

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE
LA COMUNICACIÓN**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“CALIDAD DE VIDA, HABILIDADES SOCIALES Y MOTIVOS PARA EL
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES DE 14 A 17
AÑOS DE LAS II. EE NACIONALES DE ESPINAR–CUSCO”**

Tesis presentada por el bachiller:

ANGEL ALBERTO CUELLAR ZEBALLOS

Para optar el título profesional de

Psicólogo

AREQUIPA, 2017

PRESENTACIÓN

SEÑOR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA.

SEÑOR. DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR.II. Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR. DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR. PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES. CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tengo el honor de dirigirme a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: **“CALIDAD DE VIDA, HABILIDADES SOCIALES Y MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS”** Estudio realizado en adolescentes de 14 a 17 años de las ILEE Nacionales de la provincia de Espinar – Cusco, el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, me permitirá optar el título profesional de Psicólogo.

Cumpliendo con los requerimientos del reglamento vigente, espero que vuestra apreciación evalúe el esfuerzo realizado y que la presente investigación sirva de aporte al conocimiento psicológico y sea un incentivo para que se realice otras investigaciones.

Bachiller

Angel Alberto, Cuellar Zeballos

DEDICATORIA

A mis padres

Irma y Alberto que con su amor, apoyo y ejemplo me brindaron la perseverancia de cumplir con mis metas

A mis hermanos

Que me demostraron que la unión siempre vence cualquier obstáculo, una dedicatoria especial a mi hermano Luis-figo que desde el cielo guía mis pasos y me ilumina para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A los directores de las Instituciones Educativas que participaron en este estudio y otorgaron la autorización para poder realizar mi investigación.

A los estudiantes que participaron en la investigación que me otorgaron un poco de su tiempo y su entusiasmo para poder buscar soluciones a un problema que está en crecimiento.

A todas las personas que me brindaron su apoyo y colaboración para poder realizar con éxito esta investigación.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo establecer la relación entre calidad de vida, habilidades sociales y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años que consuman o hayan consumido bebidas alcohólicas, para dicha investigación se contó con la participación de 71 adolescentes, 40 varones y 31 mujeres de cuatro I.E.E. Nacionales de la provincia de Espinar Cusco.

Para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional y de diseño no experimental transeccional.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22, para procesar los datos estadísticos se empleó la prueba Rho de SPERMAN y así determinar el nivel de correlación de las variables de estudio.

Para la recolección de datos utilizó los siguientes instrumentos: la Escala de Calidad de vida, de Olson & Barnes, la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero Gonzáles y el Cuestionario de motivos de consumo de alcohol de Cooper, todos los instrumentos adaptados en nuestro me medio

Se obtuvo como resultado principal que la calidad de vida no se relaciona de manera significativa con el consumo de bebidas alcohólicas, así mismo se encontró que no hay relación entre habilidades sociales y motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, y por último se encontró que existe una correlación significativa negativa y débil entre calidad de vida y habilidades sociales. Por lo que la hipótesis de la investigación se demuestra de manera parcial

PLABRAS CLAVE: Calidad de vida, habilidades sociales y bebidas alcohólicas.

ABSTRACT

The objective of this research is to establish the relationship between quality of life, social skills and the reasons for the consumption of alcoholic beverages in adolescents between the ages of 14 and 17 who consume or have consumed alcoholic beverages. adolescents, 40 men and 31 women of four I.I.E.E. Nationals of the province of Espinar Cusco.

For this purpose, a descriptive-correlational and non-experimental transectional design study was carried out.

For the analysis of the data, the statistical package SPSS version 22 was used. To process the statistical data, the SPERMAN Rho test was used to determine the level of correlation of the study variables.

For data collection, he used the following instruments: the Olson & Barnes Quality of Life Scale, the Elena Gismero Gonzáles Social Skills Scale, and the Cooper Alcohol Consumption Motives Questionnaire, all instruments adapted to our needs. medium

The main result was that the quality of life is not significantly related to the consumption of alcoholic beverages, likewise it was found that there is no relationship between social skills and reasons for the consumption of alcoholic beverages, and finally it was found to exist a significant negative and weak correlation between quality of life and social skills. So the hypothesis of the investigation is partially demonstrated

KEY WORDS: Quality of life, social skills and alcoholic beverages.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE TABLAS	x

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	4
A. Formulación del problema.	6
2. HIPOTESIS.	6
3. OBJETIVOS	6
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	7
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	8
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	9
7. VARIABLES E INDICADORES	11

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	12
1. ADOLESCENCIA:	13
1.1. Concepto.....	13
1.2. La adolescencia: una época de oportunidades y riesgos.....	13
1.3. Desarrollo físico.	14
1.4. El estirón del crecimiento adolescente.	15
1.5. El cerebro en el adolescente.	15
1.6. Salud física y mental.....	17
1.7. Consumo y abuso de sustancias.....	17
1.8. Consumo de alcohol en adolescentes.	18
1.8.1 ¿Porque los adolescentes consumen bebidas alcohólicas?	19
1.8.2 Motivos para el consumo de bebidas alcohólicas.....	20
2. BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....	21
2.1. Reseña histórica.....	21

2.2. Acción del alcohol en el organismo.	22
2.3. Alcoholemia.....	23
2.4. El alcohol como droga.	23
2.5. Consumo abuso y dependencia.....	24
2.6. Tipología de consumidores.....	25
2.7. Tolerancia y dependencia.	26
3. CALIDAD DE VIDA.	27
3.1. Concepto.....	28
3.2 Indicadores de calidad de vida.....	31
3.2.1 Bienestar emocional.	31
3.2.2 Relaciones interpersonales.	32
3.2.3 Desarrollo personal y actividades.....	32
3.2.4 Bienestar físico.	32
3.2.5 Bienestar material.	32
3.3. Estudios sobre calidad de vida.....	32
3.4. Calidad de vida en adolescentes.	34
3.5. Relaciones sociales y calidad de vida.....	35
3.6. Familia y calidad de vida.....	36
3.7. Investigaciones realizadas sobre calidad de vida nivel internacional.....	37
3.6.1. Investigaciones realizadas a nivel nacional.	38
4. HABILIDADES SOCIALES.	39
4.1. Concepto.....	39
4.2. Características de las habilidades sociales.....	40
4.2.1. Autoexpresión en situaciones sociales.	41
4.2.2. Defensa de los propios derechos como consumidor.....	41
4.2.3. Expresión de enfado y disconformidad.	42
4.2.4. Decir no y cortar interacción.	42
4.2.5. Hacer peticiones.	42
4.3. Teorías explicativas de las habilidades sociales.	42
4.3.1. Teoría del modelo interactivo.....	42
4.3.2. Teoría del aprendizaje social de Bandura.....	43
4.4. La adquisición de habilidades sociales.	44
4.4.1. Ausencia del desarrollo de las conductas habilidosas.	45

4.4.2. Características personales en el momento de la interacción.....	45
4.4.3. Influencia del medio.	45
4.5. Componentes de las habilidades sociales.	46
4.5.1. Componentes no verbales.....	46
4.5.2. La mirada.....	47
4.5.3. Expresión facial.....	47
4.5.4 La sonrisa.....	47
4.5.5. Postura.	47
4.6. Componentes paralingüísticos.....	48
4.6.1 El volumen de vos.	48
4.6.2. La fluidez del habla.	48
4.6.3. Velocidad del habla.	48
4.7. Componentes verbales: la conversación.....	48
4.7.1. Duración de la conversación.....	49
4.7.2. Retroalimentación.....	49
4.7.3. Preguntas.	49
4.8. Habilidades sociales en adolescentes.	49
4.8.1 Asertividad.....	50
4.8.2 Autoestima.....	50
4.8.3. Comunicación.....	50
4.8.4. Toma de decisiones.	51
4.9. Habilidades sociales en relación con los pares.	51
4.10. Funciones de las habilidades sociales.....	51
4.11. Elementos de Habilidades Sociales.	52
4.12. Según Inés Monjas.....	55
4.13. Según Caballo.....	57
4.14. Importancia de las habilidades sociales.....	57

CAPITULO III

METODOLOGÍA.....	59
1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	59
A. Tipo de investigación.....	59
B. Diseño de investigación.	59
2. POBLACIÓN Y MUESTRA.	59

3. INSTRUMENTOS.....	62
Ficha n° 1.....	62
Fecha n° 2.....	64
Ficha n° 3.....	66
4. PROCEDIMIENTO.....	68

CAPITULO VI

RESULTADOS	70
------------------	----

CAPITULO V

DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	101
RECOMENDACIONES	102
Referencias bibliográficas	103
ANEXOS	106

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1.....	71
HOGAR Y BIENESTAR ECONÓMICO, COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 2.....	72
AMIGOS VECINDARIO Y COMUNIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 3.....	73
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 4.....	74
EDUCACIÓN Y OCIO COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 5.....	75
MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 6.....	76
RELIGIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 7.....	77
SALUD COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	
TABLA N° 8.....	78
CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	
TABLA N° 9.....	79
AUTOEXPRESION DE SITUACIONES SOCIALES COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	
TABLA N° 10.....	80

DEFENSA DE LOS PROPIOS DERECHOS COMO CONSUMIDOR COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS

TABLA N° 11.....	81
EXPRESIÓN DE ENFADO O DISCONFORMIDAD COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	

TABLA N° 12.....	82
DECIR NO Y CORTAR INTERACCIONES COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	

TABLA N° 13.....	83
HACER PETICIONES COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	

TABLA N° 14.....	84
INICIAR INTERACCIONES POSITIVAS CON EL SEXO OPUESTO COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	

TABLA N° 15.....	85
HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS	

TABLA N° 16.....	86
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS PARA MANEJAR LOS PROBLEMAS, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR	

TABLA N° 17.....	87
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS PARA TENER CONFORMIDAD, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR	

TABLA N° 18.....	88
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS SOCIALES, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR	

TABLA N° 19.....	89
------------------	----

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS
PARA SOBRESALIR, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA
DE ESPINAR

TABLA N° 20.....	90
MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR	

TABLA N° 21.....	91
CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES CALIDAD DE VIDA, HABILIDADES SOCIALES Y MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR	

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios, físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, que adoptan distintas formas en distintos escenarios, sociales, culturales y económico y que abarca aproximadamente un lapso entre los 11 y 19 o 20 años (Papalia & Feldman, 2012).

A estos cambios se suman elementos importantes para un desarrollo adecuado del adolescente, uno de estos elementos es la calidad de vida, que está estrechamente relacionada con el funcionamiento de la sociedad, las normas y valores sociales que el hombre debe asumir pero sobre todo con las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en los que se desarrolla su vida, es decir con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar psicológico (García-Viniegras, 2005).

Otro elemento importante para el desarrollo adecuado de los adolescentes son las habilidades sociales, que según Caballo (2007), indica que unas habilidades sociales adecuadas ayudan al individuo a realizar conductas en un contexto interpersonal de un modo adecuado y respeta esas conductas en los demás, a su vez estas conductas ayudan a resolver problemas inmediatos de una situación y reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas.

Por lo tanto un deficiente desarrollo en estos elementos podría perjudicar el desarrollo de los adolescentes y provocar conductas de riesgo que ocasionen peligro para su bienestar y que acarreen consecuencias negativas para su salud o comprometan aspectos de su desarrollo.

Una de las principales conductas de riesgo en los adolescentes es el consumo de bebidas alcohólicas que se ha convertido en un hábito que forma parte de los llamados estilos de

vida, que están aceptados en la mayoría de los países occidentales. Este no es un comportamiento individual, si no que se encuentra fuertemente influido por normas sociales, el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos (Morales, 2012).

Cabe mencionar que los adolescentes están en proceso de desarrollo y son más vulnerables e influenciados para el consumo de estas sustancias. (Maximiliano, Ortega, Salas, & Vaiz, 2015).

