



**UNIVERSIDAD  
DEL AZUAY**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Escuela de Psicología Clínica**

**“Actitud frente al consumo de alcohol y depresión en adolescentes del  
bachillerato de la Unidad Educativa Cumbe”**

Trabajo previo a la obtención de título de Psicólogo Clínico

**Autora:** Gina Maribel Godoy Mejía

**Director:** MSC Juan Sebastián Herrera Puente

**Cuenca – Ecuador**

**2021**

## **Dedicatoria**

A mis padres José y Flora que desde pequeña me han enseñado a perseverar para  
lograr mis metas,

A mi hermana Liz que con su carisma contagia mis días de alegría,

A mi esposo Rafael que ha sido un pilar fundamental en mi vida.

A mis hijos Eithan y Alisse que son mi fuente motivación.

## **Agradecimientos**

A mi familia, porque cada uno de ellos con su esencia, sabiduría y apoyo incondicional, me permitieron cumplir mis metas.

A cada uno de mi docentes, que con sus conocimientos, me encaminaron a desarrollare como profesional y a mis amigos y compañeros por sus enseñanzas de vida.

A mi tutor Mg. Sebastián Herrera, por guiarme en el desarrollo de la presente investigación.

A los jóvenes que aportaron con su tiempo para poder llevar a cabo este estudio.

## Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos .....	II
Índice de Contenidos .....	III
Índice de Anexos .....	VI
Índice de Figuras.....	VII
Índice de Tablas.....	VIII
Resumen .....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Planteamiento del Problema .....	5
Capítulo 1.....	6
Fundamentos Teóricos.....	6
1.1    Adolescencia .....	6
1.2    Depresión en Adolescentes .....	7
1.2.1    Teorías acerca de la depresión .....	7
1.3    Consumo de Alcohol.....	12
1.3.1    Factores de riesgo ante el consumo de alcohol .....	14
1.3.2    Factores de protección ante el consumo de alcohol .....	18
1.4    Actitud.....	19
1.5    Alcohol en adolescentes.....	20
1.5.1    Teorías explicativas del consumo de alcohol en adolescentes.....	22

1.5.2 Actitud de los adolescentes ante el consumo de alcohol y la depresión	24
1.5.3 Actitud frente al alcohol en estudiantes de bachillerato.....	26
Capítulo 2.....	28
Metodología.....	28
2.1 Objetivos de la Investigación.....	28
2.2 Tipo de Estudio.....	28
2.3 Población.....	28
2.3.1 Criterios de Inclusión.....	29
2.3.2 Criterios de Exclusión.....	29
2.4 Muestreo.....	29
2.5 Instrumentos.....	29
2.5.1 Ficha Sociodemográfica.....	30
2.5.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	30
2.5.3 Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).....	30
2.5.4 Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92)	31
2.6 Procedimiento.....	32
Capítulo 3.....	33
Resultados.....	33
3.1 Análisis e Interpretación de los Resultados.....	33
3.2 Resultados Descriptivos.....	33

3.3	Análisis descriptivo: Resultados de los tests .....	41
3.4	Resultados del análisis $\chi^2$ (Chi-Cuadrado) .....	43
3.5	Resultados del análisis Correlación Spearman Brown .....	46
Capítulo 4.....		47
Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.....		47
4.1	Discusión.....	47
4.2	Conclusiones .....	49
4.3	Recomendaciones .....	51
Referencias Bibliográficas.....		52
Anexos.....		59

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1. Solicitud a la Rectora.....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo 2. Autorización de la Rectora .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo 3. Ficha Sociodemográfica .....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 4: Inventario de Depresión de Beck BDI – II.....</b>	<b>64</b>
<b>Anexo 5: AUDIT .....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo 6: ACTICOL-92.....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo 7. Consentimiento Informado.....</b>	<b>71</b>

## Índice de Figuras

Gráfico 1 Figura circular de las frecuencias de la variable Sexo .....	33
Gráfico 2. Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable estado civil de los padres.....	35
Gráfico 3. Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable hijos de padres migrantes. ....	36
Gráfico 4. Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable problemas por consumo de alcohol.....	37
Gráfico 5. Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable .....	38
Gráfico 6. Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable .....	38
Gráfico 7. Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable .....	40
Gráfico 8. Corplot generado en RStudio, muestra el coeficiente de correlación Spearman Brown entre los tests BDI-II, AUDIT y Acticol-92 .....	46

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1 Frecuencias de la Variable Curso .....</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 2 Frecuencias de la variable Edad.....</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 3. Frecuencias de la Variable Alguien que consuma Alcohol.....</b>	<b>36</b>
<b>Tabla 4. Frecuencias de la Variable Tratamiento .....</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 5. Frecuencias de la Variable Ha consumido .....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 6. Frecuencias de la Variable Edad de Inicio.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 7. Frecuencias de la Variable Motivo de Inicio.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 8. Frecuencias de la Variable Internado.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 9. Frecuencias del Test BDI-II.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 10. Frecuencias del Test AUDIT .....</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 11. Frecuencias del Test Acticol-92.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 12. Tablas Cruzadas con Frecuencias y Porcentajes entre AUDIT y Acticol-92 .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 13. Resultados de la prueba <math>\chi^2</math> entre AUDIT y Acticol-92 .....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 14. Tablas Cruzadas con Frecuencias y Porcentajes entre AUDIT y BDI-II .....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 15. Resultados de la prueba <math>\chi^2</math> entre AUDIT y Acticol-92 .....</b>	<b>45</b>

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la actitud que toman los jóvenes frente al consumo de alcohol y depresión del bachillerato en la Unidad Educativa Cumbe. La metodología que se utilizó, fue exploratorio-descriptivo, correlacional, con un enfoque cuantitativo, de tipo transversal. La población sobre la que se realizó el estudio corresponde a 317 alumnos matriculados en el bachillerato. Entre los resultados más destacados están los siguientes, el 46.3% de la muestra presenta depresión mínima, el 46.9% un riesgo bajo de consumo de alcohol y un 29,1% de facilitación social, en referencia a las actitudes de consumo. Existe una relación estadísticamente significativa entre actitud hacia el consumo de alcohol y el consumo de alcohol.

**Palabras Clave:** depresión, consumo, alcohol, actitud, adolescentes.

## Abstract

This research pretends to identify the attitude young people have towards alcohol consumption and depression at “Unidad Educativa Cumbe” high school. The methodology used in this research was exploratory-descriptive, correlational with a quantitative, cross-sectional approach. The sample of the study was made up of 317 students enrolled in high school. Among the most relevant results, it was found that, 46.3% of the sample showed minor depression, 46.9% low risk of consuming alcohol, and 29.1% evidenced social facilitation, regarding alcohol consumption attitudes. There is a statistically significant relationship between attitude towards alcohol consumption and alcohol consumption.

**Keywords:** depression, consumption, alcohol, attitude, adolescents.



Translated by:



Gina Godoy

## **Introducción**

La adolescencia es una etapa crucial para todo ser humano, es el proceso entre culminar la niñez y comenzar a presenciar las responsabilidades de la vida adulta, es un proceso lleno de cambios, ya sean estos emocionales, físicos o mentales. Es un espacio de tiempo en donde el individuo comienza a volverse independiente, a tomar decisiones según sus propias ideas y creencias. Es un periodo, en el que el sujeto busca experimentar, descubrir el mundo y a las personas a su alrededor. En medio de este sentimiento de querer explorar el mundo, a menudo, suelen ignorar las reglas y buscan nuevas emociones, ya sea por curiosidad o llevados por su círculo de amigos, algunos de ellos inician el consumo de sustancias o alcohol.

Determinar la causa exacta del porque actualmente, la edad de inicio de consumo es cada vez menos, es un inquietud que constantemente está en estudio. Existen un sinnúmero de variables que se pueden determinar para tratar de indagar cuales son las que llevan al consumo y aún más a la adicción. En la presente investigación se indagaran tres de ellas, la actitud de los adolescentes ante el consumo de alcohol, el consumo de alcohol y la depresión. Se buscara determinar si existe o no una relación entre las mismas.

En los siguientes capítulos se abordaran las distintas temáticas:

En el capítulo 1, se hizo una revisión bibliográfica de los fundamentos teóricos como son: la adolescencia, el consumo de alcohol y los factores de riesgo y protección, la depresión y algunas teorías explicativas, y finalmente se analizara el consumo de alcohol en adolescentes.

En el capítulo 2, presenta los objetivos, el tipo de estudio, la población, los criterios de inclusión y exclusión, la muestra, y el procedimiento.

En el capítulo 3, se muestra el análisis de resultados, junto con sus respectivas tablas y gráficos, así como la descripción de cada uno de ellos.

El capítulo 4 constituye los discusión, las conclusiones y las recomendaciones, en donde se realiza una comparación entre os resultados y la investigación previa.

Finalmente, está la bibliografía y los anexos, en donde se encontraran las baterías utilizadas en esta investigación.

## **Planteamiento del Problema**

La depresión y el consumo de alcohol en adolescentes ha incrementado abruptamente en los últimos años, estos dos trastornos relacionados pueden causar, problemas de relaciones sociales y familiares, bajo rendimiento académico, dificultad para seguir reglas e irritabilidad; y aún más si a esto se adjuntan creencias que resultan ser erróneas.

La curiosidad, el comportamiento desafiante, la necesidad de correr riesgo y el querer pertenecer o identificarse con un grupo social, son predisponentes para que se dé el consumo de alcohol. Por otro lado, está el hecho, de no saber manejar emociones, conflictos con su identificación y autoestima, la incapacidad para afrontar problemas y tomar decisiones, lo que provoca que la depresión aparezca, en casos graves puede llevar a un mayor consumo o el suicidio (Hernandez, Cortaza, & Costa., 2014).

Esta problemática, carece de estudios específicos, razón por la cual no ha recibido la importancia que merece dentro de los centros educativos, ya sea, porque no existe un asesoramiento adecuado de cómo manejar y tratar el consumo y depresión en los adolescentes o porque se los desconoce como un trastorno y en diversas circunstancias se llega a normalizar, por otra parte está el hecho de que muchos de los padres no saben cómo lidiar con este tipo de conductas y sintomatología, y además no consiguen vincularse adecuadamente con sus hijos. El inicio del consumo a edades tempranas puede verse involucrado de manera persistente en su posterior desarrollo (Estrada, 2019).

Ahora bien, el estudio de la presente investigación se centrará en identificar la actitud que toman los jóvenes frente al consumo de alcohol y depresión del bachillerato en la Unidad Educativa Cumbe.

## **Capítulo 1**

### **Fundamentos Teóricos**

#### **1.1 Adolescencia**

La OMS plantea que la adolescencia constituye el momento de vida que transcurre entre los 10 a 19 años de edad, caracterizado por la presencia de cambios biológicos, psicológicos, actitudinales. Corresponde a uno de los periodos de transición más significativos en la vida de la persona, caracterizada por el crecimiento y cambios significativos, después del desarrollo del lactante. Representa una etapa condicionada por diferentes aspectos biológicos, la pubertad comprende el hito significativo entre el paso de la infancia a la adolescencia (OMS, 2021).

Los indicadores biológicos de esta etapa son universales; mientras que, su prolongación y especificidades varían en el transcurso del tiempo, entre las culturas y regiones, y de acuerdo a los contextos socioeculturales. En consecuencia, se han registrado durante las décadas pasadas siglo distintos cambios con respecto a esta etapa del ciclo vital, principalmente, el período de comienzo de la pubertad, la definición de la edad para adquirir el compromiso de matrimonio, las prácticas sexuales (OMS, 2021).

La adolescencia representa un momento de antesala antes de la adultez durante la cual ocurren ciertos eventos evolutivos, significativamente importantes. Adicionalmente, a la maduración biológica, las vivencias en la adolescencia comprenden la transición hacia la emancipación e independencia personal y económica, la resolución de la identidad, la consolidación de las aptitudes requeridas para ejercer relaciones con mayor madurez y asumir responsabilidades adultas, así como el pensamiento y razonamiento abstracto. Es una etapa sinónimo de crecimiento significativo y surgimiento de potencialidades, representa también una etapa de riesgos

significativos, en la cual el ambiente social puede ejercer una influencia relevante (Moreno A. , 2015).

## **1.2 Depresión en Adolescentes**

Representa la causa fundamental de padecimiento y discapacidad en el mundo (OMS, 2020). Los estudios que registran marcada presencia de la depresión en la población infanto juvenil, informan un alto porcentaje de jóvenes en ambos grupos con síntomas depresivos (Orgilés, y otros, 2017). Esta revisión analiza el constructor y las teorías explicativas de la depresión y ofrece un resumen sucinto de los principales instrumentos de evaluación utilizados para medir este trastorno en niños y adolescentes, así como los programas de prevención desarrollados para el ámbito escolar y los diferentes tipos de tratamiento clínico brindados. El estudio revela que, en las clasificaciones mentales, las manifestaciones de depresión infantil no son diferentes del de adulto, por lo que se deben tener en cuenta múltiples teorías explicativas para llegar a una comprensión completa del cuadro. Las cuales se detallan a continuación.

