



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Relación entre la autoestima y el consumo de alcohol en empleados gastronómicos

Estudiante: Zayas Doisenbant, Lorena Celeste

Legajo: 22618

Directora: Losada, Analia Verónica

Trabajo Final de Integración para acceder al título de licenciada en Psicología

2024

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [23/05/24]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Buenos Aires, 27/05/24

Firma y aclaración del autor: Zayas Doisenbant, Lorena Celeste

Índice:

1. Resumen	3
2. Delimitación del objeto de estudio	4
2.1. Definición del problema	4
2.2 Justificación	7
3. Objetivos	9
3.1.Pregunta de investigación	9
3.2.Hipótesis	9
4. Estado del arte	10
5. Marco teórico	16
5.1. Consumo de alcohol	16
5.2. El consumo de alcohol en el ámbito laboral	25
5.3. Autoestima	26
5.4. Consumo y autoestima	29
6. Método	30
6.1. Participantes	30
6.2. Instrumentos	30
6.3 Procedimiento	31
7. Resultados	32
8. Discusión	39
9. Conclusión	41
10.Referencias	42
11. Anexos	
11.1. Consentimiento informado	49
11.2. Cuestionarios	50

Resumen

Según la Organización Panamericana de la Salud (2019) el consumo de alcohol es un problema de salud pública que continúa en aumento en Argentina y el mundo. El presente trabajo tiene como objetivo analizar la relación entre el consumo de alcohol y el nivel de autoestima. Para ello se realizó una investigación cuantitativa descriptiva correlacional no experimental de corte transversal. Se seleccionó una muestra no probabilística conformada por una población de 43 participantes mujeres y varones con una edad comprendida entre los 20 y 65 años de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, que se encuentren trabajando en el sector gastronómico, tanto en salón como en cocina o áreas relacionadas, por un periodo superior a dos años en la actividad. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) para medir el nivel de autoestima actual de los sujetos; y el Cuestionario de autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol AUDIT (OMS, 1982). A partir de los resultados obtenidos se concluyó que no existe relación significativa entre las variables estudiadas, por lo tanto, el nivel de autoestima no es un factor determinante en el riesgo de consumo de alcohol en esta población.

Palabras claves: Alcohol, autoestima, consumo, gastronomía, bebida.

1. Delimitación del objeto de estudio

2.1. Definición del problema

El presente Trabajo Final Integrador tiene como objetivo analizar la relación entre el consumo de alcohol en empleados gastronómicos y los niveles de autoestima que presentan, a fin de identificar un posible vínculo directo entre ambas variables.

Según Muñoz (2010) las bebidas alcohólicas han estado presentes en la historia de la humanidad desde tiempos remotos. Pastor (2007) explica que hace más de 10000 años las distintas culturas consumen bebidas alcohólicas, especialmente en el occidente. Para este autor, el ser humano debe haber descubierto estas bebidas por casualidad, resultando en una euforia embriagadora a partir de esa ingesta. Asimismo, Muñoz (2010) menciona que su efecto en el estado anímico y en la percepción de los consumidores son el motivo por el cual fueron considerados, antiguamente, productos divinos.

Pastor (2007) describe que, a lo largo de los siglos, las bebidas y la forma de consumo se han ido transformando, principalmente, por la finalidad que lo motiva. Además, Pastor (2007) menciona que, en las civilizaciones antiguas, el alcohol era utilizado como alimento, uso festivo y uso médico, ya sea para tratar males intestinales, curar heridas o como antídoto de ciertas picaduras animales. A su vez, se utilizaba para rituales religiosos y funerarios. Siguiendo esta línea, Pivetta (2023) aclara que los destilados, el vino y la cerveza servían para aliviar los dolores corporales, como medicamentos y como mezcla en diferentes tratamientos y, las bebidas más fuertes, actuaban como los anestésicos modernos.

Paralelamente, Aguirre (2015) suma que, a lo largo de la historia, las bebidas alcohólicas fueron consumidas con diferentes propósitos y conforme cada cultura. Antiguamente podían ser utilizadas como modo de celebración, con fines religiosos o como medio de inclusión o exclusión a determinado grupo social.

Ahora bien, Pastor (2007) comenta que, a lo largo de los siglos, el consumo de alcohol se ha convertido en un hecho cotidiano, con variadas motivaciones y consecuencias.

Cremonte y Pilatti (2017) aclaran que hace tanto tiempo se naturalizó su consumo que la sociedad casi olvidó que es una droga.

A partir de la edad media se extendió la producción y comercialización de bebidas alcohólicas, disparando su importancia económica y generando un importante negocio. Con ello aparecieron los consumos abusivos develando sus efectos nocivos en la salud (Pastor, 2007).

Argentina contiene un mix cultural en el que las concepciones sobre el consumo de alcohol provienen de la herencia de las tradiciones tanto de los países mediterráneos como de las comunidades originarias, lo cual confluye en una cultura que acepta e integra el uso del alcohol en la vida diaria (Cremonte y Pilatti, 2017). Actualmente, Pivetta (2023) explica que el alcohol se convirtió en la droga psicoactiva más consumida en la población humana siendo aceptado, hoy en día, en la mayoría de los países del mundo. Con relación a esto, Muñoz (2010) define el acto de beber como una costumbre social que revela la personalidad de una cultura. Por lo tanto, ya sea como parte de una moda, entretenimiento, escape o cultura, sumado al poder económico de la industria, estos factores se entrelazan para mantener el consumo de bebidas alcohólicas como un modo de vida (Pastor, 2007). A pesar de ello, Muñoz (2010) refiere que el exceso en su consumo deriva en consecuencias negativas, tanto para el organismo del individuo, su familia, y la sociedad en general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) cada año se producen aproximadamente tres millones de muertes relacionadas con un consumo nocivo de alcohol y, a su vez, actúa como factor causal de más de 200 enfermedades y otros trastornos de la salud. De esta manera, genera importantes pérdidas sociales y económicas a las comunidades.

Hoy en día, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2024) entiende que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema de salud pública nacional e internacional.

Desde esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) refiere que el alcohol tiene un papel fundamental en discapacidad, enfermedades y muertes en el mundo. De igual manera, colabora significativamente con la disfunción familiar, la violencia, el suicidio, y en una amplia gama de trastornos mentales.

Sin embargo, tanto la producción, como su distribución y venta en el país es totalmente legal (Cremonte y Pilatti, 2017).

Cabe destacar que su consumo se encuentra en aumento sobre todo entre los jóvenes y, paralelamente, su edad de inicio es menor (Organización Panamericana de la Salud PAHO, 2010).

Por su parte, Ruiz Cortes et al. (2006) explican que el trabajo en los sectores hotelero y gastronómico presenta mayor riesgo de padecer problemas de salud mental y abuso de alcohol. Según estos autores la relación entre ambas variables puede derivar de la necesidad de recurrir al consumo de alcohol para enfrentar los problemas emocionales. Asimismo, Ruiz Cortés et al. (2006) plantean que el consumo de alcohol podría ser utilizado para aliviar los malestares ocasionados por la carga laboral y el cansancio.

Schilkrut y Armendáriz (2004) proponen que, del mismo modo que un individuo se relaciona con el mundo exterior lo hace consigo mismo, construyendo su autoestima. Actualmente, algunas de las enfermedades psicológicas más habituales se relacionan con la autoimagen y la autoestima. Por su parte, Estrada et al. (2011) definen a la autoestima como la apreciación que cada sujeto tiene de sí mismo, el concepto de la propia valía personal, lo que involucra pensamientos, sentimientos, actitudes y experiencias sobre uno mismo.

A su vez, Christiansen (2019) refiere que todos los seres humanos luchan contra sus propias faltas, problemas y deficiencias y, en algunas personas, eso los lleva a estar inseguros e insatisfechos con su propia vida. En ocasiones, enfocarse demasiado en lo negativo de uno mismo puede derivar en una baja autoestima, lo cual afectará la conducta, por lo tanto, resulta importante evaluar si, entre otras consecuencias, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia a sustancias. En consecuencia, de allí deriva la necesidad de investigar si existe una relación entre la autoestima y el consumo de alcohol.

2.2. Justificación

Muñoz (2010) explica que casi dos millones de individuos consumen bebidas alcohólicas en todo el mundo. Asimismo, cerca de 76 millones de personas sufren trastornos relacionados con el abuso en el consumo de alcohol. De acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, La Secretaría de Seguridad Multidimensional SSM y La Organización de los Estados Americanos OEA (2019) el alcohol es una de las sustancias psicoactivas de uso más frecuente en el continente Americano, siendo un 40% más que el promedio mundial.

La Organización Panamericana de la Salud PAHO (2010) menciona el aumento en evidencia científica en cuanto a consecuencias del consumo de alcohol, lo que deriva en la necesidad de mayores investigaciones que ayuden a profundizar en el tema.

En Argentina, según estadísticas del Ministerio de salud de la Nación (s/f) más de 8000 muertes al año son por enfermedades vinculadas al consumo de alcohol. En este sentido, agrega Muñoz (2010), el alcohol tiene un papel determinante en la mitad de las muertes por accidentes de tránsito.

A su vez, es el segundo país con mayor consumo en América latina, con una estimación de aproximadamente 9,88 litros de ingesta de alcohol puro por persona al año (Ministerio de salud de la Nación Argentina, s/f).

Siguiendo esta línea, Aguirre (2015) refiere que, en este país, más de un millón setecientas mil personas sufren trastornos relacionados con el abuso o dependencia al alcohol.

Es importante destacar que la edad promedio de inicio en el consumo ronda los trece años (Aguirre, 2015).

Asimismo, el Ministerio de salud y desarrollo social de la nación Argentina (2019) informa que el consumo excesivo de alcohol también produce costos económicos en varias áreas, entre las que se destaca las relacionadas al ámbito laboral como son la pérdida en la productividad, el ausentismo, la reducción de potenciales ganancias, lesiones, violencia y la discapacidad o muerte por trastornos relacionados al abuso de alcohol.

Por su parte, Garcia Duarte et al. (2023) plantean que resulta evidente que la autoestima cobra relevancia en el desarrollo y mantenimiento de una buena salud, si se la entiende, como propone la OMS, como el estado de bienestar físico, mental y

social. Paralelamente, estos autores exponen que una autoestima saludable es considerada un factor de protección inespecífico, lo que resulta en la disminución considerable de probabilidad de exponerse a situaciones de riesgo, entre ellas el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol.

Por lo tanto, es relevante realizar investigaciones que ayuden a identificar si existe una relación directa entre autoestima y consumo de alcohol con el fin de trabajar en el fortalecimiento de una autoestima saludable para así minimizar los factores de riesgo y trabajar en la prevención de las consecuencias del uso de esta sustancia.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el riesgo de consumo de alcohol y la autoestima en empleados gastronómicos.