Un estudio realizado en Perú por la Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA, 2013) confirma que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida, por las y los escolares y la edad de inicio promedio es de 13 años.

La provincia de Espinar-Cusco, no es ajena a esta problemática y el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los adolescentes se da con mucha frecuencia y la edad de inicio es cada vez más temprana. En la adolescencia el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias es mucho más perjudicial que en los adultos por que estimula partes del cerebro que en la adolescencia todavía están en desarrollo (Chambers, 2003, citado por Papalia & Feldman, 2012).

La siguiente investigación nace con el fin de determinar la relación entre calidad de vida, habilidades sociales y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las I.I.EE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco, dicha investigación está constituida por cinco capítulos, en el capítulo I se encuentra el planteamiento del problema, se formula la hipótesis, objetivos, la importancia del estudio, y se describen las variables, en el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, en el capítulo III se abordará la metodología de la investigación donde se describe el tipo y diseño de investigación, la población que participó los instrumentos que se utilizaron y el procedimiento de dicha investigación. En el capítulo IV, se analizan los resultados

obtenidos y se realiza la discusión, por último se realiza las conclusiones y las recomendaciones lo cual sería el aporte que brinda la presente investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema que se encuentra enraizado en muchas sociedades y se ha convertido en una preocupación social que amerita investigar.

El último informe de La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) indicó que 3.3 millones de personas murieron en el 2012 debido al uso nocivo de bebidas alcohólicas, también informa que el consumo de bebidas alcohólicas conducen no solo a la dependencia, sino que también aumentaría el riesgo de contraer o desarrollar más de 200 enfermedades, incluyendo la cirrosis hepática, enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la neumonía y algunos tipos de cáncer (OMS, 2015, alcohol).

Los adolescentes son más vulnerables que los adultos a los efectos negativos del alcohol, inmediatos y a largo plazo, sobre el aprendizaje y la memoria (White, 2001, citado por Papalia & Feldman, 2012).

En un estudio realizado en EE.UU, a jóvenes de 15 y 16 años de edad, que consumían bebidas alcohólicas en exceso y que dejaron de beber, semanas después mostraban problemas cognoscitivos en comparación con sus pares que no abusaban del consumo de bebidas alcohólicas (Brown, Tapert, Granholm & Delis, 2000, citado por Papalia & Feldman, 2012).

Para comprender mejor el problema de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes es importante conocer cuáles son los motivos que llevan a los adolescentes a consumir esta sustancias y aunque sean motivos que los adolescentes expresen, no son los únicos, sino que también influirían otros factores.

Estos factores estarían relacionados con la baja autoestima y las actitudes antisociales, la insatisfacción con el uso de su tiempo libre, y la carencia de habilidades para la toma de

decisiones, relacionadas también con el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias están los rasgos como extraversión y el perfil de búsqueda de sensaciones nuevas (Saiz, 1999, citado por Gil, 2008, citado por Cicua, Méndez, & Muñoz, 2008).

Las actitudes antisociales, baja autoestima y la carencia de habilidades para la toma de decisiones se podrían interpretar como falta o bajo nivel de habilidades sociales, que según el MINSA, (2008) es la capacidad de la persona de ejecutar una conducta que actúan sobre los determinantes de la salud, principalmente en los estilos de vida. Para lo cual, se debe lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades y destrezas que, al ser empleadas en su vida cotidiana, le permitan tener estilos de vida más saludables (Calderón & Fonseca, 2014)

Una vida más saludable está relacionada con la calidad de vida, que se define según Pérez de Cabral, (1992) citado por Olson y Barnes, (2003), como una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos tanto en el plano de las necesidades básicas, sociales y espirituales, la calidad de vida es más allá que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva.

Durante mi labor en la provincia de Espinar Cusco he observado, que el consumo de bebidas alcohólicas se inicia a temprana edad, y está asociado a diversos factores, al mismo tiempo no existe un adecuado control por parte de las autoridades y la familia, a este problema también se suma la falta de apoyo de las instituciones encargadas, a su vez se suma la falta de investigaciones acerca de esta problemática, las cuales ayudarían a tener un mejor manejo y control de estas situaciones que se presentan en los adolescentes.

Por consiguiente se considera necesario para la siguiente investigación, establecer, la relación entre, calidad de vida, las habilidades sociales y los motivos de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las I.EE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco.

Es de ahí que la presente investigación está dirigida a resolver la siguiente pregunta de investigación.

A. Formulación del problema.

¿Qué relación existe entre calidad de vida, habilidades sociales y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las II.EE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco?

2. HIPOTESIS.

A. Hipótesis alterna.

Existe una relación significativa entre calidad de vida, habilidades sociales y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las II. EE Nacionales de la provincia de Espinar Cusco.

B. Hipótesis nula.

No existe una relación significativa entre calidad de vida, habilidades sociales y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las II. EE Nacionales de la provincia de Espinar Cusco.

3. OBJETIVOS.

A. Objetivo general.

- Establecer la relación entre calidad de vida, habilidades sociales y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las II.EE Nacionales de la provincia de Espinar Cusco.

B. Objetivos específicos.

- Determinar el nivel de calidad de vida de los adolescentes de 14 a 17 años de las II.EE de la provincia de Espinar-Cusco que consumen bebidas alcohólicas.

- Identificar el nivel de habilidades sociales de los adolescentes de 14 a 17 años de las II.EE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco que consumen bebidas alcohólicas.
- Conocer los motivos por los cuales los adolescentes de 14 a 17 años de las II.EE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco consumen bebidas alcohólicas.

4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La siguiente investigación se llevó a cabo al detectarse que en las Instituciones educativas de la provincia de Espinar-Cusco, uno de los problemas que presentan con más frecuencia los adolescentes es el consumo de bebidas alcohólicas a tempranas edades, trayendo como consecuencia, un bajo rendimiento escolar, deserción escolar y otros problemas que se asocian al consumo de esta droga lícita.

Al vernos en una problemática de índole social, porque el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes no solo involucra a las personas que consumen, sino que también a la sociedad en general, ya que los modelos que siguen los adolescentes presentan a las bebidas alcohólicas como una forma de divertirse y tener mejores relaciones sociales y las consecuencias que trae el consumo de bebidas alcohólicas no solo afecta a la persona que consume sino también a toda la familia. (Huamani, 2012).

Un factor importante en las personas es la calidad de vida y las habilidades sociales ya que juegan un papel importante en su desarrollo y sobretodo en los adolescentes para el desarrollo adecuado de su personalidad.

Interesado en dicha problemática decidí iniciar este estudio el cual tiene relevancia humana porque a partir de esta investigación se aportará nuevos conocimientos para mejorar la calidad de vida y las habilidades sociales de los adolescentes de la provincia de Espinar-Cusco, y brindará herramientas a los padres de familia, docentes y tutores de las instituciones educativas participantes para prevenir y combatir el consumo de bebidas

alcohólicas a edades tempranas. En dicha investigación se beneficiará a los docentes de las instituciones educativas, padres de familia y principalmente los adolescentes de la provincia de Espinar-Cusco.

En tal sentido la siguiente investigación presenta una relevancia científica, ya que con los resultados se aportará a la psicología nuevos conocimientos sobre cuál es el nivel de calidad de vida tienen, que nivel de habilidades sociales que poseen y cuáles son los motivos por los cuales consumen bebidas alcohólicas los adolescentes de la provincia de Espinar-Cusco.

La presente investigación pretende establecer la relación entre calidad de vida, habilidades sociales y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las I.I.EE, de la provincia de Espinar-Cusco.

A si mismo se informará sobre los resultados de la presente investigación a los directores, profesores encargados del área de tutoría y psicólogos de las instituciones educativas participantes de dicho estudio, para que puedan adoptar medidas necesarias para combatir esta problemática.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

No existen investigaciones relacionadas con el tema tratado, otra dificultad que presentó el estudio fue que en el momento de la recolección de datos hubo alumnos que no participaron por faltar a las citaciones convocadas por los tutores para rendir las evaluaciones.

Así mismo en el proceso de recolección de datos no se encontró un instrumento estandarizado para la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 años, por lo que se tuvo que validar el instrumento por criterio de jueces para poder utilizarlo.

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a. Adolescencia.

Es una transición del desarrollo, que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales culturales y económicos y abarca aproximadamente el lapso entre 11 y 19 o 20 años (Papalia & Feldman, 2012).

b. Bebidas alcohólica.

Las bebidas alcohólicas son aquellas bebidas que contienen etanol (alcohol etílico) en su composición. Atendiendo a la elaboración se puede distinguir entre las bebidas producidas por fermentación alcohólica (vino, cerveza, sidra, etc.) y las producidas por destilación generalmente a partir de un producto de fermentación previo. Cada una de estas bebidas es el resultado de mucha curiosidad y ardua paciencia después de que mediante varios ensayos se descubriera los placeres que ofrecían plantas como la cebada, uva, y la caña. (Muñoz, 2010).

c. Calidad de vida.

La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales. La calidad de vida es más que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva, y con la dinámica cultural en general (Pérez de Carbajal, 1992 citado por Olson & Barnes, 2003).

d. Habilidades sociales.

Son un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los

problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 2007).

7. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> Hogar y bienestar económico Amigos vecindario y comunidad Vida familiar y familia extensa Educación y ocio Medios de comunicación Religión Salud 	Numérica
Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> Autoexpresión en situaciones sociales. Defensa de los propios derechos como consumidor Expresión de enfado o disconformidad Decir no y cortar interacciones. Hacer peticiones. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. 	Numérica
Motivos para el consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> Motivos de afrontamiento Motivos para tener conformidad con su vida Motivos sociales Motivos de realce 	Numérica

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CALIDAD DE VIDA HABILIDADES SOCIALES Y MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El área de investigación del presente trabajo se desarrolla desde la psicología social. Por lo cual El desarrollo del marco teórico de la presente investigación se basó en la teoría del aprendizaje social de Bandura. Para abordar la variable habilidades sociales Según esta teoría el aprendizaje social tiene lugar a través de cuatro etapas principales: contacto cercano, imitación de los superiores, comprensión de los conceptos y comportamiento del modelo a seguir, lo que se adapta con la variable estudiada.

Para abordar el concepto de adolescencia se abordó la psicología del desarrollo y para abordar las demás variables se utilizaron como referencia diferentes teorías y estudios realizados para tener un mejor conocimiento de estos.

1. ADOLESCENCIA:

1.1. Concepto.

Griffa y Moreno, 2005, caracteriza al adolescente posmoderno como un sujeto inserto en una cultura de cambios (Coronel, Leven, & Mejail, 2011)

La adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios, físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, que adoptan distintas formas en distintos escenarios, sociales, culturales y económicos y que abarca aproximadamente un lapso entre los 11 y 19 o 20 años, (Papalia & Felmand, 2012),

En las sociedades preindustriales el concepto de adolescencia no existía, en ellas se considera que el niño era adulto cuando maduraba físicamente o empezaba el aprendizaje de una vocación.

Recién en el siglo XX la adolescencia fue definida como una etapa diferenciada del desarrollo, y en la actualidad se ha convertido en un fenómeno global que adopta distintas formas en distintas culturas.

1.2. La adolescencia: una época de oportunidades y riesgos.

La adolescencia ofrece oportunidades para desarrollarse no sólo en las dimensiones físicas, sino también en las competencias, cognitivas y sociales, la autonomía, autoestima, y la identidad. Los jóvenes que tienen relaciones de apoyo de los padres, escuela y comunidad tienden a desarrollarse de una manera saludable y positiva. (Youngblade et al., 2007, citado por Papalia, & Felmand 2012).

Sin embargo los adolescentes también enfrentan peligros para su bienestar físico y psicológico que incluyen altas tasas de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios, (Eaton et al., 2008, citado por Papalia & Felmand).

