumo de alcohol propuestos por el instrumento, observándose una predominancia del Consumo de bajo riesgo con un 38.6%, seguido de un Consumo de riesgo con 26.4%, un 13.8% de Consumo perjudicial y un 7.6% de Dependencia probable.

**Tabla 5**
**Patrones de consumo por género**

Patrón de consumo	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
No consumidores	21	12.3	24	15.1	45	13.6
Consumo de bajo riesgo	67	39.1	60	37.9	127	38.6
Consumo de riesgo	46	26.9	41	26.0	87	26.4
Consumo perjudicial	23	13.5	22	14.0	45	13.8
Dependencia probable	14	8.2	11	7.0	25	7.6
Total	171	100	158	100	329	100
$X^2=4.97$ $p<0.05$						

Como se observa en la prueba de Chi cuadrado ( $X^2=4.97$ ) de la tabla 5, los patrones de consumo de alcohol en hombres y mujeres presentan diferencia significativa ( $P<0.05$ ). El 26.9% de hombres presentaron un Consumo de bajo riesgo, frente a un 37.9% en las mujeres. Por otro lado un 26.9% de hombres presentan Consumo de riesgo, frente a un 26% por parte de las mujeres.

**Tabla 6****Prevalencia de consumo de alcohol por género**

Prevalencia	Género						X <sup>2</sup>	P
	Total		Masculino		Femenino			
			N	%	N	%		
de Vida	284	86.4	147	44.7	137	41.7	X <sup>2</sup> = 1.04	P>0.05
de Año	222	67.5	118	35.8	104	31.7	X <sup>2</sup> = 3.07	P>0.05
de Mes	66	20.2	38	11.5	28	8.7	X <sup>2</sup> = 0.21	P>0.05
p<0.05								

La tabla 6 según la prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>=1.04) (X<sup>2</sup>=3.07) (X<sup>2</sup>=0.21) muestra que no existen diferencias significativas en las Prevalencias de Vida, Año y Mes de los estudiantes universitarios respecto del género, (P>0.05). Sin embargo, los hombres presentan porcentajes más elevados que las mujeres en todos los casos.



**Tabla 7****Relación entre el autoconcepto académico y los patrones de consumo de alcohol**

		No consumidores	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia probable
Académico	Rho Spearman	,077	,072	,075	-,086	-,080
	Sig.	,128	,225	,240	,062	,121
	N	329	329	329	329	329
*p < 0,05						

En la tabla 7, según el Rho de Spearman, se observa que no existe relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ), para el Autoconcepto académico respecto de los Patrones de consumo de alcohol.

**Tabla 8****Relación entre el autoconcepto social y los patrones de consumo de alcohol**

		No consumidores	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia probable
Social	Rho Spearman	-.083	-.286*	.280*	-.233*	-.080
	Sig.	.082	.012	.041	.027	.052
	N	329	329	329	329	329

\*p &lt; 0,05

En la tabla 8, según el Rho de Spearman se observa una relación estadísticamente significativa entre el Autoconcepto social y los Patrones de consumo de alcohol, específicamente entre la Dimensión Social y el Consumo de bajo riesgo con un valor medio de correlación de -0,286, es decir, que a mayor autoconcepto social, menor Consumo de bajo riesgo. Por otra parte se observan correlaciones significativas con los patrones Consumo de riesgo 0,280 y Consumo perjudicial -0,233, valores correspondientes a un nivel bajo y medio de correlación respectivamente, lo cual implicaría que a mayor autoconcepto social, mayor Consumo de riesgo y menor Consumo perjudicial.

**Tabla 9****Relación entre el autoconcepto emocional y los patrones de consumo de alcohol**

		No consumidores	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia probable
Emocional	Rho Spearman	,090	,094	-,075	-,085	-,096
	Sig.	,270	,212	,135	,075	,078
	N	329	329	329	329	329

\*p &lt; 0,05

En la tabla 9 según el Rho de Spearman, se observa que no existe relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ), para el Autoconcepto emocional respecto de los Patrones de consumo de alcohol.