### **1.2.1 Teorías acerca de la depresión**

Los trastornos depresivos son explicados a través de diferentes teorías, ya que en ellos prevalece la presencia de variables diferentes su etiología y persistencia. Por tanto, las principales teorías se asocian con los aspectos biológicos y psicológicas, mismas que se tomaron como referencia para el desarrollo del siguiente apartado (Moreno, y otros, 2013).

#### **1.2.1.1 Explicaciones biológicas**

Entre las explicaciones biológicas que fundamentan la etiología de la depresión se encuentra la asociada al déficit de noradrenalida. La serotonina propicia la neuroplasticidad, particularmente en la infancia, y las alteraciones en ambos sistemas se

añade a la fisiopatología de la depresión (Carrasco, 2017). Los resultados de resonancia magnética en animales han evidenciado que al disminuir la densidad y conformación de las neuronas, así como reduce el volumen del hipocampo en las personas con cuadros depresivos, se asocian a cambios de neuroplasticidad serotoninérgica (Cruzblanca, Humberto, Lupercio, Collas, & Castro, 2016), sin embargo, sostiene que la mejora en las cantidades de serotonina incrementa la probabilidad de desarrollar y superar la psicopatología, y subraya el rol que juega el contexto en este proceso.

Los cambios relacionados con la edad y la presencia de factores de riesgo biológicos, incluidos factores endocrinos, inflamatorios o inmunitarios, cardiovasculares y neuroanatómicos, hacen que las personas sean más vulnerables a la depresión (Rachdaoui & Sarkar, 2016). De hecho, algunos estudios sugieren que la depresión puede estar relacionada con alteraciones endocrinas: secreciones nocturnas de cortisol, secreción nocturna de hormona del crecimiento, secreción de hormona estimulante de la tiroides, secreciones de melatonina y prolactina, niveles altos de cortisol o disminución de la producción de hormona del crecimiento. La pubertad y los cambios hormonales y físicos que la acompañan requieren una atención especial porque se ha propuesto que podrían estar asociados con una mayor incidencia de depresión (Cruzblanca, Humberto, Lupercio, Collas, & Castro, 2016).

Los problemas de sueño suelen estar asociados a situaciones de privación social, desempleo o acontecimientos vitales estresantes. No obstante, también se ha asociado con la presencia de eventos depresivos o el desarrollo de estos cuadros. Las evidencias muestran para cada persona afecta al hipocampo, incrementando la sensibilidad neuronal al daño excitotóxico y la vulnerabilidad a los desafíos neurotóxicos, lo que resulta en una disminución neta de la materia gris en el hipocampo en la corteza orbitofrontal izquierda (Lira & Custodio, 2018).

Los estudios longitudinales han identificado el insomnio como un factor de riesgo para la aparición o recurrencia de la depresión en jóvenes y adultos. La población infanto juvenil que manifiesta cuadros depresivos, expresan alteraciones en el

patrón de sueño, a diferencia de sus pares normales (Martínez, Martínez, & Betancout, 2019).

Por su parte, Foley y Weinraub (2017) encontraron que, entre las niñas preadolescentes con alteraciones en los hábitos de sueño, presentaban otras complicaciones comportamentales como dificultades de ajustes social, alteraciones emocionales, síntomas de estar deprimidas, bajo rendimiento escolar, y pobre control de sus emociones y comportamiento, representando factores de riesgos para otras situaciones.

Los estudios realizados durante los últimos 20 años han demostrado que el aumento de la inflamación y la hiperactividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) pueden explicar la depresión mayor (Muneer & Mazommil, 2018). (Cruzblanca, Humberto, Lupercio, Collas, & Castro, 2016). Otros estudios informan alteraciones en la estructura del cerebro: hipocampo más pequeño, amígdala y lóbulo frontal.

La importancia de la genética en la aparición de la depresión (40%) (Penner & Binder, 2019). Es importante reconocer que una predisposición genética a una respuesta excesiva de la amígdala al estrés, o un eje HPA hiperactivo (hiperfenilalaninemia moderada) debido al estrés durante la primera infancia puede desencadenar un efecto excesivo o alterar un sistema psicológico por lo demás sano, autores como Dean y Kesavan (2017) apoyan un papel potencial de los genes relacionados con el gen homeobox 2 de Orthodenticle (OTX2) y con el gen relacionado con OTX2 en la fisiopatología de los trastornos depresivos relacionados con el estrés en los niños. Además, las anomalías genéticas en la transmisión serotoninérgica se han relacionado con la depresión. La región polimórfica ligada a la serotonina (5-HTTLPR) es una repetición degenerada en el gen que codifica el transportador de serotonina (SLC6A4). El genotipo s / s de esta región se asocia a una reducción de la expresión de serotonina, a su vez vinculada a una mayor vulnerabilidad a la depresión (Guillén, Contreras, & Barrientos, 2018).

Por su parte, Oken et al. (2015) Afirman que las alteraciones psicológicas pueden desencadenar cambios en parámetros fisiológicos, como la transcripción del

ADN, o pueden resultar en modificaciones epigenéticas que alteran la sensibilidad del receptor del neurotransmisor.

### **1.2.1.2 Explicaciones psicológicas**

La teoría del apego fue el término utilizado por Bowlby (1976) (citado por Ávila, 2020) para referirse a una conceptualización específica de la propensión del ser humano a desarrollar vínculos estrechos y de cercanía afectiva con las demás personas. El autor propuso que la coherencia, los modelos efectivos de crianza, el establecimiento de vínculos coherentes con una adecuada modulación del afecto, propician el establecimiento de patrones o modelos mentales para las futuras relaciones.

La teoría de las experiencias vitales desarrollada por Blatt (2004) (citado por León, y otros, 2020) exploró con mayor profundidad la naturaleza de la depresión y las experiencias de vida que contribuyen a su aparición, identificando dos tipos de depresión que, a pesar de un conjunto común de síntomas, tienen sin embargo raíces muy diferentes: (1) anaclítica depresión, que surge de sentimientos de soledad y abandono; y (2) depresión introyectiva, que surge de sentimientos de fracaso e inutilidad. Esta distinción es consistente con las formulaciones psicoanalíticas, ya que considera la indefensión / dependencia y la desesperación / sentimientos negativos sobre uno mismo como dos cuestiones clave en la depresión (Otero, Zabaráin, & Fernández, 2017).

En niños y adolescentes, se han encontrado asociaciones modestas entre eventos vitales estresantes y depresión Wu et al. (2020) encontraron que las personas que habían sufrido abuso emocional severo durante la infancia experimentaron niveles más altos de síntomas depresivos cuando se enfrentaron a los factores estresantes actuales. Desde esta perspectiva se argumenta que el inicio de la depresión no solo se desencadena por

eventos estresantes importantes, sino más bien por eventos menores de la vida (abandono de la escuela, su padre pierde su trabajo, dificultades financieras en la familia, pérdida de amigos o la enfermedad de un miembro de la familia).

Según la teoría del comportamiento, la depresión se produce por la falta de refuerzo de conductas previamente reforzadas, un exceso de conductas de evitación y la falta de refuerzo positivo o la pérdida de eficiencia de los refuerzos positivos. Un niño con depresión recibe inicialmente mucha atención de su entorno social (familia, amigos), y se refuerzan comportamientos como el llanto, las quejas o las expresiones de culpa. Cuando estos comportamientos depresivos aumentan, la relación con el niño se vuelve aversiva y las personas que solían acompañar al niño evitan estar con él, lo que contribuye a agravar su depresión (Vázquez, Otero, & Blanco, 2019).

Con respecto a las teorías socioculturales, estos modelos postulan que las variables culturales son las responsables de la aparición de síntomas depresivos. Estas variables son principalmente aculturación e inculturación. En la aculturación se observan cambios estructurales (económicos, políticos y demográficos), junto con cambios en el comportamiento psicológico de las personas probaron un modelo de aculturación, valores culturales y funcionamiento familiar con estudiantes hispanos nacidos en Estados Unidos. Los resultados revelaron que tanto el conflicto familiar como la cohesión familiar estaban relacionados con los síntomas depresivos (Vázquez, Otero, & Blanco, 2019).

La comprensión del consumo y abuso del alcohol presenta explicaciones desde diferentes perspectivas, desde allí se han formulado explicaciones, técnicamente sustentadas con argumentos que favorecen la presencia de aspectos biológicos, neurológicos, genéticos y psicológicos como influyentes en el desarrollo de conductas

abusivas hacia el alcohol. Por lo tanto, es necesario considerar la influencia de las mismas en el estudio y análisis del problema (Cabanillas, 2020).

### **1.3 Consumo de Alcohol**

El consumo de alcohol constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud pública, de acuerdo a las cifras oficiales se encuentra como móvil en al menos 33 millones de muertes anuales en el mundo. También, representa un elemento que genera más de 200 enfermedades y alteraciones a la salud, e impacta en el desarrollo de discapacidades y la muerte de un porcentaje significativo de personas que se encuentran en edad productiva (Güilgüiruca et al, (2020). Desde otra perspectiva, el consumo de alcohol es un problema relevante para las empresas y organizaciones puesto que causa ausentismo laboral, accidentes del trabajo, pérdidas económicas y baja productividad.

En el mismo orden de ideas, se ha descrito como fenómeno psicosocial vinculado básicamente con patrones culturales y con dinámicas de estructura social, que establecen que los individuos usen el alcohol de múltiples formas, que generalmente pudieran derivar en consumo crónico y luego complicarse con problemas de dependencia. Esta situación se ha tornado recurrente especialmente en jóvenes y adolescentes constituyendo una situación grave de salud colectiva mundial, considerando las características particulares en este período evolutivo, con marcados rasgos búsqueda de la emancipación, la curiosidad de conocer y experimentar sensaciones nuevas y la influencia de los grupos a donde pertenece (Cabanillas, 2020).

Durante el periodo de la adolescencia, el consumo de alcohol incide especialmente de forma negativa en el desarrollo físico y mental. Asociado a secuelas adversas en el desarrollo evolutivo, principalmente, el cerebral, ocasionando “problemas

de rendimiento académico, desempeño sexual riesgoso, actitudes delictivas, accidentes, suicidio, así como otras alteraciones por el abuso de la sustancia durante la adultez” (Cabanillas, 2020, p. 148). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2014):

Los mayores de 15 años consumen un promedio de 6,2 litros de alcohol y alrededor del 38% de la población general ingiere por lo menos 17 litros de alcohol anualmente, lo que indica que una buena proporción de la población se excede en la ingesta de la sustancia (párr. 3).

Cabe destacar, que los organismos oficiales como la OMS, expresan preocupación por el permanente en la ingesta de alcohol en la población adolescentes y del género femenino. Se considera un fenómeno observado a través de la historia que ha acompañado a la humanidad en diferentes circunstancias asociadas a la cultura. En el caso de los adolescentes, en su deseo de explorar diversas experiencias asumen el consumo de alcohol como el más aceptado socialmente como una actividad de ocio. Sin tomar en cuenta las implicaciones legales, académicas y el deterioro de su desarrollo biológico, familiar, social y psicológico (Trujillo & Flórez, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2018) publicó que:

Anualmente ocurren por lo menos 3 millones de defunciones asociadas al consumo de alcohol, en todo el mundo, cifra que constituye el 5.3% de todas las muertes, incrementando las tasas mundiales de morbilidad en al menos 5,1%, y de las lesiones que se les suman a padecimientos ocasionados por los efectos del alcohol (párr.1).

De igual manera, se ha reportado que el uso y abuso de alcohol genera como consecuencia alteraciones mentales y del comportamiento, así como, enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones, accidentes y contusiones. Se encuentra demostrado el incremento de las probabilidades de desarrollar otras patologías al estar en contacto con el alcohol, entre ellas se encuentra la posibilidad de infestarse por el VIH, entre otras consecuencias (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Todos los datos reseñados muestran aspectos significativos relacionados con el alcohol y su uso inadecuado que lo ha llevado a ocupar una de las posiciones relevantes como problema de salud pública. Las estadísticas evidencian la cantidad astronómica de defunciones, accidentes y lesiones ocasionadas por el abuso del alcohol. Ello sin las situaciones que quedan invisibilizadas como consecuencia de los subregistros típicos de los sectores sociales y de salud.

### **1.3.1 Factores de riesgo ante el consumo de alcohol**

Generalmente el inicio de contacto con el alcohol se asocia con el período de la primera adolescencia para un elevado porcentaje de personas. Reconocido como un momento difícil como ya se ha explicado anteriormente, durante esa etapa se encuentran presentes, situaciones como la necesidad de experimentar, conocer y hacer uso de la autonomía personal (Ahumada *et al*, 2017). El consumo de alcohol inicia para gran parte de los individuos alrededor de los 15 a 17 años de edad, inicialmente como un consumo experimental, a partir de allí es posible dejar el consumo o avanzar hacia altos niveles de consumo excesivo y hacerse dependiente. Los factores de riesgo, son componentes que condicionan al adolescente a la hora de iniciar el consumo.