Por otra parte una encuesta realizada en EE.UU. a 14000 adolescentes de preparatoria revelo tendencias alentadoras, desde la década de 1990, se disminuyó la probabilidad de que los jóvenes consuman alcohol, tabaco o marihuana, que tengan relaciones sexuales con condón o sin condón, que porten armas o que intenten suicidarse, (CDC, 2006d; Eaton et al., 2008, citado por Papalia & Felman, 2012).

1.3. Desarrollo físico.

En la pubertad se da el incremento del hipotálamo, lo que da origen a la producción de dos hormonas claves en la reproducción, en las mujeres la hormona folículo estimulante da inicio de la menstruación y en los varones la hormona luteinizante inicia la secreción de testosterona y androstenediona, (Buck Louis *et al.*, 2008, citado por Papalia & Felmand).

La pubertad se encuentra marcada por dos etapas. La primera es la activación de las glándulas suprarrenales y la segunda la maduración de los órganos sexuales. La primera etapa se da entre los seis u ocho años, y las glándulas suprarrenales secretan niveles gradualmente crecientes de andrógenos.

En la segunda etapa los ovarios de las niñas, aumentan la secreción de estrógeno, lo que estimula el crecimiento de los genitales femeninos, el desarrollo de los senos, el vello púbico y axilar. En los varones, los testículos incrementan la producción de testosterona, que estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa muscular y el vello corporal. Niños y niñas tienen ambos tipos de hormonas pero en las mujeres son mayores los niveles de estrógeno y en los varones los niveles de andrógenos son más elevados.

Esta actividad hormonal parece depender de que se alcance la cantidad crítica de grasa corporal, que se necesita para la producción exitosa de estas hormonas, por lo que las niñas con un mayor porcentaje de grasa corporal experimentan un aumento inusual en la niñez temprana entre los cinco y nueve años, suelen mostrar un desarrollo puberal más temprano, Algunos estudios sugieren que la acumulación de leptina, una hormona ligada a la

obesidad puede ser la conexión entre la grasa corporal y el inicio temprano de la pubertad (Kaplowitz, 2008, citado por Papalia & Feldman, 2012).

Sin embargo esta conexión ha sido demostrada con mayor frecuencia en niñas y son pocos los estudios que demuestran una relación entre la grasa corporal y el inicio temprano de la pubertad en varones, lo que indicaría que los niveles de leptina pueden desempeñar un papel permisivo pero no actúan como la señal principal de la pubertad (Kaplowitz, 2008, citado por Papalia & Felmand, 2012).

Algunas investigaciones atribuyen la mayor emocionalidad y mal humor en la adolescencia a esos desarrollos hormonales, emociones como la aflicción, y la hostilidad, así como los síntomas de depresión que muestran las niñas, tienden a aumentar a medida que progresa la pubertad (Susman y Rogol, 2004, citado por Papalia & Felmand, 2012).

1.4. El estirón del crecimiento adolescente.

Este proceso implica un aumento rápido de la estatura y peso que ocurre durante la pubertad, en las niñas ocurre entre las edades de nueve años y catorce, usualmente a los diez años, en los niños ocurre entre los diez y dieciséis años, generalmente a los doce o trece años, a este proceso contribuyen la hormona del crecimiento como la testosterona y estrógeno (Susman & Rogol, 2004, citado por Papalia & Felmand, 2012).

Como este proceso se da dos años antes en las niñas, suelen ser más altas, pesadas y fuertes que los niños, hasta que los niños den su estirón, el crecimiento máximo de las niñas se da a los 15 años mientras que en los niños ocurre a los 17 años (Gans, 1990, citado por Papalia & Felmand, 2012).

1.5. El cerebro en el adolescente.

No hace muchos años los científicos creían que el cerebro maduraba por completo al llegar a la pubertad. Pero sin embargo estudios recientes de imagenología han demostrado que el cerebro en la adolescencia sigue en desarrollo, esta inmadurez del cerebro ha suscitado

preguntas respecto de la medida en que es razonable hacer a los adolescentes legalmente responsables de sus actos (Steinberg & Scott, 2003 citado por Papalia & Feldman, 2012).

Dos redes cerebrales al parecer serían la causa de la toma de riesgos, una red socioemocional que es sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y una red de control cognitivo, que regula las respuestas a estímulos, la red de socioemocional incrementa su actividad en la pubertad y la red de control cognitivo madurara en la adultez temprana, estos hallazgos ayudarían a explicar la tendencia de los adolescentes tengan arrebatos emocionales y conductas de riesgo (Steinberg, 2007, citado por Papalia & Felmand).

Algo importante de resaltar es que los adolescentes procesan la información relativa a las emociones de manera muy diferente a los adultos. En un estudio se mostró que los adolescentes tempranos (11 a 13 años) al identificar emociones en la pantalla de una computadora usaban la amígdala cerebral, que tiene una importante participación en las reacciones emocionales e instintivas. Los adolescentes de 14 a 17 años tienen un patrón más similar a los adultos ya que usaban los lóbulos temporales, que manejan la planeación, el razonamiento, el juicio, la regulación emocional y el control de impulsos, lo cual permite hacer juicios razonados más certeros.

Estas diferencias podrían explicar las elecciones poco sensatas de los adolescentes, como el consumo de alcohol y drogas, y riesgos sexuales. El cerebro inmaduro de los adolescentes puede permitir sentimientos que anulan la razón, e impedirían que presten atención a las advertencias que los adultos consideran lógicas y persuasivas (Baird *et al.*, 1999; Yurgelun-Todd, 2002, citado por Papalia & Feldman, 2012).

El subdesarrollo de los sistemas corticales frontales asociados con la motivación, la impulsividad y la adicción, puede ayudar a explicar porque los adolescentes tienden a buscar emociones y novedad y porque a muchos de ellos les dificulta enfocarse en metas a

largo plazo (Bjork *et al.*, 2004; Chambers, Taylor y Potenza, 2003, citado por Papalia & Feldman, 2012).

1.6. Salud física y mental.

Según una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Scheidt, Overpeck, Wyatt & Aszmann, 2000), en los países industrializados de occidente, 9 de cada 10 adolescentes de 11 a 15 años se consideran saludables, sin embargo muchos de ellos, en especial mujeres reportaron problemas frecuentes de salud como dolores de cabeza, de espalda y de estómago, nerviosismo y sentimientos de cansancio, soledad y depresión. Esos reportes son comunes en EE.UU. e Israel, donde la vida es más apresurada y estresante (Scheidt *et al.*, 2000, citado por Papalia & Feldman, 2012).

Muchos de estos problemas se pueden prevenir ya que son producto de los estilos de vida, en los países industrializados los hijos de familias de bajos recursos suelen manifestar síntomas y problemas de salud de manera más frecuente que los adolescentes de familias acomodadas que suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física.

1.7. Consumo y abuso de sustancias.

Aunque la mayoría de los adolescentes no abusa de las drogas, una gran minoría si lo hace, el abuso de drogas implica el consumo dañino de alcohol, u otras sustancias que pueden dar origen a la dependencia, que puede ser psicológica y fisiológica y continuar hasta la vida adulta.

La adicción a las drogas es mucho más perjudicial en los adolescentes, porque estas estimulan zonas del cerebro que todavía están en desarrollo en la adolescencia, (Chambers *et al.*, 2003 citado por Papalia & Feldman, 2012).

La dependencia de sustancias incluye dos conceptos, la dependencia psicológica y la dependencia física. La dependencia psicológica se caracteriza por la búsqueda de la sustancia y la evidencia de consumo patológico, y la dependencia física se caracteriza por

la presencia de al menos un síntoma de dependencia que interfiere con la vida de la persona (Salazar, Ugarte, Vásquez, & Loayza, 2004).

En los adolescentes en comparación con los adultos es difícil diferenciar entre uso, abuso y dependencia de consumo de alcohol, pero hay unos síntomas que son los más predictivos. De un problema de abuso de sustancias en adolescentes. Dejar de hacer sus actividades por consumir la sustancia, seguir consumiendo a pesar de que le genera problemas sociales y realizar conductas de riesgo después de haber consumido (Salazar, Ugarte, Vásquez, & Loayza, 2004)

Existen drogas de entrada a drogas más fuertes, se iniciaría con el consumo de cerveza y vino, luego el uso de cigarrillos o licores con alto contenido de alcohol, posteriormente el uso de marihuana y por último el uso de otras drogas ilícitas (Salazar, Ugarte, Vásquez, & Loayza, 2004).

1.8. Consumo de alcohol en adolescentes.

El consumo de alcohol en adolescentes se relaciona con la búsqueda de emociones fuertes, para olvidar situaciones problemáticas que se originan en el hogar o el colegio y por la aprobación de sus pares.

La familia es el primer vínculo socializador en donde se educa y forma a la persona y esto permite que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a la vida, y tiene una influencia importante en el consumo de alcohol en adolescentes. (Maximiliano, Ortega, Salas, Vaiz, 2015)

Investigaciones realizadas en adolescentes que se encuentran en etapa escolar reportan un consumo de bebidas alcohólicas que alcanzan, cifras entre 19 y 94%, y el inicio de consumo de bebidas alcohólicas de esta población en el Perú se encuentra entre los 11 y 13 años de edad, en Latinoamérica entre los 12 y 13 años, mientras que en Estados Unidos la

edad promedio de inicio de consumo se encontraría entre 11 años 9 meses en varones y 12 años y 7 meses en mujeres, (Maximiliano, Ortega, Salas, & Vaiz, 2015).

Existen evidencias que el consumo de bebidas alcohólicas se está iniciando a edades más tempranas y esto puede causar daños fisiológicos en el cerebro ya que en la adolescencia el cerebro todavía se encuentra en desarrollo, también el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes incrementa en 5 veces el riesgo de desarrollar dependencia (Maximiliano, Ortega, Salas & Vaiz, 2015).

Por lo que actualmente en el Perú se han adoptado medidas que regulan y controlan esta sustancia lícita, la normatividad nacional tiene el marco necesario. Para la realización de acciones de prevención y protección de la infancia.

1.8.1 ¿Porque los adolescentes consumen bebidas alcohólicas?

Huamani, (2012) afirma que en primer término se debe considerar que ha habido un cambio considerable en las costumbres sociales que favorecen de alguna manera al consumo de alcohol, por otro lado los adolescentes tienen una mayor independencia económica que les permite entrar a la sociedad de consumo.

Esta situación se puede dar por una serie de factores como: violencia intrafamiliar, crisis de valores, y una crisis de cambios que vive el adolescente como crisis de identidad, conformación de grupos, cuestionamiento de la autoridad, independencia de los padres y búsqueda de ideales. Estos factores conducen a los adolescentes a tener conductas inadecuadas, imitando modelos que lo perjudican conduciéndolos al consumo de bebidas alcohólicas, como medio de evasión de sus problemas teniendo la idea equivocada que esto solucionada sus problemas.

Para los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, el alcohol es como un quitapenas que le permitirían esquivar los límites que la realidad le impone, y acceder a un mundo que le ofrecería mejores condiciones y sensaciones. A partir de esto se puede inferir que la

mayoría de adolescentes que consume bebidas alcohólicas no lo hace solo por placer sino que existen múltiples razones.

1.8.2 Motivos para el consumo de bebidas alcohólicas.

Los motivos son los factores más proximales a la conducta y son las razones que el individuo construye en el pensamiento para satisfacer una necesidad, es decir tener un resultado positivo o disminuir un resultado negativo, estos motivos están en el pensamiento lo que significa que son internos. Los motivos son caminos directos hacia la conducta y por lo tanto ejercen una mayor probabilidad para que se ejecute la acción (Terán 2005).

