

2016

Relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes Daniel Jaimes García



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

Relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes

Presenta

Lic. Daniel Jaimes García

Santiago de Querétaro, Qro. Junio 2016



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Enfermería
 Maestría en Ciencias de Enfermería

Relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes

TESIS

Que como parte de los requerimientos para obtener el grado de
 Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Daniel Jaimes García

Dirigido por:

Dra. Alicia Álvarez Aguirre

SINODALES

Dra. Alicia Álvarez Aguirre
 Presidente

M.C.E Mercedes Sánchez Perales
 Secretario

DRA. Ma. Antonieta Mendoza Ayala
 Vocal

DR. Alberto Juárez Lira
 Suplente

Dra. Luz del Rosario Muñoz Alonso
 Suplente

M.C.E Ma. Guadalupe-Perea Ortiz

Director de la Facultad

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña

Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
 Querétaro, Qro.
 Junio, 2016.
 México

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la relación entre el consumo de alcohol, autoestima y asertividad en adolescentes de la Unidad Académica de Enfermería N.-2 de la Ciudad de Acapulco Gro. **METODOLOGIA:** Estudio de corte transversal descriptivo correlacional, participaron 271 estudiantes por muestreo tipo censo. Para recabar la información se utilizaron una cédula de datos sociodemográficos y prevalencia de alcohol, la escala de autoestima de Rosenberg y el cuestionario de asertividad de Lazarus y Folkman. En el análisis de la información se obtuvo estadística descriptiva e inferencial y se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. **RESULTADOS:** De los participantes 56.8% fueron mujeres, la edad osciló entre 14 y 24 años, 71.6% vivían con sus padres, 15.9% además de estudiar trabajan. Respecto al consumo de alcohol 55% ha consumido alcohol alguna vez en su vida y 48.7% en el último año, la edad de inicio de consumo de alcohol fue a los 14 años, los lugares donde consumen con mayor frecuencia fueron en fiestas (40.2%) y hogar (22.15%) además 37.6% consumen con amigos y 11.1% con familiares. En relación a la autoestima 25.3% de las mujeres y 32.3% de los hombres tuvieron autoestima alta. Referente a la asertividad se encontró una menor asertividad en relaciones interpersonales vinculadas a creencias peyorativas en el contexto social y mayor asertividad en conductas personales prosociales, asimismo en la respuesta a determinadas situaciones sociales se observó un predominio mayor de asertividad en conductas defensivas frente a conductas evasivas. Acerca de la relación entre las variables asertividad, autoestima y consumo de alcohol no fue significativa, no obstante se encontró relación entre autoestima y asertividad ($r_s=.318$; $p>0.01$) y se identificó relación entre las variables de consumo de alcohol alguna vez en la vida con el consumo del último año ($r_s=.968$; $p<0.01$), último mes ($r_s=.929$; $p<0.01$) y última semana ($r_s=.960$; $p<0.01$). **CONCLUSIONES:** Los resultados muestran que a mayor autoestima mayor asertividad y que quienes consumen alcohol alguna vez en la vida lo continúan haciendo en el último año, mes y semana, información base para establecer estrategias preventivas para adolescentes.

PALABRAS CLAVES: alcohol, autoestima, asertividad y adolescencia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The purpose of this study is to analyze the relationship between alcohol consumption, self-esteem, and assertion in teenagers at the Nursing Academic Unit Number 2 in Acapulco City, Gro. **METHOD:** Correlation cross-sectional descriptive study, 271 students participating in a census sampling. Socio-demographic data card and alcohol prevalence, Rosenberg self-esteem scale and Lazarus and Folkman's Assertiveness Test were used in order to collect the information. Data analysis was through descriptive statistics and inferential subject to general provisions of the Regulation of the General Health Law related to research for health. **RESULTS:** 56.8% of participants were women, the mean age ranged between 14 and 24 years of age, 71.6% lived with their parents, 15.9% study and work. In the matter of alcohol 55% have consumed alcohol at least once in their lifetime and 48.7% during the last year; the age of onset of alcohol consumption was 14 years, places where they consume with more frequency were parties (40.2%) and home (22.15%), also 37.6% do it with friends and 11.1% with members of the family. In the matter of self-esteem 25.3% of women and 32.3% of men showed high self-esteem. About assertiveness, a lower assertiveness related to interpersonal relationships linked to disparaging beliefs in the social context was found, and higher assertiveness in pro-social personal conducts. Also, in the response to specific social situations a higher predominance of assertiveness in defensive conducts against evasive conducts was observed. About the relationship between assertiveness, self-esteem and alcohol consumption variables, it was not significant, but a relationship between self-esteem and assertiveness was found ($r_s=.318$; $p>0.01$), and a relationship between variables alcohol consumption once in their lifetime and consumption during the last year was found ($r_s=.968$; $p<0.01$), last month ($r_s=.929$; $p<0.01$) and last week ($r_s=.960$; $p<0.01$). **CONCLUSIONS:** Results show that the higher the self-esteem, the higher assertiveness, and that those who consume alcohol once in their lifetime keep doing it in the last year, month, and week; basic information to establish preventing strategies for teenagers.

KEY WORDS: alcohol, self-esteem, assertiveness and adolescence.

DEDICATORIAS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Madre Chanita por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada por creer en mí.

A mi padre Manuel en memoria de su perseverancia y constancia que lo caracterizaron, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi familia Julieta, Carlos, Miriam, Martin, América y Luciano por su cariño, apoyo, paciencia, y comprensión en todo momento de mi vida. Por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr.

A mis sobrinos Yuriko, Viviana, Grecia, Colombia, Johan y Jair por su apoyo y enseñanzas.

A los más pequeños de la Familia por sus sonrisas tan valiosas en momentos de incertidumbre.

A mis amigos por su apoyo y paciencia en cada momento.

A mi Directora de tesis, maestra y amiga Alicia por su dedicación, comprensión y entusiasmo, así como a mis revisores por su tiempo y dedicación en mi trabajo de tesis.

A todos aquellos familiares y amigos por el apoyo incondicional y la confianza que han puesto en mí, por compartir los buenos y malos momentos y por enseñarme a ser humilde ante todo, gracias Carmelita por tu apoyo en mi profesión como enfermero.

AGRADECIMIENTOS

A las Autoridades y Profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro por haberme abierto las puertas y por las facilidades que me ofreció para alcanzar mi meta.

A las Autoridades, Profesores y Alumnos de la Institución Educativa participante en el estudio que siempre me recibieron con atención, disponibilidad y que me permitieron realizar la Investigación.

A mi Directora de tesis Dra. Alicia Álvarez Aguirre por su invaluable paciencia, orientación y apoyo en la realización de este trabajo. Por compartir conmigo su experiencia y sabiduría.

A las Autoridades, Docentes, Administrativos y Estudiantes de la U. A. de Enfermería N.-2 por las facilidades prestadas para la Realización de este trabajo de Investigación.

Al jurado por su orientación en el desarrollo del presente trabajo.

A todos ellos de corazón mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de Cuadros	vi
I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Hipótesis	6
II REVISIÓN DE LITERATURA	7
2.1 Adolescencia	7
2.2 Consumo de Alcohol	9
2.3 Factores Protectores	11
2.4 Estudios Relacionados	16
III METODOLOGÍA	19
3.1 Tipo de Estudio	19
3.2 Universo y Muestra	19
3.3 Material y Métodos	19
3.4 Análisis Estadístico	21
3.5 Ética de Estudio	21
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	35
Referencias Bibliográficas	37
Anexos	44

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Confiabilidad de los instrumentos	24
4.2	Características sociodemográficas y escolares: variables categóricas	25
4.3	Consumo de alcohol en los adolescentes	26
4.4	Con quien consume alcohol	27
4.5	Nivel de autoestima del participante	28
4.6	Características de la autoestima del participante por genero	29
4.7	Característica de la autoestima	30
4.8	Porcentaje de respuestas asertivas y no asertivas a cada reactivo	32
4.9	Correlaciones entre los índices de las variables autoestima, asertividad y consumo de alcohol	34

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad (PEMEX, 2013). En este sentido la adolescencia ofrece oportunidades para el crecimiento, no solo en las dimensiones físicas si no también competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima e intimidad.

Sin embargo este periodo también conlleva riesgos, por la misma inestabilidad emocional, desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañinas autodestructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga (Offer, Kaiz, Ostrov, y Albert, 2002; Offer, Offer y Ostrov, 2004; Offer y Schornert-Reichl, 1992; Pemex, 2013; Horroks, 2012).

En este sentido algunos factores de riesgo que pueden orillar a refugiarse en el alcohol a los adolescentes que no tiene capacidad para enfrentarse a los problemas de su edad, pueden incluir un temperamento difícil; deficiente control de impulsos y tendencia a buscar emociones (que quizá tenga un origen bioquímico); influencias familiares (como una predisposición genética para el alcoholismo, uso de aceptación de las drogas entre los padres o hermanos, practicas deficientes o inconsistentes de crianza infantil, conflictos familiares y relaciones problemática o distantes con la familia); problemas conductuales tempranos y persistentes en particular agresión; fracaso académico y falta de compromiso con la educación; rechazo de los pares; asociación con usuarios de drogas; alineación y rebeldía; actitudes favorables hacia el uso de drogas e inicio temprano del uso de las drogas (Papalia, Wendkos, Duskin, 2009; Martínez et al., 2013).

Por otra parte en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones se hace mención de los factores

protectores, que son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo. Dos de estos factores son el autoestima y aserción, el primer se refiere a la valoración positiva o negativa que la persona hace de sí misma, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y de autoaceptación (Álvarez, 2011) y el segundo a la habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones, intenciones, posturas, creencias y pensamientos, a través de conducta verbal y no verbal, en el momento y lugar oportuno, de forma pertinente y sin negar los derechos de los demás (Rathus, 1979).

Los hallazgos en torno a la relación entre autoestima y consumo de alcohol son más consistentes cuando se analiza la autoestima desde un enfoque multidimensional. Una autoestima baja en el contexto familiar y escolar, y una autoestima alta en el contexto de relación con iguales, se asocian con un mayor consumo en adolescentes (Romero, Luengo y Otero López, 1995; Jiménez, 2011) y actúan como variables mediadoras de la influencia del funcionamiento familiar sobre el consumo (Jimenez, Musitu y Murgui, 2008). Karatzias, Power y Swanson (referido por Rodríguez y Caño, 2012) encuentran que una baja autoestima en el contexto familiar predice conductas de experimentación de alcohol y drogas, y una alta autoestima en el contexto de relación con iguales predice la experimentación con drogas y un abuso continuado de alcohol.