Se entiende que un factor es un elemento que actúa en conjunto con otros. Mientras que el riesgo se refiere a la inminencia de un daño. Es por ello, que los factores de riesgo que afectan a un individuo producen trastornos que no experimentarán las personas que se encuentran alejadas de esos factores. Como es el caso de consumo de alcohol u otras sustancias ilícitas (Pérez *et al*, 2018).

Existen diferentes factores de riesgo ante el uso y abuso del alcohol, pero en su mayoría se vinculan con aspectos personales, biológicos, familiares, psicológicos, escolares y sociales.

**Biológicos:** Son intrínsecos a la formación del organismo del joven o adolescente, están relacionados con la predisposición genética, que induce a desarrollar conductas de dependencia y adicción al alcohol. Se considera que esta atracción influye de manera importante los patrones y los resultados del consumo (Enoch, 2014).

**Personales:** Cada individuo desarrolla una personalidad la cual se encuentra conformada por el temperamento, carácter, valores y comportamientos que la hacen única e irrepetible. A estos se agregan además aspectos como la estima y el capital psicológico que logra forjar el individuo, mismo que a su vez se constituye de aspectos como la autoeficacia o capacidad de creer en las potencialidades propias, el optimismo o visión positiva de las circunstancias, la esperanza o disposición de creer y la resiliencia o actitud de sobreponerse a las circunstancias negativas obteniendo de estas los aprendizajes para continuar hacia adelante. Distintas investigaciones abogan la existencia de personalidades adictivas en las cuales algunos de los factores mencionados se encuentran lesionado o no desarrollado de forma adecuada (González & Londoño, 2017).

Otros estudios muestran entre los factores de riesgo personales para el consumo de alcohol en adolescentes elementos como la baja autoestima, necesidades insatisfechas, valores distorsionados, presencia de síntomas o cuadros depresivos, poca vinculación con elementos de espiritualidad, poca capacidad para predecir los daños hacia sí mismo, necesidad de aceptación por parte de los demás y conductas negativistas (Cho, y otros, 2020).

Familiares: Se reconoce la familia como el primer espacio social donde interactúa ser humano, allí conoce y aprende los primeros valores, principios y nociones de la vida. El grupo familiar constituye provee la base afectiva y formativa para que se establezcan los vínculos emocionales basados en los lazos de consanguinidad y amor mutuo. De igual manera, se asume la familia un contexto complejo e integrador, que ofrece a sus miembros interrelaciones de orden biológico, psicosocial y ecológico, asimismo existen normas, pautas, deberes y derechos dentro del cual existen pautas, normas, deberes y derechos que rigen la convivencia intrafamiliar.

Es por ello, que cuando aparecen la disfuncionalidad en las familias, se convierten en un factor de riesgo importante que pudiera conducir al consumo de alcohol y otras sustancias prohibidas. Este tipo de familias también pueden presentar maltrato, conflictos familiares, padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, que son comportamientos que agravan la situación de convivencia y aumentan el riesgo de iniciarse en el consumo de alcohol (Brito et al 2020).

Personales-Psicológicos: Entre estos factores generalmente aparece la baja autoestima, los trastornos de ansiedad y depresión. Son factores que corresponden con aspectos individuales del joven o adolescente y llegan a complicarse de tal manera que

son de alto riesgo para el consumo de alcohol, los problemas de comportamiento, poca autorregulación bajo autocontrol, se observa también un decaimiento de las habilidades sociales y emocionales. Aparece la negación a enfrentar conflictos y situaciones difíciles lo que acarrea inseguridad y dependencia emocional. También, es relevante considerar la edad, la salud física y mental, la presencia de altos niveles de estrés, la personalidad antisocial, poca satisfacción personal, las ideas sobre el consumo de alcohol y las creencias.

Escolares: En esta clasificación están los comportamientos inapropiados que el adolescente demuestra en el contexto escolar, demasiado tímido o agresivo en clase, dificultades en el desempeño académico, fracaso escolar, la integración a grupos desadaptados que conllevan a situaciones más complejas como la deserción de la escuela, trastornos severos de la comunicación y de relaciones con compañeros y profesores. Generalmente la escuela posee recursos limitados para solventar los conflictos que el estudiante está presentando, y pueden caer en excesos disciplinarios, discriminación y posiblemente la exclusión (Harvey & McKay, 2017).

Ambientales-sociales: Se incluyen en estos factores la flexibilidad de las normativas y leyes que favorecen el consumo y fácil acceso al alcohol. El factor económico por la precariedad de recursos, la publicidad que incita a consumir, la marginalidad y la delincuencia que favorecen espacios de tolerancia para consumir y la influencia de amigos consumidores. Brito et al ( 2020) asegura que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la decisión individual hacia la ingesta de alcohol, la incidencia de estos factores depende de la forma como se interrelacionan entre sí, de manera tal que aumenta la probabilidad de consumo de alcohol.

Los factores de riesgos asociados al consumo de alcohol se han diferenciado desde diferentes perspectivas y considerando distintos aspectos que incluyen elementos personales, familiares, biológicos, sociales y culturales. Las investigaciones muestran la influencia de todos en el desarrollo de conductas de abuso de la sustancia, lo que lleva a analizar la multicausalidad del problema, es decir, en su desarrollo suelen influir más de una condición por lo que es necesario contemplarlos desde una visión integral para una comprensión integral e integradora sobre los aspectos que subyacen a su presencia.

### **1.3.2 Factores de protección ante el consumo de alcohol**

Los factores de defensa son aquellos que pueden reducir, neutralizar o eliminar el riesgo de consumo de alcohol. Estos factores generalmente están asociados a un sistema de apoyo externo positivo, se refiere a las instituciones que están organizadas de manera de realizar acciones de acompañamiento y defensa de los jóvenes y adolescentes que estén expuestos a factores de riesgo para el consumo de alcohol. También, se considera que existe protección cuando los posibles consumidores tienen la posibilidad participar dentro de la comunidad como un miembro activo donde es aceptado y reconocido (Herrero, 2020).

De igual manera donde existen normas de restricción para acceder al alcohol, se observa un descenso en la adquisición de la sustancia, las normas culturales, las redes sociales bien orientadas pueden colaborar en mucho y actuar como factores protectores (Herrero, 2020).

En el mismo orden de ideas, hay que considerar la escuela de calidad como un poderoso factor protector, donde el adolescente se sienta con agrado, y desarrolle nexos psicosociales que lo mantengan vinculado al espacio educativo. Esta escuela debe proveer al estudiante de refuerzo y reconocimiento que le permitan desarrollar

conductas adaptativas con fortalezas que le alejen del consumo de alcohol (Hernández, 2015).

El adolescente estará más protegido cuando establezca relaciones de apego con iguales que no consumen alcohol. Se unirá a grupos proactivos dentro de la escuela y en la comunidad, de orden deportivo, recreativos o religiosas. De esta forma se crea una posición crítica que distancie al adolescente de la posibilidad de iniciarse en el consumo de alcohol. De allí, que el apoyo de las creencias, las habilidades sociales, las conductas adaptativas representan el soporte para generar espacios compartidos en positivo, apunten a la excelencia educativa el rendimiento y pongan en práctica la resiliencia (Moreno A. , 2015).

De la misma forma que existen elementos que pueden coadyuvar al desarrollo de conductas abusivas hacia el alcohol, también se han estudiado otros que pueden favorecer o proteger al individuo para no desarrollar los aspectos negativos del consumo. Dentro de estos destacan la personalidad resiliente, ejecución de actividades deportivas, religiosas, recreativas, y una escala de valores que promueve el valor de la salud y autoestima (Cho, y otros, 2020).

#### **1.4 Actitud**

El constructo actitud, representa sin lugar a dudas uno de los más polémicos en las disciplinas sociales, estudiado desde hace larga data, ubicado en literatura del siglo pasado y antes. De acuerdo con Bermúdez y Navarrete (2019), la expresión de “actitud”, puede ser comprendida como “una disposición de ánimo personal respecto hacia los eventos y situaciones” (p. 9), fue presentada en 1921 por Znaniecki (1934) (citado por Sosa, 2019) en su estudio sobre el campesinado polaco emigrado a los

Estados Unidos. El autor conceptualizó que la actitud constituye “un estado de ánimo” o un “sentimiento positivo o negativo hacia una persona u objeto” (p.18).

Según Allport (1935) (citado por Moreno J. , 2020) la actitud constituye un estado psicológico y neuronal que prepara para la posibilidad de responder, influenciado por la experiencia, subjetiva o dinámica, que se expresa mediante conductas acerca de todos los objetos y eventos con los cuales se entra en contacto (p.18).

### **1.5 Alcohol en adolescentes**

El alcohol forma parte de las drogas lícitas, socialmente aceptadas en cantidad de los países y culturas. Representa la de mayor ingesta por los adolescentes y los adultos jóvenes en Norteamérica. Las estadísticas muestran que dos de cada tres estudiantes de secundaria expresan presentar ingesta de alcohol durante toda su vida, y alrededor del veinte por ciento de los jóvenes manifiestan haber bebido en exceso durante las últimas dos semanas (Johnston et al. (2018). La elevada frecuencia de consumo en los jóvenes presenta impactos sociales importantes, incluyendo en el bajo rendimiento académico, riesgos sexuales y físicos, suicidio y muertes evitables (Morales, Cabrera, & Pérez, 2015). La introducción en el consumo temprano de alcohol se asocia con conductas adictivas (SAMHSA, 2016).

La ingesta individual de consumo de alcohol, aun cuando se realice en pequeñas dosis, representa un indicador o síntomas asociados el desarrollo de problemas con el alcohol. Los problemas surgen no solo por la cantidad, sino también por la frecuencia con que las personas consumen alcohol. El incremento en el patrón de ingesta y los niveles de alcohol en sangre ocasiona mayores dependencias, debido a la estimulación del circuito de las adicciones a nivel neuronal (Carpenter, Trela, Lane, Wood, &

Piasecki, 2017), y ocasiona deficiencias comportamentales más acentuadas indistintamente de la cantidad de bebida.

De acuerdo con su propensión a comportamientos riesgosos, el abuso de alcohol es frecuente en la población joven (Johnston et al. 2018). El uso excesivo de alcohol, definido como la ingesta que resulta en elevados niveles de alcohol en sangre de .080g% en un período de 2 horas (Williams & V, 2015), es un caso especial de tasa de consumo acelerado, con un tiempo específico y umbrales de intoxicación. Aunque la prevalencia del abuso de alcohol entre los jóvenes respalda la afirmación de que son propensos a beber a tasas más rápidas, la investigación existente es de naturaleza epidemiológica y se limita a este caso especial. Esto deja una brecha significativa en nuestra comprensión de los patrones de consumo de alcohol dentro de un episodio entre pares (González & Londoño, 2017).

Más allá de la importancia de caracterizar la tasa de consumo en los jóvenes, existe la necesidad de comprender qué factores a nivel personal o situacionales están asociados con la tasa de consumo. Si la tasa de consumo es significativa, entonces debería ser elevada en personas y contextos asociados con el riesgo relacionado con el alcohol. Un factor potencial a nivel de la persona son las conductas adictivas. La investigación que utiliza la evaluación ecológica momentánea sugiere que los adultos con abuso de consumo de alcohol o baja tolerancia al alcohol beben más rápido que las comparaciones sin consumo excesivo o con mayor sensibilidad. Estos hallazgos sugieren que una alta tasa de consumo puede representar una posible instauración del síndrome de tolerancia en la vida diaria. Es decir, si bien el consumo es necesario para el desarrollo de abuso de alcohol, el desarrollo de abuso del consumo puede, en un proceso recursivo, influir de manera similar en la conducta de beber. Es necesario

realizar investigaciones que examinen cómo se expresa el consumo excesivo en el comportamiento (Capñuto, 2020).

Un factor situacional potencial asociado con la tasa de consumo de alcohol es la presencia de compañeros. El consumo de alcohol entre los jóvenes a menudo ocurre alrededor de sus compañeros, y la influencia del grupo de pares es uno de los principales predictores del consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes. Por lo tanto, es posible que los jóvenes beban más rápido en presencia de sus compañeros que cuando están solos. Sin embargo, ningún trabajo previo ha examinado la asociación de pares y la tasa de consumo (Cho, y otros, 2020).

Por lo antes expuesto, existe evidencia argumentada de que los niveles de consumo representan un indicador importante de la ingesta de alcohol. Lo que se ve respaldado, adicionalmente, por la evidencia de que las estrategias conductuales protectoras destinadas a ralentizar o espaciar las bebidas disminuyen el riesgo de consecuencias negativas del consumo de alcohol. A pesar de los hallazgos, pocos estudios han analizado la tasa de consumo durante la adolescencia y la adultez joven. Esta es una brecha importante porque los jóvenes están programados social y neurológicamente para asumir riesgos, lo que puede hacerlos propensos a consumir alcohol a un ritmo acelerado y experimentar las consecuencias del mismo. Además, debido a su tamaño a menudo más pequeño, los adolescentes pueden experimentar aumentos más pronunciados en los niveles de alcohol en sangre que los adultos que reciben cantidades similares de alcohol (Perez, Rodriguez, & Báez, 2018).