**Tabla 10****Relación entre el autoconcepto familiar y los patrones de consumo de alcohol**

		No consumidores	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia probable
Familiar	Rho Spearman	,070	,070	-,210*	-,080	-,095
	Sig.	,181	,154	.047	,083	,075
	N	329	329	329	329	329

\*p &lt; 0,05

En la tabla 10, según el Rho de Spearman, se observa una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el Autoconcepto Familiar y los Patrones de consumo de alcohol, específicamente con el Consumo de riesgo con un valor negativo y de -0,210, que implica un nivel bajo de correlación, lo cual indica que a mayor autoconcepto familiar, menor Consumo de riesgo.

**Tabla 11****Relación entre el autoconcepto físico y los patrones de consumo de alcohol**

		No consumidores	Consumo de bajo riesgo	Consumo de riesgo	Consumo perjudicial	Dependencia probable
Físico	Rho Spearman	,216*	-,280*	,197*	-,096	-,088
	Sig.	,000	,003	,004	,058	,069
	N	329	329	329	329	329

\*p &lt; 0,05

En la tabla 11 según el Rho de Spearman, se observa una relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el Autoconcepto físico y los Patrones de consumo de alcohol, específicamente con los patrones de No consumidores 0.216, Consumo de bajo riesgo -0.280 y Consumo de riesgo 0.197, con niveles de correlación bajos y medios. Esto indica que a mayor Autoconcepto físico, mayor ausencia de consumo, menor Consumo de bajo riesgo y mayor Consumo de riesgo.

## Discusión

El presente estudio ha permitido verificar la relación existente entre el Autoconcepto como constructo multidimensional y los Patrones de consumo de alcohol, por lo que se acepta la hipótesis del investigador. Los resultados según el índice rho de Spearman, muestran correlaciones significativas positivas y negativas en tres de las cinco Dimensiones del autoconcepto, correspondientes a la social, familiar y física, respecto de dichos Patrones de consumo, con índices que varían de 0,197 a 0,286, es decir, con niveles de correlación bajos y medios.

De manera específica se ha encontrado una correlación inversa entre la Dimensión Social y los patrones Consumo de bajo riesgo y Consumo perjudicial, así como una relación directa con el patrón Consumo de riesgo. Resultados similares a estos se han encontrado en Calero, Schmidt y Bugallo (2016), donde se observó que una autopercepción positiva en dominios referidos a la esfera social se asocia a un mayor consumo de alcohol. Según Lahire (2007), esto puede deberse al incremento de las interacciones sociales en la etapa de la adolescencia, tanto con personas del mismo sexo como con las del sexo opuesto, con el fin de responder a la búsqueda de pertenencia hacia un grupo, así como una definición personal.

Existe por otra parte, una correlación significativa inversa y de nivel bajo entre la dimensión familiar y el patrón Consumo de riesgo con un índice de -0,210. Para Lloret (2001), la familia, como contexto socializador primario del individuo, es el elemento central, más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, en relación al consumo de drogas y desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso, y de adicción (Johnson, como se citó en Lloret, 2001), se puede afirmar entonces que los procesos de socialización familiar destacan su importancia



al ser la base de predisponentes tales como las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y en última instancia las habilidades de comunicación.

Se ha encontrado también que la dimensión física del autoconcepto ha correlacionado directa e inversamente con los patrones de No consumidores, Consumo de bajo riesgo y Consumo de riesgo con valores de -0,216; -0,280 y 0,197 respectivamente, correspondientes con niveles bajos y medios de correlación. En un estudio realizado por Moreno et al. (2009) tras distintos análisis de correlación, univariantes, multivariantes y de regresión, se reveló que el autoconcepto físico presentaba relaciones con el género, el consumo de tabaco y alcohol, así como con la práctica físico-deportiva.