Londoño, et al, (2008) Entre los múltiples factores se ha establecido que las creencias y expectativas sobre los efectos del alcohol, la existencia de balances de decisión positivos, la tentación, la autoeficacia en el control del consumo persisten, a pesar de la asertividad y la capacidad para resistir la presión de grupo pues algunas preguntas al respecto aún no han sido resueltas de forma concluyente. En algunos estudios se ha evidenciado una clara asociación entre el nivel de asertividad de la persona y el nivel de consumo y entre la capacidad para resistir la presión de grupo y el nivel de consumo (Villareal-González, Sánchez-Sosa, Musito y Varela, 2010; Unal, Hisar, Gorgulu, 2012; Velázquez, Arellanes, Martínez, 2012; Unal, 2012), Sin embargo, los resultados obtenidos en estudios con población latinoamericana parecen ir en oposición (Suelves & Sánchez-Turet, 2001; Londoño, 2007). Por tal razón, es importante llevar a cabo estudios que permitan mejorar la comprensión de estas variables desplegadas en el intercambio social

del joven, y determinar su papel en la forma en que éste logra oponerse a la cultura del consumo cada vez más fuerte en las universidades e instituciones de educación superior.

1.1 Planteamiento del Problema

Hoy en día, en México residen 20.2 millones de personas entre 15 y 24 años de edad y representan la quinta parte de la población total. Entre ellos, la mitad (10.4 millones) son adolescentes y el resto son adultos jóvenes (9.8 millones) y se proyecta alcanzar en 2030, un valor cercano a 16.4 millones (13.6% de la población total) (CONAPO, 2010; INEGI, 2010).

En particular, la mortalidad y morbilidad de los jóvenes en México se caracteriza por sus bajos niveles de mortalidad y se encuentra en un momento de plenitud física, las tendencias en su perfil epidemiológico son preocupantes, tanto por el carácter prevenible de varias de sus causas de muerte como por las consecuencias que pueden tener en su estado de salud presente y futuro en ciertas prácticas de consumo y estilo de vida (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2010).

Los actuales estilos de vida delimitan una tendencia creciente de dos problemáticas fundamentales en la salud de los jóvenes: por un lado, el sobre peso y la obesidad, y, por el otro, el consumo de alcohol y tabaco. Poco más de un joven por cada diez declara haber consumido tabaco especialmente los hombres y adultos jóvenes y el consumo de este, tanto en su frecuencia como en su cantidad, aumenta a medida que se incrementa la edad. Por su parte, cerca de dos de cada diez jóvenes declaran consumir alcohol nuevamente, en particular hombres y adultos jóvenes. La edad media al consumo de ambos productos ronda los 20 años de edad, lo cual muestra la relación entre uno y otro (CONAPO, 2010).

El consumo diario sigue siendo muy poco frecuente en México, solamente el 0.8% de la población reporto beber alcohol con esta frecuencia; esta baja prevalencia se ha mantenido a partir de las primeras encuestas realizadas en nuestro país. El consumo de altas cantidades por ocasión de consumo, es en cambio el patrón más reportado con una tercera parte de la población y si mantuvo sin cambios de 2008 a 2011. Poco más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportan haber tenido al menos un episodio de

alto consumo. En los hombres hay un aumento en la proporción que reporto este patrón de consumo (45% en 2008 y 47.2% en 2011), en las mujeres adultas es un fenómeno estable y menos frecuente (20%). También lo reportaron 17% de los hombres y 11% las mujeres adolescentes, con una diferencia menor entre hombres y mujeres (una por cada 15 hombres) que la que se observa en población adulta (2.68 hombres por cada mujer) (ENA, 2011).

El consumo diario sigue siendo poco frecuente en el país; en contraste, una tercera parte de la población reporta haber tenido al menos un episodio de alto consumo. Asimismo, el 6% de la población desarrollo dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas (ENA, 2011).

La dependencia del alcohol es un trastorno con mayor rezago, solamente 6.8% de los enfermos recibieron tratamiento. El rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2 hombres con dependencia en el tratamiento, por cada mujer con esta misma condición (ENA, 2011).

Estos datos indican que ya se observa un avance en la mejor oferta de tratamiento que existe hoy en términos de calidad del mismo, aunque este menester aumenta la inversión en la promoción de la salud, prevención y tratamiento con medidas tales como proteger a los adolescentes de la exposición del consumo, aumentar precios mediante impuestos, prohibir la publicidad, regular la densidad de establecimientos para la venta, los horarios y días de venta, introducir medidas que modifiquen la promoción del consumo excesivo en bares y limiten el riesgo de violencia y accidentes, fortalecimiento en medidas de detección del alcohol en el aliento a conductores, aumentar la oferta de un tratamiento integral que atienda todas las áreas de la vida afectadas por este problema (ENA,2011).

Centros de Integración Juvenil [CIJ] (2014), refiere 18 modalidades de tratamiento en el alcoholismo para la cual hubo una calificación de evidencia positiva. En primer y segundo lugar estuvieron las intervenciones breves y el refuerzo motivacional. También las aproximaciones de refuerzo comunitario y terapia marital conductual recibieron una calificación positiva. Diversos componentes de la terapia cognitivo-conductual también obtuvieron una calificación de evidencia positiva, en particular el contrato conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y en autocontrol y la terapia cognitiva.

El problema del alcoholismo en adolescentes es un tema de interés, esta investigación pretende demostrar si los factores protectores, como la autoestima y la asertividad, son mecanismos de defensa en la prevención de ciertas conductas, que pueden

llevar a la adicción, en particular al consumo del alcohol, por lo que se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes de la Unidad Académica de Enfermería N.2 de la Ciudad de Acapulco Gro?

1.2 Justificación

El consumo de alcohol representa un problema de salud pública debido a las alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que ocasiona en el individuo, la familia y los colectivos (OMS, 2014).

Dentro de la sociedad uno de los grupos etarios que se encuentra vulnerable son los adolescentes, ya que tienen mayor riesgo de sufrir consecuencias a causa del abuso de esta sustancia. La adolescencia es una etapa de desarrollo físico, psicológico y social donde es común que los adolescentes experimenten diversos problemas psicosociales que pueden aumentar el riesgo para el desarrollo de conductas no saludables (Villegas-Pantoja, Alonso-Castillo, Alonso-Castillo y Guzmán, 2014; otra referencia). Se ha identificado que el consumo de alcohol se inicia en los primeros años de la adolescencia, que es la etapa de crecimiento y desarrollo que los convierte en personas de riesgo para consumir cualquier sustancia, por demostrar a la sociedad que pueden desafiar lo desconocido y retar las reglas sociales (Moradillo, 2000).

Además, estudios realizados han arrojado que los estudiantes del área de la salud constituyen un grupo de población que merece una atención especial en relación al uso de alcohol y de otras sustancias, pues representan a los profesionales que, en el futuro, trabajarán en cuestiones de salud en la comunidad y por la prevalencia de consumo en este grupo en específico aunado a los problemas relacionados al consumo entre ellos problemas físicos (cefaleas, gastritis, vómitos, ftofobia), así como la relaciones sexuales no planificadas o sin protección bajo los efectos del alcohol; problemas familiares como causa del consumo de alcohol; enfrentamientos físicos o problemas con la autoridad o la policía y con el grupo social; y problemas académicos en ambos sexos (Zamora-Mendoza, Hernández-Castañón, Álvarez-Aguirre, Garza-Gonzalez, Gallegos-Torres, 2013; Telumbre-Terrero, Esparza -Almanza, Alonso-Castillo B, Alonso-Castillo M, 2016;. Cabrejas,

Llorca, Gallego, Bueno y Diez, 2014; Veloza, Smish, Stricke, Brands, Giesbrcht, Khant; 2012; Puig, Cortazar, Pilon, 2011).

En el estado de Guerrero, la Secretaría de Salud (2014) reportó que el 27 % de los adolescentes entre 12 a 19 años consumen alcohol, lo cual representa aproximadamente a 90 000 adolescentes, siendo los municipios con mayor incidencia Chilpancingo, Iguala y Acapulco de Juárez. Además señala que el consumo de alcohol no es diario, pero cuando sucede es en exceso, y está asociado con riñas, homicidios, accidentes automovilísticos, violencia y desintegración familiar y suicidios.

En este sentido surge la preocupación de realizar una investigación con estudiantes del área de la salud, en específico con jóvenes estudiantes adolescentes del área de enfermería del estado de Guerrero en el municipio de Acapulco de Juárez por su mayor incidencia. Estudio que permita identificar si las variables asertividad y autoestima pueden ser el apoyo emocional o psicológico, que en algún momento el adolescente puede usar como mecanismo defensa, que evite el asociarse con una adicción en específico el alcoholismo.

Objetivos

General

- Analizar la relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes de la Unidad Académica de Enfermería N.-2 de la Ciudad de Acapulco Gro.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar la autoestima en adolescentes.
- Identificar la aserción en los adolescentes.
- Identificar el consumo de alcohol en los adolescentes.
- Determinar la relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes.

1.3 Hipótesis

- A mayor aserción menor consumo de alcohol en los adolescentes
- A mayor autoestima menor consumo de alcohol en los adolescentes

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Adolescencia

La adolescencia es una transición de desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos (Papalia, Wendkos, Duskin, 2009). Estos autores consideran el periodo de la adolescencia entre los 11 y 19 o 20 años de edad.

Para el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2009), la adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje.

En el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Ruiz (2013), describe la adolescencia como una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su personalidad, se consolida su conciencia del yo (adquirida en la primera infancia) se afianza su identidad sexual y se conforma su sistema de valores. Es una época de búsqueda de oposición, de rebelión, de extremismo a veces; la edad de los ideales, de verlo todo claro para, al instante siguiente verse inmerso en la confusión mental más absoluta; de transgredir normas e ir contra de todo y de todos; de revolución personal, para poco a poco ir construyendo el propio yo fragmentado.

Horrocks (2013), marca seis puntos de referencia en la adolescencia:

1.- La adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del yo, en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracteriza su vida adulta.

2.- La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuo; la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y por lo general existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad de edad, experiencia y habilidades. Es el periodo en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.

3.- La adolescencia es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia. En general el adolescente está ansioso por lograr un status entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar acciones y estándares que a la de sus iguales.

4.- La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo.

5.- La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que serán útiles en el futuro, pero que a menudo carecen de interés inmediato.

6.- La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control, en torno a los cuales la persona puede integrar su vida, va acompañada del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de su persona en concordancia con dichos ideales.

En cuanto a los índices estadísticos en México el documento técnico del Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2010), refiere que residían 20.2 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, de los cuales 10.4 millones son adolescentes (15 a 19 años) y 9.8 son adultos jóvenes (20 a 24 años), en conjunto representaban cerca de la quinta parte de la población total del país, sin embargo para el 2030 se espera que descienda a 16.4 millones de jóvenes entre 15 y 24 años. En el caso de Guerrero se tiene una proporción de población joven de 20.2%, este dato se encuentra arriba del promedio nacional (18.7%).