3.2. Objetivos específicos

- Medir el nivel de autoestima de los empleados gastronómicos.
- Ponderar el riesgo de consumo de alcohol en los trabajadores de gastronomía.
- Identificar si a una mayor autoestima hay un menor riesgo de consumo de alcohol en trabajadores del rubro gastronómico.
- Establecer si a un menor nivel de autoestima el riesgo de consumo de alcohol es mayor en personas que se desempeñan en gastronomía.

3.3. Pregunta de investigación: ¿Los empleados gastronómicos con baja autoestima tienen mayor riesgo de consumo de alcohol que los gastronómicos con una autoestima elevada?

3.4. Hipótesis

A partir de los objetivos desarrollados, se proponen las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Los empleados gastronómicos que presentan un mayor riesgo de consumo de alcohol son personas con baja autoestima.

Hipótesis 2: Los trabajadores de la gastronomía con una autoestima elevada tienen menos riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas.

4. Estado del arte

La investigación realizada por Telumbre Terrero et al. (2019) denominada “Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche” buscó establecer la relación entre la autoestima y el consumo problemático de alcohol en adolescentes de una escuela secundaria de México. Con ese fin se realizó un estudio cuantitativo descriptivo correlacional con una muestra de 191 adolescentes de ambos sexos pertenecientes a una escuela secundaria de Ciudad del Carmen, en Campeche. Los instrumentos utilizados para dicho trabajo fueron la Prueba de Identificación de Desórdenes por Uso de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos indican que el 80,8% presenta baja autoestima, más mujeres que varones. El 65,4% ha ingerido alcohol de los cuáles el 8,4% lo ha hecho durante la última semana. Por su parte, se estableció una relación significativa entre consumo de alcohol concluyendo que a mayor autoestima menor consumo de alcohol.

El trabajo realizado por Alfonso-Gerónimo et al. (2021) “Autoestima y Consumo de Alcohol en Adolescentes de 12 a 16 años de Tabasco” tuvo como propósito establecer la relación de la autoestima y el consumo de alcohol en adolescentes de Nacajuca, Tabasco, en México. A tal efecto se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptiva, correlacional, con una muestra de 200 estudiantes, varones y mujeres, entre 12 y 16 años de edad. Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: la Escala de Autoestima de Rosenberg para medir el nivel de autoestima de los adolescentes y el Test de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT) para medir el nivel de riesgo en el consumo de alcohol. Los resultados señalaron que el 67.5 % de los encuestados presentan una autoestima regular, el 30% presentan un nivel de autoestima alta y solo el 2.5 % exhiben una baja autoestima. En el caso del consumo de alcohol el 85% de la muestra no está en riesgo, con un 11% de estudiantes que tiene consumo de riesgo, un 3,5% presenta dependencia al alcohol y solo el 0,5% tiene consumo perjudicial. Finalmente, se encontró una relación significativa y negativa entre el consumo de alcohol y la autoestima lo cual concluye que a menor autoestima mayor consumo de alcohol en adolescentes.

El trabajo realizado por Machuca Lozano y Meléndez Ordaz (2019) titulado “Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes del primer ciclo de un Instituto de Cajamarca” tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoestima y el consumo de alcohol en adolescentes de un Instituto de Cajamarca, Perú. Para tal efecto se llevó a cabo una investigación cuantitativa, no experimental, de corte transversal, utilizando una muestra de 176 adolescentes de ambos sexos entre 16 y 19 años. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Identificación de los trastornos debido al consumo de Alcohol AUDIT (1981) y Test de Autoestima de Rosenberg (1989). Los resultados arrojaron que existe una relación entre ambas variables, un 79,5% presentó autoestima elevada y un 88, 1% no tuvo riesgo de consumo de alcohol, indicando que a mayor autoestima menor consumo de alcohol.

El estudio realizado por Torres Cuba (2019) llamado “Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de un colegio emblemático de la ciudad de Juliaca 2019” tuvo como objetivo determinar la relación entre el consumo de alcohol y el nivel de autoestima en jóvenes estudiantes, varones y mujeres, entre 15 y 17 años que se encontraban cursando cuarto y quinto grado de una escuela secundaria de la ciudad de Juliaca, Perú. Para ello se realizó un trabajo cuantitativo, no experimental, de corte transversal, contando con una muestra de 114 personas a quienes se le administraron el Inventario de Autoestima de Coopersmith para jóvenes y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Los resultados de esta investigación revelaron que un 80% de estudiantes posee alta autoestima y un 92% presenta un consumo de alcohol de riesgo. Por lo tanto, no se encontró una relación directa entre ambas variables, concluyendo que el consumo de alcohol está determinado por otros factores más allá del nivel de autoestima presente en cada sujeto.

La investigación realizada por Huanca Torres y Mesías Moore (2020) titulada “Factores de riesgo al consumo de alcohol y su relación con la autoestima en estudiantes del tercero a quinto de secundaria de dos instituciones educativas públicas de Iquitos” tuvo como fin establecer la relación entre los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y el nivel de autoestima presente en jóvenes estudiantes de dos instituciones públicas de Perú. Para dicho estudio utilizaron un enfoque de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal, con una

muestra de 318 estudiantes entre 13 y 18 años de ambos sexos, pertenecientes a dos instituciones: 147 estudiantes corresponden a la institución educativa Rosa Agustina y 171 jóvenes restantes pertenecen a la institución educativa Mariscal Oscar R, ambas en la zona de Iquitos, Loreto, en Perú. Para la recolección de datos fueron utilizados el cuestionario Factores de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas en escolares (DUSI) y el Cuestionario de autoestima Coopersmith. Los resultados arrojaron que el 70,8% no presenta riesgo relacionado al consumo de alcohol y el 29,2 % presenta un riesgo vinculado a este consumo derivando en una relación relevante e indirecta entre ambas variables.

El trabajo presentado por Infante Orozco (2021) titulado “Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes de San Juan de la Virgen Tumbes, durante la pandemia 2021” tuvo como objetivo identificar la relación entre el consumo de alcohol y el nivel de autoestima en adolescentes de la ciudad San Juan de la Virgen Tumbes, en Perú. Para ello se llevó a cabo un estudio cuantitativo, correlacional, no experimental, de tipo transversal, con una muestra de 186 jóvenes entre 12 y 17 años de edad pertenecientes al distrito San Juan de la Virgen Tumbes. Para la recolección de datos se emplearon el Inventario de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario de identificación de Trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT). Los resultados obtenidos arrojaron una relación significativa e inversa entre ambas variables, lo que indica que a mayor consumo de alcohol menor autoestima, y viceversa, corroborando la hipótesis principal de la investigación.

La investigación realizada por Gonzalez Campos (2022) llamada “Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa, Ayacucho, 2020” tuvo como fin determinar la relación entre la autoestima y el consumo de alcohol en estudiantes secundarios de la institución Ayacucho, en Perú. Para ello se realizó una investigación cuantitativa, transversal, con diseño no experimental, a una muestra de 100 adolescentes varones y mujeres entre 12 y 18 años de edad. Los instrumentos utilizados para este estudio fueron el Test de Identificación de Desórdenes en el Uso del Alcohol AUDIT (1981) y el Test de Autoestima de Rosenberg (1989). Los resultados obtenidos fueron que el 60% de los adolescentes tienen baja autoestima y el 80% tiene un alto consumo de alcohol, concluyendo que a menor autoestima mayor es el consumo de alcohol.

El trabajo realizado por Sánchez Caballero y Cuya Ccoycca (2022) denominado “Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de una IEP, Andahuaylas” tuvo como fin identificar la relación entre el nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de una escuela secundaria de Perú. La investigación realizada fue de tipo cuantitativa, no experimental, de corte transversal, con una muestra de 70 adolescentes entre 13 y 16 años de ambos sexos. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Autoestima Coopersmith (SEI) versión escolar y el Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) para medir el nivel de riesgo en el consumo de alcohol. Los resultados arrojaron que el 80% de los adolescentes poseen baja autoestima y el 82,9 % manifiestan un grado de consumo de alcohol. Por lo tanto, los autores concluyen que existe una relación significativa entre las variables refiriendo que a mayor autoestima, menor consumo de alcohol, y a la inversa.

La investigación realizada por Rojas Chero y Roncal Rodríguez (2023) titulada “Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes del segundo ciclo del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público - Cajamarca, 2019” tuvo como objetivo establecer la relación entre la autoestima y el consumo de alcohol en estudiantes pertenecientes al segundo ciclo del establecimiento de Educación Superior Tecnológico de Cajamarca, en Perú. Para llevar a cabo dicha investigación se realizó un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, no experimental, correlacional y transversal, que fue aplicado a una muestra de 87 estudiantes entre 17 y 23 años de ambos sexos. Para la recolección de datos se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg con el fin de medir el nivel de autoestima de los jóvenes; y el Test para identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) para medir la frecuencia de consumo de alcohol. De los resultados obtenidos se concluyó que existe una relación inversa entre ambas variables lo que resulta en que un nivel bajo de autoestima corresponde con un alto consumo de alcohol y, a un nivel de autoestima alto el consumo de alcohol es menor; por lo tanto, un nivel medio de autoestima concuerda con un nivel medio de consumo, sin riesgo de dependencia a esta sustancia.

El trabajo realizado por Mariño Davila y Matto Jaramillo (2024) titulado “Disfunción familiar, nivel de ansiedad y depresión asociados al consumo de alcohol en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria del colegio nacional de aplicación Unheval” tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables mencionadas con el nivel de consumo de alcohol de estudiantes de una institución secundaria en Huánuco, Perú. Para ello se realizó un estudio de tipo analítico, retrospectivo y transversal, aplicado a 132 estudiantes del establecimiento Unheval a través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos como son el test AUDIT que mide el riesgo en el consumo de alcohol; el cuestionario APGAR que mide el nivel de funcionamiento familiar global; la escala de autovaloración de ansiedad de Zung que mide la variable ansiedad; y la escala de depresión de Zung que mide los niveles de depresión de una persona, todos autoadministrados. De los resultados obtenidos se desprende que existe una relación entre el consumo de alcohol y el nivel de ansiedad y depresión, siendo que el 70% de los estudiantes con un nivel de ansiedad moderada o grave y el 100% con ansiedad muy severa consumen alcohol mientras que, paralelamente, el 51,5% de los estudiantes con un nivel de depresión moderada y el 75% con depresión grave también presentan consumo de alcohol. Sin embargo, no se halló una relación relevante entre el consumo de alcohol y la disfunción familiar.