También se han evidenciado diferencias significativas entre las dimensiones del Autoconcepto y el género, específicamente en las dimensiones académica y emocional. Respecto de la primera dimensión se observó que las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres, estos resultados concuerdan con los encontrados por Alcántara (2012) estudio realizado en estudiantes de preparatoria de 15 a 20 años. Según este autor, dicho fenómeno podría deberse a la influencia cultural sufrida por las mujeres, viéndose éstas más comprometidas a cumplir con sus tareas mientras que a los hombres se les adjudica un mayor sentido de rebeldía, lo que se traduciría en el desentendimiento de sus deberes, sobre todo en las edades mencionadas. En lo concerniente al autoconcepto emocional, los hombres presentaron medidas más altas, resultados que también concuerdan con el mencionado estudio. Según el mismo investigador, esto podría indicar que durante la adolescencia las jóvenes poseen un menor grado de adaptación personal hacia circunstancias nuevas lo que se relaciona con estados de ansiedad o inestabilidad emocional.

Aunque en este estudio no se encontraron diferencias de la dimensión física respecto del género, diversos estudios señalan diferencias, obteniendo resultados significativamente más elevados los hombres (Malo et al., 2011). Este fenómeno se debe posiblemente a que las mujeres son más estrictas con su imagen en edad adolescente, en comparación con los chicos, concediéndole más importancia a su aspecto externo.

Respecto a los Patrones de consumo de alcohol, específicamente en lo relacionado al Consumo de riesgo o perjudicial, el presente estudio ha encontrado que un 40.2% de los evaluados presentan dichos patrones, mientras que un 52.2% de estudiantes no consume alcohol o tiene un consumo de alcohol que no representa ningún riesgo para su salud. Resultados similares se han encontrado en el estudio llevado a cabo por la CAN (2012), en el que se encontró que un 25,1% de universitarios presentaba un Consumo de riesgo o perjudicial en nuestro país. Dicho de otra forma, entre los estudiantes de Perú que declaran consumo de alcohol, uno de cada cuatro de ellos pueden ser considerados como bebedor en riesgo o con uso perjudicial. Respecto a la Dependencia probable de alcohol se ha obtenido resultados de un 7.6% con dicho patrón de consumo. Los universitarios evaluados en Perú presentan un 10,5% de signos de dependencia derivados del consumo.

En lo relacionado con el género de los estudiantes respecto de los patrones de consumo, el presente estudio ha evidenciado una diferencia significativa entre hombres y mujeres. De la misma forma en el estudio de la CAN (2012), se compararon los porcentajes de estudiantes hombres y mujeres con uso riesgoso o perjudicial de alcohol, pudiéndose observar que en todos los países estudiados, incluido el Perú, los porcentajes de estudiantes en dicha condición son mayores entre los hombres que entre las mujeres, aunque en ambos grupos los estudiantes de Perú son los que presentan las menores cifras.

De otro lado, respecto a la Prevalencia de consumo de alcohol, se debe aclarar, como se hizo en el objetivo de investigación correspondiente, que el empleo de datos de prevalencia en el presente estudio, responde a poder identificar a aquellas personas con un Consumo de riesgo o perjudicial más aproximado a la realidad, ya que el instrumento AUDIT, por tratarse de una prueba de screening práctica, no es capaz por sí mismo de revelar tales informaciones y más aún, si la aplicación del mencionado instrumento no va acompañada de una evaluación clínica completa (Babor et al., 2001). De esta forma se ha podido encontrar prevalencia de vida de 86.4%, una prevalencia de año de 67.5% y un 20.2% de prevalencia de mes. Resultados similares a los anteriores se han encontrado en el Informe Regional de la CAN (2012) en población universitaria, el cual presentó resultados para los tres principales indicadores de uso de alcohol. En dicho informe se destaca el hecho de que el 87,5% de los estudiantes de la muestra declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 71,9% el último año, mientras que el 46,8% declaró haber consumido alcohol en el último mes. En el estudio realizado por Alcántara (2012), con estudiantes de preparatoria, se observan también similitudes con las mediciones mencionadas, con una prevalencia de vida que supera a las tres cuartas partes de los evaluados (78.6%), una prevalencia año que abarca a más de la mitad (58.6%) y una prevalencia de mes con resultados alrededor de la tercera parte (41%).