Cox y Klinger (1988), citado por Terán (2005), señalaron que el consumo de bebidas alcohólicas es un comportamiento racional, estos autores categorizaron el consumo de bebidas alcohólicas en dos dimensiones fundamentales:

Según su valor (positivo o negativo) o según su fuente (interna o externa).

El consumo de bebidas alcohólicas puede conducir a premios internos como manipulación o manejo del estado emocional y a premios externos como la aceptación o aprobación por parte del grupo. Según estas dimensiones se producen cuatro clases de motivos: 1) motivos positivos internos (sobresalir), en donde el individuo consume alcohol para mejorar su estado de ánimo o bienestar; 2) los motivos positivos externos (sociales), se producen cuando el individuo desea conocer o incrementar la socialización con otras personas; 3) los motivos negativos internos (manejar problemas), en los que el consumo de alcohol se da para disminuir o regular las emociones negativas; y 4) los motivos negativos externos (conformidad con su vida), donde se consume alcohol para evitar el rechazo social y la censura para cumplir con las expectativas del par en relación al consumo (Cox & Klinger, 1988, citado por Terán 2005).

2. BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

2.1. Reseña histórica.

La historia de las bebidas alcohólicas comienza, cuando el ser humano en su adaptación al medio comienza a almacenar líquidos en recipientes. Tan pronto es descubierto el proceso de fermentación de algunos líquidos azucarados comienza el consumo de bebidas alcohólicas, y el alcohol en la historia se ha convertido en una sustancia ampliamente usada y aceptada en la sociedad. El alcohol de hecho es la primera droga da la que los libros históricos se han referido en términos de abuso (Blum, 1973, citado por, Pons & Bejarano, 1999.).

En los pueblos mediterráneos la droga por excelencia fueron las bebidas alcohólicas y sus efectos embriagantes fueron utilizados como vínculos litúrgicos, por hebreos, egipcios y romanos. Los egipcios fueron los inventores de la cerveza miles de años antes de Cristo, y aun antes de la civilización Mesopotamia se conocía otras bebidas fermentadas similares, que están citadas incluso en el código de Hammurabi, donde se imponía la pena de ser arrojados al río a los propietarios de locales que permitían la embriaguez de sus clientes.

La utilización de las bebidas alcohólicas, para alcanzar la unión con la divinidad, es en definitiva la versión mediterránea del proceso que, con la misma finalidad, otras culturas han utilizado otras drogas. Por ejemplo la utilización de la hoja de coca y el botón de mescal en las culturas andinas y mesoamericanas, estas eran utilizadas en los ritos litúrgicos antes de la llegada de los colonizadores Europeos (Frexia, 1993, citado por Pons, y Bejarano, 1999).

Los árabes al parecer fueron quienes descubrieron el proceso de destilación, en los siglos VIII y IX, con lo que se consiguieron aumentar el grado alcohólico de las bebidas, Ramón Llull en 1233-1315 y Arnau de Vilanova 1238-1311, están entre los personajes que

ayudaron a difundir las técnicas de destilación en la cultura europea (Freixia, 1993, citado por Pons & Bejarano, 1999).

Poco a poco en diversas partes de Europa, siempre en los monasterios se iban elaborando los primeros licores destilados que alcanzarían fama y relevancia, algunos de los cuales han llegado a nosotros, como el cognac y más tarde, la destilación llegaría a Irlanda y Escocia, en este último en donde en el siglo XV se comienza a elaborar un aguardiente llamado visge beata (agua de la vida), lo que sería el primer antecedente de lo que en inglés se denomina whisky (Pons & Bejarano, 1999).

Dos acontecimientos importantes se dieron para la difusión de las bebidas alcohólicas en el siglo XVII, por una parte en Francia, el monje benedictino don Pierre Pérignon (1638-1715) modificó y perfeccionó la técnica de elaboración y fermentación del vino dando lugar a lo que hoy se conoce como champán (Pons, y Bejarano, 1999).

2.2. Acción del alcohol en el organismo.

El alcohol etílico es un depresor del sistema nervioso central, que es ingerido por vía oral a través de las distintas bebidas alcohólicas, desde que ingresa al organismo se puede ver sus efectos y su acción en distintas partes del organismo (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1979; Berjano y Musitu, 1987; Freixa, 1993; Sánchez-Turet, 1993, citado por Pons & Bejarano, E, 1999).

Inmediatamente que las bebidas alcohólicas ingresan al organismo, se produce una dilatación de los vasos sanguíneos y un descenso de la temperatura, si la ingestión es pequeña aumentará la secreción gástrica, pero si es elevada la secreción gástrica se inhibe y la mucosa estomacal sufre una fuerte irritación, pudiendo dar lugar a una gastritis. (Pons & Bejarano, 1999).

El alcohol no es transformado por los jugos gástricos del estómago como los alimentos, sino que pasa muy rápidamente a la sangre, sobre todo en ayunas. Posteriormente se difunde

a todos los tejidos del cuerpo y el hígado es el único tejido donde el alcohol es metabolizado.

2.3. Alcoholemia.

La alcoholemia es un indicativo del grado de alcohol que se encuentra en el sistema, por lo que se puede pensar que mientras más alcohol se encuentre en el organismo, mayor será la disfunción del sistema nervioso y mayores las repercusiones a nivel conductual.

2.4. El alcohol como droga.

Según Comas (1985), citado por Pons & Bejarano (1999) la palabra droga puede referirse a muchas sustancias y sin embargo solo parecen serlo aquellas calificadas culturalmente como tales, por lo tanto la conceptualización del término droga, está influida por sustancias socioculturales que por las cualidades y efectos de un determinado producto en el organismo.

Un concepto de droga catalogado por la organización mundial de la salud (OMS) 2008, dice que droga es toda sustancia que introducida al el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además, susceptible a crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas.

Al hablar de drogas muchas veces no se piensa, en las drogas institucionalizadas, es decir las sustancias cuya presencia y consumo están integradas en las pautas de comportamiento de la sociedad y cuya producción, venta y consumo no están penalizados. Pocas veces en nuestra cultura al hablar de drogas nos referimos al alcohol, tabaco y café, dado que se nos presentan como productos de uso común.

La polémica parece centrarse en las sustancias no integradas en las pautas de comportamiento, es decir en aquellas consideradas exóticas dentro del sistema cultural, por lo tanto el consumidor de drogas carentes de aceptación social, será etiquetado como

delincuente, mientras que el consumidor de drogas institucionalizadas, la sociedad será más permisiva y benevolente (Ponds y Bejarano, 1999).

Dejando a un lado las consideraciones culturales y teniendo en cuentas las acciones que el producto genera en el organismo. Kramer y Cameron, citado por Ponds y Bejarano, (1999) en su manual sobre dependencia de drogas, realizado por encargo de la OMS, definen las drogas como, cualquier sustancia que introducida al organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones. Pero sin embargo esta definición no se puede utilizar para delimitar el concepto sociocultural de alcohol como droga, puesto que como ya hemos visto anteriormente, muy pocas personas de nuestra cultura, afirman que una persona se está drogando cuando consume cerveza, vino u otra bebida alcohólica.

En este sentido la dificultad para conceptualizar al alcohol como una droga estaría, enraizada en que las drogas son aquellas sustancias extrañas que son tomadas de forma clandestina y cuyo consumo compulsivo es considerado como enfermedad y su comercialización está penada por la ley.

2.5. Consumo abuso y dependencia.

En primer lugar se entiende por consumo la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia de este consumo se experimenta unos efectos determinados. Es claro que consumo lo realizan tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, el bebedor esporádico y quien lo consume por primera vez, dicho de otra manera el consumo de bebidas alcohólicas contempla la ingesta.

Es posible que algunas personas puedan consumir algunas sustancias en determinadas circunstancias sin que pasen a una utilización masiva o un abuso de las mismas. El individuo una vez que conoce los efectos de una determinada sustancia en su organismo, puede si lo desea, continuar consumiéndola o controlar su propio consumo. En nuestra

cultura la mayoría de personas que consumen bebidas alcohólicas, consiguen mantener un consumo cotidiano dentro de los límites y no aumentan progresivamente su ingesta.

2.6. Tipología de consumidores.

Según Alfonso e Ibáñez (1992) citado por Ponds y Bejarano, (1999) refieren las siguientes tipologías.

- Abstemios, son los que no beben nunca, o lo hacen infrecuentemente, solo en ocasiones especiales y compromisos sociales.
- Bebedores moderados. Consumen bebidas alcohólicas habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades.
- Bebedores excesivos. Son también consumidores habituales, pero realizan un promedio de borracheras elevado.
- Bebedores patológicos. Estas personas presentan síndrome de dependencia física, por lo tanto son considerados enfermos.

Por otra parte, Kessel y Walton 1989, citado por Ponds y Bejarano, (1999) tienen una tipología con consideraciones psicológicas y no solo la frecuencia de consumo.

- Abstemios. Son las personas que no consumen bebidas alcohólicas.
- Bebedores sociales. Son la mayoría de personas de la sociedad, consumen bebidas alcohólicas, de forma moderada, pueden emborracharse alguna vez, pero no crean problemas sociales ni de salud pública.
- Bebedores excesivos. Consumen bebidas alcohólicas en forma excesiva, se caracteriza por que estas personas no reconocen su hábito de consumo, sus excesos se caracterizan por la frecuencia con la que se intoxican. Sus consecuencias sociales, económicas y médicas que trae este consumo.
- Alcohólico. Son personas que ya tienen un desorden clínico y que requieren un régimen adecuado de tratamiento. Tienen enormes dificultades para dejar de beber

y aunque puedan estar sin beber periodos más o menos largos es muy probable que recaigan en el hábito. Se caracteriza por la aparición de síntomas, tras largos años de autoengaños para explicar el consumo de bebidas alcohólicas, se acompaña de estados depresivos, celos sin causa justificada así como trastornos metabólicos a nivel celular que ocasionan encefalinas y una evolución de pronóstico grave.

2.7. Tolerancia y dependencia.

Toda droga tiene una acción sobre el organismo y existe una cantidad de la misma por debajo de la cual su consumo no produce ninguna modificación orgánica, y otra por encima de la cual incluso puede provocar hasta la muerte. Para ambas acciones habría una cantidad óptima para lograr los efectos deseados los cuales estarían en función del metabolismo de cada individuo y no solo de la propia sustancia (Bejarano & Musitu, 1987, citado por Pons, & Bejarano, 1999).

Estrechamente relacionado con el concepto de dosis se encuentra el concepto de tolerancia, la tolerancia sería el proceso por el cual el organismo se habitúa al uso continuo de una sustancia, de tal manera que para conseguir los mismos efectos a nivel orgánico o psicológico que se obtienen anteriormente con una dosis menor, se precisa ahora de una dosis más elevada.

Al aumentar paulatinamente la dosis, como consecuencia de la tolerancia, puede causar que el individuo consuma bebidas alcohólicas de forma continua, con la finalidad de experimentar diversos efectos, en este momento se forma el proceso que conocemos como adicción o dependencia.

Kramer y Cameron 1975, citado por Ponds y Bejarano, (1999) en el manual de la OMS, definen el término dependencia como, un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y un impulso irreprimible a consumir el fármaco en

forma periódica a fin de experimentar sus efectos y a veces por evitar el malestar producido por la falta de este.

Como se puede ver existe una dependencia de tipo físico, presente en algunas drogas entre ellas las bebidas alcohólicas y una dependencia de tipo psicológico, presente en mayor o menor medida presente en todo tipo de drogas.

La adicción física supone un estado caracterizado por la necesidad imprescindible de aportar al organismo una cantidad de alcohol, para mantenimiento de su propia normalidad y llegando esta adicción hasta el punto de que la ausencia de alcohol el organismo provoque una serie de trastornos físicos y mentales llamado síndrome de abstinencia.