El estudio titulado “Factores relacionados al consumo de alcohol en adolescentes de una academia preuniversitaria de Arequipa, marzo 2024” fue realizado por Mamani Torres (2024) y tuvo como fin establecer la relación existente entre la ingesta de alcohol y variables como la autoestima, la toma de decisiones y la funcionalidad familiar en jóvenes pertenecientes a una institución educativa en Arequipa, Perú. Para esta investigación se implementó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, correlacional y transversal, con una muestra de 257 jóvenes, de ambos sexos entre 16 y 20 años, que asisten al establecimiento preuniversitario Mendel, en Arequipa. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de Trastornos debido al Consumo de Alcohol, AUDIT, el cual mide el riesgo de trastornos ocasionados por consumo de alcohol; el test de Autoestima de Rosenberg que mide el nivel global de la autoestima; la lista de evaluación de habilidades sociales que calcula el nivel de toma de decisiones; y el test APGAR que evalúa la funcionalidad familiar. Como resultado se concluye que se encuentra una correlación entre un alto nivel de

autoestima, una alta capacidad para la toma de decisiones y una funcionalidad familiar apropiada correspondiente a un consumo de alcohol cero o sin riesgo.

Los autores Campos Pichicono et al. (2018) realizaron una investigación llamada "Hábitos de consumo de alcohol y su relación con el nivel de autoestima en universitarios entre 20-25 años de la universidad tecnológica de Chile Inacap, Talcahuano" cuyo objetivo consistió en analizar la relación entre el nivel de autoestima y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, hombres y mujeres, entre 20 y 25 años de edad, en Chile. Para ello se llevó a cabo un estudio cuantitativo, correlativo y transversal, con una muestra de 100 jóvenes universitarios de la Universidad Tecnológica de Talcahuano. Los instrumentos utilizados para tal fin fueron el Test de autoestima de Rosenberg para medir el nivel de autoestima de los jóvenes y, posterior, el Test AUDIT el cual mide el nivel de dependencia al alcohol. Los resultados obtenidos indicaron que el 56% de los estudiantes presenta un consumo de bajo riesgo, el 30% presenta consumo de riesgo y el 14% tiene un consumo perjudicial de alcohol. En cuanto al nivel de autoestima de los jóvenes el 71% presenta alta autoestima, el 14% autoestima media, mientras que el 12% tiene baja autoestima. Por lo tanto, se concluye que más allá del nivel de autoestima existen otros factores asociados que influyen en el consumo de alcohol como la situación laboral, la religión, los hijos, el lugar de origen, entre otros. En definitiva, la mayor parte de la muestra tiene un consumo de bajo riesgo independientemente del nivel de autoestima presentado.

5. Marco teórico

5.1. Alcohol

Según Cremonte y Pilatti (2017) el alcohol es considerado una droga o sustancia psicoactiva, entendiéndola esta como compuestos químicos que al ser ingeridos producen un efecto en los procesos mentales, por lo tanto, modifican o alteran el pensar, sentir o actuar de quien lo consume.

Sanchez Pardo (2024) explica que las bebidas alcohólicas son aquellas que incluyen etanol, también llamado alcohol etílico, en su composición, el cual es el responsable de sus efectos. Su concentración varía de una bebida a otra y se expresa por la graduación alcohólica que figura en sus etiquetas, que es aquella que mide el porcentaje de alcohol por litro que contiene cada bebida. Sanchez Pardo (2024) aclara que hay dos tipos de bebidas alcohólicas: fermentadas y destiladas. Las bebidas alcohólicas fermentadas son el resultado de la fermentación de los azúcares de distintas frutas y su concentración alcohólica varía entre 4 y 15%, como es el caso de la cerveza y el vino. Por su parte, las bebidas destiladas se elaboran a partir de la eliminación del agua que contienen las bebidas fermentadas con el objetivo de aumentar su concentración de alcohol. Este proceso es conocido como destilación y es la forma de elaboración de bebidas más fuertes como son el whisky, el ron, el vodka, entre otras; y su concentración de alcohol varían entre los 16 y 45%.

Con respecto a su metabolismo, el alcohol ingresa al organismo donde se absorbe en el estómago y, principalmente, en el intestino delgado, y penetra en la sangre desde donde se distribuye por todo el cuerpo hasta llegar al cerebro (Cremonte y Pilatti, 2017).

Sanchez Pardo (2024) comenta que, una vez allí, actúa reduciendo la actividad y el ritmo del sistema nervioso central.

Ochoa Mangado et al. (2009) refieren que la máxima concentración de alcohol se produce entre los treinta y noventa minutos del consumo de bebidas alcohólicas, las cuales son metabolizadas en el hígado, y se eliminan, principalmente, por vía renal. Si bien sus primeros efectos son de euforia y desinhibición, el etanol es una sustancia depresora del sistema nervioso, ya que enlentece el funcionamiento del organismo, afectando principalmente la actividad de las neuronas. A su vez, afecta las áreas de

toma de decisiones y autocontrol, zonas del cerebro encargadas de frenar las conductas impulsivas.

Paralelamente, actúa en el sistema de recompensa provocando placer, lo cual refuerza el deseo de volver a beber lo que, a largo plazo, puede derivar en una dependencia (Sanchez Pardo, 2024).

Agregando a lo anterior, tras la ingesta de alcohol aparecen otros efectos como son las dificultades en la coordinación y el lenguaje, confusión mental, aumento en los tiempos de reacción, problemas en la atención, memoria y concentración, alteraciones visuales y auditivas, disminución en la percepción de los riesgos junto con una falsa sensación de seguridad, agresividad en algunos casos, problemas sexuales, entre otros (Sanchez Pardo, 2024).

Es importante destacar que sus efectos en cada individuo dependen de varios determinantes: factores biológicos como son el sexo, la edad, el estado de salud y el peso corporal; los cuales se entrelazan con otras variables como la relación personal previa con el alcohol; y las características circunstanciales que tienen que ver con su mezcla con otras sustancias o tener el estómago vacío, lo cual afecta el nivel de alcohol en la sangre (Cremonte y Pilatti, 2017). En este sentido, Sanchez Pardo (2024) suma a estos factores la velocidad con la que se bebe y la cantidad consumida y, aclara que, su consumo es más perjudicial en personas de menor edad, siendo el sexo femenino el que sufre más sus efectos y estos, a su vez, son más intensos en personas más delgadas. A pesar de todo lo que precede, Schilkrut y Armendáriz (2004) afirman que el principal efecto del alcohol y otras sustancias se da en el plano de los sentimientos anestesiando sus emociones y afectos y deteriorando su autoestima.

Siguiendo esta línea, El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2022) explica que, tal como ocurre con otras sustancias, el alcohol tiene un potente efecto en el cerebro, generando placer y aliviando los sentimientos negativos. Por esta razón, algunas personas se sienten motivadas a consumir alcohol recurrentemente, más allá de las consecuencias negativas de su ingesta en la salud. Es importante destacar que ese alivio temporal suele derivar en estados emocionales negativos más intensos en los periodos de abstinencia, lo cual favorece a un ciclo de consumo poco saludable.

El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (2022) enmarca en tres etapas este ciclo repetitivo de consumo, que comienza con una primera fase de ingesta excesiva de alcohol correspondiente a la intoxicación, la cual genera gratificación y hábitos nocivos. Esta primera etapa está caracterizada por efectos de recompensa

relacionados al consumo como son la relajación, el optimismo y la desinhibición. El consumo de alcohol activa el sistema de recompensa generando una sensación de bienestar que aumenta la probabilidad de repetir el consumo e influye en la formación de hábitos y rutinas que giran en torno a ello. A su vez, ciertos estímulos placenteros son asociados al alcohol, favoreciendo los deseos de beber.

La segunda etapa está ligada a los efectos negativos de la abstinencia que provienen tanto de una disminución en los sistemas de recompensa cerebrales que dificultan la posibilidad de sentir placer en otras esferas de la vida diaria, como de un aumento en el nivel de estrés que colabora con la ansiedad, la irritabilidad y la disforia, donde el consumo se encuentra asociado a disminuir el malestar que provoca la abstinencia, y ya no a la gratificación que resulta de la ingesta. Cabe mencionar que la abstinencia, luego de un consumo frecuente e intenso, puede derivar en un conjunto de síntomas físicos y emocionales que son opuestos a los mencionados síntomas positivos experimentados durante el consumo (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 2022).

La tercera y última etapa está caracterizada por el deseo y la búsqueda activa de la sustancia en la cual la impulsividad juega un papel determinante.

Es importante aclarar que cada etapa está relacionada y se sostiene en las demás pudiendo atravesar este ciclo a lo largo de semanas o meses o en el transcurso de un mismo día (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 2022).

La OMS (1994) define la dependencia al alcohol como un trastorno en el cual el consumo reiterado lleva al sujeto a la intoxicación habitual o constante acompañado de un deseo intenso de consumir y una búsqueda activa de la sustancia, junto con una marcada dificultad para reducir o abandonar las bebidas alcohólicas más allá del daño que pudiera conllevar su ingesta. Otros criterios de la dependencia al alcohol son el desarrollo de tolerancia, que es la necesidad de consumir mayores dosis cada vez para lograr el mismo efecto, o la minimización de los efectos con el uso de las mismas cantidades; y los signos y síntomas de abstinencia, ya sean físicos o psicológicos, que se presentan al interrumpir o abandonar el consumo.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, diferencia la intoxicación por consumo de alcohol del trastorno relacionado con su consumo. En el caso de la intoxicación es necesario destacar que se trata de una ingesta reciente y transitoria que genera comportamientos inadecuados o

cambios psicológicos relevantes durante o seguido al consumo de alcohol, que incluye uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- dificultad en el habla
- incoordinación
- marcha inestable
- movimientos oculares involuntarios o visión borrosa
- fallas en la atención o memoria
- falta de reacción o estado de coma

Por su parte, el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) define el trastorno por consumo de alcohol como un modelo de consumo problemático que provoca un malestar significativo por un periodo mínimo de doce meses en el cual se cumplen al menos dos de los siguientes criterios:

- consumo de alcohol de manera frecuente en grandes cantidades o durante un periodo de tiempo prolongado
- aparece un deseo constante de consumir alcohol o fracasos en el intento de controlarlo o abandonarlo
- se emplea mucho tiempo en su búsqueda, consumo o en la recuperación después de su ingesta
- deseo intenso o necesidad de consumir bebidas alcohólicas
- consumo recurrente que afecta otras áreas de su vida ya sea en lo laboral, la educación o el hogar
- continuar su consumo más allá de los problemas sociales o interpersonales derivados de ello
- el consumo genera el abandono o disminución de otras actividades ya sean profesionales, sociales o de ocio
- consumo frecuente en actividades que representan riesgos físicos
- frecuencia de consumo más allá de los problemas físicos o psicológicos derivados o incrementados por el alcohol
- tolerancia manifestada ya sea por la necesidad de consumir mayores cantidades para conseguir el efecto deseado o un efecto claramente menor consumiendo las mismas cantidades
- abstinencia física o psicológica o la necesidad de consumir alcohol o sustancias similares para evitar o disminuir los síntomas de abstinencia.