Por otra parte, no se ha encontrado relación entre las prevalencias de consumo respecto del género, resultados que coinciden con los encontrados por Alcántara (2012), que muestra que no se reportaron diferencias significativas en cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol por género lo cual indica que las mujeres comienzan a beber de manera similar a los varones.



## Conclusiones

- Primera.** Los resultados obtenidos demuestran que existe una correlación estadística significativa entre el Autoconcepto y los Patrones de consumo de alcohol, aceptando de ésta manera la hipótesis del investigador. Específicamente se han encontrado correlaciones significativas positivas y negativas en tres de las cinco dimensiones del Autoconcepto, correspondientes a la Social, Familiar y Física, respecto de dichos Patrones de consumo, con niveles de correlación bajos y medios.
- Segunda** Se ha evidenciado diferencias significativas entre las dimensiones del Autoconcepto respecto del género de los estudiantes, específicamente en las dimensiones Académica y Emocional.
- Tercera.** En cuanto a las frecuencias en los Patrones de consumo de alcohol se ha encontrado que más de la tercera parte de los estudiantes presentan un Consumo de bajo riesgo, seguidos por un Consumo de riesgo que sobrepasa la cuarta parte de los evaluados.
- Cuarta.** Existe una relación significativa entre los Patrones de alcohol y el género de los estudiantes, presentando los hombres un mayor Consumo de riesgo.
- Quinta.** No se encontraron diferencias significativas entre la Prevalencia de vida, año y mes respecto del género en estudiantes, sin embargo, los hombres presentan porcentajes más altos en todos los casos.

## Sugerencias

- Primera.** Realizar más investigaciones respecto de la correlación directa entre el Consumo de riesgo y las dimensiones Social y Física del Autoconcepto en adolescentes universitarios, población en donde se presenta con más frecuencia este fenómeno contradictorio, según diversas investigaciones. Lo anterior puede brindar nuevas perspectivas en el desarrollo de talleres o actividades de prevención que promuevan en los diversos agentes educativos una mayor adaptación y desarrollo personal.
- Segunda.** Desarrollar en nuestro medio un mayor número de investigaciones sobre la relación entre los Patrones de consumo de riesgo y conceptos tales como la autoeficacia, la autoestima, la autoaceptación, entre otros similares, ya que la adolescencia como etapa crucial para la formación de una identidad única y propia, más allá de las dificultades que pudiese presentar, ofrece un abanico de posibilidades para el desarrollo pleno del adolescente.
- Tercera.** Sería conveniente ampliar este tipo de investigaciones a adultos, por ser este tipo de estudios escasos en estas poblaciones, todo ello teniendo en cuenta que la consolidación de una identidad firme y estable va más allá de la etapa adolescente.
- Cuarta.** Ya que los estudios epidemiológicos tienen como objetivo principal, analizar el proceso de salud-enfermedad en las poblaciones, es importante realizar una actualización constante de tales datos en

nuestro medio, ya que según se ha observado en diversas investigaciones a nivel nacional, tales mediciones a pesar de no cambiar de manera radical, sí presentan cambios, en algunas ocasiones importantes.

**Quinta.** Desarrollar Programas de prevención y promoción eficaces relacionados al tema, con el fin de evitar conductas de riesgo en los adolescentes de nuestra comunidad educativa.