En la dependencia psicológica, hay que atender a los efectos psicoactivos inmediatos que las bebidas alcohólicas son capaces de crear, y que son de tres tipos: desinhibidores, euforizantes y ansiolíticos, la fuerte dependencia psicológica que el alcohol es capaz de crear puede ser explicada a partir de los efectos reforzantes asociados a su consumo.

La dependencia psicológica está caracterizada por la aparición en el sujeto de un deseo incontrolable de ingerir determinada cantidad de alcohol con el fin de experimentar de nuevo sus efectos.

3. CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida es un término que se utiliza en muy variados contextos, ya que puede ser usado en varias disciplinas y una particular atención lo ha cultivado la psicología.

Una categoría muy relacionada con la calidad de vida es el bienestar psicológico y está a su vez está ligada a otras categorías que se han estudiado con relación a la vida humana como son, las condiciones de vida, el modo de vida, y el nivel de vida.

3.1. Concepto.

El concepto de calidad de vida es un tema complejo que está compuesto por diversos dominios y dimensiones, hasta la década de los años setenta este concepto no se incorpora al diccionario de las ciencias sociales (Szalai, 1980, citado por Rodríguez, 1995, citado por Olson & Barnes, 2003).

No obstante, se puede encontrar alusiones al tema, no al concepto en sí mismo, sino en estudios relacionados con el bienestar humano (Morales, Bleanco, Huie & Fernández, 1995, citado por Olson & Barnes, 2003).

Diner (1984), citado por Rodríguez (1995), define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (Olson & Barnes, 2003).

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Suarez, 2013)

También se debe mencionar que calidad de vida no es solo la optimización de los servicios, la eficiencia de las maquinas, el beneficio de los materiales, si no aquellos aspectos relacionados con el campo de lo psicológico y lo cultural- social. El desarrollo de la autoestima, la identidad, la autorrealización, el desarrollo del sus potencialidades y el manejo de nuevas habilidades, es decir el desarrollo del individuo como persona, es calidad de vida (Rosas, 1998, citado por Olson & Bernes, 2003).

Otro concepto define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la

persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar del paciente (Ramírez, 2000).

Asimismo (Pérez de Carbajal, 1992, citado por Olson & Barnes, 2003) expresa que la calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales, la calidad de vida es más que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual, volitiva y con la dinámica cultural en general. La calidad de vida también hace referencia a una armónica referencia entre hombres, donde juega un papel importante la justicia social, considerando las oportunidades que una sociedad brinda a sus miembros.

La complejidad del concepto de calidad de vida radica en que la calidad de vida vendría a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales.

La calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad.

Todos los aspectos de la vida experimentados por los individuos son cubiertos por la calidad de vida aspectos tales como, salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas y sentido de pertenecer a ciertas instituciones.

Se puede señalar también, que este concepto incluye un conjunto de aspectos en los que se interviene la autorrealización del sujeto. Es así, que la calidad de vida en una sociedad sería el grado en que las condiciones de dicha sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia

subjetiva satisfactoria de su existencia (Morales, Blanco & Fernández, 1985 citado por Olson & Barnes, 2003).

Con respecto a los indicadores de calidad de vida existen dos apreciaciones generales que tratan de medir este concepto. Uno constituye la medida objetiva, la misma que se obtiene a partir de la estadística de los indicadores sociales y económicos específicos. La otra medida constituye una medida subjetiva, que se refiere acerca de las percepciones de las personas sobre sus situaciones de vida.

Acerca de la medida subjetiva, también existen diversas maneras de identificar los indicadores de la calidad de vida. Algunos hacen referencia a la calidad de la salud física, así como a la práctica de ciertas actividades y en otros casos se enfatizan la calidad de las relaciones sociales.

Dentro de lo que se podría llamar las condiciones externas objetivas puede considerarse el estado de salud. Sin embargo aquí nos encontramos con un indicador mixto puesto que si bien existen indicadores objetivos de una situación de salud; tan importantes como ellos son, los indicadores subjetivos que se manifiestan mediante el auto informe de las propias personas. Por otro lado no se puede dejar de considerar la relación que existe entre salud y calidad de vida, ya que el estado de salud determina la calidad de vida y la calidad de vida de la persona determina igualmente el estado de salud.

Esto podría deberse al concepto de salud que nos presenta la OMS, que es muy similar al concepto de calidad de vida, para ellos la salud se define como el estado de completo bienestar físico psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad.

Hay un número importante de estudios que han demostrado una relación relativamente grande entre los autoinformes de salud y bienestar subjetivo. Otros han considerado que la salud es para las personas el factor más importante de felicidad, en ellos la satisfacción respecto a la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital. Parece que

la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva (Rodríguez, 1995, citado por Olson & Barnes, 2003).

Por otra parte se considera que la riqueza ambiental es uno de los factores determinantes de calidad de vida. Por lo cual se puede definir índices de una apreciación cuantitativa como por ejemplo, acceso a los productos y servicios, densidad de los servicios, etc. Para el individuo moderno la idea de recibir solución rápida ante los incidentes de los diferentes elementos materiales del ambiente se vuelve importante en la formación de apreciaciones sobre la calidad de vida, es decir el considerable costo psicológico que presentan los interminables minutos y horas de interrupción del fluido eléctrico, la falta de recolección de basura, la interrupción prolongada de los diferentes servicios públicos por huelgas, la calidad de transporte público, todos estos elementos constituyen material cuantitativo para la apreciación de calidad de vida.

Otra aceptación de la calidad de vida es la de tipo ecológico, desde este punto de vista la calidad de vida significa encontrar su equilibrio y salud a través de la preservación del ambiente natural, es precisamente a partir de la búsqueda de un mejoramiento del ecosistema que se esperan unos resultados concernientes a la calidad de vida.

3.2 Indicadores de calidad de vida.

Según estudios realizados sobre calidad de vida se puede observar cinco dominios los cuales son: Bienestar emocional, bienestar físico, relaciones interpersonales, desarrollo personal y actividades y bienestar material.

3.2.1 Bienestar emocional.

Se refiere a los estados emocionales experimentados por la persona como alegría, tristeza, nerviosismo, humor y preocupación, estar a gusto con su cuerpo con su forma de ser y sentirse valioso, también se refiere a disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso saber lo que tienen que hacer y que puede hacerlo.

3.2.2 Relaciones interpersonales.

Se refiere a interacción positiva o negativa con diferentes personas, disponer de redes sociales tener relaciones satisfactorias con amigos y familiares y llevarse bien con ellos. Sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico y disponer de personas que lo ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas ya sean positivas o negativas.

3.2.3 Desarrollo personal y actividades.

Se define como el grado de desempeño, progreso y satisfacción personal con las actividades escolares de aprendizaje; percepción que tienen el niño de sus habilidades cognitivas y oportunidades para desarrollarlas, también se refiere a las actividades de distracción como juegos, deportes, actividades físicas, televisión, etc.

3.2.4 Bienestar físico.

Se refiere al estado de salud física de la persona, sueño enfermedades, estar bien alimentado, es decir estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, aseo y vestido. También se refiere a disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios.

3.2.5 Bienestar material.

Hace referencia a las posiciones materiales, disponer de ingresos suficientes para comprar lo que se necesite disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.

3.3. Estudios sobre calidad de vida

Existen estudios que enfatizan el estado general de bienestar como medida de calidad de vida (Campbell, Converse & Rodgers, 1976, citado por Olson & Barnes, 2003), otros estudios subrayan la importancia de la adaptación de un individuo y la percepción de su ambiente (French, Rodgers & Cobb, 1974, citado por Olson & Barnes, 2003). En ambos

casos las percepciones subjetivas son consideradas importantes, como medida de la calidad de vida.

Por otra parte algunos estudios señalan a las actividades físicas como predictores de la calidad de vida. Es así como se señala que la calidad de vida viene dado por el estilo de vida que llevan las personas; y en este sentido, los estilos de vida sedentarios tan comunes en la sociedad resultan claramente perjudiciales, frente a ellos tenemos estos estilos de vida activos, que conllevan a la realización de actividad física, ejercicio físico y deporte.

Los primeros estudios que han relacionado la calidad de vida con el ejercicio físico, son relativamente recientes ya que sus inicios se sitúan en la década de los setentas, aunque con anterioridad ya habían aparecido de forma aislada algunos estudios.

Desde la medicina, la gran mayoría de los estudios han tenido un corte epidemiológico y han estado dedicados a estudiar los efectos del ejercicio sobre la salud física. Por su parte desde la psicología de la salud se han incidido a estudiar los efectos benéficos del ejercicio físico sobre la salud mental. Por último desde la psicología del ejercicio se han centrado en estudiar los factores que dan lugar a estilos de vida más activos, así como la creación de programas que fomenten y mantengan esa participación (Guillen et, al, 1998, citado por Olson & Barnes, 2003).

Olson y Barnes (1982) plantean que una característica común de los estudios de calidad de vida, constituye la elevación de la satisfacción como dominios de las experiencias vitales de las personas. Cada dominio se enfoca en una faceta particular de la experiencia vital. Como por ejemplo vida marital, amigos, y facilidades de vivienda, empleo, educación y religión.

La manera como cada persona logra satisfacer estos dominios, constituye un juicio individual subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra sus intereses en su

ambiente. Es la percepción que tiene esta persona de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

3.4. Calidad de vida en adolescentes.

Ardila (2003) y Morales (2013) definen la calidad de vida como un estado de satisfacción general derivado de las potencialidades de la persona y la combinación de aspectos objetivos y subjetivos que se basan en cinco dominios principales: bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo-actividad y bienestar emocional. Las respuestas de estos dominios son subjetivas y dependen de múltiples factores como los sociales, los materiales y la edad del sujeto, entre otros (Guadarrama, Hernandez, Veytia & Marquez, 2013)

Por su parte Quinceno (2014), define la calidad de vida infantil como, la percepción del bienestar físico psicológico y social, del niño, niña y adolescente dentro de un contexto cultural específico, de acuerdo a su desarrollo evolutivo y sus diferencias individuales

Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000), señalan que el estudio de la calidad de vida en los adolescentes permitirá desarrollar competencias pertinentes en diferentes ámbitos de la persona, como, por ejemplo, en la prevención de la enfermedad, ya que comprende el autocuidado, la higiene, los hábitos de sueño, y la evitación del consumo de sustancias tóxicas. Otro punto es la prevención de accidentes, que abarca tanto el seguimiento de las reglas de seguridad como la promoción de interacciones sociales en el ámbito de la familia y el impulso de cambios sociales benéficos para la colectividad a la que pertenece el sujeto, refiriéndose a la organización de actividades grupales para el análisis de soluciones.

Por tal motivo, la calidad de vida en los adolescentes se podría observar directamente cuando el individuo se pregunta ¿qué pasa conmigo?, refiriéndose a sus cambios físicos y psicológicos que abarcan tanto su identidad como su género. Al respecto de la adolescencia, Casas (2010), citado por Guadarrama et al (2013), dice que esta es una etapa

que comprende el periodo que va de los 10 hasta los 19 años, en el que se producen acelerados cambios físicos, psicológicos, sexuales, de comportamiento y de socialización. Es un proceso continuo y complejo, de naturaleza biopsicosocial, que le permite al individuo obtener actitudes y capacidades para satisfacer sus necesidades. Por esta razón, comenta, es importante hablar de la calidad de vida en los adolescentes ya que en esta etapa se construye un nuevo equilibrio entre sus vivencias personales y su ambiente, por medio del cual los adolescentes forman con el apoyo de su familia, la influencia social y sus pares capacidades y actitudes que les permiten satisfacer sus necesidades con el objetivo de alcanzar un estado de bienestar.