El trastorno por consumo de alcohol puede clasificarse en leve, moderado o grave, dependiendo de la cantidad de síntomas que se manifiesten (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Es interesante indicar que el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) considera a la abstinencia de alcohol como un trastorno en el caso de una interrupción o disminución de un consumo de alcohol muy potente y duradero provocando un malestar significativo en otras áreas de su vida, en el cual aparecen dos o más de los siguientes signos o síntomas pocas horas o días luego de dejar de consumir alcohol:

- sudoración o taquicardia
- temblor de manos
- náuseas o vómitos
- problemas para dormir
- alucinaciones
- hiperactividad psicomotora
- ansiedad
- convulsiones

Es relevante mencionar que, en los últimos años, se fueron modificando los patrones de conducta con respecto al consumo de alcohol, especialmente entre los más jóvenes, lo que se evidencia en una edad de inicio más precoz con un mayor consumo en un menor periodo de tiempo, especialmente los fines de semana. Esta nueva modalidad de consumo es denominada consumo episódico excesivo de alcohol. Esta práctica tiene como objetivo el estado de intoxicación y es entendida como la ingesta de gran cantidad de bebidas alcohólicas en un corto lapso de tiempo, generalmente unas pocas horas, convirtiéndose en el principal motivo de consulta en urgencias en los servicios de salud relacionados al consumo de sustancias y aumentando significativamente la probabilidad de desarrollar una dependencia al alcohol (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

Becoña (2002) divide en fases el avance progresivo de una persona en relación al consumo de cualquier sustancia hasta llegar a una dependencia de la misma. Este autor denomina como fase de predisposición a los factores de riesgo y de protección

previos al consumo los cuales aumentan o disminuyen la probabilidad de utilizar una sustancia.

En relación a esto, La Asociación Psicológica Americana, (APA, 2010) plantea que los trastornos relacionados al consumo de alcohol son multicausales, entre los cuales se destacan factores genéticos, fisiológicos, sociales y psicológicos que interactúan entre sí en distintos niveles según cada persona.

La siguiente fase, según Becoña (2002) es la fase de conocimiento, que es aquel momento en cual el sujeto toma conciencia de la existencia de una determinada sustancia, lo cual suele ocurrir normalmente en la adolescencia, y podría llevar a la tercera etapa: la fase de experimentación que es el momento de inicio en el consumo. En este sentido es importante señalar cuánto incide la disponibilidad y el acceso a la sustancia, destacando la accesibilidad y la normalización de drogas legales como el alcohol.

La próxima fase es conocida como la fase de consolidación, y es cuando se asciende del uso al abuso o dependencia, donde lo que lleva a mantener el consumo son, principalmente, sus consecuencias, positivas o negativas, en función de sus pares, sus familias y su propio ser (Becoña, 2002). Cabe señalar la importancia del estado emocional a la hora de mantener o aumentar el consumo de la misma sustancia o experimentar con drogas más fuertes.

Siguiendo esta línea, Becoña (2002) refiere la fase de abandono o mantenimiento, donde el mantenimiento del consumo puede durar un periodo relativamente corto, varios años o toda la vida. En el caso de dejar de consumir la sustancia esto puede deberse a presiones externas de diversa índole o a motivos internos relacionados a problemas varios acarreados por el consumo. Es en esta etapa donde adquiere importancia la posibilidad de un tratamiento que ayude a mantener la abstinencia a largo plazo. La última fase es la recaída, la cual puede suceder o no, pero es frecuente en personas que alcanzaron la dependencia, entrando en una espiral de tratamiento, recaída y rehabilitación hasta conseguir, en el mejor de los casos, la abstinencia completa.

Becoña (2002) destaca, fundamentalmente, la importancia de la relación entre la sustancia elegida, el individuo que la consume y el ambiente que la facilita, lo que lleva a un sin fin de posibilidades que convierte este problema en algo complejo y multideterminado, dificultando la prevención y el tratamiento de la dependencia.

En relación a los factores de riesgo, Clayton (1992, citado en Becoña, 2002) explica que se trata de características, tanto individuales como contextuales, que aumentan la probabilidad de iniciar y mantener el consumo de sustancias y su implicancia con ellas. Por el contrario, cabe señalar que los factores de protección son aquellos que disminuyen la posibilidad de caer en una dependencia.

Becoña (2002) define en cinco grupos principales los factores de riesgo: individuales, de pares, familiares, educativos y comunitarios.

Los factores de riesgo individuales están compuestos por factores biológicos como el sexo y la edad; y por la genética como el hecho de ser hijos de padres consumidores; factores psicológicos entre los cuales se destacan el estado de ánimo depresivo, el carácter y las creencias en relación al consumo, así como el hecho de haber sido víctima de abuso físico o sexual; y los conductuales entre los que se encuentran el inicio de consumo temprano, la impulsividad y la rebeldía. Es importante mencionar que la existencia de patología psiquiátrica aumenta considerablemente la posibilidad de desarrollar trastorno por consumo de sustancias.

Siguiendo esta línea, Pedrosa (2009) suma factores como la baja autoestima, la falta de autocontrol, una baja tolerancia a la frustración y la búsqueda de nuevas experiencias, como rasgos de personalidad que pueden favorecer el consumo. Además, la escasa o distorsionada información con respecto a las sustancias y sus consecuencias tienden a aumentar la curiosidad sobre ellas y su posterior consumo. (Espada et al., 2003).

Entre los factores de riesgo familiares se destacan la actitud positiva de los padres hacia el alcohol o drogas, la falta de apego o vinculación afectiva, el conflicto intrafamiliar, y las reglas o disciplina poco claras con falta o exceso de límites (Becoña, 2002). A su vez, Pedrosa (2009) agrega como factor de riesgo el tipo de estructura familiar y el nivel socioeconómico en que se encuentran.

Dentro de los factores de riesgo comunitario se distinguen la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, las creencias al respecto junto con una baja percepción de riesgo asociadas a ellas que es la concepción y el nivel de riesgo percibido por la comunidad que posee determinada sustancia, la cual es realmente baja en el caso del alcohol; y las carencias tanto económicas como sociales.

En el primer aspecto, Espada et al. (2003) exponen la extensa disponibilidad de bebidas con facilidad de compra en diversos establecimientos de amplio margen horario a un precio accesible y donde los controles relacionados a la edad son

mínimos o prácticamente nulos. En el segundo aspecto relacionado a las creencias de la comunidad, estos autores mencionan la cantidad de personas famosas que aparecen en la televisión u otros medios de comunicación consumiendo alcohol de manera naturalizada y con cierto prestigio. Por último, estos autores indican la importancia de la publicidad que se esfuerza por relacionar las bebidas alcohólicas con momentos agradables y placenteros y los vinculan con valores positivos generando una fuerte presión social que favorece al consumo.

En el caso de los pares, los factores de riesgo están vinculados, principalmente, a la actitud frente al consumo, la conducta antisocial y el rechazo por parte de los otros sobre el sujeto. Relacionarse con personas que consumen aumenta significativamente la probabilidad de consumir alcohol u otras sustancias y, a su vez, favorece a ceder ante la presión externa (Becoña, 2002). Sumado a esto, Pedrosa (2009) agrega a estas variables las actividades o salidas nocturnas y el dinero del que disponen. En este marco, Espada et al. (2003) explican que el consumo en los jóvenes se encuentra vinculado al tiempo libre, bares o boliches de amplia oferta de bebidas, sumado a la necesidad de nuevas sensaciones y experiencias.

Por su parte, los factores de riesgo escolares se asocian a un bajo rendimiento, poco apego o falta de interés en lo escolar, y la conducta en este ámbito. Becoña (2002) también refiere que un mayor tamaño de la institución puede actuar como factor de riesgo al minimizar el control sobre los alumnos, así como su ubicación geográfica, especialmente en zonas marginales.

Es importante aclarar que los factores de riesgo interactúan entre sí, modelados por la historia vital del individuo y los aprendizajes relacionados al consumo.

Por lo tanto, Espada et al. (2003) plantean la necesidad de una prevención que aborde múltiples variables con intervenciones dirigidas a todos los ámbitos.

Por otra parte, Lisaur y Morón Goñi (2019) explican que el trastorno por dependencia al alcohol se encuentra subdiagnosticado, debido no solo a la dificultad a la hora de identificarlo en la atención primaria, sino también en relación a los sentimientos de vergüenza que conlleva en quien lo padece, a raíz de la connotación negativa tanto para el sujeto como para su familia, lo que deriva en el ocultamiento del mismo.

En otro orden de cosas, Becoña y Cortes (2010) diferencian varias etapas para medir la predisposición al cambio presente en un sujeto con trastorno por consumo de sustancias, para lo cual se utiliza una adaptación del modelo transteórico de cambio de DiClemente y Prochaska (1992, citado en Becoña y Cortes, 2010).

En primer lugar, es necesario evaluar el grado de conciencia de la enfermedad que se posee. Si el sujeto o su familia tienden a negar la enfermedad ninguna modificación va a ser posible. Por lo tanto, la primera etapa es el estadio de precontemplación, durante el cual aún no hay intención de cambiar. En esta fase no hay conciencia de las consecuencias negativas del consumo tanto para sí mismo como para los demás ya que los aspectos satisfactorios continúan siendo mayores que los negativos, manteniéndose a la defensiva y sin posibilidad de cambio.

La segunda etapa es la contemplativa, en la cual ya hay una noción de que existe un problema que se deriva de su manera de consumir. Durante esta etapa se puede evaluar la posibilidad de abandonar la sustancia, pero aún no hay un compromiso con ello. Si bien surge una intención todavía no aparece una conducta para llevarla a cabo. Las consecuencias positivas y negativas comienzan a nivelarse. Es importante entender que la persona puede permanecer en esta etapa durante años.

El tercer estadio es la fase de preparación caracterizada por una toma de decisión de dejar de consumir. Aparecen pequeños intentos de modificar su conducta en su búsqueda de abandonar la sustancia, como puede ser el caso de disminuir las cantidades (Becoña y Cortes, 2010).

La siguiente etapa es la fase de acción durante la cual surgen cambios significativos y se frena el consumo. Aquí el sujeto tiene un firme compromiso de cambiar su estilo de vida y llevar a cabo un tratamiento. Luego de ello, la próxima etapa es la fase de mantenimiento donde lo que se busca es afianzar la abstinencia, y comienza a partir de los seis meses después de abandonada la sustancia.

Resulta importante mencionar que el avance de un estadio al otro no es lineal sino espiralado, pudiendo atravesarse varias veces una misma fase hasta lograr mantener la abstinencia, con períodos de posibles recaídas. De todos modos, la persona no vuelve a ser la misma a medida que avanza de etapa. Los primeros estadios se encuentran más orientados a la toma de conciencia y al crecimiento motivacional de un cambio, mientras que las últimas etapas están más dirigidos al abandono completo de la sustancia (Becoña y Cortes, 2010).