## Referencias

Alcántara, S. A. (2012). *Control conductual percibido, intención y autoconcepto para evitar el consumo de drogas en estudiantes de preparatoria*. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León), Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/2506/1/1080256479.pdf>

Álvaro, J. I., Gonzales, J., Zurita, F., Castro, M., Martínez A. & García, S. (2014). Relación entre el consumo de tabaco y alcohol y el autoconcepto en adolescentes españoles. *Revista complutense de educación*, 27(2), 533-550. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/46605/48394>

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders J. B, & Monteiro M. G. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS*

Bustos, V., Oliver A. & Galiana L. (2015). Validación del Autoconcepto Forma 5 en Universitarios Peruanos: Una Herramienta para la Psicología Positiva. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(4), 690-697.  
Recuperado de <http://www.scielo.br/prc/v28n4/0102-7972-prc-28-04-00690.pdf>

Comunidad Andina de Naciones (CAN). (2012). *Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional*. (2).  
Recuperado de

[http://www.comunidadandina.org/Upload/20132718338Informe\\_Regional.pdf](http://www.comunidadandina.org/Upload/20132718338Informe_Regional.pdf)

Calero, A., Schmidt, V. & Bugallo, L. (2016). Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions*, 16(1), 49-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83943611005.pdf>

Cazalla, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10, 43-64. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/991/818>

CEDRO-Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas (2013). *El problema de las drogas en el Perú*. Recuperado de [http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El\\_problema\\_de\\_las\\_Drogas.%C3%BAultima%20ver.pdf](http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.%C3%BAultima%20ver.pdf)

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Recuperado de [https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario\\_psicologia.pdf](https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario_psicologia.pdf)

Cordero, O. L. (2015). *El autoconcepto en estudiantes de educación general básica con bajo rendimiento académico*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22319/1/Tesis.pdf>

DEVIDA. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas. (2012). *Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional: Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria*. Recuperado de <http://www.devida.gob.pe/2013/07/informe-ejecutivo-iv-estudio-nacional-prevencion-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-secundaria-2012/>

DEVIDA. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas. (2015). *Reporte Estadístico sobre Consumo de drogas en el Perú: Prevención y Tratamiento*. Recuperado de <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Reporte-Estadistico-2015-Prev-y-Tratam.pdf>

Echeburúa, E. & de Corral, P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Revista Adicciones*, 22(2), 91-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122889001.pdf>

Esnaola, I., Goñi, A. & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: Perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 69-96. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17513105.pdf>

Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>

Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Recuperado de



<http://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>

García, F. & Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma 5. AF-5*. Madrid: TEA ediciones.

García, G., Sarmiento, P., Gutiérrez, R. (2011). Diferencias en el autoconcepto por sexo en la adolescencia: construcción y validación de un instrumento. *Liberabit Revista de Psicología*, 17(2), 139-146. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a04v17n2.pdf>

González, M. T. (1999). Algo sobre autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 11, 217-232. Recuperado de [http://campus.usal.es/~revistas\\_trabajo/index.php/0214-402/article/viewFile/3530/3550](http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/0214-402/article/viewFile/3530/3550)

Hattie, J. (2014). *Self-concept*. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=LeEBAwAAQBAJ&pg=PP6&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=LeEBAwAAQBAJ&pg=PP6&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false)

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. Recuperado de <http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/>

- Lahire, B. (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de la socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de Antropología Social*, 16, 21-37. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/viewFile/RASO0707110021A/9115>
- López, M. (2012). Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. *Rev Estomatol Herediana*, 22(4), 247-56. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/97/80>
- LLopis, J. J., Gual, S. A. & Rodríguez-Martos, D. A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar: Diferencias geográficas. *Adicciones*, 12(1), 11-19. Recuperado de <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/621/609>
- Lloret, D. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y drogas*, 1(1), 113-128. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83910107.pdf>
- Malo, S., Bataller, S., Casas, F., Gras, M. E., & González, M. (2011). Análisis psicométrico de la escala multidimensional de autoconcepto AF5 en una muestra de adolescentes y adultos de Cataluña. *Psicothema*, 23(4), 871-878. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3969.pdf>
- Marsh, H. W., Craven, R. G. & McInerney, D. M. (2008). *Self-Processes, Learning and Enabling Human Potential: Dynamic New Approaches*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=08q6vn9kk84C&pg=PA219&dq=The+cons>

truction+of+the+self:+A+developmental+perspective.&hl=es&sa=X&ved=0ahUK  
EwjyivHunonSAhVFQCYKHYkEDpYQ6AEIRjAG#v=onepage&q&f=false