Los datos científicos indican que durante la adolescencia y la juventud, los hombres y las mujeres adolescentes aprenden y refuerzan los comportamientos saludables y nocivos para la salud. Dichos comportamientos no sólo repercuten en su salud actual de este grupo de población, sino que además afectan su situación de salud y en el acceso, oportunidades y contribuciones a la salud en el transcurso de sus vidas (OPS, 2010).

En este sentido existen riesgos propios del estilo de vida poco saludables, que amenazan la salud de los individuos desde edades tempranas, entre estos factores dañinos se encuentran la exposición a peligros crecientes como la violencia y los accidentes, elementos que, además, constituyen la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres jóvenes. Pero además de estas situaciones que podrían considerarse contingentes o circunstanciales, la juventud se muestra particularmente expuesta a los riesgos que conllevan, por una parte, los patrones de consumo actuales, en especial de alimentos de escasa aportación nutritiva o sustancias como el tabaco y el alcohol y por otra parte, a la cada vez más notoria falta de actividad física, propia del sedentarismo característico de las sociedades modernas (CONAPO, 2010).

2.2 Consumo de alcohol

El devenir histórico ha convertido al alcohol en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social, presente en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental. Se utiliza la palabra “alcohol” para hacer referencia al alcohol etílico o etanol, un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. Su liposubilidad es 30 veces menor que su hidrosolubilidad. En lo relacionado con su valor nutritivo, 1gr de alcohol aporta al organismo 7.1 Kcal; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas. El proceso por el que se obtiene el alcohol, es la fermentación anaeróbica de los hidratos de carbono, este proceso se lleva a cabo por la transformación del azúcar en etanol mediante la actuación de unas levaduras sobre ciertos frutos o granos, como la uva, manzana, la cebada o el arroz (Marban, 2012).

Para la OMS (2014) el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes

maneras y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumidos y los hábitos de consumo.

El Centro de Integración Juvenil (2014), hace referencia al etanol o alcohol etílico como el constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas, es un líquido incoloro inflamable que se obtiene por medio de la fermentación natural o por destilación. Las bebidas fermentadas como la sidra, el vino y la cerveza se obtiene por fermentación de un mosto (jugo) abundantes en azúcares. Su grado de alcohol puede oscilar entre los 5 y los 15 grados GL. Además, esta institución considera al alcohol una droga de carácter legal, cuyos efectos son depresores del sistema nervioso central, su consumo en pequeñas cantidades genera una sensación de relajación y estado de ánimo placentero; en dosis mayores produce embriaguez caracterizada por alteraciones en el comportamiento, el razonamiento y en la capacidad perceptiva. Si la depresión del sistema nervioso es intensa, puede llegar a generar un coma etílico (CIJ, 2014).

La prevalencia de consumo de alcohol, corresponde a la ingesta de alcohol por parte de los adolescentes en términos de frecuencia, se clasifico en prevalencia alguna vez en la vida, último año y último mes (ENA, 2011). En este documento se señalan las siguientes definiciones: Prevalencia de alguna vez en la vida, es el índice que considera a la población que reporto haber tomado por lo menos una copa completa alguna vez en la vida; Prevalencia último año, índice que considera a la población que reporto haber tomado por lo menos una copa completa de alcohol previo al año de la entrevista; Prevalencia de último mes, índice que considera a la población que reporto haber tomado por lo menos una completa de alcohol los treinta días previos a la entrevista.

También se define posible dependencia al alcohol, es el conjunto de manifestaciones físicas, cognitivas y del comportamiento que incluyen la presencia de distintos síntomas tales como: tolerancia, abstinencia, uso por más tiempo o mayor cantidad deseo persistente o incapacidad de control, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales, laborales o recreativas así como el uso continuado a pesar de tener conciencia de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte la Norma Mexicana para la prevención de adicciones NOM-028-SSA2-2009 se enuncian los conceptos de: Consumo perjudicial, es el uso nocivo o abuso de

sustancias psicoactivas, los patrones desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionados con el consumo repetido de alguna o varias sustancias. Y Patrón de consumo o historia de consumo, es el conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

El exceso de alcohol lleva a un estado de alcoholismo en el organismo, Mark Keller del Centro de Estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers define el alcoholismo en términos de una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de las bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que esta socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo (Velasco, 2009).

Para el CIJ (2014), alcoholismo es una enfermedad crónica producida por el consumo prolongado y excesivo de alcohol etílico. Se caracteriza por un deterioro de control con respecto a la bebida, episodios frecuentes de intoxicación, alteraciones biológicas, obsesión por esta sustancia y su consumo, a pesar de las consecuencias adversas que genera, así como una evolución progresiva previsible.

Existen factores protectores que ayudan y protegen a la persona y familia para que establezcan relaciones sociales y laborales saludables y mantengan un consumo sensato o libre de él. En el siguiente apartado se abordan estos factores.

2.3 Factores Protectores

La salud mental tiene que ver con la vida diaria, en la manera en que cada uno se relaciona con otro, en la familia, trabajo, escuela y comunidad, comprende la manera en que se armonizan los propios deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores, con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Existen factores protectores a nivel general, individual y socio familiar que favorecen que facilitaran la convivencia con otros, el bienestar general, y vivir la vida con su lado bueno y el otro que no lo es tanto, sanamente (Asociación Chilena de Seguridad [ACHS], 2010).

Factores Protectores Generales	Factores protectores Individuales	Factores Protectores a Nivel Socio Familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de las necesidades básicas; educación, vivienda, salud, trabajo, recreación. • Redes sociales de apoyo en la comunidad: personas con quienes interactuar fuera del grupo familiar inmediato (familia, amigos, grupos, comunidad). • Desarrollo personal y autoestima. • Acceso a la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias afectivas positivas y estables. • Capacidad intelectuales normales. • Resolución de conflictos: saber cómo enfrentar un conflicto y resolverlo de forma satisfactoria. • Darse el tiempo de escuchar, ponerse en el lugar del otro, negociar, ser flexible, priorizar, ser solidario. • Poseer habilidades sociales necesarias para relacionarse con el medio social, estableciendo lazos afectivos con su entorno. • Tener modelos de vida cercanos (padres y pares) satisfactorios, relizables, que, permita la identificación, podrá orientar en una dirección clara y visibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar que provee de experiencias afectivas positivas y estables. • Rol parenteral claro: los padres tienen como papel fundamental querer, formar, apoyar, enseñar y proteger a los hijos. • Valoración de la diversidad: la familia es capaz de no solo aceptar la diversidad, si no valorar las opciones propias y enriquecerse con una mirada distinta. • Integración a la comunidad: permite ampliar las bases de apoyo a los distintos ámbitos. • Espacios para la pareja: la pareja tiene un mundo propio, que existía antes de que llegaran los hijos, ese mundo debe adaptarse, pero no debe perder su intimidad.

Asociación Chilena de Seguridad (ACHS, 2010).

Ingram y Snyder (2006), Gongora y Casullo (2009), hablan de que los factores protectores son estudiados en específico por una rama de la psicología la cual se le denomina psicología positiva, dichos factores no son concebidos como mecanismos que previenen la enfermedad, como desde el paradigma del déficit, si no como factores que promueven la salud.

En el presente trabajo se abordan los factores protectores de autoestima y asertividad para ello se retoma lo enunciado por Gongora y Casullo (2009), Hewit (2002) en su trabajo de que la autoestima es definida como la dimensión evaluativa del autoconcepto, donde la persona se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo (autoafirmación) a lo negativo (autodenigración). Se considera que una alta autoestima

tiene una función hedónica o de bienestar general. Por otro lado una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alineación (Rosenberg y Owens, 2001).

A su vez la asertividad consiste en ser capaz de pedir lo que uno necesita, decir lo que uno no le gusta o no, y expresar lo que uno siente, de modo conveniente y en el momento oportuno. Ser asertivo es sentirse valioso y expresar lo que uno desea o no desea hacer, siendo considerado con los demás. La asertividad tiene que ver con la autoestima, con la propia valoración de sí mismo y de su tiempo (De Gasperin, 2012).

2.3.1 Autoestima

En distintos foros educativos y psicológicos se han aportado diferentes definiciones de autoestima, y aunque no han podido ser unificadas, siempre es referida ante las manifestaciones implícitas y explícitas que una persona hace de sus capacidades o cualidades. De esta forma, si alguien se muestra tímido, retraído, avergonzado constantemente e inhibido ante distintas situaciones se dice que tiene autoestima baja; por el contrario si alguien da muestras de seguridad, de paso firme, se expresa con claridad de sus capacidades y actúa con certeza, podemos decir que tiene una buena autoestima (Sánchez, 2012).

A esta cualidad de la personalidad se le define como sentimiento valorativo del ser, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran a la persona. Una definición sencilla que se puede establecer de la autoestima es la valoración explícita e implícita que cada uno hace de su persona (Sánchez, 2012).

En un estudio que realizó Rodríguez y Caño (2012) consideran que el autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí. El autoconcepto se considera como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo. Las contingencias de autovalía se definen como la relativa importancia que tienen los distintos acontecimientos para la consideración de los individuos tienen de sí mismo.

Por su parte Crocker et al. (2006) y Rodríguez y Caño (2012), muestran que los incrementos y decrementos de la autoestima de los jóvenes en respuesta a sus éxitos y

fracasos dependen, en concreto, de si estos se producen en las circunstancias vitales que son contingentes a su percepción de autovalía. Las reacciones afectivas son, a su vez, más intensas que los éxitos y fracasos que se producen en estas circunstancias que ponen que ponen en juego su autoestima.

La autoestima fluctúa, así, en función de las circunstancias específicas que experimenta el individuo, y afecta de forma importante a su motivación. Al depender su autoestima principalmente de los resultados que se producen en ciertas áreas específicas, los jóvenes están motivados por obtener éxito y no fallar en su consecución, experimentando las emociones positivas intensas y elevada autoestima que resultan del éxito, y evitando las emociones dolorosas y baja autoestima que resulta del fracaso (Rodríguez, Caño, 2012).

En concreto, una autoestima alta en adolescentes, se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano (Dumont y Provost, 1999). Los jóvenes con una autoestima elevada informan también de que disfrutan de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso (Dogson y Wood, 1998).

En cuanto a las relaciones interpersonales, los adolescentes con una alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales (Zimmerman, Copeland, Shope y Dielman, 1997), obtiene mejores impresiones por parte de estos y se muestran más cercanos (Robins, Hendin y Trzesniewski, 2001).

Los jóvenes con menor autoestima experimentan fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobre generalizar los fracasos (Kernis, Brocner y Frankel, 1989) y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que estos les produce (Park y Maner, 2009; Rodríguez y Caño, 2012).

Se ha encontrado que los adolescentes que muestran baja autoestima tienden también en un incremento en el consumo de alcohol (Scheier, Botvin, Griffin y Diaz, 2000). Becker y Grilo (2006) encuentran, en pacientes hospitalizados por motivos psiquiátricos, que una baja autoestima predice el consumo de alcohol en mujeres, pero no en varones. En población universitaria, Kavas (2009) encuentra que la baja autoestima se asocia a un incremento en el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, García, Zaldívar,

López y Molina (2009) muestran, también población universitaria, que la autoestima y el consumo de alcohol no se encuentran relacionados.