Cabe señalar que en Argentina está vigente la ley n°26657 de Salud Mental (2010) que acredita el abordaje y la intervención de los consumos problemáticos dentro de las políticas de salud mental otorgando a estos sujetos los derechos y garantías en cuanto a servicios de salud. Asimismo, en el año 2014 se promulgó la ley n° 26934 que define a los consumos problemáticos como aquellas conductas compulsivas que perjudican la salud física y psíquica del individuo y sus relaciones sociales, de manera crónica, con o sin sustancia mediadora, diagnosticado por un profesional, y con la necesidad de un abordaje interdisciplinario debido a los múltiples factores que intervienen en esta problemática (Ministerio de Salud, 2022).

5.2. El consumo de alcohol en el ámbito laboral:

Batida Bastús (2002) destaca algunos efectos negativos del consumo de alcohol en el ámbito laboral, entre los cuales menciona un mayor ausentismo, menor rendimiento en sus actividades, más conflictos y un aumento en los accidentes laborales asociados al consumo de alcohol y otras sustancias.

En relación a esto, Cabrera (2020) explica que el consumo de bebidas alcohólicas tiene consecuencias directas sobre el rendimiento laboral ya que produce disminución en la concentración, alteraciones en la percepción, fallas en la atención y en el procesamiento de la información, entre otras. Por lo tanto, el consumo no solo afecta al trabajador, sino también a sus compañeros ya que se produce una sobrecarga en las tareas de los demás, así como posibles conflictos interpersonales y mayores riesgos de accidentes; y, paralelamente, a la empresa incrementando los costos de producción y generando posibles daños en las maquinarias o equipos.

Al mismo tiempo, Batida Bastús (2002) refiere que la disponibilidad de bebidas alcohólicas en el lugar de trabajo favorece al consumo, así como la ausencia de normas en relación a ello. A su vez, ciertas condiciones como las altas temperaturas, esfuerzo físico, largos turnos de trabajo y la rotación de ellos, grandes responsabilidades, ambientes estresantes, empleo monótono o precario, son todos factores que pueden aumentar la ingesta de alcohol.

Ernesto González (2006, citado en Cabrera, 2020) agrega a estos, aquellos empleos con alta rotación de tareas o que implican largas distancias y periodos fuera de su casa, conflictos en los roles y funciones, incertidumbre con respecto al

futuro laboral, accesibilidad a la sustancia, insatisfacción, bajas expectativas, malas relaciones y estrés laboral.

En este sentido, Ruiz Cortés et al. (2006) explican que hay determinadas condiciones laborales ligadas al sector hotelero y gastronómico que incrementan las posibilidades de consumir bebidas alcohólicas como son los horarios irregulares con alta carga laboral, el trabajo eventual, las condiciones precarias de contratación y salarios, la inestabilidad y las bajas posibilidades de desarrollo. Estos aspectos, sumados a la disponibilidad y acceso de alcohol y a la presión social generan un mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados al consumo de esta sustancia. En consecuencia, de la investigación realizada por Ruiz Cortes et al. (2006) se desprende que tanto el número de personas consumidoras de bebidas alcohólicas como la frecuencia y la cantidad fue mayor en este ámbito que en empleados de otros rubros, pudiendo deberse esto, principalmente, al fácil acceso a esta sustancia.

5.3. Autoestima

Ortega Ruiz et al. (2009) definen a la autoestima como el concepto, positivo o negativo, que un ser humano tiene sobre sí mismo. Si bien los autores plantean las dificultades a la hora de definir este término, resaltan su origen social, en virtud de que la autoestima de un sujeto es resultado de la interacción social con las personas mas significativas como son los padres y el entorno familiar, amigos y maestros, principalmente durante la infancia y la adolescencia. Con relación a esto, McKay y Fanning (2019) explican que la forma en que los padres crían a sus hijos en los primeros años de vida determina su autoestima inicial. Sin embargo, se continúa desarrollando a lo largo de toda la vida, mientras el individuo esté en contacto con otros y sus conductas puedan ser evaluadas como positivas o negativas (Ortega Ruiz et al., 2009).

En esta línea, Rosenberg (1965, citado en Pelozzi Moris, 2018) plantea sus aportes desde una perspectiva sociocultural, en la que define a la autoestima como la actitud de un sujeto sobre sí mismo, siendo resultado de las influencias tanto culturales como sociales, familiares e interpersonales. Por lo tanto, el nivel de autoestima es la comparación entre los valores personales, los cuales son el resultado del proceso de socialización mencionado, y la autopercepción. Es decir, la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real.

Ortega Ruiz et al. (2009), a su vez, proponen al sujeto como constructor activo de su autoestima. Por lo tanto, la autoestima de una persona dependería de la coherencia entre su conducta y sus propios principios reguladores de dicha conducta, principalmente durante la juventud y adultez.

Es importante destacar que, la autovaloración personal no tiene solo que ver con las cualidades que se poseen sino con el descubrimiento del ser humano como valor, el reconocimiento de su dignidad, independientemente de sus cualidades físicas o psíquicas, habilidades y destrezas o éxitos y fracasos (Ortega Ruiz et al., 2009).

En consecuencia, el sujeto no solo se valora por aquello que posee y por aquello que es como persona, sino también por aquello que proyecta hacer en el tiempo. El ser humano está abierto al futuro y puede, en cierto sentido, anticiparlo, lo que deriva en otra fuente de autovaloración, en función de metas, proyectos o aspiraciones; por ende, una persona con baja autoestima presentará carencias de proyectos a realizar en su vida (Ortega Ruiz et al., 2009).

Branden (1993) propone que la autoestima es una necesidad básica indispensable para el sano desarrollo personal, mientras que una baja autoestima disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida. Este autor destaca que, a su vez, un sentido bien desarrollado de uno mismo es una condición necesaria pero no suficiente para el bienestar de un individuo, ya que su sola presencia no garantiza satisfacción pero su ausencia produce, sin lugar a dudas, ansiedad, frustración y desesperación.

Villalobos (2019) establece como baja autoestima a la dificultad de un ser humano para sentirse valioso en lo profundo de sí mismo, y sentirse digno de ser amado por los demás, lo que deriva en una búsqueda constante de aprobación y reconocimiento por parte de los otros, a veces sin plena conciencia de ello. Esta búsqueda se traduce en una dificultad en la expresión de sus sentimientos, pensamientos y necesidades en sus relaciones interpersonales, junto con una mayor ansiedad ante situaciones de intimidad o afectivas.

Es importante destacar que una persona con autoestima sana tendrá más recursos para sobreponerse ante las adversidades (Branden, 1993).

En relación a esto, Coopersmith (1967, citado en González Martínez, 2009) propone que una alta autoestima tiene que ver con la aceptación de su persona y la confianza en uno mismo para enfrentar los desafíos y las dificultades de la vida. A este respecto, González Martínez (2009) agrega que los sujetos con una autoestima

positiva no tienen la necesidad de sentirse superiores a los otros, y se comportan seguros, serenos y respetuosos en sus relaciones interpersonales.

Por el contrario, una baja autoestima se corresponde con el autorechazo y el autodesprecio, donde el sujeto se siente incapaz de resolver positivamente cualquier reto o circunstancia. Asimismo, escasea de las habilidades que le permitan entablar relaciones sociales satisfactorias y suele tender a la desvalorización tanto de sí mismo y sus propias debilidades como del comportamiento de los demás, manteniendo un pensamiento rígido e intolerante. Por lo tanto, una autoestima elevada ayuda a tener conductas sanas y satisfactorias; en cambio, un nivel bajo de autoestima se vincula con problemas de conducta y posibles trastornos.

Cabe mencionar que una autoestima adecuada no solo se sustenta en características positivas sino también en la aceptación de los aspectos negativos que forman parte de cada ser humano, lo cual implica una aceptación realista que puede conllevar la necesidad de un cambio o mejora (González Martínez, 2009). Asimismo, González Martínez (2009) explica que el concepto de autoestima es multidimensional, ya que la valoración sobre uno mismo puede ser diferente según el ámbito en el que el sujeto se encuentra.

Por su parte, McKay y Fanning (2019) manifiestan que los problemas de autoestima se asientan en dos tipos de factores: situacionales o caracterológicos. La baja autoestima situacional se hace presente en determinadas áreas de la vida del sujeto, por lo tanto, la persona no se rechaza a sí misma de manera global, sino en áreas concretas, como puede ser el área profesional o de relaciones interpersonales. En el caso de la baja autoestima, suele tener su origen en experiencias tempranas de maltrato o abandono. Por lo tanto, el sentimiento de inadecuación es más general y tiende a afectar más áreas de la vida del individuo ya que procede de una sensación de escasa o nula valía personal.

5.4. Consumo y autoestima

Castaños et al. (2007) consideran que, si bien la baja autoestima puede ser un factor de riesgo en el consumo problemático de sustancias, asimismo, la dependencia a sustancias supone una lesión en la autoestima del consumidor. De hecho, desarrollar una adecuada autoestima es fundamental para asumir posiciones críticas en relación al consumo de sustancias (Moscoso y Titto, 2015).

Según Branden (1993) en la adicción a sustancias existe una intención inconsciente de aliviar la ansiedad y el dolor. Para este autor, las personas con consumo problemático son más temerosas y su dolor es más severo ya que estas prácticas de consumo evocan odio hacia sí mismos.

Por su parte, Moscoso y Titto (2015) refieren que el consumo continuo de sustancias afecta las actitudes hacia sí mismo y el comportamiento perjudicando la autoestima a través de sentimientos de desvalorización relacionados con la insatisfacción y la falta de confianza en uno mismo. Paralelamente, el sujeto en consumo es más propenso a descuidar su imagen personal, higiene y aseo, debido a que su conducta empieza a girar en torno al hábito de consumo y sus actos, progresivamente, son dirigidos por la sustancia.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta que la autoestima se debe trabajar de manera específica, pero a la vez de forma transversal al abordar cualquier otra área ya sea en tareas de prevención así como parte del tratamiento y proceso terapéutico (Castaños et al., 2007).

6. Método

El presente trabajo empírico tuvo como objetivo establecer cuál es la relación entre el consumo de alcohol y la autoestima en empleados gastronómicos. Para llevar a cabo dicha investigación se trabajó con un diseño no experimental, transversal y cuantitativo.

Según Hernández Sampieri et al. (2014) una investigación se constituye como cuantitativa cuando los fenómenos que se estudian son medibles y, a partir de un problema delimitado, se formulan hipótesis que se comprueban o refutan con los diseños apropiados. En este caso se utilizó un diseño no experimental, lo que Hernández Sampieri et al. (2014) definen como investigaciones en las que los fenómenos son observado en su contexto natural, y es transversal porque los datos recolectados son en un momento determinado.