Moreno, J.A., Moreno, R., & Cervello, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*, 21(2), 147-154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122894007.pdf>

Musitu, G., Jiménez, T. I. & Murgui, S. (2007). El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 370-380. Recuperado de [https://www.uv.es/lisis/terebel/tj\\_art1.pdf](https://www.uv.es/lisis/terebel/tj_art1.pdf)

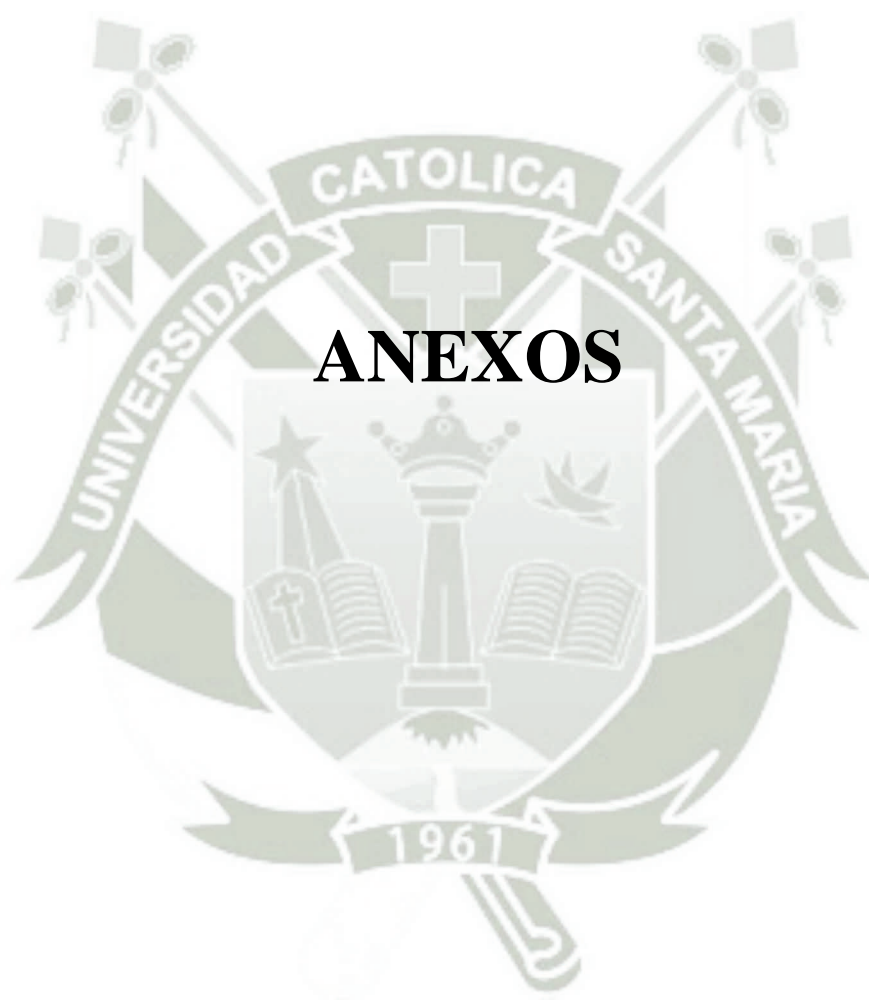
Oliva, A., Parra, Á. & Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 153-169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33780111.pdf>

OMS-Organización Mundial de la Salud (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OPS-Organización Panamericana de Salud. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_atencion\\_primaria.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf)