### **1.5.1 Teorías explicativas del consumo de alcohol en adolescentes**

Existen diferentes explicaciones del origen del desarrollo de las conductas adictivas hacia el consumo de alcohol, en adolescentes. Caputo (2020) plantea la

existencia de al menos tres modelos diferentes para explicar el consumo de alcohol en adolescentes, los cuales se corresponden con la teoría de la acción razonada, del comportamiento planificado y el modelo de disposición de prototipo.

Con respecto a la teoría de la acción razonada, representa un modelo en el cual se relacionan las actitudes, conducta, convicciones, presión grupal e intenciones. Fue ideada por Fishbein (1994) (citado por Campos, Cesar, Palacios, Anaya, & Ramírez, 2019) , mediante la cual se intenta predecir la conducta de las personas. Desde este planteamiento se concibe que las actitudes individuales se sustentan en las actitudes individuales, de allí que las conductas se asocian a las descripciones de las actitudes, en las cuales influyen los elementos afectivos, conductuales y cognitivos.

Por su parte la teoría del comportamiento razonado, surgió a partir de la de la acción razonada e incluye cinco variables como la actitud o valoración subjetiva que se posee sobre las conductas; las normas subjetivas, el locus de control, control del comportamiento, Todas como variables intervinientes en la conducta de las personas. La teoría resultó ser más asertiva en la predicción del comportamiento humano.

La teoría del comportamiento planificado se ha utilizado como un modelo explicativo de los bloqueos inducidos por el alcohol entre los estudiantes. Entendiéndolos como períodos de tiempo en los que las personas continúan funcionando y participando en su entorno social, pero no lo recuerdan como resultado de consumir grandes cantidades de alcohol (DiBello, Beth, Merrill, & Carey, 2020).

Los factores sociales cognitivos planteados dentro de la teoría del comportamiento planificado, como las normas percibidas y las actitudes personales hacia el consumo de alcohol, son predictores fiables del consumo de alcohol y problemas relacionados Los análisis prospectivos proporcionaron un apoyo parcial para la TPB, y solo las actitudes e intenciones demostraron asociaciones prospectivas con la

frecuencia real de apagones. Dada la asociación particularmente fuerte entre las actitudes de apagón y la frecuencia de los apagones, las actitudes pueden representar un objetivo importante y novedoso para los esfuerzos de prevención e intervención (DiBello, Beth, Merrill, & Carey, 2020).

### **1.5.2 Actitud de los adolescentes ante el consumo de alcohol y la depresión**

La adolescencia se encuentra asociada a la manifestación de conductas de riesgo, cambios personales, biológicos y psicológicos. Es por ello que el consumo de alcohol se ha evaluado con un mayor riesgo de presencia en esta población. Durante la última década, el alcohol y cannabis se convirtieron en las sustancias más consumidas por los adolescentes en comparación con el tabaco en los Estados Unidos (Miech, Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2016). La prevalencia por consumo de alcohol entre los jóvenes se ha incrementado según un estudio nacional realizado en Norteamérica (Grant, y otros, 2015). Los problemas de alcohol y otras drogas regularmente coexisten con diversas formas de psicopatología, incluida la depresión (Schuler, Vasilenko, & Lanza, 2015).

La depresión puede llevar al uso de sustancias como estrategia para mitigar el afecto angustiante (Pedrelli, Shapero, Archibald, & Dale, 2016). De hecho, muchos consumidores intensivos de alcohol y cannabis expresan que lo consumen como estrategia de afrontamiento. Por ejemplo, algunos estudios como el efectuado por Erikson et al. (2020) documentan que la depresión está asociada con un uso y abuso de sustancias en los adolescentes; otros no muestran asociación; otros que examinan el alcohol y el cannabis muestran asociaciones con el alcohol, pero no con el cannabis; y otros han encontrado que a pesar de las asociaciones positivas transversales entre la

depresión concurrente y el uso de sustancias, los síntomas depresivos en la adolescencia predicen aumentos más lentos en el consumo de alcohol y sustancias.

De acuerdo a una investigación desarrollada por Pedrelli et al. (2016) evaluaron la asociación entre el trastorno depresivo mayor y el consumo excesivo de alcohol en estudiantes universitarios. En la población estudiada encontraron que los estudiantes con el diagnóstico del trastorno depresivo evidenciaron niveles más elevados de alcohol en sangre, principalmente las mujeres.

De igual forma, una investigación realizada por Wang et al. (2018) desarrollaron uno de los primeros estudios correlacionales sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con la prevalencia del trastorno depresivo mayor, en jóvenes de menos de 18 años. Los resultados evidenciaron que el sexo, la raza, estado civil, nivel de ingresos, educación, y condición de salud general se encontraban asociados al evento depresivo. Los resultados mostraron que el consumo de las drogas lícitas e ilícitas evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas con la presencia de depresión.

En la misma línea de trabajo Moreno et al. (2013) realizaron una investigación para evaluar la asociación entre la depresión en el trastorno bipolar versus trastorno depresivo mayor: resultados de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas. Los datos se obtuvieron de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (2001-2002), una encuesta presencial representativa a nivel nacional de más de 43.000 adultos en los Estados Unidos, incluidos 5,695 sujetos con depresión mayor de por vida.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los síntomas depresivos, antecedentes psiquiátricos familiares, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de alcohol y drogas y trastornos de la personalidad fueron más frecuentes entre los sujetos

con diagnóstico bipolar, seguidos por los diagnosticados por los bipolares II y los depresivos mayores (Moreno, y otros, 2013).

Rhew et al. (2017) estudiaron la relación existente entre la depresión y el uso de sustancias en adolescentes, debido a las imprecisiones del fenómeno. Para ello valoraron los efectos de la depresión de forma acumulada en adolescentes y su relación con el consumo de cannabis y alcohol. Los datos obtenidos permitieron identificar la presencia de depresión crónica durante la adolescencia, manifestando mayor riesgo de desarrollar cuadros de abuso de sustancias. Los jóvenes con niveles más elevados de depresión con la presencia de larga data de este cuadro, evidenciaron el desarrollo de consumo de sustancias en comparación con quienes experimentaban menor síntomas depresivos.

### **1.5.3 Actitud frente al alcohol en estudiantes de bachillerato**

Las actitudes de los estudiantes hacia el consumo de alcohol han sido investigadas por diversos estudios realizados, en los cuales se ha expuesto que los estudiantes manifiestan actitudes positivas hacia la ingesta de esta sustancia que, además, incrementa su consumo en los jóvenes. Expresan que los apoya ejercer momentos gratos, disminuye las tensiones diarias y les ocasiona placer (Zorrilla, 2021).

De acuerdo a una investigación realizada por Telumbre, et al. (2017) intentando determinar las actitudes hacia el consumo de alcohol en estudiantes de enfermería se evidenció la presencia de actitudes favorecedoras de dicha conducta, debido a la apreciación de los jóvenes de aspectos beneficiosos de dicho comportamiento sobre su estado de ánimo, disminución de los factores estresantes e incentivo de la capacidad de disfrute.

Considerando una investigación efectuada por Betancourt et al. (2016) se identificó que un elevado porcentaje de estudiantes reportó haber ingerido alcohol, durante todos los años de bachillerato. El orden de prevalencia localizó a Ecuador en segundo lugar, después de Colombia y seguido de Perú. Situación que evidencia la manifestación de una especie de cultura etílica en la población estudiantil, caracterizada por un incremento en la intensidad, frecuencia y disminución de los rangos de edad a los cuales se inicia y mantiene la ingesta, siendo el grupo más abocado a la ejecución de dicha conducta, quienes se localizan entre los 17 a 25 años de edad.

## **Capítulo 2**

### **Metodología**

#### **2.1 Objetivos de la Investigación**

##### **2.1.1 Objetivo General.**

Identificar la actitud que toman los jóvenes frente al consumo de alcohol y depresión del bachillerato en la Unidad Educativa Cumbe.

##### **2.1.2 Objetivos Específicos.**

- Evaluar el consumo de alcohol de los participantes teniendo en cuenta prevalencia, edad de inicio, frecuencia de uso, motivos de uso y contexto de consumo.
- Diagnosticar la depresión en adolescentes y determinar los índices de prevalencia de la misma.
- Establecer la actitud predominante en los jóvenes consumidores.
- Determinar la actitud frente al consumo de alcohol y la depresión y variables sociodemográficas en adolescentes.
- Socializar los datos obtenidos con respecto a la actitud que toman los jóvenes frente al consumo de alcohol y depresión del bachillerato en la Unidad Educativa Cumbe.

#### **2.2 Tipo de Estudio**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal dado que se utilizó la recolección de datos, para establecer patrones de relación en las variables de la población.

#### **2.3 Población**

La Unidad Educativa Cumbe, es una institución educativa fiscal, ubicada en la parroquia Cumbe, perteneciente al cantón Cuenca, entre las calles Luis Fermín y Jorge

Zeas, cuenta con educación básica y bachillerato, dividido en dos especialidades contabilidad y electromecánica automotriz. La presente investigación se realizó sobre un Población de 317 alumnos, pertenecientes al bachillerato, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

### **2.3.1 Criterios de Inclusión**

- Pertenezcan a la sección matutina.
- Tengan firmado el consentimiento informado por parte de su tutor/a legal.
- Se encuentren legalmente matriculados.
- Han consumido al menos una vez alcohol.

### **2.3.2 Criterios de Exclusión**

- Pertenezcan al ciclo básico.
- No tengan el consentimiento informado por su tutor/a legal.
- Nunca hayan consumido alcohol.
- Que no desee ser partícipe del estudio.

## **2.4 Muestreo**

Para la selección de la muestra se realiza un proceso no probabilístico por conveniencia, para dar un total de  $n=175$  personas, 76 mujeres y 99 hombres, en edades distribuidas entre 14 y 20 años.

## **2.5 Instrumentos**

La recolección de datos se realizó a través de la ficha sociodemográfica y la aplicación de 3 reactivos psicológicos (BDI-II, AUDIT, ACTICOL-92)

### **2.5.1 Ficha Sociodemográfica**

Se obtuvieron datos como, la edad, año en curso, con qué persona viven, quienes en su entorno consumen, tiempo de consumo, en caso de que no haya consumido se descartara al participante. (Ver Anexo 3)

### **2.5.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

**Autores:** Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996), con la Adaptación española de Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (1999)

Es una escala que se compone de 21 ítems distribuidos de la siguiente manera: los quince primeros, se refieren a síntomas psicológicos-cognitivos. Los seis restantes, se refieren a síntomas somáticos-vegetativos. Cada ítem consta de 4 afirmaciones que marcan la intensidad de un síntoma. La suma total varía en un rango de 0 a 63 y el nivel de depresión se valora según la puntuación obtenida, mínima (0-10), leve (11-18), moderada (19-29) y grave (30-63). Identifica y mide la gravedad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos a partir de los 13 años. Su tiempo de aplicación oscila entre los 10 minutos. El Alfa de Cronbach es de 0,878 (Ver Anexo 4)

### **2.5.3 Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)**

**Autores:** Babor, T., Saunders, J., Higgins-Biddle, J., y Monteiro, M (2001).

Consta de 10 ítems, ubicados estratégicamente con tres dominios diferentes. De los ítems 1-3, Consumo de riesgo de alcohol, para lo cual, el primero es un ítem de filtro, que nos permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el test, en el segundo ítem, en un escalamiento de cinco valores numéricos (1 o 2, 3 o 4, 5 o 6, 7-8 o 9, 10 o más), y el tercer ítem, en un escalamiento de cinco valores categoriales (Nunca, Menos de una vez al mes, Mensualmente, Semanalmente, A diario o casi a

diario). De los ítems 4-6, Síntomas de Dependencia, en un escalamiento de cinco valores categoriales. De los ítems 7-10, Consumo perjudicial de alcohol, que, en los ítems 7 y 8, un escalamiento de cinco valores categoriales, y en los ítems 9 y 10, una escala de tres valores categoriales (No, Sí, pero no en el curso del último año, Si, en el último año). El tiempo de aplicación oscila entre los 2 a 4 minutos, la población de aplicación es en adolescentes y adultos. El rango de la suma total va de 0 a 40, en donde de 0-7 indica un riesgo bajo, de 8-15 riesgo medio, de 16-19 riesgo medio y de 20 a 40 posible adicción. El Alfa de Cronbach es de 0,802. (Ver Anexo 5)

#### **2.5.4 Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92)**

**Autores:** Pons y Berjano (1999)

Esta escala fue diseñada para medir las actitudes hacia el consumo de alcohol de los adolescentes. evalúa las percepciones y creencias de adolescentes y jóvenes respecto a la percepción de desajuste de la conducta de abuso, permisividad hacia el consumo habitual de alcohol, las consecuencias negativas derivadas del consumo, la facilitación social o creencia de que el alcohol es vehículo de socialización y las creencias sobre que el consumo de alcohol reduce la tensión o estrés. La escala está estructurada por cinco subescalas: I) Actitud Preventiva, la cual fue evaluada por los reactivos 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 31 y 32; II) Actitud Permisiva evaluada por los reactivos 1, 6, 9, 14, 20 y 27; III) Consecuencias Negativas evaluadas con los reactivos 4, 5, 8, 10, 12 y 13; IV) Facilitación Social la cual se evaluó con los reactivos 3, 7, 11, 16 y 29; y por ultimo V) Actitud Evasiva evaluada por los reactivos 2, 15, 26 y 30. Alpha de Cronbach de 0.84 (Ver Anexo 6).