6.1. Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística conformada por 43 participantes, mujeres y varones, con una edad comprendida entre los 20 y 65 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se encuentren trabajando actualmente en el rubro gastronómico, tanto en cocina como en salón, o sectores relacionados a estas áreas como cajeros o limpieza. No quedarán incluidos en este estudio personas que no hayan trabajado en esta área por un mínimo de dos años o no estén trabajando en este ámbito laboral en el momento de la administración de los formularios.

6.2. Instrumentos

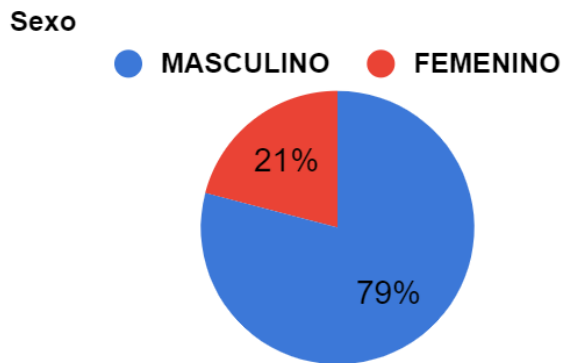
En relación a los instrumentos se realizó la recolección de datos a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg, escala validada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2009 (Góngora y Casullo, 2009), utilizada para medir el nivel de autoestima de los sujetos que consta de diez preguntas que evalúan la autoestima de manera global a través de una escala Likert; y el Cuestionario de screening de autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol AUDIT (OMS, 1982) el cual evalúa el nivel de riesgo en el consumo de alcohol a través de diez preguntas orientadas a la frecuencia de consumo, a la actitud frente a las bebidas, a las reacciones adversas y las consecuencias derivadas de ese consumo durante el último año.

6.3. Procedimiento

Para poder administrar el instrumento a la muestra seleccionada se tomó contacto de manera virtual. Para llevar a cabo este estudio fue necesario la utilización del consentimiento informado en donde los participantes recibieron información sobre cuál sería el fin del estudio y el uso de los resultados obtenidos aceptando su colaboración en él. Luego, los datos recogidos se obtuvieron mediante un formulario de Google Forms durante el mes de marzo de 2024.

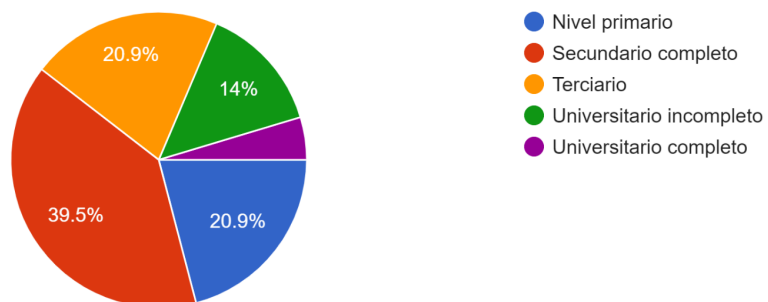
7. Resultados

Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel y Google Forms. En cuanto a los datos sociodemográficos se destaca que del total de la muestra de 43 empleados gastronómicos 21% (9) son de sexo femenino y 79% (34) son de sexo masculino con un rango de edad entre los 23 y 64 años y un promedio en los 39 años.



La mayoría de estos sujetos posee el secundario completo (39,5%) y un 20,9 % nivel primario al igual que nivel terciario finalizado (20,9%). Del resto de los encuestados un 14% refiere universitario incompleto y un 4,7% finalizó el nivel universitario.

Nivel de estudios
43 respuestas

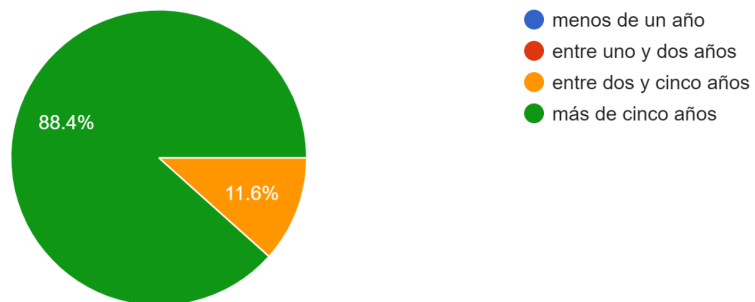


Es importante mencionar que una gran mayoría (88,4%) llevan más de cinco años en el rubro con un 51,2% de encuestados que trabajan en el sector de salón lo que representa contacto con el público y trabajo bajo presión, y un 25,6% trabaja en la cocina lo cual supone la exposición a altas temperaturas y mayores riesgos de

accidentes al manipular cuchillos, fuegos y otros objetos cortantes. A su vez, se destaca que la mayor cantidad de empleados trabajan entre 6 y 9 horas diarias (69,8%) con horarios rotativos (46,5%) lo que se traduce en una mayor dificultad para generar hábitos y costumbres saludables.

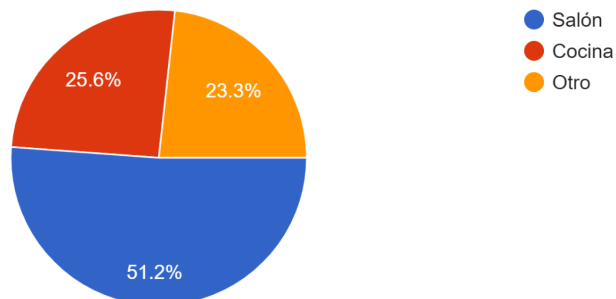
¿Hace cuanto trabajas en el rubro?

43 respuestas



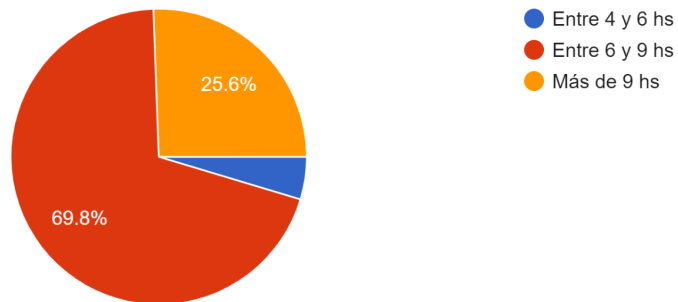
Sector en que te desempeñas

43 respuestas



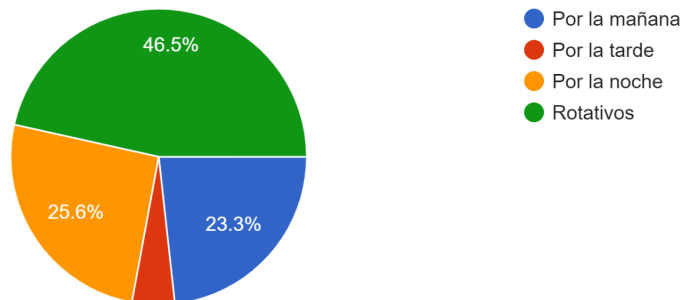
Cantidad de horas trabajadas al día

43 respuestas



Turno de trabajo

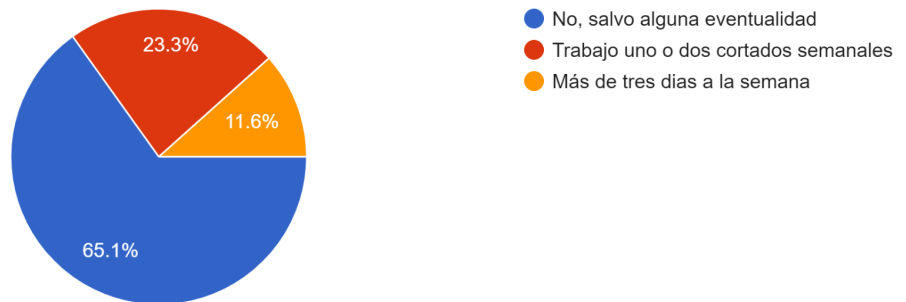
43 respuestas



Un 11,6% trabaja horario interrumpido en dos franjas más de tres días a la semana, lo que significa trabajar tanto mediodía como noche incrementando las horas y la disponibilidad laboral, con horas vacías en el medio que implican mayor traslado, en el caso de volver a sus hogares, o tiempo libre en las zonas aledañas a sus empleos. Cabe señalar que esos horarios denominados cortados en la jerga gastronómica, interrumpidos en dos franjas, suelen tener un aproximado de cuatro horas libres en el medio. En esta línea, un 23,3% realiza esta modalidad un día o dos a la semana.

¿Dentro de tu jornada laboral haces horario cortado?

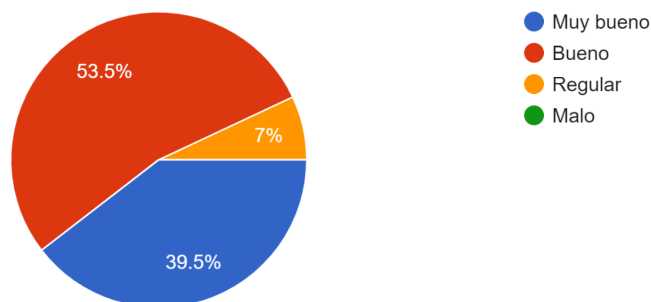
43 respuestas



Es interesante indicar que una gran mayoría destaca un clima laboral bueno (53,5%) seguido de un clima muy bueno (39,5%). Un 7% de los encuestados refiere trabajar en un clima de trabajo regular.

¿Cómo suele ser el clima laboral?

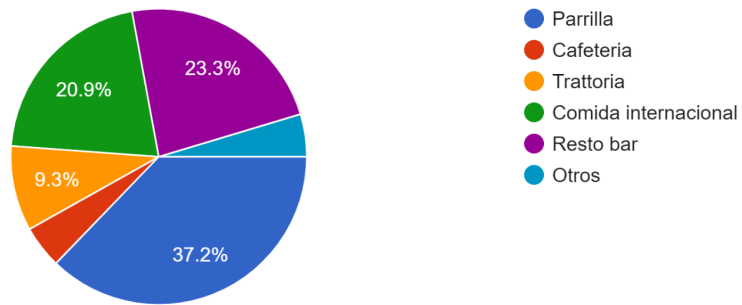
43 respuestas



Otros datos sociodemográficos obtenidos de las encuestas corresponden al tipo de establecimiento en el que se encuentran trabajando actualmente, la antigüedad dentro de la empresa y el manejo de personal a cargo.