2.3.2 Aserción

El término asertividad empleado de manera frecuente en la década pasada, es todavía un constructo que no tiene una definición universalmente aceptada. Se puede decir que en general hay un acuerdo tácito sobre lo que representa aproximadamente el vocablo “asertividad”. Pero algunos autores, y sobre todo a nivel popular, le dan un sentido limitado o le confunden con otro constructo como es la “agresividad”. En los Estados Unidos, por ejemplo, es confundido popularmente, según Rathus (1979), con la agresividad y está asociado para muchos con los atrevimientos sociales.

El término mismo de asertividad ha sufrido numerosos ataques. Muchas veces se ha intentado su sustitución por otros vocablos. Ya desde el comienzo de su expansión, a principio de los años setenta, uno de sus creadores y difusores propone el cambio del término “asertividad” por el de “libertad emocional” (Caballo, 1983).

Por otra parte no hay una definición universalmente aceptada de la conducta asertiva. Un grupo de psicólogos y educadores (Alberti et al., 1977) se reunieron en 1976 y establecieron unos principios para la práctica ética del entrenamiento asertivo. Dentro de estos principios proponen la siguiente definición asertiva: “Se define la conducta asertiva como ese conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de las otras personas.

La asertividad puede definirse como una habilidad social gracias a la cual una persona es capaz decir: “Yo soy así”, “eso es lo que yo pienso, creo, opino”, “estos son mis sentimientos sobre este tema”, “estos son mis derechos”, y dice todo esto respetando a los demás y respetándose a sí mismo. La conducta asertiva abarca lo que se dice y como se dice, es decir, tanto las formas verbales como las no verbales: mirada, gestos, tonos de voz, actitudes, entre otros. La conducta asertiva implica siempre el respeto a la integridad de la

persona y respeto a la integridad del otro, y en este sentido es una habilidad social también relacionada con la comunicación (Serrat, et al., 2012).

La conducta asertiva implica que la persona asume la responsabilidad de lo que hace y dice, y por tanto asume las consecuencias, positivas y negativas, de sus actos. En este sentido, la asertividad no resuelve por sí mismo a las dificultades o los conflictos, pero los plantea de un modo más satisfactorio para las dos partes implicadas. La conducta asertiva beneficia a la persona que la práctica y a sus interlocutores. Suele decirse que con la asertividad cada uno puede conseguir lo que considere mejor para él y, al mismo tiempo, lo que considere más justo, ya que siempre tiene en cuenta los derechos de los demás (Flores, 2002).

Serrat (2012), describe que en asertividad, la conducta de lucha se denomina conducta agresiva y la conducta de huida se denomina conducta pasiva. La conducta asertiva consiste en la expresión de los propios intereses, creencias, opiniones y deseos de modo honrado, tranquilo, sin sentimiento de culpa y sin perjudicar ni agredir los deseos, intereses o derechos de los demás; y la conducta pasiva se caracteriza por una negación de los derechos e intereses personales frente a los intereses de los demás. Al mismo tiempo, la persona con conducta pasiva no se atreve a manifestar sus opiniones o sentimientos porque cree que no tiene derecho a hacerlo, y porque cree que puede molestar a los demás si lo hace; finalmente la conducta agresiva se caracteriza por defender los propios intereses y deseos, y por expresar los sentimientos y opiniones sin tener en cuenta a los demás, pensando solamente en uno mismo. La conducta agresiva no respeta los derechos de los demás, ya que su motivación es satisfacer los propios objetivos sin otras consideraciones. Las formas de la conducta agresiva son muy variadas, desde las agresiones verbales, las expresiones y los gestos no verbales duros y las agresiones físicas.

2.4 Estudios relacionados

Villareal –González, Sanchez Sosa, Musito, Varela (2010) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las relaciones existentes entre las variables individuales, familiares, escolares y sociales con el consumo de alcohol en 1245 adolescentes de ambos sexos procedentes de dos centros educativos de secundaria y dos de preuniversitario, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años, en el cual observaron en los resultados que el

consumo de alcohol se correlaciona de forma positiva con el consumo de familia y amigos ($r = .320$; $p < 0.01$); y negativamente con la variable autoestima escolar ($r = -.132$; $p < 0.01$).

Jiménez (2011) efectuó un estudio con el objetivo del presente trabajo es analizar las relaciones directas e indirectas entre la calidad del clima familiar, la autoestima del adolescente considerada desde una perspectiva familiar, escolar, social y física y consumo de sustancias (tabaco, alcohol y marihuana). Participaron 414 adolescentes españoles de entre 12 y 17 años, estudiantes en centros educativos de secundaria. Los resultados indican que la autoestima de los adolescentes puede ser considerada desde una doble perspectiva: protectora, en relación con las dimensiones familiar ($r = -.261$, $p < .001$) y escolar ($r = -.272$, $p < .001$) que muestra una relación negativa con el consumo de sustancias y, de riesgo, en relación con las dimensiones social ($r = .120$, $p < .05$) que muestra una relación positiva con dicho consumo. Respecto a los promedios de los puntajes de las dimensiones de autoestima se encontró 26.58 (DE= 3.59) en autoestima familiar, para autoestima escolar 21.00 (DE= 4.18), en autoestima social el valor 24.37 (DE=3.56) y en autoestima 20.20 (DE=4.32).

Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010) realizaron una investigación con el objetivo de analizar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes, su población de estudio fueron 109 adolescentes, entre 17 y 20 años. La mayoría de los adolescentes participantes tuvieron la autoestima elevada (94.5%), el 80.7 % de los adolescentes del estudio no tiene riesgo de consumo de alcohol.

Unal, Hisar, Gorgulu (2012) realizaron un estudio con el fin de investigar las experiencias de violencia verbal hacia los estudiantes, el efecto de la asertividad en ser sometida a la violencia y la experiencia de los trastornos psicológicos durante el entrenamiento práctico, en los resultados se encontró que más de la mitad 57.3%, de los estudiantes se determinaron como tímidos y 42.7 como asertiva y un 93.4% de los estudiantes describió experimentar angustia psicológica durante el entrenamiento práctico, los estudiantes explicaron las razones de su angustia psicológica como: maestros tienen altas expectativas, sintiendo la presión y se pide interrogación delante del paciente.

Velázquez, Arrellanes, Martínez (2012) hicieron un estudio para evaluar la relación entre una baja asertividad y el uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos, así como identificar si alguna de las características asertivas como control conductual, reconocimiento y aceptación de los demás, enfrentamiento eficaz de los problemas y

diferencias interpersonales, percepción de autoeficacia en la resolución de problemas, habilidades en la expresión verbal, efectos positivos asociados al enfrentamiento de problemas, predicen probabilísticamente el consumo de drogas ilícitas. Se encuestó a 1492 estudiantes de escuelas secundarias localizadas en zona de alto riesgo, se encontró que los no usuarios cuentan con estrategias de enfrentamiento más eficaces a los problemas, perciben mayor autoeficiencia en su resolución, el resultado fue que los adolescentes encuestados reportaron el alcohol como la sustancia de mayor consumo, alguna vez 37.9%, último año 23.3% y en el último mes 12.5%.

Unal (2012), realizó un estudio en el que examinó el efecto de un curso sobre técnicas de auto-conciencia y la comunicación en los estudiantes de enfermería asertividad y autoestima, el curso duró 14 semanas de 3 horas por semana, en el estudio participaron 79 estudiantes, los resultados que arrojó dicho estudio fue el siguiente se encontró el porcentaje de estudiantes tímidos y asertivos fue 31.6% y 68.4%, respectivamente, antes del curso, el cambio a 17.7% y 82.3% después del curso. El porcentaje de estudiantes de baja autoestima fue del 22.8% antes y 2.5% después del curso. El porcentaje de estudiantes con alta autoestima fue 77.2% antes y 97.5% después del curso.

Da Silva et al. (2001), realizaron una investigación sobre consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino en sus resultados mostraron que 41 (12,39%) adolescentes afirmaron no haber consumido nunca alcohol y 18 (5,43%) afirmaron no recordar la edad exacta de inicio de consumo. De los que recordaron, la edad estuvo comprendida entre 5 y 17 años. El 45,32% consumió por primera vez entre los 14 y los 16; el 37,98% entre los 11 y los 13 años y el 11,24% entre los 8 y los 10 años. Del total de 272 adolescentes que consumen alcohol, el 34,3% consume en la casa de los amigos, el 30,5% en el hogar, el 6,1% en la escuela y el resto en otros sitios. Al evaluar con quien consumen alcohol, el 53,3% consume con los amigos, el 38,2% con los familiares, el 7,4% con la pareja y el 1,1% consume sólo.

Moreno y Ortiz, (2009) en el estudio que realizaron sobre trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes encontraron que el porcentaje del nivel de autoestima por sexo arrojó que en los hombres el 43% fue alto, 47% medio, 15% bajo; en mujeres el 41% tuvo un nivel de autoestima alto, el 49% medio y el 10% bajo.

III. METODOLOGIA

Dentro de este capítulo se describe el diseño de estudio, universo, muestra y muestreo, así como la descripción de los instrumentos, procedimiento de colecta de datos, ética del estudio y plan de análisis.

3.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de corte transversal correlacional, debido a que se describen las variables consumo de alcohol, autoestima y asertividad. Asimismo, se estudiaron las relaciones entre las variables antes señaladas (Burns y Grove, 2012).

3.2 Universo y Muestra

El universo lo conformaron los adolescentes de 15 a 18 años de edad, inscritos en la Unidad Académica de Enfermería N-2 (N=460). El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico, el cálculo de tamaño de muestra se obtuvo con la fórmula para poblaciones finitas: $n = \frac{NZ^2pq}{(N-1)e^2 + Z^2pq}$. Donde se consideró un nivel de confianza de 95%, (n=161). La selección de los estudiantes fue aleatorizada teniendo como referencia las listas de todos los estudiantes por grados, de cada grupo se eligieron los estudiantes iniciando en el número de lista 6, en caso de no estar el estudiante sorteado se incluyó con el número inmediato superior.

3.3 Material y Métodos

Instrumentos de Recolección de Datos

Para medir la variable asertividad (anexo 1) se utilizó el cuestionario de asertividad de Lazarus y Folkman (1990), tomado de Güell (2005), que contiene 20 afirmaciones. Diseñado para ser autoadministrado, evalúa mediante autoinforme el comportamiento social de los adolescentes (2 dimensiones: asertividad y no asertividad), explorando sus

contestaciones en variadas situaciones de interacción social de acuerdo a una respuesta dicotómica (sí/no). Su corrección se realiza sumando las respuestas dadas en cada columna (Respuesta asertiva: SÍ en los ítems 1, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, y NO en los ítems 2, 3, 7, 8, 10, 11/Respuesta no asertiva: NO en los ítems 1, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 19, 20, y SÍ en los ítems 2, 3, 7, 8, 10, 11) obteniendo 2 puntajes, uno para cada columna. Una persona es considerada de tendencia asertiva si obtiene puntajes más altos en la columna de respuestas asertivas. Puede ser administrado de manera individual o colectiva y su tiempo de aplicación aproximado es de 12 min. El estudio de la confiabilidad interna reporto 0,67, que se consideró un nivel moderadamente aceptable (Garaigordobil, 2004).