## 2.6 Procedimiento

1. Se presentó la solicitud en la Unidad Educativa Cumbe, con el objetivo de que se permita la socialización y aplicación de los test. Posteriormente se recibió un oficio de aprobación.
2. Debido a la emergencia sanitaria, causada por el Covid-19, la explicación de las actividades se las realizaron por la plataforma Zoom.
3. Se envió a los correos de los 317 estudiantes del bachillerato los consentimientos informados para cada uno de ellos y sus representantes.
4. La ficha sociodemográfica, se envió a los correos, y tras filtrar a los estudiantes, mediante los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 175 estudiantes, con los cuales se trabajó posteriormente los test.
5. A los 175 estudiantes se les pidió contestar las 3 escalas (BDI-II, AUDIT, ACTICOL-92), esta aplicación duro alrededor de 30 días. Para poder realizar la aplicación, se solicitó a los alumnos conectarse a una sala diferente, y de esta manera poder resolver las dudas que iban surgiendo, durante el desarrollo de los test.
6. Posteriormente, los datos obtenidos fueron procesado en Excel y el programa SPSS, mediante el cual se pudo obtener las variables de correlación y los gráficos.
7. Finalmente, tras obtener los resultados, estos fueron socializados en 3 grupos con los estudiantes, docentes y representantes que pudieron conectarse a la plataforma Zoom.

## Capítulo 3

### Resultados

#### 3.1 Análisis e Interpretación de los Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, donde primero se exponen en tablas y gráficos los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra evaluada, y finalmente, los resultados de las pruebas Chi Cuadrado de Pearson y Correlación de Spearman Brown.

#### 3.2 Resultados Descriptivos

Se presentan las siguientes tablas con los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas cuantitativas nominales.

**Gráfico 1** Figura circular de las frecuencias de la variable Sexo

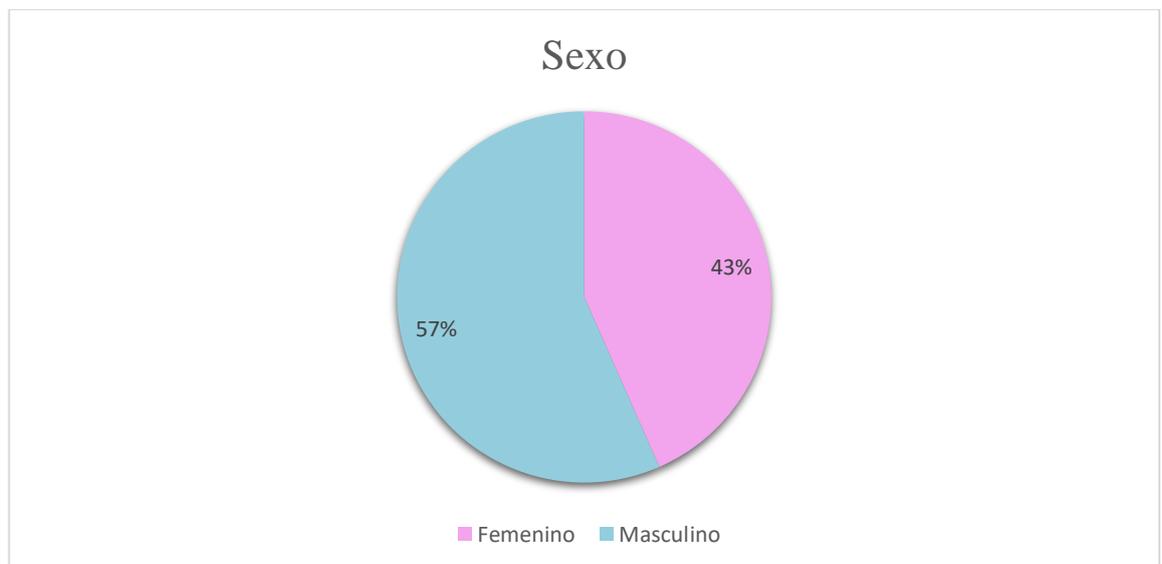


Gráfico 1 de la variable Sexo, donde se encuentran 76 mujeres, presentando el 43.4% de la muestra y 99 hombres, lo que conlleva el 56.6%, dando un total de 175 personas en la presente investigación, con distribución homogénea en cuanto al sexo.

**Tabla 1 Frecuencias de la Variable Curso**

	Frecuencia	Porcentaje
1a Contabilidad	11	6,3
1b Contabilidad	11	6,3
1a Electromecánica	13	7,4
1b Electromecánica	19	10,9
2a Contabilidad	12	6,9
2b Contabilidad	13	7,4
2a Electromecánica	14	8,0
2b Electromecánica	14	8,0
3a Contabilidad	20	11,4
3b Contabilidad	19	10,9
3a Electromecánica	15	8,6
3b Electromecánica	14	8,0
Total	175	100

La tabla sobre la distribución de la muestra en cuanto a curso, es evidencia de la homogeneidad en la cantidad de participantes, teniendo un mínimo de 11 personas y como máximo 20 personas en cada curso evaluado.

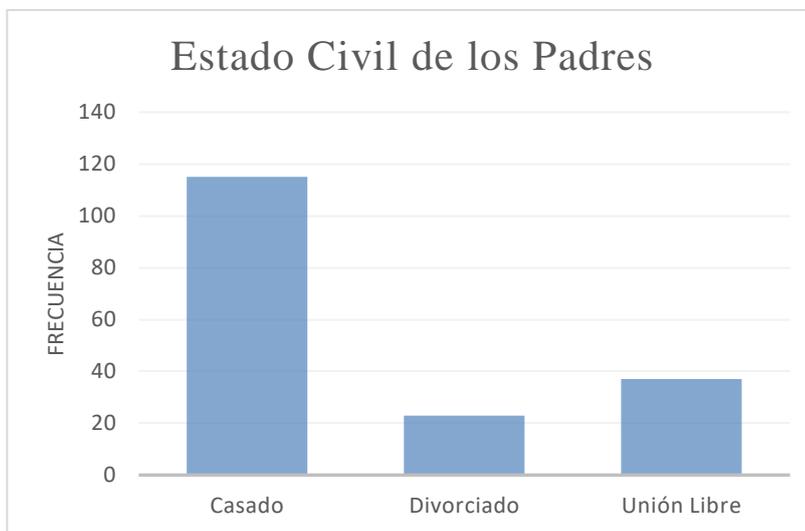
**Tabla 2 Frecuencias de la variable Edad**

	Frecuencia	Porcentaje
14	4	2,3
15	30	17,1
16	48	27,4
17	51	29,1

18	38	21,7
19	3	1,7
20	1	0,6
Total	175	100

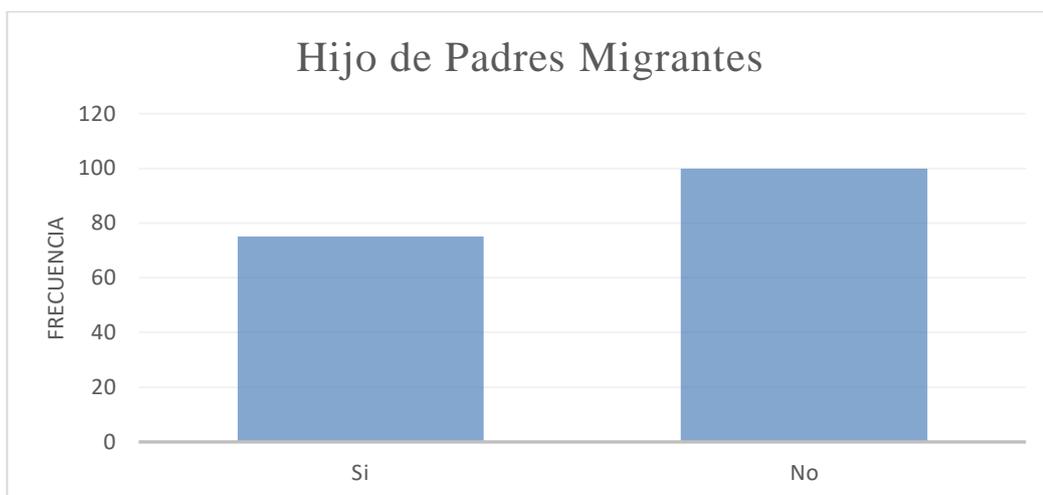
La tabla de frecuencias por edad muestra una distribución de edad entre 14 y 20 años, con  $M=16.58$  y  $SD=1.15$ .

**Gráfico 2.** Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable estado civil de los padres.



El estado civil de los padres de las personas evaluadas muestra un número dominante de 115 participantes con padres casados, lo que equivale al 65.7%. 23 tienen padres divorciados equivalente al 13.1 % y 37 padres en unión libre, lo que corresponde al 21.1%.

**Gráfico 3.** Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable hijos de padres migrantes.



En el gráfico de hijos migrantes se observa un grupo homogéneo, ya que 75 de los participantes presentan padres migrantes siendo esto un 42.9% de la muestra y 100 de los participantes no presentan padres migrante siendo esto un 57.1%.

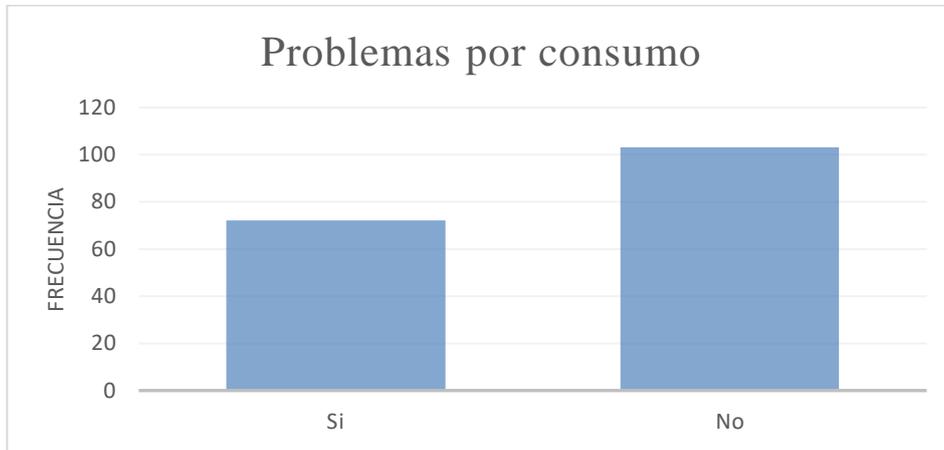
**Tabla 3.** Frecuencias de la Variable Alguien que consuma Alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
Padre	54	30,9
Madre	8	4,6
Pareja de padre o madre	4	2,3
Hermanos	22	12,6
Abuelos	24	13,7
Tíos	19	10,9
Nadie	44	25,1
Total	175	100

En la tabla 3, se puede observar una frecuencia dominante en cuanto a qué familiar consume alcohol, siendo el padre con 54 casos, representando un 30.9% de

la muestra total, seguido de los abuelos con 24 casos, 13.7%, lo que podría ser indicador de un posible patrón generacional, que se podría abordar en otra investigación.

**Gráfico 4.** Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable problemas por consumo de alcohol



De toda la muestra 72 personas han presentado problemas por consumo de alcohol, lo que es un 41.1% de la muestra total y 103 no han presentado problemas por consumo de alcohol siendo un 58.9%.

**Tabla 4.** Frecuencias de la Variable Tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	16,6
No	43	24,6
No contesta	103	58,9
Total	175	100

En la tabla 4 se puede observar que 29 personas han sido parte de un tratamiento por consumo y que omiten responder un total de 103 participantes.