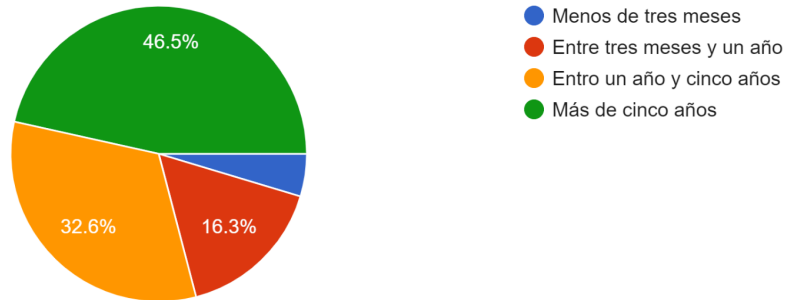
Tipo de establecimiento en el que te encuentras trabajando

43 respuestas



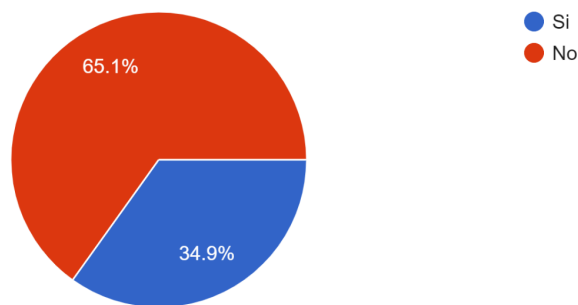
Antigüedad en el establecimiento

43 respuestas



¿Tenes personal a cargo?

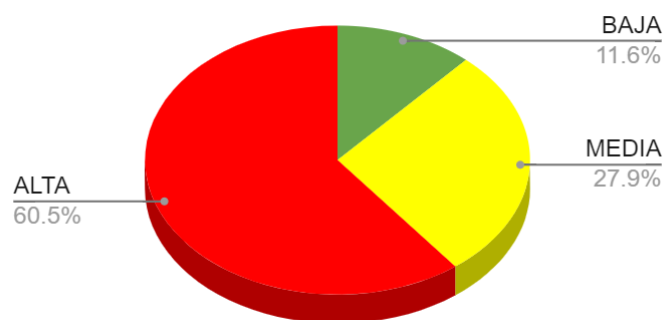
43 respuestas



Resultados descriptivos

Tabla 1: Nivel de autoestima según el Test de Rosenberg

	AUTOESTIMA	%
BAJA (<25)	5	12%
MEDIA (26-29)	12	28%
ALTA (>30)	26	60%
TOTAL	43	100%



En relación al primer objetivo específico, tal como indica la tabla 1, del total de los encuestados la mayoría posee un nivel de autoestima alta o elevada, considerada como autoestima normal (60%); un 28% presenta una autoestima media, lo que indica que no presenta graves problemas de autoestima, pero es conveniente mejorarla, y sólo un 9% presenta problemas significativos de autoestima. Por su parte, respondiendo al segundo objetivo específico, un 86% de los sujetos no presenta riesgo en el consumo de alcohol, un 12% presenta un nivel de riesgo bajo relacionado al consumo de bebidas alcohólicas y sólo un 2% de los encuestados presenta signos de dependencia al consumo de alcohol, tal como puede observarse en la Tabla 2.

	CONSUMO	%
SIN RIESGO	37	86%
BAJO	5	12%
MEDIO	0	0%
ALTO	1	2%
TOTAL	43	100%

AUDIT

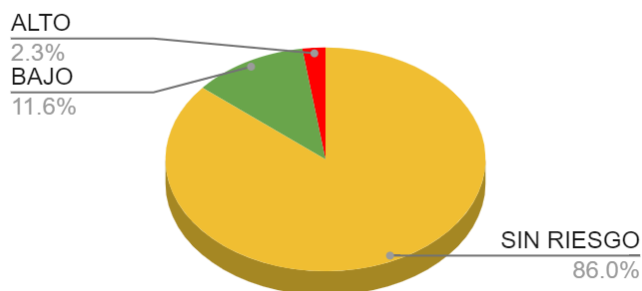


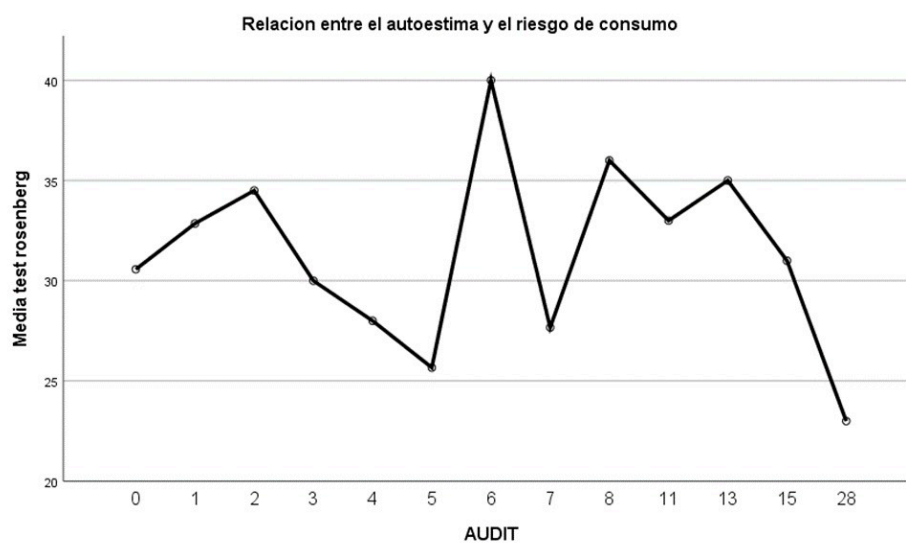
Tabla 2: Riesgo de consumo de alcohol según AUDIT

Resultados inferenciales

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
test rosenberg	43	19	40	31,09	4,883
AUDIT	43	0	28	4,53	5,591
N válido (por lista)	43				

Para determinar si existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de consumo según el nivel de autoestima se compararon las medias de los grupos empleando la prueba t de student y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Para determinar si existe una relación significativa entre las variables de autoestima y riesgo de consumo de alcohol se realizó una correlación de Pearson. La misma demostró que no existen relaciones significativas entre las variables estudiadas.



Comparación con variables sociodemográficas

No se encontraron diferencias significativas según la edad utilizando correlación de Pearson. Paralelamente, no se encontraron diferencias significativas según el sexo utilizando la prueba t de student. A su vez, tampoco se encontraron diferencias significativas según el sector que ocupan en el establecimiento u otras variables sociodemográficas analizadas.

Es pertinente señalar que la gran mayoría de los sujetos no presenta riesgo en el consumo de alcohol, independientemente del nivel de autoestima que presenta.

8. Discusión

Si bien este trabajo parte de la premisa de que a mayor nivel de autoestima menor riesgo en el consumo de alcohol, y viceversa, los resultados obtenidos no son los esperados. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Torres Cuba (2019) quien no encontró una relación directa entre ambas variables, concluyendo que el consumo de alcohol está determinado por otros factores más allá del nivel de autoestima presente en cada sujeto. Siguiendo esta línea, en el caso del trabajo realizado por los autores Campos Pichicona et al. (2018), los resultados obtenidos indicaron que, más allá del nivel de autoestima, existen otros factores asociados que influyen en el consumo de alcohol como la situación laboral, la religión, los hijos, el lugar de origen, entre otros.

En contraparte, la investigación realizada por Telumbre Terrero et al. (2019) muestra una relación significativa entre consumo de alcohol y autoestima concluyendo que a mayor autoestima menor consumo de alcohol. De igual modo el trabajo realizado por Alfonso-Gerónimo et al. (2021) encontró una relación significativa y negativa entre el consumo de alcohol y la autoestima lo cual concluye que a menor autoestima mayor consumo de alcohol en adolescentes. Asimismo, diversos estudios como los realizados por Infante Orozco (2021); Machuca Lozano y Meléndez Ordaz (2019); Gonzalez Campos (2022); Huanca Torres y Mesías Moore (2020); Sánchez Caballero y Cuya Ccoycca (2022); y Rojas Chero y Roncal Rodríguez (2023) han llegado a la misma conclusión que se traduce en una relación significativa entre ambas variables indicando que a mayor autoestima menor consumo de alcohol, y viceversa.

Cabe señalar que gran parte de estos trabajos están centrados en población adolescente, y los estudios realizados en la temática en adultos son casi inexistentes.

Por otro lado, del estudio realizado por Mamani Torres (2024) se concluye que se encuentra una correlación entre un alto nivel de autoestima, una alta capacidad para la toma de decisiones y una funcionalidad familiar apropiada correspondiente a un consumo de alcohol cero o sin riesgo. A su vez, del trabajo realizado por Mariño Davila y Matto Jaramillo (2024) se desprende que existe una relación entre el consumo de alcohol y el nivel de ansiedad y depresión, sin embargo, no se halló una relación relevante entre el consumo de alcohol y la disfunción familiar,

resultados que abren nuevas líneas de investigación futura, que comprendan otras variables.

9. Conclusión

A pesar de que los resultados de esta investigación no arrojaron que la autoestima sea un factor determinante en el riesgo de consumo de alcohol, es necesario aclarar que los problemas de autoestima son considerados un solo factor de riesgo dentro de una amplia gama de factores mencionados con anterioridad, lo cual significa que, si bien aumenta la probabilidad de riesgo en el consumo de alcohol, esta relación no es lineal ni concluyente. Por lo tanto, siendo el consumo de alcohol un problema multicausal, sería recomendable trabajar en fortalecer la autoestima para que se convierta en un factor protector ante el consumo de bebidas alcohólicas y los riesgos asociados a ello.

A su vez, debido a las escasas investigaciones existentes en trabajadores gastronómicos y los factores de riesgo relacionados al consumo de alcohol en esta población en particular ya descritos, como la elevada carga horaria, las altas temperaturas y la facilidad en el acceso a esta sustancia, resultaría de utilidad realizar mayores estudios que abarquen otras variables como la tolerancia a la frustración o el control de los impulsos.

Dentro de las limitaciones de este estudio cabe señalar que la muestra utilizada es pequeña y la mayoría de las personas que contestaron las encuestas no presentan riesgo en el consumo de alcohol o es muy bajo, lo cual deja por fuera de esta investigación la evaluación del nivel de autoestima en sujetos con alto riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas.

En el futuro sería interesante realizar investigaciones en sujetos con trastorno por consumo de alcohol para evaluar el nivel de autoestima que presentan el cual, a su vez, podría verse afectado por el trastorno mismo.

Independientemente de los resultados y, a modo de conclusión, sería apropiado trabajar en la prevención del consumo de alcohol y la minimización de los factores de riesgo ya que, a lo largo de este trabajo se pudo observar que, en los últimos años, se ha normalizado su consumo a tal punto de no ser considerado una droga convirtiéndose en un gran problema de salud pública con consecuencias negativas de diversa índole.