Se utilizaron 15 preguntas del instrumento de Asertividad dado que al determinar la prueba de confiabilidad en el estudio piloto se obtuvo una fiabilidad de 0.5 y al realizar un análisis de componentes principales se decidió eliminar las preguntas 2,8,7 9 y 14 por presentar una correlación negativa y carga factorial menor de .40

La autoestima (anexo 1) se midió a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), el instrumento evalúa la percepción positiva o negativa que el adolescente tiene de sí mismo. La escala consta de 10 reactivos. Ejemplo de reactivo Siento que tengo muchas cualidades. Las opciones de respuesta corresponden a una escala de Guttman con cuatro categorías de respuestas que van desde 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = desacuerdo, 3 = acuerdo a 4 = totalmente de acuerdo, con un rango de puntaje de 10 – 40, en donde a mayor puntaje, indica más alta autoestima. Esta escala reportó en población anglosajona un Alpha de Cronbach de 0.92, un coeficiente de estabilidad de 0.72 (Silber & Tipper, 1965). La escala de autoestima ha sido aplicada en grupos de adolescentes y en población mexicana con una consistencia interna aceptable (Martínez Pedrao, Alonso, López & Oliva, 2008).

La cedula de alcoholismo (anexo 1) se elaboró con el fin de recabar datos sociodemográficos de los participantes, como lo es sexo, edad, ocupación y grado de estudios, así como también obtener información sobre prevalencia de alcohol, inicio de consumo de alcohol, tipo de bebida, lugar y con quien se consume regularmente alcohol.

3.4 Análisis Estadístico

Para el análisis de la información se generó una base de datos en el programa estadístico para las ciencias sociales – SPSS, versión 17. Se procedió a obtener las frecuencias, proporciones y porcentajes para las variables categóricas y para las variables numéricas, se calcularon medidas de ubicación, tendencia central y variabilidad. Además se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de las variables continuas. Para las hipótesis se construyó índices y se efectuó contrastes de hipótesis con pruebas de correlación de Pearson.

3.5 Ética del Estudio

La presente investigación se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su reforma del 2014, que establecen el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio, se proporcionó una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación (SSA, 2014) (Anexo 2).

Enseguida se enlistan los artículos en los que se fundamenta de esta propuesta:

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para este caso se considera de categoría I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación, II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales, III. Las molestias o los riesgos esperados, IV. Los beneficios que puedan obtenerse, V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación y XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables, II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud, III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe y V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

IV. RESULTADOS Y DISCUSION

En el presente capítulo se muestran los resultados y discusión de los mismos derivados del estudio: relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes. En primer lugar se presenta la confiabilidad de los instrumentos, características sociodemográficas de los participantes: variables categóricas de autoestima y asertividad de los adolescentes, seguido de las medidas de prevalencia de alcohol finalmente las relaciones entre las variables establecidas en las hipótesis.

Cuadro 4.1 Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Autoestima	10	.821
Asertividad	15	.606

Fuente: Instrumentos

La prueba de confiabilidad interna de los instrumentos utilizados en este estudio se estableció por medio del valor del coeficiente de Alpha de Cronbach. En el cuadro 4.1 se muestra que los instrumentos utilizados en el estudio mostraron consistencia interna aceptable de .821 y .606 (Polit & Hungler, 1999).

Cuadro 4.2 Características sociodemográficas y escolares: variables categóricas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	117	43.2
Femenino	154	56.8
Viven con		
Ambos padres	194	71.6
Mama	55	20.3
Papa	4	1.5
Abuelos	4	1.5
Otros familiares	14	5.2
Grado de estudios		
Primer año	93	34.3
Segundo año	82	30.3
Ter año	96	35.4
Ocupación		
Estudian	228	84.1
Trabajan	43	15.9

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos

n=271

En el cuadro 4.2 se muestran las características de los 271 adolescentes encuestados donde predominó el género femenino (56.8%), la edad osciló entre 14 y 24 años, con edad promedio de 16.16 (DE=1.2), se observó que más de la mitad de los participantes (71.6%) viven con sus padres, una tercera parte (36.4%) pertenecían al tercer grado escolar, el 15.9% de los participantes además de estudiar trabajan, estos datos coinciden con estudios llevados a cabo a nivel bachillerato por Valdez, et al, (2013), en el que también predominó el sexo femenino con 50.4%, la edad de 16 años en el 36.6% de los participantes, el grado escolar que menos participó fue el segundo año con 23.3%, y hay un porcentaje bajo que estudia y trabaja un 12.4%.

El resultado de género está asociado a una característica particular de la profesión de enfermería en la que las mujeres eligen estudiar esta profesión. El hecho de que un mínimo porcentaje de estudiantes además de estudiar trabaja se debe a que aún son dependientes de sus familiares y a que aún no tienen la edad oficial para solicitar un empleo formal.

En el cuadro 4.3 se muestra la prevalencia de consumo de alcohol, la mitad de los adolescentes refirieron haber consumido alcohol alguna vez en su vida (55.0%) y el 48.7% en el último año, la edad en la que los estudiantes inician el consumo de alcohol fue a los 14 años y los lugares donde consumen alcohol son en fiestas (40.2%) y en su hogar (22.15%), este estudio se encuentra por debajo de los resultados obtenidos en el estudio realizado por Sánchez, et al (2013) quienes observaron que 63.1% de los participantes han consumido alcohol alguna vez en la vida, 57.4% en el último año y 45.8% en el último mes, así mismo el estudio de Arrijoja. et al (2012) quienes encontraron que la prevalencia en el consumo de alcohol alguna vez en la vida fue del 65%, en el último año fue de 31.2% y en el último mes de 20.4%., también contrasta con un estudio que realizó Telumbre, Sánchez (2014), quienes obtuvieron un porcentaje mayor de consumo de alcohol alguna vez en la vida (72.3%), en el último año 46.9%, en el último mes 23.3% y en la última semana 15.1%, esta situación puede estar asociada a la influencia de los medios de comunicación sobre determinadas áreas geográficas. En relación a la edad de inicio de consumo de alcohol es diferente a lo obtenido en CONAPO (2010) donde se reportó una edad de inicio de 19.9 años y por la ENA (2011) donde se obtuvo una edad de inicio de 17.7%. Es decir la edad de inicio de esta población es estudio se encuentra por debajo de la edad a nivel nacional. Esto posiblemente por la serie de cambios psicosociales y conductuales por los que atraviesan los adolescentes, que conllevan a desarrollar conductas de riesgo por la curiosidad de experimentar nuevos hábitos que les permita encajar en núcleos sociales.

Cuadro 4.3 Consumo de alcohol en los adolescentes

Prevalencia de consume	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alguna vez en la vida	149	55.0	122	45.0
Último año	132	48.7	17	6.3
Último mes	57	21.0	92	33.9
Última semana	22	8.1	127	46.9

Fuente: Cédula de prevalencia de consumo de alcohol n=271

En el cuadro 4.4 se muestra con quien consumen alcohol los participantes de este estudio, tres de cada diez consumen con sus amigos (37.6%), seguidos de familiares (11.1%). Estas características coinciden con el resultado del estudio de Da Silva , et al, (2001) que de un total de 272 adolescentes que consumen alcohol 53,3% lo hace con los amigos y el 38,2% con los familiares. Esta situación de tomar con los amigos puede estar relacionada por el interés de encajar en los grupos sociales, por sentirse en confianza al beber con ellos, la frecuencia de consumir alcohol con familiares puede estar asociada con el hecho que por tradición cultural existen varias circunstancias que los lleva a realizar festejos en donde se consuma alcohol, cumpleaños, fechas conmemorativas del calendario, fiestas patronales, ceremonias de superación entre otras.

Cuadro 4.4 Con quien consume alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	30	11.1
Amigos	102	37.6
Desconocidos	17	6.3

Fuente: Cedula de prevalencia de alcohol n=271

En el cuadro 4.5 se muestra el nivel de autoestima, donde se muestra que cuatro de cada diez adolescentes encuestados tienen autoestima media y dos década diez autoestima alta y baja, el cual no coincide con los resultados obtenidos en un estudio con jóvenes de 11 y 19 años, realizado por Valdez, et al, (2013) revelo que el 81.5% manifestó autoestima alta, autoestima media de 17.5%, y 1.0% de autoestima baja.

Los adolescentes en estudio obtuvieron una autoestima media, esta situación puede estar dada por el hecho que el 28.5% viven solo con mamá o papa o abuelos o familiares, además de que algunos estudiantes se han acercado a sus tutores comentando sobre su dinámica familiar. Cabe mencionar que en Acapulco Gro., han aumentado los divorcios o en su caso la pareja vivan juntos pero realizan actividades por separado y esta situación influye en su rendimiento escolar y la convivencia con sus compañeros.

Cuadro 4.5 Nivel de autoestima del participante

Autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Baja	74	27.3
Media	120	44.3
Alta	77	28.4

Fuente: Escala de Rosenberg *n*=271

En el cuadro 4.6 se muestra el nivel de autoestima por género, donde por cada dos mujeres tres hombre tienen autoestima alta, sin embargo dos de cada diez tanto hombres como mujeres poseen autoestima baja, en un estudio realizado por Moreno, Ortiz, (2009) sobre la autoestima en adolescentes ya que también arrojo que predominó un nivel de autoestima media en ambos sexos aunque con un porcentaje diferente hombres con un 47% y las mujeres con un 51%.

El hecho de que los hombres adolescentes tienen un porcentaje mayor de autoestima alta sobre las mujeres esto puede explicarse, que debido al factor del área geográfica en la que se realizó el estudio, predomina una sociedad patriarcal donde la autoestima de la mujer ha estado históricamente y de manera general por debajo de la autoestima masculina, bajo una situación de subordinación con respecto al hombre.