**Gráfico 5.** Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable



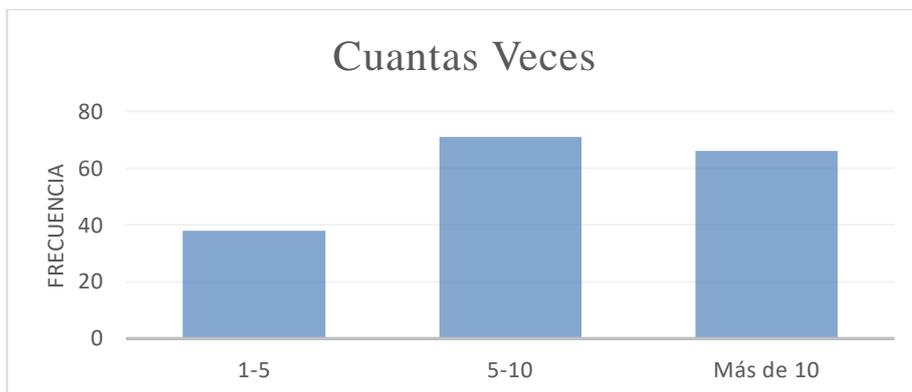
El gráfico 5 muestra que la gran mayoría de personas se consideran sociables, 163 personas de 175, siendo un 93.1% de la muestra.

**Tabla 5.** Frecuencias de la Variable Ha consumido

	Frecuencia	Porcentaje
Si	175	100,0
Total	175	100

La tabla 5, muestra un resultado bastante llamativo, ya que, la totalidad de los participantes responde de manera afirmativa al haber consumido alcohol.

**Gráfico 6.** Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable



La frecuencia de consumo observada en la gráfico 6, muestra que la mayoría presenta consumo de 5-10 con un total de 71 personas, 40.6%, seguido por 66 participantes que respondieron más de 10, lo que representa el 37.7% de la muestra.

**Tabla 6.** Frecuencias de la Variable Edad de Inicio

	Frecuencia	Porcentaje
13	5	2,9
14	61	34,9
15	68	38,9
16	33	18,9
17	8	4,6
Total	175	100,0

La edad de inicio de consumo, tiene como mínimo 13 años y un máximo de 17 años, obteniendo una  $M=14.84$  y  $SD=0.90$ , con más detalle de frecuencias y porcentajes en edad en la tabla 6.

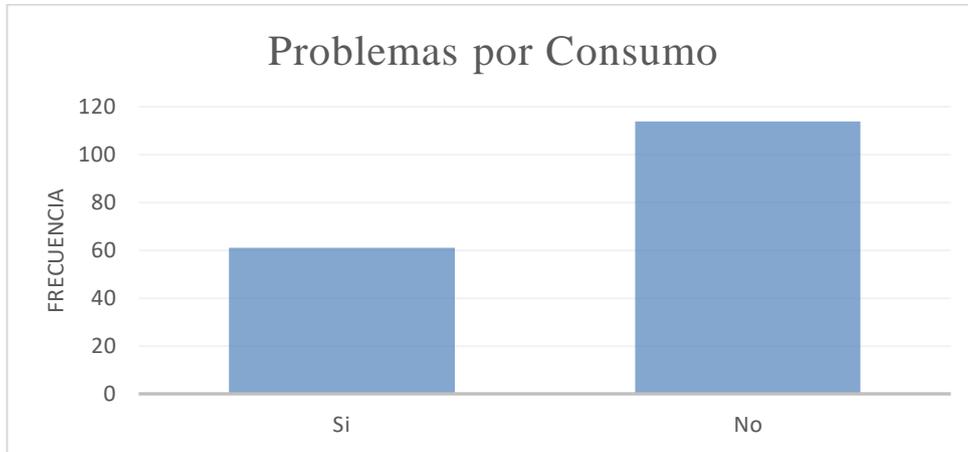
**Tabla 7.** Frecuencias de la Variable Motivo de Inicio

	Frecuencia	Porcentaje
Curiosidad	82	46,9
Presión de los amigos	58	33,1
Presión Familiar	8	4,6
Otro	27	15,4
Total	175	100

El motivo por el cual han decidido los participantes consumir por primera vez alcohol ha sido en su mayoría por curiosidad con el 46.9% (82) y por presión de

amigos un 33.1%(58), otros motivos en un 15,4%(27) y un 4,6% (8) por presión familiar.

**Gráfico 7.** Gráfico de Barras de las frecuencias en la variable



En cuanto al consumo en el gráfico 7 se evidencia que la mayoría responden de manera negativa en un 65.1%(114) frente a un 34.9% (61)

**Tabla 8.** Frecuencias de la Variable Internado

	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	1,1
No	173	98,9
Total	175	100

De la muestra de 175 personas, 2 se han encontrado en un internamiento por consumo de alcohol.

### 3.3 Análisis descriptivo: Resultados de los tests

En este apartado se encuentran las tablas de frecuencias y porcentajes de los resultados cuantitativos de los tests que se han tomado a los participantes.

**Tabla 9.** Frecuencias del Test BDI-II

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Mínima	81	46,3
Depresión Leve	66	37,7
Depresión Moderada	28	16,0
Total	175	100

Los resultados del índice de depresión de Beck (BDI-II) muestran una mayoría en depresión mínima con una frecuencia de 81 y un porcentaje del 46.3%. Depresión leve 66 y 37.7%. Depresión moderada baja hasta 28 y 16%. Cabe señalar que no se presentan personas con depresión grave.

**Tabla 10.** Frecuencias del Test AUDIT

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo Bajo	82	46,9
Riesgo Medio	81	46,3
Riesgo Alto	11	6,3
Probable Adicción	1	0,6
Total	175	100

Los resultados del test AUDIT sobre problemas de consumo de alcohol son los siguientes, mayor frecuencia en los diagnósticos menos graves, disminuyendo el número a medida que la gravedad aumenta, hasta tener una sola persona con probable adicción, evidenciable en la tabla 10.

**Tabla 11.** Frecuencias del Test Acticol-92

	Frecuencia	Porcentaje
Actitud Preventiva	25	14,3
Actitud Permisiva	34	19,4
Consecuencias Negativas	34	19,4
Facilitación Social	51	29,1
Actitud Evasiva	31	17,7
Total	175	100

El test Acticol-92 presenta resultados en las actitudes frente al consumo de alcohol, en la muestra evaluada se obtienen puntajes mayores en facilitación social con una frecuencia de 51 y un porcentaje de 29.1%, el puntaje mínimo se obtuvo en actitud preventiva con un 14.3% y una frecuencia de 25 personas.

### 3.4 Resultados del análisis $\chi^2$ (Chi-Cuadrado)

**Tabla 12.** Tablas Cruzadas con Frecuencias y Porcentajes entre AUDIT y Acticol-92

		Acticol-92					
		Actitud Preventiva	Actitud Permisiva	Consecuencias Negativas	Facilitación Social	Actitud Evasiva	
AUDIT	Riesgo Bajo	Ri	20	15	29	16	2
		%	24,4%	18,3%	35,4%	19,5%	2,4%
	Riesgo Medio	Ri	5	18	5	33	20
		%	6,2%	22,5%	6,2%	40,7%	24,4%
		%		2%			,7%
	Riesgo Alto	Ri	0	1	0	2	8
		%	0,0%	9,1%	0,0%	18,2%	72,7%
		%		%		%	,7%
	Probable Adicción	Pr	0	0	0	0	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
		%		%			0,0%

To	25	34	34	51	31
tal					
%	14,	19,	19,4%	29,1	17
	3%	4%		%	,7%

**Tabla 13.** Resultados de la prueba  $\chi^2$  entre AUDIT y Acticol-92

	$\chi^2$	df	p
Chi-cuadrado de Pearson	75,59	12	,000

Se obtiene un estadístico  $\chi^2=75.599$ , con 12 grados de libertad, asociado a un valor  $p = .000 < 0.05$ , por lo tanto se concluye que existe evidencia de relación estadísticamente significativa entre las categorías del tests AUDIT y Acticol-92.

**Tabla 14.** Tablas Cruzadas con Frecuencias y Porcentajes entre AUDIT y BDI-II

		BDI-II			
		Depresión	Depresi	Depresión	
		Mínima	ón Leve	Moderada	
AUDIT	A	Riesgo	40	30	12
	Bajo	%	48,8%	36,6%	14,6%
		Riesgo	37	30	14
	Medio	%	45,7%	37,0%	17,3%
		Riesgo	3	6	2
	Alto				

	%	27,3%	54,5%	18,2%
	Probable	1	0	0
Adicción				
	%	100,0%	0,0%	0,0%
	Total	81	66	28
	%	46,3%	37,7%	16,0%

**Tabla 15.** Resultados de la prueba  $\chi^2$  entre AUDIT y Acticol-92

	$\chi^2$	df	p
Chi-cuadrado de Pearson	3,212	6	,782

a

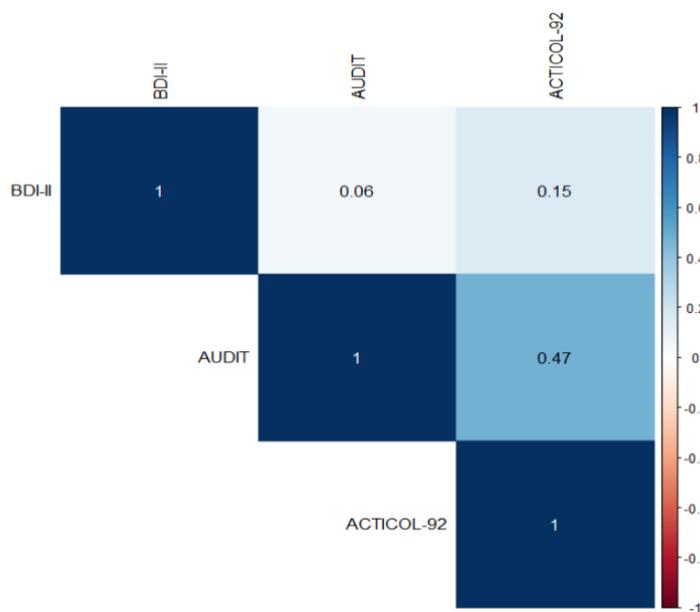
Se obtiene un estadístico  $\chi^2=3.212$ , con 6 grados de libertad, asociado a un valor  $p = .782 > 0.05$ , por lo tanto se concluye que no existe evidencia de una relación estadísticamente significativa entre las categorías del tests AUDIT y BDI-II, que también se puede observar en la tabla 15.

### 3.5 Resultados del análisis Correlación Spearman Brown

En la matriz de correlaciones mediante el método de Spearman Brown, se obtienen resultados estadísticamente significativos en la relación positiva entre los tests AUDIT y Acticol con un valor  $p < 0.01$ ; y entre BDI y Acticol-92 con un valor  $p < 0.05$ .

Se descarta una correlación entre depresión (BDI-II) y consumo de alcohol (AUDIT)

**Gráfico 8.** Corplot generado en RStudio, muestra el coeficiente de correlación Spearman Brown entre los tests BDI-II, AUDIT y Acticol-92



## Capítulo 4

### Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

#### 4.1 Discusión

Esta investigación se propuso indagar, el tipo de actitud hacia el consumo de alcohol predominante en personas que hayan consumido bebidas embriagantes; y la relación entre las dimensiones de actitud, depresión y consumo de alcohol. A continuación se contrasta los resultados obtenidos con otras investigaciones.

Respecto a la edad de inicio de consumo tiene como mínimo 13 años y como máximo 17 años, el mayor porcentaje, 38,9%, corresponde a la edad de 15 años. En cuanto a la frecuencia de consumo, el 40,6% lo ha realizado de 5-10 veces, un 37,7% más de 10 veces y el 21,7% de 1-5 veces. En referencia a la razón por la cual decidieron ingerir bebidas alcohólicas por primera vez, el 46,9% lo adjudica a la curiosidad, el 33,1% a la presión por parte de los amigos, el 15,4% a otros eventos y el 4,6% a la presión por parte de algún miembro de su familia.

Por otra parte, los resultados obtenidos, indican que el tipo de actitud que sobresale, es la correspondiente a la subescala facilitación social con 29,1%, seguida de actitud permisiva y consecuencias negativas con un 19,4% cada una de ellas, resultados opuestos a los logrados por Telumbre, et al. (2017), en donde prevalece la actitud evasiva sobre las otras. Betancourt et al. (2016) manifiesta que el consumo de alcohol en estudiantes de bachillerato, ha incrementado en los últimos años, y que este consumo va a la par, con el consumo de otras sustancias, generando un mayor desarrollo de actitudes que aportan a un mayor consumo de las mismas, si bien en el presente estudio no se trabajó con otro tipo de sustancias, es importante resaltar que existe un alto porcentaje de actitudes negativas.

Tanto en los estudios mencionados en el párrafo anterior, como en la actual investigación, se hace evidente la relación que existe entre el consumo de alcohol y las actitudes hacia el consumo. A mayor ingesta de bebidas embriagantes, se hacen más evidentes las actitudes negativas, que si bien por naturaleza, los adolescentes son arriesgados, al estar bajo estos efectos, los riesgos se intensifican.