10. Referencias

- Aguirre, M. (2015). *Representaciones Sociales sobre el Alcoholismo en personas que asisten al grupo GOA del Hospital Psiquiátrico Dr. Néstor Sequeiros* [Tesis de Maestría, Universidad de Córdoba]. Repositorio institucional UNC.
- Alfonso Gerónimo, S. J., Gerónimo Carillo, R., Mateo Crisóstomo, Y. y Rivas Acuña, V. (2021). Autoestima y Consumo de Alcohol en Adolescentes de 12 a 16 años de Tabasco. *SALUD EN TABASCO*, 27, (1 y 2), 33-38.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Psicológica Americana (2010). *Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento*. <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction/alcohol>
- Batida Bastús N. (2002). Problemas laborales asociados al consumo de alcohol. *Adicciones*, 14 (5), 239-249.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
<https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/bases-cientificas-de-la%20prevencion-BECONA.pdf>
- Becoña Iglesias, E. y Cortes Tomas, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Branden, N. (1993). *Poder de la Autoestima*. Paidós Iberica, Ediciones S. A.
- Cabrera, E. (2020). *Política de droga y alcohol en el ámbito laboral*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Luján]. Sistema Nacional de repositorios digitales.

- Campos Pichicon, C. M., K., Herrera Fuentealba, K., Gómez Azócar, N., Pavez Soto, C., y Toledo Miranda, K. (2018). *Hábitos de consumo de alcohol y su relación con el nivel de autoestima en universitarios entre 20-25 años de la universidad tecnológica de Chile Inacap, Talcahuano, 2018*. [Tesis de grado, Universidad de Las Américas]. Repositorio institucional UDLA.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid: Instituto de la Mujer*.
- Christiansen, J. (2019). *Baja autoestima: Cómo encontrar la tuya cuando no la tienes*. Babelcube.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Organización de los Estados Americanos (2019). *Informe sobre el consumo de Drogas en Las Américas*.
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/Informe-sobre-el-consumo-de-drogas-en-las-Américas-2019>.
- Cremona, M. y Pilatti, A. (2017). *Un libro sobre drogas*. El Gato y la Caja.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/136968>
- Espada, J. P., Botvin, G.J., Griffin, K. W. y Mendez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, vol. 23, (84), 9-17.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808402>
- Estrada, A., Pastrana Chávez, J. J., y Mejía Sanchez, J. M. (2011). La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. *Teoría de la educación*, 1-13.
<https://viciongroup.info/assets/files/12.-La-autoestima-factor-fundamental-para-el-desarrollo-de-la-autonomia-personal-y-profesional>
- García Duarte, D. C., González Quiñones M., y Mojica López, S. (2023). *Programa de fortalecimiento a la formación integral de los estudiantes en el centro de*

atención estudiantil unidad regional sur. [Proyecto, Universidad Autónoma de Sinaloa]. Repositorio institucional UAS.

http://social.uas.edu.mx/alumnos/documentos/1991941-7_P.pdf

Gonzalez Campos, A. Y. (2022). *Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa, Ayacucho, 2020*. [Tesis de grado, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. Repositorio institucional ULADECH Católica.

<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/27041>

González Martínez, M. T. (2009). Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa. *Aula*, 11. <https://doi.org/10.14201/3530>

Huanca Torres, D., y Mesías Moore, E. (2020). *Factores de riesgo al consumo de alcohol y su relación con la autoestima en estudiantes del tercero a quinto de secundaria de dos instituciones educativas públicas de Iquitos, 2019*. [Tesis de grado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional Universidad Peruana Unión PE.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3016>

Infante Orozco, X. R. (2022). *Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes de San Juan de la Virgen Tumbes, durante la pandemia 2021*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio institucional Untumbes.

Lisaur, E. y Morón Goñi, F. A. (2019). *Alcoholismo*. Facultad de medicina. Universidad de Buenos Aires.

<https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/Alcoholismo.pdf>

Machuca Lozano, R., y Meléndez Ordaz, R. L. (2019). *Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes del primer ciclo de un Instituto de Cajamarca*. [Tesis de grado, Universidad de Cajamarca]. Repositorio institucional UPAGO.

<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/847>

Mamani Torres, Y. D. (2024). *Factores relacionados al consumo de alcohol en adolescentes de una academia preuniversitaria de Arequipa, marzo-2024*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional UNSA. <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/5e90f44e-ca57-4a96-9a41-25029c1c3c3a>

Mariño Davila, V. G., y Matto Jaramillo, E. H. J. (2024). *Disfunción familiar, nivel de ansiedad y depresión asociados al consumo de alcohol en estudiantes del tercer al quinto año de secundaria del Colegio Nacional de Aplicación UNHEVAL–Huánuco 2022*. [Tesis de grado, Universidad Nacional Hermilio Zaldívar]. Repositorio institucional UNHEVAL.

McKay, M. y Fanning, P. (2019). *Autoestima: Cómo evaluar, mejorar y mantener una sana autoestima*. Editorial Sirio

Ministerio de Salud. (s.f.). *Consumos problemáticos*. Presidencia de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/alcohol>

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Lineamientos para la atención del Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes*. Presidencia de la Nación Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-para-la-atencion-del-consumo-episodico-excesivo-de-alcohol-en-adolescentes>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Diagnóstico de situación sobre el consumo de alcohol en Argentina y recomendaciones para la puesta en marcha de políticas sanitarias*. Presidencia de la Nación Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/consumo-alcohol-argentina-11-2019>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Boletín oficial de la República Argentina. Resolución 2116/2022*. Presidencia de la Nación Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/274558/20221028>

Moscoso, A. J., y Titto, O. M. (2015). Problemática de las Drogas. Orientaciones Generales. Prevención del Uso Indebido de Drogas.

Muñoz, J. (2010). Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad en la historia de la humanidad. *AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura*, 42-52.

National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism. (2022). *El ciclo de la adicción al alcohol*.

<https://www.niaaa.nih.gov/publications/el-ciclo-de-la-adiccion-al-alcohol>

Ochoa Mangado, E., Madoz Gúrpide, A. y Vicente Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y seguridad del trabajo*, 55 (214), 26-40.

Organización Mundial de la salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf

Organización Mundial de la salud. (2022). *Alcohol*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*.

Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2836/EI%20Alcohol.pdf?sequ>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

(2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortega Ruiz, P., Mínguez Vallejos, R. F. R., y Rodes Bravo, M. L. (2000).

Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoría de la educación: revista interuniversitaria*.

<https://revistas.usal.es/tres/index.php/1130-3743/article/view/2868/2906>

Pastor, F. P. (2007) Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. *Salud y drogas*, vol. 7 (2) , pp. 249-262, Instituto de Investigación de Drogodependencias.

<https://www.redalyc.org/pdf/839/83970203.pdf>

Pedrosa, E. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>

Pelozzi Moris, L. (2018). *Los adolescentes de escolaridad secundaria y su relación con el consumo de alcohol*. [Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana]. Repositorio Universitario UAI.

<https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC131198.pdf>

Pivetta, M. (2023) El alcohol acompaña a la humanidad desde el surgimiento de las ciudades y la adopción de la agricultura. *Revista Pesquisa. Edición 327*

<https://revistapesquisa.fapesp.br/es/el-alcohol-acompana-a-la-humanidad-desde-el-surgimiento-de-las-ciudades-y-la-adopcion-de-la-agricultura/>

Rojas Chero, B. J., y Roncal Rodríguez, Á. M. (2023). *Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes del segundo ciclo del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público-Cajamarca, 2019*. [Maestría, Escuela de Posgrado Universidad de Cajamarca]. Repositorio institucional UPAGU.

<http://65.111.187.205/handle/UPAGU/3208>

Ruiz Cortés, E., Carreño García, S., Martínez Vélez, N., Juárez García, F., y Medina-Mora, M. E. (2006). Relación entre nivel de consumo de alcohol, salud mental y síntomas somáticos en un grupo de trabajadores de la industria gastronómica y hotelera de la Ciudad de México. *Salud mental*, 29(2), 52-58.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n2/0185-3325-sm-29-02-52.pdf>

Sánchez Caballero, B., y Cuya Ccoycca, A. W. (2022). *Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes del tercero al quinto grado de educación secundaria de una IEP, Andahuaylas–2021*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de ICA]. Repositorio institucional Autónoma de ICA.

<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1894>

Sanchez Pardo, L. (2024.). *Los adolescentes y el alcohol*. Junta de Castilla y León Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga.

<http://aramasociacionalcoolicos.org/Cliente/ARAM/Documentos/Los-adolescentes-y-el-alcohol.pdf>

Schilkrut, R. y Armendáriz, M. (2004). *Droga y Alcohol – Enfermedad de los Sentimientos*. El Mercurio Aguilar.

<https://www.schilkrut.cl/wp-content/uploads/2019/05/Droga-y-Alcohol-enfermedad-de-los-sentimientos.pdf>

Telumbre Terrero, J. Y., López Cisneros, M. A., Noh-Moo, P. M., Villanueva Echavarría, J. R., y Torres Obregón, R. (2019). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche. *SANUS*, (6), 20–31. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi6.93>

Torres Cuba, L. Y. A. (2019). *Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes de 4to y 5to grado de secundaria de un colegio emblemático de la ciudad de Juliaca-2019*. [Tesis de grado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional Universidad Peruana UniónPE

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/2841>

Villalobos, H. P. (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. *Alternativas en psicología*, 41(3), 22-31.

https://redescolar.ilce.edu.mx/sitios/proyectos/nutricion_enfermedades_oto22/doc/autoestima_exito_personal.pdf

11. Anexos

11.1. Consentimiento informado

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología de UFLO Universidad, desean conocer si existe una relación entre la cantidad de alcohol consumido y los niveles de autoestima en el rubro gastronómico. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre dichos niveles de consumo de bebidas alcohólicas y la autoestima presente en empleados del área gastronómica. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología de Flores y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que, en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable).

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Informante: Zayas Doisenbant, Lorena Celeste

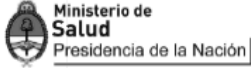
DNI: 33507165

11.2. Cuestionarios

- Escala de Autoestima de Rosenberg. Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene sobre sí misma. Por favor, contesta las siguientes frases eligiendo la opción que más te represente.
A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

- Test de Identificación por trastorno de consumo de alcohol (AUDIT)

		Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias.					
DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y LUCHA FRENTE AL USO NOCIVO DE ALCOHOL							
Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol							
Edad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>
				Institución	<input type="text"/>		
Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos	
1.¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Por ej: Cerveza, Vino, Fernet u otras	Nunca Pase a la Nº 9	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana		
2.¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más		
3.¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario		
4.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario		

5.¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
6.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
7.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimiento de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
8.¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la anterior porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual- mente	Semanal- mente	A diario o casi a diario	
9.¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el ultimo año	
10.¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas			Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el ultimo año	