- Pesantes, S. M., Urbina M. A., Quezada J., Juárez, J. J., & Padilla, G. J. (2013). Patrón de consumo de alcohol en universitarios y sus repercusiones sociales. *Revista Peruana Enfermería Investigación y Desarrollo*. 13(1), 6-24. Recuperado de <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/153/189>
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, T., Sempos, C.T., Frick, U., Jernigan, D. (2004) *Alcohol. En: OMS (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Ginebra: OMS.
- Rodríguez, A. (2008). El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*. 14(1), 155-158. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17512723011.pdf>
- Sandoval, Y. (2011). Autoconcepto y factores de protección asociados al consumo de alcohol y tabaco en universitarios. *Temát. psicol.* 7(1). Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista\\_tematica\\_psicologia\\_2011/sandoval\\_guerrero.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/sandoval_guerrero.pdf)
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Richard\\_Shavelson/publication/269462101\\_Self-Concept\\_Validation\\_of\\_Construct\\_Interpretations/links/554b3a7a0cf21ed213590f94.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Richard_Shavelson/publication/269462101_Self-Concept_Validation_of_Construct_Interpretations/links/554b3a7a0cf21ed213590f94.pdf)



# ANEXOS

### Datos personales

Escuela Profesional:

Edad:

Género:

¿Has consumido alcohol alguna vez en tu vida? SI ( ) NO ( )

¿Has consumido alcohol en el último año? SI ( ) NO ( )

¿Has consumido alcohol durante el último mes? SI ( ) NO ( )

### Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol

PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	De 7 a 9	10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia tomas 6 ó más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez habías empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en avunas para poder recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque tú habías bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año



## Calificación del AUDIT

Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol.

Para una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente:

- Una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un Consumo en un nivel de riesgo.
- Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican un Consumo perjudicial de alcohol.
- Una puntuación mayor a 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una Dependencia de alcohol.

### Test AF-5 De Autoconcepto

Escribe en la casilla al final de cada frase un número del **1 al 99** de acuerdo al grado con el que te identificas con la frase que estás leyendo. Recuerda que mientras más de acuerdo estés con la afirmación más alto será el número que coloques y viceversa.

1. Hago bien los trabajos que se me asignan en la universidad	
2. Hago amigos fácilmente	
3. Tengo miedo de algunas cosas	
4. Soy muy criticado en casa	
5. Me cuido físicamente	
6. Mis profesores me consideran un buen trabajador	
7. Soy una persona amigable	
8. Muchas cosas me ponen nervioso	
9. Me siento feliz en casa	
10. Me buscan para realizar actividades deportivas	
11. Trabajo mucho en clase	
12. Es difícil para mí hacer amigos	
13. Me asusto con facilidad	
14. Mi familia está decepcionada de mí	
15. Me considero elegante	
16. Mis profesores me estiman	
17. Soy una persona alegre	
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas	
20. Me gusta como soy físicamente	
21. Soy un buen estudiante	
22. Me cuesta hablar con desconocidos	
23. Me pongo nervioso cuando el profesor me pregunta algo	
24. Mis padres me dan confianza	
25. Soy bueno haciendo deporte	
26. Mis profesores me consideran inteligente y trabajador	
27. Tengo muchos amigos	
28. Me siento nervioso	
29. Me siento querido por mis padres	
30. Soy una persona atractiva	

## Calificación del Test AF-5 De Autoconcepto

La escala mide cinco dimensiones del autoconcepto, se suman y luego se dividen entre 60:

**Autoconcepto Académico:** (ítems  $1 + 6 + 11 + 16 + 21 + 26$ )

**Autoconcepto Social:** (ítems  $2 + 7 + 12 + 17 + 22 + 27$ )

*Los ítems 12 y 22 son ítems invertidos (sus puntuaciones deben ser invertidas antes de sumar)*

**Autoconcepto Emocional:**(ítems  $3 + 13 + 18 + 23 + 28$ )

*Los ítems 3, 13, 18, 23 y 28 son ítems invertidos (sus puntuaciones deben ser invertidas antes de sumar)*

**Autoconcepto Familiar:** (ítems  $4 + 9 + 14 + 19 + 24 + 29$ )

*Los ítems 4 y 14 son ítems invertidos (sus puntuaciones deben ser invertidas antes de sumar)*

**Autoconcepto Físico:** (ítems  $5 + 10 + 15 + 20 + 25 + 30$ )