En cuanto a las variables consumo de alcohol y depresión, dentro del presente estudio, los resultados arrojan que no existe una relación. Rhew et al. (2017) tras su estudio determinaron que no existe una relación evidente entre la depresión y el consumo de alcohol, pero que al relacionar la depresión crónica y el abuso de sustancias, como la cannabis, los resultados reflejan una relación, ellos llegaron a la conclusión que el estado anímico influye en la cantidad y forma de consumo de estas sustancias.

De igual forma, Wang et al. (2018) con su estudio demostraron estadísticamente, que existe una relación entre la depresión y el consumo de alcohol, adicionalmente encontraron una asociación ente el evento depresivo y los datos sociodemográficos de los participantes. Pedrelli et al. (2016) tras su investigación, determinaron que un mayor grado de depresión, se evidenciaba un mayor rastro de alcohol en la sangre, especialmente en las mujeres. Erikson et al. (2020) manifiestan, que si bien los resultados no son muy precisos, la depresión en los adolescentes predice un aumento del consumo de alcohol y sustancias, de forma lenta.

Finalmente Pedrelli, Shapero, Archibald, & Dale (2016) asocian el consumo de sustancias como una forma de calmar los síntomas depresivos, los utilizan como un mecanismo de evacion a los problemas emocionales que enfrentan.

## 4.2 Conclusiones

A partir del análisis de resultados obtenidos, se puede llegar a una serie de conclusiones:

-El 56.6% de participantes corresponden a el sexo masculino mientras que el 43.4% corresponde al sexo femenino. La edad de inicio de consumo oscila entre los 13 años a 17 años ( $M=14.84$  y  $SD=0.90$ ), siendo la edad de 15 (38,9%) años el mayor porcentaje.

-El 40,6% de adolescentes ha consumido alcohol de entre 5-10 veces, mientras que el 37,7% lo ha hecho más de 10 veces y el 21.7% de 1-5 veces. Además, la principal razón por la que injirieron bebidas embriagantes por primera vez fue por curiosidad (46.9%), seguido por la presión de los amigos (33.1%).

-Con respecto a la variable depresión, el 46.3% corresponde a depresión mínima, el 37.7% a depresión leve y el 16% a depresión moderada, manifestando así que este no es un factor para que se dé el consumo de alcohol.

-En referencia al riesgo de consumo de alcohol, existe una mayor frecuencia a diagnósticos menos graves, siendo un solo participante, el que se ubique en probable adicción.

-La subescala facilitación social (29.1%), abarca la mayor cantidad de participantes seguida de actitud permisiva (19,4%), y consecuencias negativas (19,4%), actitud evasiva (17.7%) y finalmente actitud preventiva (14,3%). Este resultado, se debe quizá al hecho, de que aún se encuentran desarrollándose tanto física, como emocional y mentalmente.

-Tras el análisis de los resultados, se pudo determinar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la depresión. Pero en

cambio, existe relación estadísticamente significativa entre las variables consumo de alcohol y actitud ante el consumo de alcohol.

### **4.3 Recomendaciones**

-Trabajar de manera más profunda en estrategias de prevención, dado que fue la subescala con el menor puntaje, dando a entender, que es escasa la cultura de prevención en los participantes.

-Diseñar un programa psicoeducativo, con información acerca del consumo de alcohol y la depresión, si bien las cifras no son alarmantes es importante, trabajar con toda la población.

-Finalmente, se debería realizar un estudio a profundidad con todo el establecimiento, para obtener resultados más claros y precisos.

## Referencias Bibliográficas

- Ahumada, J., Gámez, M., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Ávila, A. (2020). El Psicoanálisis Relacional y la Teoría del Apego. *Clínica e Investigación Relacional*, 14(1), 45-61. doi:-  
<http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2020.140102>
- Bermúdez, M., Navarrete, & Ignacio. (2019). Actitudes de los maestros ante la inclusión de alumnos con discapacidad. *Ciencias Psicológicas*, 14(1), 1 - 10. doi:DOI: 10.22235/cp.v14i1.2107
- Betancourt, Sonia, Tacán, L., & Cordba, E. (2016). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Universidad y Salud*, 19(1), 37-50. doi:DOI:  
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.67>
- Brito, C., Mendoza, C., & Suárez, A. (2020). Manifestaciones de la dinámica familiar en factores de riesgo sociocultural que inciden en el consumo de alcohol en jóvenes de 12 a 18 años en tiempos de Covid 19. *Revista Boletín Repide*, 9(7), 203-210. Retrieved from <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1032/937>
- Cabanillas, W. (2020). Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 37(1), 148-54. Retrieved from <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n1/148-154/es>
- Campos, Cesar, Palacios, J., Anaya, M., & Ramírez, V. (2019). Los factores de la teoría de la conducta planeada relacionados con el patrón de consumo de bebidas endulzadas en jóvenes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 319-327. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300319>
- Capñuto, A. (2020). Comparing Theoretical Models for the Understanding of Health-Risk Behaviour: Towards an Integrative Model of Adolescent Alcohol Consumption. *Eusopes Journal of Psychology*, 16(3), 418-436. doi:Doi: 10.5964/ejop.v16i3.2213.
- Carpenter, R., Trela, ., Lane, S., Wood, P., & Piasecki, T. y. (2017). Tasa elevada de consumo de alcohol en pacientes con trastorno límite de la personalidad en la vida diaria . *Psicofarmacología*, 3395–3406(234), 3395–3406.

- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión:hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Cho, S., Su, Junni, Chun, S., Bucholz, K., Chan, G., . . . Ktamer, J. y. (2020). Positive and Negative Reinforcement are Differentially Associated with Alcohol Consumption as a Function of Alcohol Dependence. *Psychology Addict Behavioral*, 33(1), 58-68. doi:Doi: 10.1037/adb0000436
- Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud. (2011). *Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública. Retrieved from <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/>
- Cruzblanca, Humberto, Lupercio, P., Collas, J., & Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47-58. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252016000100047](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047)
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of psychiatric*(27), 101-111. doi:DOI: 10.1016/j.ajp.2017.01.025
- DiBello, A., Beth, M., Merrill, J., & Carey, K. (2020). A Test of the Theory of Planned Behavior in the Prediction of Alcohol-Induced Blackout Intention and Frequency. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 44(1), 225-232. doi:Doi: 10.1111/acer.14232.
- Enoch, M. (2014). Influencias genéticas en el desarrollo del alcoholismo. *IS*(11), 412-420. doi:Doi: 10.1007 / s11920-013-0412-1
- Erickson, E., Grantham, E., & Warden, A. y. (2020). Señalización neuroinmune en el trastorno por consumo de alcohol. *Pharmacol Biochem Behav*, 177, 34-60. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6946054/>
- Foley, J., & Weinraub, M. (2017). Sueño, afecto y competencia social desde el preescolar hasta la preadolescencia: caminos distintos hacia la adaptación emocional y social para niños y niñas. *Frontiers of psychology*(8), 711-721. doi:Doi: 10.3389 / fpsyg.2017.00711. eCollection 2017.
- González, K., & Londoño, C. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana. *Psicología y Salud*, 27(2), 141-

153. Obtenido de  
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/factoresconsumoMarihuana.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/factoresconsumoMarihuana.pdf)
- Grant, B., Goldstein, R., Saha, T., Chou, S., Jung, J., & H, Z. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. doi:DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584
- Güilgüiruca, M., Quiñones, M., & Zúñiga, C. (2020). Demandas laborales y consumo de alcohol:el rol del grupo de trabajo. *Cuadernos de Salud Pública*, 36(10), 1-13. doi:10.1590/0102-311X00128419
- Guillén, G., Contreras, C., & Barrientos, C. (2018). Polimorfismos del gen SLC6A4 del transportador SERT en individuos con suicidio consumado. *Revista Mexicana de Medicina Forense*, 3(1), 27-39. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2018/mmf181d.pdf>
- Harvey, S., & McKay, M. (2017). Perspectives on future consequences: Results from a qualitative adolescent alcohol use and consideration of study. *Child Care in Practice*, 23(1), 104-200. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/13575279.2015.1126230>
- Hernández, R. y. (2015). *Algunas Estrategias Para trabajar en el aula. España : Fundamentos del currículo*. España: Fundamentos del currículo. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/fce-unisalle/20170117011106/Estrategias.pdf>
- Herrero, M. (2020). *Promoción de factores de protección en pacientes externados con adicciones*. Córdoba: Universidad Siglo 21. Retrieved from <repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/18659>
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, vol. 5, núm. 1, 109-121.
- Johnston, L., Miech, R., O'Malley, P., Bachman, J., Schulenberg, J., & Patrick, M. (2018). *Resultados de la encuesta nacional de seguimiento del futuro sobre el consumo de drogas, 1975–2017: descripción general , hallazgos clave sobre el consumo de drogas en los adolescentes*. Ginebra: Naciones Unidas. Obtenido de

<https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Toolkit%20Module%203%20SPANISH.pdf>

- León, M., Garrido, M., Senín, C., Perona, S., Gilbert, P., & Rodríguez, J. (2020). Evaluación de las experiencias vitales tempranas: la escala ELES y su uso clínico. *Anales de Psicología*, 35(2), 195-203.  
doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.304501>
- Lira, D., & Custodio, N. (2018). Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(1), 20-29. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972018000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100004)
- Martínez, O., Martínez, O., & Betancout, Y. (2019). Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 483-495. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000200483](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200483)
- Miech, R., Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., & Schulenberg, J. (2016). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2015*. Michigan: Institute for Social Research, University of Michigan. Obtenido de [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Monitoring+the+Future+National+Survey+Results+on+Drug+Use,+1975%E2%80%932015&author=RA+Miech&author=LD+Johnston&author=PM+O%E2%80%99Malley&author=JD+Bachman&author=JE+Schulenberg&publication\\_year=2016&](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Monitoring+the+Future+National+Survey+Results+on+Drug+Use,+1975%E2%80%932015&author=RA+Miech&author=LD+Johnston&author=PM+O%E2%80%99Malley&author=JD+Bachman&author=JE+Schulenberg&publication_year=2016&)
- Morales, F., Cabrera, M., & Pérez, C. y. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Ciudad Nezahualcóyotl. Frecuencia y características sociales, 2015. *VERTIENTES. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 18(1), 8-15. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2015/vre151b.pdf>
- Moreno, A. (2015). *La Adolescencia*. Barcelona: Editorial UOC. Obtenido de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/110987/7/La%20adolescencia%20CAST.pdf>
- Moreno, C., Hasin, D., Arango, C., Oquendo, M., Vieta, E., Liu, . . . Grant, B. y. (2013). Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*, 14(3), 271-282. doi:Doi: 10.1111/j.1399-5618.2012.01009.x

- Moreno, J. (2020). *Gordon Willard Allport : vigencia de un testimonio y un aporte a la psicología y la cultura humanista cristiana*. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina. Obtenido de <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10836>
- Muneer, A., & Mazommil, R. (2018). La estadificación de los principales trastornos del estado de ánimo: correlaciones clínicas y neurobiológicas. *Investigación en psiquiatría*, 15(8), 747–758. doi:Doi: 10.30773 / pi.2018.05.26
- Oken, B., Chamine, Irina, & Wakeland, W. (2015). A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behavioural brain research*, 1(282), 144-154. doi:Doi: 10.1016/j.bbr.2014.12.047. Epub 2014 Dec 27.
- OMS. (30 de Enero de 2020). *Depresión Datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (07 de Abril de 2021). *Desarrollo en la adolescencia*. Obtenido de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018, Septiembre 21). *OMS*. Retrieved from Alcohol Datos y cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *OPS*. Retrieved from Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1200:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud&Itemid=360](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1200:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud&Itemid=360)
- Orgilés, Mireia, Samper, Dolores, Fernández, I., & Espada, J. (2017). Depresión en preadolescentes españoles:diferencias en función de variables familiares. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(2), 129-134. Obtenido de [www.revistapcna.com](http://www.revistapcna.com)
- Otero, O., Zabarain, S., & Fernández, M. (2017). Estilos de apego, comunicación y confianza entre padres y jóvenes universitarios de la Guajira- Colombia. *Katharsis*(24), 119-137. Obtenido de <https://Dialnet-EstilosDeApegoComunicacionYConfianzaEntrePadresYJo-6134475.pdf>
- Pedreli, P., Borsari, B., Ketchen, S., & Heinze, J. y. (2016). Gender Differences in the Relationships Among Major Depressive Disorder, Heavy Alcohol Use, and Mental Health Treatment Engagement Among College Students. *Journal of*