3.5. Relaciones sociales y calidad de vida.

En cuanto a considerar a las relaciones sociales como indicadores de calidad de vida, se conoce que una de las necesidades esenciales del ser humano es la filiación, como red disponible de interacciones en diferentes campos, tales como recreativo, laboral, político, religioso, afectivo, entre otras. Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo (Zimmerman, 1998, citado por Olson & Barnes, 2003).

La interacción social es un componente importante del concepto más amplio de bienestar social ya que las interacciones sociales se producen en varios dominios: familia, amigos, comunidad y trabajo. Naturalmente es posible distinguir entre cantidad de contactos sociales y la calidad de esta interacción, pero, en general los trabajos sobre el tema han preferido considerar que cuanta más interacción haya, mejor será la calidad de vida.

La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos, tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales. Es así, como los deberes y derechos del hombre no

implican una adecuada respuesta a los requerimientos de calidad que apuntan las expectativas del individuo en nuestras sociedades hoy en día.

En este sentido la formación es condición necesaria en el contexto de calidad de vida, entendida esta relación como un proceso realizable en diferentes planos: como adquisición de capacidades y desarrollo de destrezas que entrenan para la vida, preparación para una tarea específica, adquisición de experiencia que enriquece la conducta y permite la realización personal y profesional y activación de las disposiciones y capacidades, estos diferentes planos confluyen en la persona (Pérez de Carbajal, 1992, citado por Olson & Barnes, 2003).

3.6. Familia y calidad de vida.

En cuanto a la familia y su influencia en la percepción de calidad de vida de la persona, encontramos que en el caso del niño, tiene interacción con el ambiente, pero no puede totalizar directamente la sociedad en su conjunto, viviendo un proceso con dos espacios claramente diferenciados: uno exógeno en el cual vive las interrelaciones con el ambiente y otro endógeno en el que procesa su ser social. En el procesamiento endógeno el niño tiene que vivir las consecuencias de las interrelaciones que cada uno de los que conforman su grupo familiar establece con la sociedad. En este sentido la familia cumple un rol de mediador o catalizador social de los factores exógenos que determinan la vida del grupo humano, lo que se expresa en la atención de las necesidades de cada uno de sus miembros, así estos factores determinan cual es la calidad de vida y el grado de bienestar que puede gozar los integrantes de cada familia.

Por otro lado se tiene que considerar que hay familias que viven una crisis debido principalmente a la situación económica que atraviesan, esto es así ya que la caída del ingreso familiar es el principal mecanismo de transmisión de los efectos de la situación económica sobre los niños y adolescentes, así mismo las familias transmiten y reproducen

por medio de sus interrelaciones la violencia estructural de la sociedad. Esta realidad nos explica la presencia de grupos familiares que viven en alto riesgo, porque no se garantiza la calidad de vida y muchas veces la supervivencia del grupo familiar como tal y de los individuos que lo componen (Mansilla, 1989 citado por Olson & Barnes, 2003).

No existe calidad de vida absoluta ella es fruto de un proceso de desarrollo y se dispone también a lo largo de una escala continua de valores extremos de alta y baja calidad de vida, la búsqueda de la calidad es vida es inherente a la vida humana y uno de los mitos actuales sobre calidad de vida es que se asocia a la tecnología.

3.7. Investigaciones realizadas sobre calidad de vida nivel internacional.

Canton y Sanchez (1974), estudiaron el deporte y la calidad de vida el objetivo de dicha investigación fue conocer la viabilidad de desarrollar valores, tanto personales como sociales a través de dicha práctica. Su muestra se conformó por 212 participantes pertenecientes a tres centros escolares de la ciudad de Valencia, de diferentes niveles socioeconómicos de las edades de 12 a 14 años. Se utilizó un cuestionario de tipo Likert que recogía información sobre las siguientes variables: sociodemográficas, hábitos de salud, motivos de inicio, continuidad del deporte y actitudes hacia la salud. Se realizó un análisis correlacional (correlación de Pearson) y análisis de varianza (Anova). Se concluye con la propuesta necesaria de “mediación psicológica” en los programas de actividad física para convertir a estos en auténticos factores del cambio de actitudes y hábitos de salud (Olson & Barnes, 2003).

Fernandez, Gonzales, Sáiz, Gutierrez & Bebes (1999) investigaron acerca de la calidad de vida y la severidad de la adicción en heroinómanos, la muestra estuvo conformada por 49 heroinómanos que llevaban 4 años de tratamiento en un programa de mantenimiento con metadona. Se utilizó el cuestionario SF-36 y la escala de depresión de Goldberg (EADG). Para el análisis de los datos se utilizó la Ji cuadrado, T de Student y el coeficiente de

relación de Pearson, los participantes mostraron una calidad de vida moderada en la escala de componente mental en comparación con los componentes físico, se obtuvieron medidas inferiores en los VIH positivos, los que habían consumido en los seis meses previos heroína o elevadas cantidades de alcohol y los que presentaban ansiedad y depresión. La calidad de vida se relaciona de forma inversa con la gravedad de la adicción (Olson & Barnes, 2003).

3.6.1. Investigaciones realizadas a nivel nacional.

Ramirez (2000) estudio el significado de la calidad de vida en los pacientes con VIH/Sida que acuden al servicio ambulatorio, tuvo como objetivo identificar el significado de calidad de vida en pacientes infectados con VIH/Sida que acuden al Procets del Hospital Arzobispo Loayza (Olson & Barnes, 2003)

Entre las principales conclusiones tenemos:

- La calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida del procets está determinada como producto de una enfermedad que no tienen cura, que repercute en el estado social, económico, familiar, en la evaluación de la enfermedad y en un futuro desconocido para él y su familia.
- La calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida esta evidenciada principalmente por las manifestaciones psicosociales como son: la ira, ansiedad, angustia, acompañados de sentimientos de culpa, los cuales se relacionan con los pensamientos y conocimientos de la enfermedad.
- La calidad de vida de los pacientes con VIH/Sida se encuentra influenciada por la evolución de la enfermedad y sus complicaciones.

Bulnes, (1999) investigo acerca de la calidad de vida y comunicación familiar en madres adolescentes. El diseño utilizado fue comparativo descriptivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 123 madres adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron La

escala de calidad de vida de Olson y Barnes y el cuestionario de comunicación padres adolescentes de los mismos autores. Se concluyó que existe una relación entre los factores calidad de vida y comunicación padre-adolescente y madre adolescente (Olson & Barnes, 2003)

Díaz, et. Al (2000) investigaron acerca de la calidad de vida y perfiles emocionales en estudiantes universitarios de Lima. El diseño utilizado fue descriptivo comparativo. La muestra estuvo conformada por 185 estudiantes de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre 16 y 25 años de la facultad de psicología de una universidad peruana. Se usó la escala de calidad de vida de Olson y Barnes y la escala de desórdenes emocionales (API) de Anicama. Se concluyó que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, respecto a la variable perfiles emocionales se observa que todas las escalas componentes se encuentran por debajo de la media esperada, indicando ausencia de desórdenes emocionales en la muestra total (Olson & Barnes, 2003)

4. HABILIDADES SOCIALES.

4.1. Concepto.

Son muchas las definiciones acerca de habilidades sociales y esto ha generado grandes problemas por no haberse llegado a un acuerdo explícito sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa.

Toda habilidad social es un comportamiento o tipo de pensamiento que lleva a resolver una situación social de manera efectiva. Es decir aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en que esta (Trianes, 1996, citado por García, 2010).

Las habilidades sociales se pueden definir como un conjunto de capacidades u destrezas interpersonales que nos permiten relacionarnos con otras personas de forma adecuada, siendo capaces de expresar nuestros sentimientos, opiniones, deseos, o necesidades en

diferentes contextos o situaciones, sin experimentar tensión ansiedad u otras emociones negativas (Dongil & Cano, 2014).

Caballo (1993) define a las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por el individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Según el MINSA, 2006 señala que las habilidades sociales son la capacidad de la persona de ejecutar una conducta que actúan sobre los determinantes de la salud principalmente en los estilos de vida. Para lo cual se debe lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades y destrezas, que al ser empleadas en su vida cotidiana le permitan tener estilos de vida más saludables (Calderón & Fonseca, 2014).

Y aunque todavía no se ha llegado a una definición generalmente aceptada, los distintos autores coinciden que hay factores esenciales para comprender las habilidades sociales. Uno de esos factores sería que las habilidades sociales no son innatas si no que son adquiridas por aprendizaje, ya sea por observación, imitación, ensayo e información.

Otro factor sería que las habilidades sociales son dependientes del medio cambiante y están determinadas dentro de la cultura donde se desarrolla, y dependen también de factores tales como la edad, el sexo la clase social y la educación.

4.2. Características de las habilidades sociales.

Existen una serie de características relevantes en la conceptualización de las habilidades sociales (Monjas, 2002, citado por Torres 2014)

Las habilidades sociales son una serie de conductas adquiridas principalmente a través del aprendizaje. A lo largo del proceso de socialización natural en la familia, la escuela y la comunidad. Se van aprendiendo las habilidades y las conductas que permiten interactuar efectiva y satisfactoriamente con los demás.

Las habilidades sociales están formadas por componentes motores y manifiestos como por ejemplo, conductas verbales, emocionales y afectivas.

Las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas. La efectividad de la conducta social depende del contexto de interacción y de los parámetros de la situación específica

Las habilidades sociales se ponen en juego siempre en contextos interpersonales; son conductas que se dan siempre en relación a otras personas. La interacción social es bidireccional, interdependiente y recíproca y requiere el comportamiento interrelacionado de dos o más individuos.

Gisnero (2000) citado por Morales (2012). Señala los siguientes factores de las habilidades sociales.

4.2.1. Autoexpresión en situaciones sociales.

Este factor refleja la capacidad de expresarse uno mismo en forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones. Entrevistas laborales, tiendas, en reuniones sociales, etc.

4.2.2. Defensa de los propios derechos como consumidor.

Refleja la expresión de conducta asertiva, frente a personas desconocidas en defensa de los propios derechos en situación de consumidor de algún producto o servicio. El expresar los derechos legítimos es importante cuando nuestros derechos personales son vulnerados.

4.2.3. Expresión de enfado y disconformidad.

Bajo este factor subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas expresando enfado o sentimientos negativos justificados.

4.2.4. Decir no y cortar interacción.

Refleja la habilidad para cortar interacción que no se quiere mantener así como negarse a prestar algo que cuando nos disgusta hacerlo. Uno de los derechos de cada persona es negarse ante lo que no está de acuerdo; negarse asertivamente significa ser capaz de decir no de forma adecuada a otras personas.

4.2.5. Hacer peticiones.

Refleja la capacidad de expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos.

Iniciar interacción positiva con el sexo opuesto.

Se define por la habilidad para iniciar interacción con el sexo opuesto ya sea iniciar una conversación, poder hacer un cumplido, etc.

4.3. Teorías explicativas de las habilidades sociales.

De las diversas teorías que explican las habilidades sociales se tomaron dos, el modelo interactivo y el modelo de aprendizaje social.

4.3.1. Teoría del modelo interactivo.

Según esta teoría las habilidades sociales serían el resultado de procesos cognitivos y de conducta, en una secuencia que se inicia con la percepción de estímulos interpersonales relevantes, continua con el proceso de estos estímulos, para evaluar la mejor opción de respuesta y concluye con la manifestación de la opción elegida, (León & Medina, 1998, citado por Morales, 2012).

4.3.2. Teoría del aprendizaje social de Bandura.

La teoría del aprendizaje social está basada en los principios del condicionamiento operante desarrollado por Skinner (1938). Skinner parte de que la conducta está regulada por las consecuencias del medio en el que se desarrolla dicho comportamiento. El esquema de como aprendemos según este modelo es el siguiente. ESTIMULO-RESPUESTA-CONSECUENCIA (positiva o negativa). Con la base en este esquema nuestra conducta está en función de unos antecedentes y unas consecuencias que si son positivas, refuerzan nuestro comportamiento. Las habilidades sociales se adquieren mediante refuerzo positivo y directo de las habilidades, también se adquieren mediante aprendizaje vicario u observacional, mediante retroalimentación interpersonal y mediante el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales. (Morales, 2012).