Cuadro 4.6 Características de la autoestima del participante por género

Género	Autoestima Baja		Autoestima Media		Autoestima Alta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	43	27.9	72	46.8	39	25.3
Masculino	31	26.5	48	41.0	38	32.3
Fuente: Escala de Rosenberg						<i>n</i> =271

En el cuadro 4.7. se muestran las características de autoestima, donde 6 de cada 10 estudiantes mencionaron ser capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría sus compañeros de escuela, amigos o personas de su edad; 5 de cada 10 estudiantes comentan ser una persona por lo menos igual de bueno que sus compañeros de escuela, tener una actitud positiva de sí misma y estar satisfecho consigo mismo; 3 de cada 10 estudiantes señalaron tener un buen número de cualidades positivas y 2 de cada 10 desearía tener respeto por sí mismo. Estos datos coinciden con la manera en la que los adolescentes se valoran así mismos en los aspectos sociales, de competencia y de emociones

Cuadro 4.7 Características de la autoestima

	Totalmente de Acuerdo		De Acuerdo		En Desacuerdo		Totalmente en Desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.	151	55.7	103	38.8	11	4.1	6	2.2
2. Yo tengo un buen número de cualidades positivas	104	38.4	149	55.0	15	5.5	3	1.1
3. Tengo una actitud negativa de mí mismo	16	5.9	47	17.3	119	43.9	89	32.8
4. Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.	171	63.1	81	29.9	13	4.8	6	2.2
5. No tengo mucho de que sentirme orgulloso	18	6.6	48	17.7	94	34.7	111	41.0
6. Tengo una actitud positiva de mí mismo.	142	52.4	101	37.3	21	7.7	7	2.6
7. Estoy satisfecho conmigo mismo	149	55.0	91	33.6	26	9.6	5	1.8
8. Desearía tener más respeto por mí mismo.	72	26.6	106	39.1	51	18.8	42	15.5
9. Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.	19	7.0	43	15.9	81	29.9	128	47.2
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.	18	6.6	32	11.8	58	21.4	163	60.1

Fuente: escala de Rosenberg

n=271

En el cuadro 4.8 a nivel particular, en la respuesta a determinadas situaciones sociales se observa un predominio mayor de asertividad en conductas defensivas (Acostumbra a evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado: 77.5%; prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos por no buscar asiento adelante: 88.2%); frente a conductas evasivas (Cuando una persona es abiertamente injusta, usted acostumbra a no decirle nada al respecto: 77.1%; siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas: 10%;.) Asimismo, la asertividad es considerable cuando manifiestan opiniones y sentimientos que entrañan la demostración de sus habilidades sociales (Si un amigo lo traiciona revelando algún secreto suyo, le dice realmente lo que piensa: 84.1%; si una persona a quien respeta expresara opiniones contrarias a la las suyas, se atrevería a exponer su propio punto de vista: 85.2%.

Igualmente, en conductas que entrañan intervención se expresan de manera implícita las repercusiones que dicha circunstancia pudiera tener sobre su autoimagen y relación social. Se intuye que el alumnado responde a lo que se debería hacer en estas situaciones y no a lo que hacen normalmente. Así se percibe una menor asertividad en relaciones interpersonales vinculadas a creencias peyorativas en el contexto social (Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo: 43.9%) y mayor asertividad en conductas personales prosociales (Si alguien diera golpes con los pies de forma continuada en el respaldo de una butaca en el cine, le pediría que lo dejara de hacer: 92.6%).

Los resultados son similares a lo reportado por Domínguez et al. (2015), quienes señalan que un 72.2% responde de manera asertiva a las situaciones presentadas, frente a un 28.3% que lo hace de forma no asertiva (se conducen de manera pasiva o agresiva, sin expresar correctamente sus sentimientos y creencias). Este hecho se debe a que los estudiantes responden a sus convicciones.

Cuadro 4.8 Porcentaje de respuestas asertivas y no asertivas a cada reactivo.

Reactivos	Porcentaje de respuestas	
	Asertivas	No asertivas
1. Cuando una persona es abiertamente injusta, usted acostumbra a no decirle nada al respecto	77.1	22.9
2. Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas	10.0	90.0
3. Acostumbra a evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado	77.5	22.5
4. Si un amigo lo traiciono revelando algún secreto suyo, le dice realmente lo que piensa	84.1	15.9
5. Si compartiera la habitación con otra persona, insistiría en que él o ella haga parte de la limpieza.	87.1	12.9
6. Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llego después de usted se lo hace notar	62.7	37.3
7. Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien	83.8	16.2
8. Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo	43.9	56.1
9. Si usted presto una suma de dinero importante a una persona que parece haberse olvidado de ello, se lo recordaría	80.8	19.2
10. Si una persona se burla de usted constantemente, tiene dificultad para expresarle su irritación o desagrado	78.2	21.8
11. Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos por no buscar asiento adelante	88.2	11.8
12. Si alguien diera golpes con los pies de forma continuada en el respaldo	92.6	7.4

de una butaca en el cine, le pediría que lo dejara de hacer		
13. Si un amigo o amiga llamara todos los días a altas horas de la noche , le pediría que no llamara más tarde de cierta hora	64.6	35.4
14. Si estuvieras hablando con un amigo y de repente interrumpe la conversación para dirigirse a un tercero, expresarías tu irritación	48.0	52.0
15. Si usted está en un restaurante elegante y su filete está demasiado crudo, le pediría al camarero que se lo cocinen un poco más	91.1	8.9
16. Si el propietario de un piso que usted alquila no hizo ciertos arreglos a los que se comprometió, usted insistiría que los hiciera	87.8	12.2
17. Devolvería una prenda defectuosa que compro días antes	83.8	16.2
18. Si una persona a quien usted respeta expresara opiniones contrarias a las suyas, se atrevería a exponer su propio punto de vista.	85.2	14.8
19. Puede decir que no cuando le piden cosas poco razonables.	83.0	17.0
20. Considera que cada persona debe defender sus propios derechos.	94.8	5.2

Fuente: Escala de Lazarus y Folkman.

n=271

En el cuadro 4.9 se muestran los resultados de la relación entre las variables autoestima, asertividad y la prevalencia del consumo de alcohol. Donde se observa que existe relación significativa entre autoestima y asertividad ($r_s=.318$; $p>0.01$) es decir a mayor autoestima mayor asertividad, ser asertivo tiene que ver con la autoestima, con la propia valoración de sí mismo y su tiempo (De Gasperin, 2012). Asimismo, se identificó una correlación positiva y significativa entre las variables de consumo de alcohol alguna vez en la vida con el consumo en el último año ($r_s=.968$; $p<0.01$), último mes ($r_s=.929$; $p<0.01$) y última semana ($r_s=.960$; $p<0.01$). Por lo que quienes consumen alcohol alguna vez en la vida lo continúan en el último año, mes y semana. Por otra parte no se encontró relación entre asertividad y autoestima con la prevalencia de consumo. Estos resultados coinciden con lo que reportaron Valdez, et al, (2013) quienes no encontraron diferencia significativa entre las medidas de prevalencia de consumo.

Cuadro 4.9 Correlaciones entre los índices de las variables autoestima, asertividad y consumo de alcohol.

	Autoestima	Asertividad	Consumo de alcohol alguna vez en la vida.	Consumo de alcohol en el último año.	Consumo de alcohol en el último mes	Consumo de alcohol en la última semana
Autoestima	1					
Asertividad	.318	1				
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	.068 .267	-0.78 .199	1			
Consumo de alcohol en el último año	-.072 -.239	.062 .309	-.968 .000	1		
Consumo de alcohol en el último mes	-0.96 .114	.067 .273	-.929 .000	.881 .000	1	
Consumo de alcohol en la última semana.	-0.70 .249	.064 .296	-.960 .000	.936 .000	.947 .000	1

Fuente: Escala de Autoestima, Asertividad y Cuestionario de Consumo de alcohol

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El estudio permitió verificar empíricamente los conceptos de autoestima, aserción y consumo de alcohol en 271 estudiantes de una Escuela de Enfermería del Nivel Medio Superior. Así mismo los resultados obtenidos mostraron que existe una relación significativa entre autoestima y asertividad ($r_s=.318$; $p>0.01$) es decir a mayor autoestima mayor asertividad, sin embargo no fue posible probar las hipótesis planteadas de que, a mayor aserción menor consumo de alcohol en los adolescentes y que a mayor autoestima menor consumo de alcohol en los adolescentes. Por otra parte los instrumentos utilizados en el estudio Escala de Rosenberg y Escala de Lazaruz y Folkman, mostraron consistencia interna aceptable, por lo que se sugiere seguir utilizándolos en futuras investigaciones dada la consistencia mostrada.

Específicamente el instrumento de asertividad, se considera que es el adecuado en adolescentes, sin embargo también se debe considerar que el contexto mexicano es complejo en el que existen diferencias entre quienes viven en zonas urbanas, suburbanas y rurales. De esta forma sería conveniente seguir trabajando con la escala para entender este constructo en la diversidad cultural.

En este trabajo de investigación se observó que en este grupo de estudio más de la mitad de los jóvenes encuestados consumen o han consumido alcohol, por lo que se hace evidente llevar a cabo tareas de prevención, en las que se haga énfasis el daño que puede ocasionar esta sustancia si se consume en edades tempranas.

Se puede sugerir en las escuelas secundarias y bachilleratos que se implementen estrategias dirigidas a los adolescentes para favorecer la competencia social y emocional. En el caso de padres de familia que fortalezcan sus habilidades de cómo prevenir consumo de alcohol a sus hijos o en su defecto identifiquen si su hijo tiene problemas de alcoholismo, a través de círculos de lectura y aprendizaje de pares.

Es necesario recomendarle a los padres de familia la importancia de fortalecer la autoestima en sus hijos, la adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse de una firme identidad, es decir, saberse si un individuo es distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia el futuro (Martínez, 2015).

A los padres de familia se les debe orientar de como ayude a su hijo a resistir la presión social y a decir “NO”, ser una persona asertiva implica ser capaz de decir “sí” o “no”, dependiendo de lo que realmente desea, se quiere o se piensa. Es importante que los padres de familia enseñe a sus hijos ser asertivos, es decir, ayudarlos a mantenerse firmes en sus convicciones y tener seguridad en confianza en sí mismos prepararlos para que aprendan a decir “NO” ante propuestas que van en contra de sus principios, valores o creencias.

A partir de estos resultados, presentan oportunidades para que el equipo interdisciplinario de salud, diseñe e implemente acciones de intervenciones dirigidas a este grupo específico. Implementando el Modelo de Promoción de la Salud, que refleja la perspectiva de la ciencia conductual y destaca el papel activo del individuo en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno, en este estudio se sustenta que el adolescentes cuentan con habilidades y actitudes que potencian el desarrollo de sus factores personales que permiten superar situaciones der riesgo como lo es el consumo de alcohol (Pender, 2006).

Lo anterior implica, como lo señalo Álvarez et al. (2011), que el profesional de enfermería como integrante del grupo interdisciplinario implemente acciones que fortalezcan los factores de protección en este grupo de edad. Estas acciones podrían dirigirse a las habilidades sociales e intelectuales, relaciones significativas y toma de decisiones de los adolescentes. Donde la autoestima y asertividad son ejes principales para que desarrollen estas habilidades.