- Studies on alcohol and drugs*, 77(4), 620-628. doi:Doi: 10.15288/jsad.2016.77.620
- Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., & Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Current Addiction Reports*, 3(1), 91–97. doi:DOI: 10.1007/s40429-016-0084-0
- Penner, S., & Binder, E. (2019). Epigenetics and depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 21(4), 397-405. doi:Doi: 10.31887/DCNS.2019.21.4/ebinder.
- Perez, D., Rodriguez, S., & Báez, A. (2018). Factores relacionados con el uso excesivo del alcohol. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 15(2), 157 - 170. Retrieved from <http://oaji.net/articles/2017/2335-1539099597.pdf>
- Rachdaoui, N., & Sarkar, D. (2016). Efectos del alcohol en el sistema endocrino. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 42(3), 593–615. doi:Doi: 10.1016/j.ecl.2013.05.008
- Rhew, I., Fleming, Charles, Stoep, A., Nicodimos, S., & Zheng, C. y. (2017). Examination of cumulative effects of early adolescent depression on cannabis and alcohol use disorder in late adolescence in a community-based cohort. *Addiction*, 112(11), 1952-1960. doi:doi: 10.1111/add.13907
- SAMHSA. (2016). *Resultados de la Encuesta Nacional de 2015 sobre el Uso de Drogas y la Salud: Hallazgos Nacionales*. Rockville: SAMHSA.
- Schuler, M., Vasilenko, S., & Lanza, S. (2015). Age-varying associations between substance use behaviors and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 157, 75–82. doi:DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.10.005
- Sosa, A. (2019). La inducción analítica como método sociológico desde una perspectiva histórica. *Cinta de moebio*(64), 11-30. doi:Doi: 10.4067/S0717-554X2019000100011
- Telumbre, J., Esparza, S., & Alonso, B. y. (2017). Actitudes hacia el consumo de alcohol y consumo de alcohol en estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo*, 19(2), 69-81. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.ahca>
- Trujillo, Á., & Flórez, I. (2013). Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su Percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al Uso de

- Sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*, 2, 41-57. Retrieved from 20257-Article%20Text-173280-1-10-20130719.pdf
- Vázquez, F., Otero, P., & Blanco, V. (2019). *Guía de intervención de la depresión*. Madrid: Síntesis, S. A. Obtenido de <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491713845.pdf>
- Wang, K., Liu, Y., Ouedrago, Y., Wang, N., Xie, X., Xu, C., & Luo, X. (2018). Principal component analysis of early alcohol, drug and tobacco use with major depressive disorder in US adults. *Journal Psychiatric Research*, 100, 113- 120. doi:Doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.022
- Williams, J., & V, S. (2015). Trastornos del espectro alcohólico fetal. *Pediatría*, 136(5), e1395-1406. doi:DOI: 10.1542 / peds.2015-3113
- Wu, Yin, Sang, Z., Chi, X., & Margraf, J. (2020). La relación entre la resiliencia y la salud mental en estudiantes universitarios chinos: un análisis longitudinal cruzado. *Frontiers, in psychology*(11), 108. doi:Doi: 10.3389 / fpsyg.2020.00108
- Zorrilla, J. (21 de Mayo de 2021). Actitud frente al alcohol. (J. Pérez, Entrevistador)

## **Anexos**

### **Anexo 1. Solicitud a la Rectora.**

Cuenca, 26 de febrero del 2021

Master.

Anita Amoroso Mora

RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "CUMBE"

De mi consideración:

La Coordinación de la carrera de Psicología Clínica, solicita a su autoridad el permiso correspondiente para que la estudiante Gina Godoy con el número de cedula 0106511025 pueda realizar su trabajo de titulación "Actitud frente al consumo de alcohol y depresión en adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Cumbe", misma que será dirigida por el Magister Sebastián Herrera.

Seguros de contar con su apoyo agradecemos su atención.

Atentamente,



Mg. Sebastián Herrera Puente

Coordinador de Carrera



Sra. Gina Godoy

Estudiante de la Universidad del Azuay

**Anexo 2. Autorización de la Rectora**

**UNIDAD EDUCATIVA  
“CUMBE”**



Cumbe, 09 de marzo del 2021

Ing. Anita Amoro Mora  
**RECTORA DE LA UNIDAD EDUCATIVA “CUMBE”**

Por medio de la presente me sirvo informarle a usted, que Unidad Educativa “Cumbe” autoriza a la Sr. Gina Godoy con CI: 0106511025, a realizar su trabajo de titulación “Actitud frente al consumo de alcohol y depresión en adolescentes del bachillerato de la Unidad Educativa Cumbe”

Atentamente



Ing. Anita Amoroso Mora

Rectora

CI: 0101871010

Anexo 3. **Ficha Sociodemográfica**

Nombre: _____	Edad: _____				
Dirección: _____	Sexo:				
Fecha de Nacimiento: __ / __ / __	Curso: _____				
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Hombre</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Mujer</td> </tr> </table>			Hombre		Mujer
	Hombre		Mujer		

**Datos Familiares**

1. ¿Cuántas personas viven en tu hogar? (Incluyéndote a ti) \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el estado civil de tus padres?
  - Casados
  - Divorciados
  - Unión Libre
3. ¿Eres hijo de padres migrantes?
  - Si
  - No
4. ¿Quiénes viven contigo?
  - Padre
  - Madre
  - Pareja de padre o madre
  - Hermanos
  - Abuelos
  - Otra (por favor, especifique) \_\_\_\_\_
5. Con respecto a la vivienda de tu familia...
  - Propia
  - Arrendada

## Ficha Sociodemográfica

Herencia

Prestada

6. ¿Existen personas que consuman alcohol en tu familia?

Si

No

Especifica quien: \_\_\_\_\_

7. ¿El consumo de alcohol ha generado problemas en tu familia?

Si

No

Especifica que problemas: \_\_\_\_\_

8. ¿Han recibido algún tipo de tratamiento? (contestar solo en caso de haber marcado si, el literal 7)

Si

No

Especifica el tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

### Relaciones Interpersonales

9. ¿Te consideras una persona sociable?

Si

No

10. ¿Has consumido alguna vez bebidas alcohólicas?

Si

No

11. ¿Cuántas veces?

\_\_\_\_\_



**Ficha Sociodemográfica**

12. ¿A qué edad ingeriste por primera vez alcohol?

\_\_\_\_\_

13. ¿Cuál fue el motivo de su primer consumo?

Curiosidad

Presión de los amigos

Presión familiar

Otra (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

14. ¿La frecuencia del consumo te ha generado problemas?

Si

No

Especifica que tipo: \_\_\_\_\_

15. ¿Por esta razón te han internado?

Si

No

Cuantas veces: \_\_\_\_\_

**Gracias**

**Anexo 4:** Inventario de Depresión de Beck BDI – II

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

**Nombre:**..... **Estado Civil:**.....  
**Edad:**..... **Sexo:**..... **Ocupación:**.....  
**Educación:**..... **Fecha:**.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Disconformidad con uno mismo.**

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

### **8. Autocrítica**

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

### **11 Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o

haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

hacer.

hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

## Anexo 5: AUDIT

### TEST AUDIT

<b>1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</b>	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
<b>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</b>	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. De 7 a 9 3. Diez a más
<b>3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?</b>	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
<b>4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</b>	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
<b>5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</b>	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
<b>6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</b>	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
<b>7. ¿con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</b>	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
<b>8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</b>	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
<b>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado heridos porque usted había bebido?</b>	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año

	4.Sí, el último año
<b>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le dan sugerido que deje de beber?</b>	0. No 2.Sí, pero no en el curso del último año 4.Sí, el último año

## Anexo 6: ACTICOL-92

### Escala de Actitudes hacia el Consumo de Alcohol (ACTICOL-92)

A continuación, encontrarás una serie de oraciones. Te pedimos que des tu opinión sobre cada una de ellas, rodeando con un círculo el número que mejor exprese tu forma de pensar:

4. Significa que estás totalmente de acuerdo (**TA**) con lo que dice la oración
3. Significa que estás bastante de acuerdo (**BA**) con lo que dice la oración
2. Significa que estás bastante en desacuerdo (**BD**) con lo que dice la oración
1. Significa que estás totalmente en desacuerdo (**TD**) con lo que dice la oración.

Lee cada oración con mucha atención y contesta lo que a ti te parezca más apropiado de acuerdo a tu forma de pensar. No dejes ninguna oración sin contestar. Recuerda que aquí no existen respuestas correctas ni incorrectas. **DEBES EXPRESAR TUS PROPIAS OPINIONES. Recuerda que toda la información es confidencial.**

	A	A	D	D
1 Es muy agradable tomar una copa o una cerveza con los amigos				
2 Si te conviertes en alcohólico, con un poco de voluntad puedes dejarlo				
3 Los y las jóvenes que beben alcohol, son más atractivos(as) para sus amigos(as)				
4 Ser alcohólico es tan malo como ser adicto a drogas ilícitas (cocaína, marihuana, heroína)				
5 El alcohol perjudica más que beneficia				
6 Es normal que un joven tome alcohol con sus amigos para pasárselo bien				
7 Bebiendo alcohol se “liga” más				
8 Es bueno esforzarse por beber menos				
9 Cuando uno está ebrio (borracho, tomado) se divierte más				
10 El alcohol tiene más cosas malas que buenas para la salud				
11 Bebiendo alcohol se hacen más amigos(as)				
12 El alcohol es la perdición para muchas personas				
13 El alcohol es una droga				
14 Lo atractivo del fin de semana está en la embriaguez(borrachera)				
15 Si se bebe sólo un poco, se conduce mejor que si no se bebe nada				
16 Beber alcohol demuestra que eres más maduro(a)				
17 Los padres deberían dar buen ejemplo, no bebiendo delante de sus hijos				
18 ¿Debería de hacerse más controles de				

operativos antialcohol con los conductores de vehículos?				
19 Los profesores deben recomendar a sus alumnos/as que no consuman bebidas alcohólicas				
20 Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas				
21 No se debería anunciar las bebidas alcohólicas por televisión				
22 Las personas que beben alcohol habitualmente, traen muchos problemas a la sociedad				
23 Los(as) jóvenes que beben mucho alcohol, suelen tener problemas familiares o personales				
24 Beber alcohol es una forma de tirar el dinero				
25 Deberían retirar la licencia de conducir a las personas que beben mucho				
26 El alcohol ayuda a solucionar los propios problemas				
27 Beber ciertas marcas de bebidas alcohólicas te hace sentir superior a los demás				
28 Se debería prohibir terminantemente la venta de alcohol a menores de 18 años				
29 Si no bebes, tus amigos(as) te rechazan				
30 El alcohol es útil para evadirse de los problemas cotidianos				
31 Si hubiera mejores relaciones en las familias, la juventud bebería menos alcohol				
32 Las autoridades de salud (sanitarias) deberían preocuparse por prevenir el abuso de alcohol entre los jóvenes				

**Repasa, por favor, si te ha quedado alguna oración sin contestar.**

**Recuerda:**

- 4. Totalmente de acuerdo (TA)
- 3. Bastante de acuerdo (BA)
- 2. Bastante en desacuerdo (BD)
- 1. Totalmente en desacuerdo (TD)

## Anexo 7. Consentimiento Informado

Yo,....., portador de la cédula de ciudadanía número ....., en mi calidad de representante legal del menor ..... estudiante de la Unidad Educativa Cumbe, he leído este formulario de consentimiento y he discutido ampliamente con la investigadora los procedimientos descritos anteriormente. Entiendo que a mi representado se le realizará la aplicación de tres test psicológicos. Entiendo que los beneficios de la investigación que se realizará, serán para la comunidad y sociedad, y que la información proporcionada se mantendrá en absoluta reserva y confidencialidad, y que será utilizada exclusivamente con fines académicos e investigativos. Dejo expresa constancia que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre todos los aspectos de la investigación, las mismas que han sido contestadas a mi entera satisfacción en términos claros, sencillos y de fácil entendimiento. Declaro que se me ha proporcionado la información, teléfonos de contacto y dirección de los investigadores a quienes podré contactar en cualquier momento, en caso de surgir alguna duda o pregunta, las mismas que serán contestadas verbalmente, o, si yo deseo, con un documento escrito. Comprendo que se me informará de cualquier nuevo hallazgo que se desarrolle durante el transcurso de esta investigación. Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirar del estudio a mi representado en cualquier momento, sin que esto genere derecho de indemnización para cualquiera de las partes. Comprendo que, si mi representado se enferma o lastima como consecuencia de la participación en esta investigación, se le proveerá de cuidados médicos. Entiendo que los gastos en los que se incurra durante la investigación serán asumidos por el investigador. En virtud de lo anterior declaro que: he leído la información proporcionada; se me ha informado ampliamente del estudio antes mencionado, con sus riesgos y beneficios; se han absuelto a mi entera satisfacción todas las preguntas que he realizado; y, que la identidad, historia clínica y los datos relacionados con el estudio de investigación se mantendrán bajo absoluta confidencialidad, excepto en los casos determinados por la Ley, por lo que consiento voluntariamente que mi representado participe en esta investigación en calidad de participante, pudiendo retirarse de ésta en cualquier momento sin que esto genere indemnizaciones de tipo alguno para cualquiera de las partes.

Nombre del Participante: .....  
Institución a la que pertenece:  
.....  
Nombre del representante legal: .....  
Cédula de ciudadanía: .....

Firma del Representante legal:

Fecha: Cuenca, (día)..... de (mes)..... de(año).....