Desde esta teoría, las habilidades sociales se entienden como conductas aprendidas que se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje:

- Reforzamiento positivo y directo de las habilidades
- Aprendizaje vivario u observacional.
- Mediante el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.
- Retroalimentación interpersonal.

Estos cuatro principios de aprendizaje social permiten estructurar el entrenamiento de habilidades sociales de manera que este cumpla las siguientes condiciones:

- Que sepamos que conductas nos demanda una situación concreta.
- Que tengamos oportunidad de observarlas y ejecutarlas.
- Que tengamos referencia acerca de lo afectivo o no de nuestra ejecución (retroalimentación).

- Que mantengamos los logros alcanzados (reforzamiento).
- Que las respuestas aprendidas se hagan habituales en nuestro repertorio.

4.4. La adquisición de habilidades sociales.

No hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se adquieren las habilidades sociales, pero es sin duda la niñez un periodo crítico. En este sentido, numerosas investigaciones (García, Rodríguez, & Cabeza, 1999), (Pérez & Santamarina, 1999), (Sanz, Sanz, & Iriarte, 2000), (Sánchez, 2001), (Torbay, Muñoz, & Hernández, 2001), (Rosa et al., 2002) han encontrado relaciones sólidas entre las conductas socialmente habilidosas en la infancia y posterior funcionamiento social, académico y psicológico tanto en la infancia como en la edad adulta. Sin embargo, no solo la infancia se considera un periodo crucial para el desarrollo de las habilidades sociales, debido a que en etapas posteriores del desarrollo también se han encontrado relaciones entre surgimiento y modificación de habilidades, incluso la extinción y deterioro de habilidades que ya formaban parte del repertorio conductual (Cabrera, 2012)

Con relación a la adquisición de las habilidades, la mayoría de los autores sostienen que su desarrollo surge normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre los que se destacan: reforzamiento positivo directo de las habilidades, el modelado o aprendizaje observacional, el feedback y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Cabrera, 2012)

En la interacción social, no solo se adquieren nuevas habilidades sociales, sino que algunas previas se extinguen, dando lugar a comportamientos sociales poco habilidosos. Fernández (1999), citado por Cabrera, 2012 elaboró una lista de los factores que pueden explicar el comportamiento social inadecuado, los cuales, fueron agrupados en tres grandes grupos:

4.4.1. Ausencia del desarrollo de las conductas habilidosas.

- Las conductas necesarias no están presentes en el repertorio conductual del individuo, ya sea porque no las ha aprendido o por haber aprendido conductas inadecuadas.
- El individuo está sometido a aislamiento social (ej. Por haber estado institucionalizado) y esto puede producir la pérdida de las habilidades por falta de uso.

4.4.2. Características personales en el momento de la interacción.

- La persona puede no estar interesada en iniciar o mantener interacciones sociales.
- El individuo no sabe discriminar adecuadamente las condiciones en que una respuesta determinada probablemente sería efectiva.
- La persona no está segura de sus derechos o piensa que no tiene derecho a responder adecuadamente.
- La persona siente ansiedad asociada a las interacciones sociales que obstaculiza o dificulta su actuación

4.4.3. Influencia del medio.

- El sujeto teme las posibles consecuencias de la conducta habilidosa.
- Existen obstáculos restrictivos que impiden al individuo expresarse adecuadamente o incluso lo castigan si lo hace.
- Hay una falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada.

Aceptar que las habilidades sociales son aprendidas implica que como todo lo que es aprendido también es susceptible de ser modificado. El entrenamiento de las habilidades sociales se basa principalmente en esta premisa, enseñar a las personas habilidades

sociales necesarias para un mejor funcionamiento interpersonal; sin embargo, el desarrollo, pautas y pasos para llevar a cabo el entrenamiento de habilidades sociales serán explicados ampliamente en otro acápite de este capítulo.

4.5. Componentes de las habilidades sociales.

Se consideran 3 componentes de las habilidades sociales: conductual, cognitivo y fisiológico. La mayor parte de la literatura de las habilidades sociales se ha orientado a los elementos conductuales, aunque se está produciendo un auge progresivo en el estudio de la conducta encubierta, como pensamientos y creencias, etc. (Caballo, 2002).

A continuación se hará un breve repaso de estos componentes centrándonos básicamente en los componentes conductuales.

4.5.1. Componentes no verbales.

Se trata de uno de los componentes más importantes dada la dificultad que supone su control. Está claro que podemos decidir que decimos y que no, pero aunque optemos por no hablar, seguimos emitiendo mensajes y en esa medida aportando información sobre nosotros.

Los componentes no verbales tienen varias funciones, pueden remplazar palabras como por ejemplo como un padre hace que su niño se quede quieto con una amenazante mirada. Puede enfatizar un mensaje verbal especialmente de tipo emocional.

Los investigadores han demostrado que las señales visuales son interpretadas de manera más fiable y precisa que las auditivas. Las señales no verbales tienen de ser congruentes con el contenido verbal para que un mensaje socialmente habilidoso sea transmitido de forma precisa.

4.5.2. La mirada.

Este elemento no verbal parece ser fundamental en la evaluación conductual de habilidad social. La mirada es definida en habilidades sociales como mirar a otra persona, la mirada es única en el sentido que es tanto canal como una señal. Es decir que estamos atendiendo a los demás y se emplea en la percepción de las señales no verbales de los demás.

4.5.3. Expresión facial.

Existe una gran evidencia de que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal la expresión facial juega varios papeles en la interacción social humana como: muestra el estado de ánimo de una persona aunque esta trate de ocultarlo, proporciona una retroalimentación continua sobre, si comprende, si está sorprendido, si está de acuerdo, etc. Respecto a lo que se está diciendo.

4.5.4 La sonrisa.

La sonrisa es la emoción más habitualmente utilizada para ocultar otra, actúa como lo contrario de todas las emociones negativas: temor, ira, disgusto, etc. Suele elegírsela porque para concretar muchos engaños el mensaje que se requiere es alguna variación de que se está contento.

4.5.5. Postura.

Hay 3 Principales posturas humanas que son: 1. De pie, 2. Sentado, agachado o arrodillado y 3. Echado. La posición del cuerpo y de los miembros, la forma de cómo se sienta la persona, como está de pie y como pasea refleja sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los demás.

4.6. Componentes paralingüísticos.

Se refiere a una serie de aspectos que acompañan al habla y contribuyen a modular el mensaje.

4.6.1 El volumen de vos.

La función más básica del volumen es hacer que un mensaje llegue hasta un potencial oyente. Un volumen bajo de vos puede indicar sumisión o tristeza, mientras que un volumen alto de vos puede indicar seguridad, pero hablar demasiado alto podría indicar ira, tosquedad y puede tener consecuencias negativas.

4.6.2. La fluidez del habla.

Los falsos comienzos y repeticiones son bastantes comunes en las conversaciones diarias. Sin embargo las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una sensación de inseguridad, poco interés y ansiedad.

4.6.3. Velocidad del habla.

Si se habla muy lento los que escuchan podrían impacientarse y aburrirse, por otra parte si se habla demasiado rápido la gente tendría dificultades para entender.

4.7. Componentes verbales: la conversación

El habla se emplea para una variedad de propósitos, comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras que se empleen dependerán de la situación en que se encuentren las personas. También se debe tener en cuenta que las conversaciones pueden tener diferentes objetivos, que determinan la idoneidad de los componentes que se describen a continuación.

4.7.1. Duración de la conversación.

Se consideran socialmente competentes a las personas que hablan más del 50% del tiempo los que hablan más del 80% pueden ser considerados dominantes o descorteses, y los que hablan el 20% de las conversaciones pueden ser considerados fríos o poco atentos.

4.7.2. Retroalimentación.

Cuando se está hablando se necesita retroalimentación pero regular de cómo está respondiendo los demás. Necesita saber si lo están escuchando, lo comprenden, le creen o no le creen. La retroalimentación de atención aumenta siempre la cantidad de conversación del que habla.

4.7.3. Preguntas.

Las preguntas y sus equivalentes indirectos son esenciales para conseguir mantener la conversación, obtener información, mostrar interés en los demás e influir en la conducta de los otros y el no utilizarlas puede producir déficit en todas estas áreas

4.8. Habilidades sociales en adolescentes.

El paso de la niñez a la adolescencia es una de las transiciones más trascendentales de la vida. Los cambios físicos y psíquicos implican una modificación del rol del adolescente, en como se ve a sí mismo, como percibe el mundo y como es visto por los demás. (Martínez. 2007, citado por, Contini, 2009).

Los cambios escolares se suman a este proceso de transición, ya que los adolescentes pasan de la educación primaria a la secundaria.

Según el MINSA en las adolescencia las decisiones que adopten y las relaciones que establezcan influirán en su salud y en su desarrollo físico psicosocial y les afectara durante toda su vida es por ello que a determinado cuatro dimensiones dentro de las habilidades sociales, asertividad, autoestima, comunicación y toma de decisiones, facilitando así la

construcción de la identidad, el desarrollo de proyecto de vida y el establecimiento de relaciones positivas en el seno familiar y social, a continuación describiremos las cuatro dimensiones de las habilidades sociales (Calderón & Fonseca, 2014)

4.8.1 Asertividad.

Viene a ser la adecuada manifestación de uno mismo en sus valores, conductas, pensamientos, actitudes y afectos. Ser asertivos es mostrar nuestros sentimientos tal cual son sin ocasionar perjuicio a ninguna persona es actuar conforme a nuestros derechos como individuos sin afectar los derechos de los demás.

4.8.2 Autoestima.

Esta dimensión cobra un papel importante dentro de las habilidades sociales según el MINSA, la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que conforman nuestra personalidad. Cabe resaltar que la estimación del valor propio no depende de la calidad o cantidad de habilidades que se posee sino también del sentimiento subjetivo y duradero de respeto y aprobación que se experimenta así uno mismo.

4.8.3. Comunicación.

La comunicación engloba un conjunto de competencias y conductas aprendidas que el individuo pone en práctica en el contexto de las relaciones interpersonales. A través de dichas conductas las personas expresan sus opiniones, actitudes, sentimientos y deseos, de un modo adecuado tanto a la situación, como al contexto. Implica escuchar y respetar la opinión de los demás, eso permite prevenir los conflictos interpersonales y facilita su resolución.

De ese modo para que la comunicación con el adolescente sea posible debemos aceptar que le toca vivir una etapa nueva y diferente. Esto permite crear una atmósfera más positiva.

4.8.4. Toma de decisiones.

La toma de decisiones es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas que tenemos para resolver diferentes situaciones de la vida y estas se pueden presentar en varios contextos, como son a nivel escolar, familiar, laboral, y sentimental en todos estos contextos se toman decisiones pero estas decisiones están afectadas por factores como el tiempo, estrés y la presión de los compañeros.

4.9. Habilidades sociales en relación con los pares.

Hoy es evidente la importancia del vínculo que existe entre madre e hijo en la organización psíquica del niño y en ese contexto se incluye el desarrollo de las habilidades sociales. La teoría psicodinámica es la que puso énfasis en el vínculo madre e hijo, mientras que diversas investigaciones han comprobado la importancia que tienen las relaciones de pares en la infancia y adolescencia.

Un vínculo importante es el que se da entre iguales, que promueven el desarrollo de habilidades de interacción social y eso favorece a la salud psíquica de los sujetos.