Referencias Bibliográficas

- ACHS (2010). Factores Protectores para una Mejor Salud Mental. Recuperado de <http://www.cajbiobio.cl/Docs/Editor/4/Documentos/FACTORES%20PROTECTORES%20SALUD%20MENTAL.PDF>
- Alberti, R.E. y Emmons, M.L., Fodor, I.G., Galassi, J. P., Galassi, M.D., Garnett, L., Jakuboski, P. y Wolfe, J. L.: A statement of “Principles for Ethical Practice of Assertive Behavior Training. In R.E. Alberti (ed), *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo, California: Impact, 1978
- Álvarez, A. (2011) Intervención breve para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes. Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Alvarez, A.A, Alonso.C.M.M, Guidorizzi Z.A.C., Lopez.G.K.S, Garza.O.L.Gomez.M.M.V. (2013). Habilidades Sociales y Consumo de Drogas en Adolescente.114-129. Tomado de Tomado de Vacio M.Ma.A, Pedroza.C.F.J. (2013) Investigación en Adicciones.Mexico D.F. UAA.
- Álvarez, A.A., Alonso, C.M.M, Guidorizzi, Z.A.C. (2010) Consumo de Alcohol y Autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18. 34-40.
- Arriola.M.G., Martínez.R.M.C.,Bonilla.L.M.L.P, Salazar.P.M.T.L, Morales R.M.C., Perez.N.E. (2012). Factores de Riesgo y Consumo de Drogas en Adolescentes de Secundaria. Un Estudio Multiregional: el Caso Puebla, Puebla.317-335. Tomado de Alonso C. M.A, López G.K.S,
- Becker, D.F., Grilo, C.M. (2006). Prediction of Drug and Alcohol Abuse in Hospitalized Adolescents: Comparisons by Gender and Substance Type. *Behaviour Research and Therapy*. 44. 1431-1440.
- Burns N, Grove S. (2012). Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.6ª edición. Elsevier, España.
- Caballo, VE. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.
- Cabrejas B, Llorca A, Gallego T, Bueno G, Diez MA. (2014). Hábitos de Consumo de Alcohol en Población Universitaria. *Historia y Comunicación Social*, 19: 777-789.
- Centro de Integración Juvenil (2014). Los Jóvenes y el Alcohol en México D.F Trillas.

- CONAPO (2010). La Situación Actual de los Jóvenes en México. Recuperado de <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/juventud/capitulos/SINTESIS.pdf>
- Crocker, J., Brook A.T., Niiya, Y. Villacorta, M. (2006). The Pursuit of Self-Esteem: Contingencies of Self- Worth and Self-Regulation. *Journal of personality*. 74. 1749-1771.
- Da Silva, F Rumbao, G Benitez, R Garcia, T Rodriguez, (2001) Consumo de Alcohol y Relaciones Sexuales en Adolescentes del Sexo Femenino, Rev: Facultad de Medicina, 24(2), 135-139.
- De Gasperin, R. (2012). Manual de Autoestima y Relaciones Humanas. México D.F. Trillas.
- Dodgson, P.G. y Wood J.V. (1998). Self- Esteem and the Cognitive Accessibility os Strengths and Weaknesses after Failure. *Journal of Personality and Social Psychology*. 75. 178-197.
- Domínguez, A.A, López, C.A., Enrique, A.R. (2015) Implicaciones de Variables Sociales y Educativas en la Conducta Asertiva del Adolescente. *Rev. Aula Abierta*. 43. 26-31.
- Dumont, M. , Provost, M. (1999). Resiliencin Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activies on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*. 28. 343-363.
- Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte Alcohol (2011). Recuperado de http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_alcohol.pdf
- Flores M (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán* 221: 34-47
- Garaigordobil, M. (2004). Efecets of a Psychological Intervention on Factors of Emotional Development During Adolescence. *European Journal of Psychological Asse*. 20(1). 66-80.
- Garcia, J.M., Zaldivar, F., López, F., Molina, A. (2009). The Role of Personality Variables in Drug Abuse In a Spanish University Population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 7. 475-487.
- Gongora, V.C., Casullo, M.M. (2009) Factores Protectores de la Salud Mental: Un Estudio Comparativo Sobre Valores, Autoestima e Inteligencia Emocional en Población Clínica y Población General. *Rev. Interdisciplinaria*. 26(2), 183-205.
- Güell, M. (2005). Técnicas asertivas para el profesorado y formadores. Barcelona: Graó

- Hewit, J.P. (2002). The Social Construction of Self-Esteem. En S.J. Snyder and S.J. Lopez (Eds). New York EE.UU.
- Horrocks E.J. (2012). Psicología de la adolescencia. México D.F. Trillas.
- Hypertension* is available at <http://www.hypertensionaha.org> DOI: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c21206
- Ingram, R.E., Snyder, C.R. (2006) Blending the Good with the Bad: Integrating Positive Psychology and Cognitive Psychotherapy. *Rev. Journal of Cognitive Psychotherapy: and International Quarterly*. 20(2). 117-122.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) Indicadores de Demografía y Población, recuperado el día 4 de Febrero de 2016, tomado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>.
- Jiménez, T., Musitu, G. Murgui, S. (2008). Funcionamiento Familiar y Consumo de Sustancias en Adolescentes: el Rol Mediador de la Autoestima. *Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8. 139-151.
- Jiménez, T.I. (2011) Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Rev. Intervención Psicosocial*. 20 (1), 53-61.
- Karatzias, A.; Power K.G., Swanson, V. (2001). Predicting use and Maintenance of use of Sustances in Scottish Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 30. 465-484.
- Kavas, A. (2009). Self-Esteem and Health-Risk Behaviors among Turkish Late Adolescents. *Adolescence*, 44. 187-198.
- Kernis, M.H., Brockner, J., Frankel, B.S. (1989). Self-Esteem and Reactions to Failure: The Mediating Role of Overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57. 707-714.
- Londoño P.C., Valencia L.C., (2008), Asertividad, Resistencia a la Presión de Grupo y Consumo de Alcohol en Universitarios, *Rev: Acta Colombiana de Psicología*,.11(1) 155-162.
- Londoño, C. (2007). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3, 2, <http://www.tipica.org.co>
- Marban S.J. (2012). Alcohol y Autocontrol. México D.F. Trillas.

- Martínez D, Alvarado J, Campos H, Elizondo K, Esquivel H, Mancía A, Quesada I, Quiros. (2013). Intervención de Enfermería en la Adolescencia: Experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Pública. *Enfermería actual en Costa Rica*, 24:1-13.
- Martínez R.M.J, Prevención del Consumo de Alcohol el Adolescente y su Familia, recuperado el 14 de Diciembre de 2015, tomado de <http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/publicaciones/prevconsumo.pdf>
- Martínez, M., Alonso, M., López, K. & Rodríguez, L. (2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria de área urbana y rural de Monterrey. *Rev Latino-am Enfermagem*. 16.
- Moradillo, F. (2000) Los Valores, las Drogas, los adolescentes. *Las Drogas Info*. Instituto para el Estudio de las Adicciones. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Gobierno de España. Recuperado de <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoOpinion&idOpinion=26>
- Moreno, G.,M.A., Ortiz, V.,G.R, (2009) Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes, *Rev: Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190.
- Offer D, Schonert-Reichl KA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Nov; 31(6):1003-14.
- Offer, D., Kaiz, M., Ostrov, E., & Albert, D. B. (2002). Continuity in family constellation. *Adolescent & Family Health*, 3, 3–8
- Offer, D., Offer, M.K, y Ostrov, E. (2004) *Regular Guys, 34 Years Beyond Adolescence*, New York, Ny: Springer.
- OMS 2005 Salud de los adolescentes, OMS. Consultado el 4 de Febrero de 2016 en www.who.int
- OMS 2014 Informe Mundial de Situación Sobre Alcohol y Salud 2014, OMS Consultado el 4 de Febrero de 2016 en www.who.int
- Papalia, E.D., Wendkos, O.S, Duskin, F.R. (2009). *Psicología del Desarrollo*. México D.F. Mac Graw Hill.
- Park, L.E., Maner, J.K. (2009). Does Self-Threat Promote Social Connection? The Role of Self-Esteem and Contingencies of Self-Worth. *Journal of Personality and Social Psychology*. 96. 203-217.

- PEMEX (n.d.) Actividad Física Para Adolescentes. Recuperado de <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5thed). Pearson: Prentice Hall, N. J. Upper Saddle River.
- Polit, D. Hungler (2000), *Investigación científica en ciencias de la salud*, McGraw-Hill interamericana, sexta edición.
- Puig-Nolasco, A., Cortaza-Ramirez, L., Pillon S.C. (2011). Consumo de Alcohol entre Estudiantes Mexicanos de Medicina. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19, 714-21.
- Rathus, S.A., Fox, J.A., Cristofaro. J.D. (1979). Perceived Structure of Aggressive and Assertive Behaviors. *Psychological Reports*, 1979. 44. 695-698.
- Robins, R., Hendin, H., Trzesniewski, K. (2001). Measuring Global Self-Steem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology, Bulletin*. 27. 151-161.
- Rodríguez, N.C., Caño G.A. (2012). Autoestima en la Adolescencia: Análisis Y Estrategias de Intervención. *Rev. International Journal of Psychological Therapy*. 12(3), 389-403.
- Romero E., Luengo M.A., Otero L.J.M, (1995). La Relación entre Autoestima y Consumo de Drogas en los Adolescentes; un Análisis Longitudinal. *Revista de Psicología social*. 10. 149-159.
- Romero, E., Luengo, M.A., Otero L.J.M. (1995). La Relación entre Autoestima y Consumo de Drogas en los Adolescentes: un Análisis Longitudinal. *Revista de Psicología Social*. 10. 149-159.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).
- Rosenberg, M., Owens, T.J, (2001). Low Self- Esteem People: A Colecctive Portrait. En T.J Owens, S. Stryker, N. Goodman (Eds). New York, EE.UU.
- Ruiz, L.P.J. (2013). *Psicología del Adolescente y su Entorno*. Aula Mayo. Recuperado de <Http://www.sietediasmedicos.com>
- Sanchez P.M., Alvarez A.A, Hernandez. C.Ma.A. Bañuelos.B.Y., Rocha.R.Ma.R. (2013) Resiliencia y Consumo de Drogas Licitas en Adolescentes Estudiantes de la Ciudad de Morelia, *Rev: Ciencia @ UAQ*. 6(2) 128-135.

- Sanchez, B.R. (2012). *Las Autoetimas Múltiples*. México D.F. Trillas.
- Scheier, L., Botvin, G., Griffin, K., Diaz, T. (2000). Dynamic Growth Models of Self-Esteem and Adolescent Alcohol use. *Journal of Early Adolescence*. 20. 178-209.
- Secretaría de Salud Guerrero. (2014). Consultado en el 17 de Octubre de 2014. Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index>.
- Secretaría de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*, NOM-028-SSA2, 2009. Recuperado el 11 de abril del 2009, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Secretaría de Salud. (2014), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Consultado en abril de 2015. De: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc
- Serrat, A., Guell, B.M., Mendieta, C., Vela, O., Cano, E., Sanz, P.G., Moreno, O.J. (2012). *Manual de Recursos del Maestro*, México D.F. Océano.
- Silber y Tipper 1965
- Suelves, J.P., Sanchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Rev: Anales de Psicología*, 17(1), 15-22.
- Telumbre-Terrero JY, Esparza SE, Alonso-Castillo BA, Alonso-Castillo MTJ. (2016). Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Enfermería. *Enfermeria Actual en Costa Rica*, 30:1-16.
- Telumbre-Terrero, J.Y., Sanchez-Jaimes B.E. (2014). Consumo de Alcohol en Adolescentes del Estado de Guerrero, México. *Rev. Health and Addictions*. 15(1), 79-86.
- Ünal, S. (2012). Evaluating the Efecct of Self-Awareness and Communication Techniques on Nurses Assertiveness and Self-Esteem. *Rev. Contemporary Nurse*. 43(1), 90-98.
- Ünal, S., Hisar, F. Görgülü, Ü. (2012). Assertiveness Levels of Nursing Students who Experience Verbal Violence During Practical Training. *Rev. Contemporary Nurse*. 42(1), 11-19.
- UNICEF (2009) *Estado Mundial de la Infancia 2009*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, New York.
- Valdez,O.O.C, Vidales.J.M, Oliva.R.N.N.,Martinez M.R. (2013) Autoestima y Consumo de Alcohol en Estudiantes de Bachillerato.95-11. Tomado de Vacio M.Ma.A, Pedroza.C.F.J. (2013) *Investigación en Adicciones*.Mexico D.F. UAA.

- Velasco F.R. (2009). Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. México D.F. Trillas.
- Velázquez, A.M., Arellanes, H.J.L. Martínez G.A.L. (2012) Asertividad y Consumo de Drogas en Estudiantes Mexicanos. *Rev. Colombiana de Psicología*. 15 (11), 131-141.
- Veloza M, Simich L, Stricke C, Brands B, Giesbrecht N, Khenti A, (2012). Medio Social y Uso Simultáneo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes Universitarios de Pregrado de Carreras de Ciencias de la Salud de una Universidad, Cundinamarca Colombia. *Texto Contexto Enferm*, 21:41-48.
- Villareal-González, M.E., Musito, G., Sánchez-Sosa, J.C., Varela, R. (2010) El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Socio-comunitario. *Rev. Intervención Psicosocial*. 19(3). 253-264.
- Villegas, P. M., Alonso, C. M.M. y Guzmán, F. F. R. (2014). Stressful life events and its relationship to alcohol and tobacco consumption in adolescents. *Rev. Ciencia y Enfermería*. 20 (1), 35-46.
- Zamora-Mendoza A, Hernandez-Castañon MA, Alvarez-Aguirre A, Garza-Gonzalez B, Gallegos-Torres RM (2013), Prevalencia del Consumo de Sustancias Adictivas y Estilos de Vida en Estudiantes Universitarios. *Ciencia UAQ*, 6:1-10.
- Zimmerman, M.A., Copeland L.A., Shope, J.T., Dielman, T.E. (1997). A Longitudinal Study of Self-Esteem: Implications for Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence*. 26. 117-141.

Anexos

Anexo 1. Instrumentos

Estimado alumno a continuación se te harán algunas preguntas sobre tus datos personales, Asertividad y Autoestima. Tu colaboración será muy importante y contribuirá en el diseño de intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en edades muy tempranas de la Adolescencia.

INSTRUCCIONES: Por favor, lee cuidadosamente y complementa y/o marca la opción según sea tu caso.

I. Datos generales

1. Género:

Femenino: _____ Masculino: _____

2. Yo vivo con:

a. Mi papá y mamá _____ b. Con mi mamá _____ c. Con mi papá _____ d. Con mis abuelos _____

3. Cuántos años tienes: _____ años

4. Qué año cursas: 1 _____ 2 _____ 3 _____ Grupo: _____

5.Cuál es tu ocupación

a. Solo estudio _____ b. Estudio y trabajo eventualmente _____

6. Si trabajas en que trabajas _____

II. Cuestionario de Prevalencia de Consumo de Alcohol

1. ¿Has consumido Alcohol alguna vez en la vida? Sí _____ No _____

2. ¿A qué edad iniciaste a consumir alcohol? _____ Años

3. ¿En el último año has consumido alcohol? Sí _____ No _____

4. ¿En el último mes has consumido alcohol? Sí _____ No _____

5. ¿En la última semana has consumido alcohol? Sí _____ No _____

6. ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

1. Nunca
2. Una vez al mes o menos
3. 2 ó 4 veces al mes
4. 2 ó 3 veces por semana
5. 4 ó más veces por semana

7. Cuando consumes alcohol en un día habitual ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes?

8. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consumes?

- 1.- Cerveza
 - 2.- Tequila
 - 3.- Caribe Cooler
 - 4.- Michelada
- Otra: _____

9. ¿Dónde consumes alcohol?

10. ¿Con quién consumes alcohol?

- a. Familiares
- b. Amigos
- c. Otros _____

III.- Cuestionario de asertividad

En las siguientes oraciones marca con una (X) la opción según consideres si es falso o verdadero

Preguntas	Falso	Verdadero
1.- Cuando una persona es abiertamente injusta, usted acostumbra a no decirle nada al respecto		
2.- Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas.		
3.- Acostumbra a evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado.		

4.- Si un amigo lo traiciono revelando algún secreto suyo, le dice realmente lo que piensa.		
5.- Si compartiera la habitación con otra persona, insistiría en que él o ella haga parte de la limpieza.		
6.- Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llevo después de usted, se lo hace notar.		
7.- Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien.		
8.- Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo.		
9.- Si usted presto una suma de dinero importante a una persona que parece haberse olvidado de ello, se lo recordaría.		
10.- Si una persona se burla de usted constantemente, tiene dificultad para expresarle su irritación o desagrado.		
11.- Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos por no buscar asiento delante.		
12.- Si alguien diera golpes con los pies de forma continuada en el respaldo de una butaca en el cine, le pediría que lo dejara de hacer		
13.- Si un amigo o amiga lo llamara todos los días a altas horas de la noche, le pediría que no llamara más tarde de cierta hora.		
14.- Si estuviera hablando con un amigo y de repente interrumpe la conversación para dirigirse, expresaría su irritación.		
15.- Si usted está en un restaurante elegante y su filete está demasiado crudo, le diría al camarero que pida que se lo cocinen un poco más.		
16.- Si el propietario de un piso que alquila no hizo ciertos arreglos a los que se comprometió, usted insistiría en que los hiciera.		
17.- Devolvería una prenda defectuosa que compro unos días antes.		
18.- Si una persona que usted respeta expresara opiniones contrarias a las suyas, se atrevería a exponer su propio punto de vista.		
19.- Puede decir que no cuando le piden cosas poco razonables.		
20.- Considera que cada persona debe defender sus propios derechos.		

IV.- Escala de Autoestima

En las siguientes oraciones marca con una (X) la opción según qué tan de acuerdo te sientes con relación en cada una de ellas.

Preguntas	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
-----------	-----------------------	------------	---------------	--------------------------

1. Soy una persona por lo menos igual de bueno que mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				
2. Yo tengo un buen número de cualidades positivas				
3. Tengo una actitud negativa de mí mismo				
4. Soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				
5. No tengo mucho de que sentirme orgulloso				
6. Tengo una actitud positiva de mí mismo.				
7. Estoy satisfecho conmigo mismo				
8. Desearía tener más respeto por mí mismo.				
10. Algunas veces me siento inútil comparado con mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				
10. Algunas veces creo que no sirvo para nada comparado con mis compañeros de escuela, mis amigos o personas de mi edad.				

Anexo 2: Asentimiento Informado del participante

Título del Estudio: **Relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes.**

Introducción

El Licenciado Daniel Jaimes García está interesado en conocer la relación entre el consumo de alcohol, autoestima y aserción en adolescentes universitarios de la Unidad Académica de Enfermería N.-2, para lo cual se me solicita mi participación en este estudio, si yo acepto, daré respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario que yo me encuentre disponible. Antes de decidir si quiero participar o no, el Licenciado Daniel Jaimes Garcia me informará el propósito del estudio, los posibles riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, si decido participar, se me pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Propósito

El estudio tiene como propósito analizar las variables, autoestima, asertividad y su relación con el alcohol en estudiantes adolescentes universitarios de la Unidad Académica de Enfermería No2 de la Universidad Autónoma de Guerrero.

Procedimiento

Si acepto participar en el estudio se me pedirá que dé respuesta a las preguntas de una cedula de datos personales y un instrumento, con la mayor sinceridad posible, los cuales me llevan aproximadamente 45 min. No interfiriendo con mis actividades académicas-escolares. Además se me informa que si decido no participar en el estudio no tendré ninguna repercusión de cualquier tipo en el ámbito escolar.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio. Si yo me siento indispuerto o no deseo seguir hablando del tema puedo retirarme en el momento que yo lo decida.

Beneficios esperados

En este estudio no existe ningún beneficio personal por participar, sin embargo en un futuro con los resultados de este estudio se podrá diseñar y aplicar programas de prevención para favorecer factores protectores contra el alcoholismo.

Participación voluntaria y confidencialidad

La única persona que conocerá que yo participo en el estudio, es el autor del estudio. Ninguna información sobre mí será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Se me recuerda que los cuestionarios que yo conteste son anónimos y que la información es confidencial.

Preguntas

Si tengo alguna pregunta sobre mis derechos como participante de este estudio me podré comunicar con la Dra. Alicia Álvarez Aguirre y Lic. Enf. Daniel Jaimes García, responsables de la investigación que puedo localizarla en la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UAQ, localizada en Centro Universitario, Cerro de las campanas s/n Col. Las Campanas, Santiago de Querétaro Qro; al teléfono 1921200 ext. 5700.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

El Licenciado Daniel Jaimes García me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del Participante

Firma del investigador principal

Solicitud a la institución.

Acapulco Gro., a de 2015

Anexo 3. Solicitud a la autoridad de la institución

M.C. Ma. Leticia Abarca Gutiérrez

Directora de la U.A. de Enfermería N.-2

P r e s e n t e.

El que suscribe Lic. Enf. Daniel Jaimes García, estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería, dependiente de la U.A.Q, solicita a usted me autorice aplicar mi instrumento de recolección de datos, para desarrollar la investigación, que lleva por nombre Relación entre el consumo de alcohol, Autoestima y Asertividad en Adolescentes, la cual es asesorada por la Dra. Alicia Álvarez Aguirre, así mismo me permita solicitar, listas de asistencia de los grupos que serán mi población de estudio, así como también utilizar algunas áreas de la escuela para desarrollar este trabajo de investigación.

Esperando contar con su apoyo, me despido de usted no sin antes darle las gracias por sus finas atenciones.

Atentamente

Lic. Enf. Daniel Jaimes García.