4.10. Funciones de las habilidades sociales.

Conocer la definición de las habilidades sociales, facilita formar una idea de para qué sirven. La interacción social es el primer y más observable campo en donde se observa la utilidad de las habilidades sociales, mas no es el único. Monjas (1993), cita las siguientes funciones que cumplen las habilidades sociales:

- **Aprendizaje de la reciprocidad:** En la interacción con los pares es relevante la reciprocidad entre lo que se da y se recibe.
- **Adopción de roles:** Se aprende a asumir el rol que corresponde en la interacción, la empatía, el ponerse en el lugar del otro, etc.

- **Control de situaciones:** Que se da tanto en la posición de líder como en el seguimiento de instrucciones.
- **Comportamientos de cooperación:** La interacción en grupo fomenta el aprendizaje de destrezas de colaboración, trabajo en equipo, establecimiento de reglas, expresión de opiniones, etc.
- **Apoyo emocional de los iguales:** Permite la expresión de afectos, ayuda, apoyo, aumento de valor, alianza, etc.
- **Aprendizaje del rol sexual:** Se desarrolla el sistema de valores y los criterios morales.

Sintetizando lo anteriormente expresado, se observa que las funciones se expresan en tres dimensiones:

- 1) Aprendizaje para la interacción.
- 2) Comportamientos orientados por cualidades que favorecen la interacción.
- 3) Seguridad personal.

De manera que no sólo favorecen el momento de la relación con los otros, sino que su establecimiento en el repertorio conductual de un individuo, garantiza beneficios a nivel personal y social a corto y largo plazo.

4.11. Elementos de Habilidades Sociales.

En términos generales, se traslada la visión molar-molecular utilizada en las ciencias sociales, para analizar la concepción conductual de la habilidad social.

Las categorías molares son tipos de habilidad general como la defensa de los derechos, la habilidad de actuar con eficacia en las entrevistas laborales. Se supone que cada una de estas habilidades generales depende del nivel y de la forma de una variedad de componentes moleculares de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de la voz, o la postura. (Caballo 2007, citado por Cabrera, 2012).

Este enfoque bidimensional, hace que se genere confusión al momento de evaluar los elementos de las habilidades sociales. Algunos investigadores consideran uno de los componentes sobre el otro y centran sus estudios por separado, mientras que otros, se basan en ambos componentes.

Ahora veremos, dentro de estas dos categorías antes mencionadas, como observan algunos teóricos, los elementos que integran generalmente una conducta socialmente habilidosa.

Según Goldstein.

Arnold Goldstein, psicólogo estadounidense, en 1980 propone la siguiente clasificación de elementos de las habilidades sociales:

Primeras habilidades sociales:

- Escuchar
- Iniciar una conversación
- Mantener una conversación
- Formular una pregunta
- Dar las gracias
- Presentarse
- Presentar a otras personas
- Hacer un cumplido

Habilidades sociales avanzadas.

- Pedir ayuda
- Participar
- Dar instrucciones
- Seguir instrucciones
- Disculparse
- Convencer a los demás

Habilidades para manejar sentimientos.

- Conocer los sentimientos propios
- Expresar los sentimientos propios
- Comprender los sentimientos de los demás
- Enfrentarse al enfado de otro
- Expresar afecto
- Resolver el miedo
- Autorrecompensarse

Habilidades alternativas a la agresión.

- Pedir permiso
- Compartir algo
- Ayudar a los otros
- Negociar
- Utilizar el autocontrol
- Defender los propios derechos
- Responder a las bromas
- Evitar los problemas con los demás
- No entrar en peleas

Habilidades para el manejo de estrés.

- Formular una queja
- Responder ante una queja
- Demostrar deportividad después de un juego
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando es dejado de lado
- Defender a un amigo

- Responder a la persuasión
- Responder al fracaso
- Enfrentarse a mensajes contradictorios
- Responder a una acusación
- Prepararse para una conversación difícil
- Hacer frente a la presión de grupo

Habilidades de planificación.

- Tomar una decisión
- Discernir sobre la causa de un problema
- Establecer un objetivo
- Determinar las propias habilidades
- Recoger información
- Resolver problemas según la importancia
- Tomar la iniciativa
- Concentrarse en una tarea

4.12. Según Inés Monjas.

En la aplicación de programas dirigidos a poblaciones infanto-juvenil, Inés Monjas (1993) destaca:

1. Habilidades básicas de interacción social.

- Sonreír.
- Saludar.
- Presentaciones.
- Favores.
- Cortesía y amabilidad

Habilidades para hacer amigos.

- Reforzar a los otros.
- Iniciaciones sociales.
- Unirse al juego con otros.
- Ayuda.
- Cooperar y compartir.

Habilidades conversacionales.

- Iniciar conversaciones.
- Mantener conversaciones.
- Terminar conversaciones.
- Unirse a la conversación de otros.
- Conversaciones de grupo

Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones.

- Autoafirmaciones positivas.
- Expresar emociones.
- Recibir emociones.
- Defender los propios derechos.
- Defender las propias opiniones.

Habilidades de solución de problemas interpersonales.

- Identificar problemas interpersonales.
- Buscar soluciones.
- Anticipar consecuencias.
- Elegir una solución.
- Probar la solución.

Habilidades para relacionarse con los adultos.

- Cortesía con el adulto.

- Refuerzo al adulto.
- Peticiones al adulto.
- Solucionar problemas con el adulto

4.13. Según Caballo

Vicente Caballo (1989), uno de los autores más reconocidos en el tema de habilidades sociales, plantea los siguientes elementos:

- Iniciar y mantener conversaciones
- Hablar en público
- Expresión de agrado, amor o afecto
- Defensa de los propios derechos
- Pedir favores
- Rechazar peticiones
- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Disculparse o admitir ignorancia
- Petición de cambio en la conducta del otro
- Afrontamiento de las críticas

4.14. Importancia de las habilidades sociales.

La importancia de las habilidades sociales radica en que somos seres sociales y nos movemos en un mundo de redes sociales y es importante establecer y mantener estas redes. Ser habilidoso socialmente facilita y mejora nuestras relaciones interpersonales y esto evita el aislamiento, el rechazo social y numerosos problemas de salud. Además poseer

habilidades sociales aumente la probabilidad de conseguir aquellas cosas que queremos cuando interactuamos con los demás (Torres, 2014).

Disponer de habilidades sociales aporta múltiples beneficios, en primer lugar la libertad de decidir si las usamos o no, la seguridad a la hora de enfrentarse a situaciones sociales, conocer y defender nuestros derechos etc. Todo esto influye de manera directa y positiva en la autoestima de la persona, haciéndola más estable emocionalmente y por ende, más feliz. Además, las HHSS parecen tener una influencia positiva en el rendimiento académico del sujeto (Torres, 2014).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

A. Tipo de investigación.

Siguiendo a Hernández, Fernández y Batista (2010), la siguiente investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo Descriptivo- Correlacional.

B. Diseño de investigación.

Siguiendo la línea de estos autores, para la presente investigación se utilizó un diseño no experimental, transeccional, correlacional.

No experimental: porque esta investigación se realizó sin manipulación deliberada de variables y se observaron los fenómenos en su ambiente natural (Hernández, Fernández & Batista, 2010).

Es transeccional porque se recolectaron los datos en un solo momento, y su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández & Batista, 2010).

Es correlacional porque describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, a veces, únicamente en términos correlacionales.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: adolescentes de 14 a 17 años de cuatro Instituciones educativas nacionales de la provincia de Espinar- Cusco

Muestra: Por las características de la investigación se trabajó con 71 adolescentes, 40 hombres y 31 mujeres, con edades de 14 a 17 años, de cuatro II. EE Nacionales, de la provincia de Espinar, que consumen o hayan consumido bebidas alcohólicas.

Se empleó un muestreo no probabilístico intencional, ya que “la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de investigadores, es decir que cumplan con los criterios de inclusión” (Hernández, Fernández & Batista, 2010, pág.176).

Criterios de selección: Con la finalidad de determinar la relación entre, calidad de vida, habilidades sociales y motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las ILEE Nacionales, de la provincia de Espinar, se establecieron los siguientes criterios:

Criterio de inclusión:

- Adolescentes que participen voluntariamente en la investigación.
- Adolescentes que consuman o hayan consumido bebidas alcohólicas.
- Adolescentes que formen parte de las ILEE participantes de la presente investigación

Criterio de exclusión:

- Adolescentes que no muestren disposición y/o no deseen contestar los cuestionarios.
- Adolescentes menores de 14 y mayores de 17 años.
- Adolescentes que no completen los instrumentos de recolección de datos de manera correcta.

Unidad de análisis.

Para este aspecto, Se consideraron 71 adolescentes escolares entre 14 y 17 años de II. EE Nacionales de la Provincia de Espinar Cusco, distribuidos de la siguiente manera:

Instituciones educativas	Varones	Mujeres	Total
Coronel Ladislao	5	4	9
Sagrado Corazón	9	4	13
Ricardo Palma	11	14	25
Miraflores	15	9	24
TOTAL	40	31	71

3. INSTRUMENTOS.

Ficha n° 1

A. Escala de habilidades sociales (EHS)

Nombre	: EHS Escala de Habilidades Sociales.
Autora	: Elena Gismero Gonzáles – Universidad Pontifica Comillas (Madrid)
Año	: 2000
Adaptación	: Cesar Ruiz Alva (Universidad Cesar Vallejo de Trujillo)
Administración	: Individual o Colectiva.
Duración	: Variable aproximadamente 10 a 16 minutos.
Aplicación	: Adolescentes y Adultos
Significación	: Evaluación de la Aserción y las Habilidades Sociales.
Tipificación	: Baremos de Población General (varones – Mujeres/Jóvenes y Adultos)

Características básicas.

El EHS en su versión definitiva está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo.

Consta de 4 alternativas de repuesta, desde “No me identifico en absoluto” y “Me sentiría o actuaría (as) en la mayoría de los casos”. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en los distintos contextos.

El análisis factorial final ha revisado 6 factores:

Factor 1: Autoexpresión en situaciones sociales.

Factor 2: Defensa de los propios derechos como consumidor.

Factor 3: Expresión de enfado o disconformidad

Factor 4: Decir no y cortar interacciones.

Factor 5: Hacer peticiones.

Factor 6: Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Sus ámbitos de aplicación preferentes son el clínico, educativo y el de investigación con adolescentes y adultos.

Validez y confiabilidad.

Existe, validez del instrumento, es decir que se valida toda la escala, el constructo que expresan todos los ítems en su conjunto, a través de la confirmación experimental del significado del constructo tal como lo mide el instrumento, y de los análisis correlacionales que verifican tanto la validez convergente (por ejemplo, entre asertividad y autonomía) como la divergente (por ejemplo, entre asertividad y agresividad). La muestra empleada para el análisis correlacional fue una llevada a cabo con 770 adultos y 1015 jóvenes, respectivamente. Todos los índices de correlación superan los factores encontrados en el análisis factorial de los elementos en la población general, según Gismero (por ejemplo, 0,74 entre los adultos y 0,70 entre los jóvenes en el Factor IV).

En la EHS Gismero muestra una consistencia interna alta, como se expresa en su coeficiente de confiabilidad $\alpha = 0,88$ el cual se considera elevado, pues supone que el

88% de la varianza de los totales se debe a lo que los ítems en común, o a lo que tienen de relacionado, de discriminación conjunta (Habilidades sociales o asertividad)

Interpretación de las puntuaciones.

Con la ayuda del Percentil alcanzado se tiene un primer índice global del Nivel de las Habilidades Sociales o Aserción del Alumno. Si el Pc está en 25 o por debajo el Nivel de sujeto será de **BAJAS** habilidades sociales. Si cae el percentil en 75 o más hablamos de un **ALTO** nivel en las habilidades sociales. Si está el percentil entre 26 y 74 es un nivel **MEDIO**.

Fecha n° 2

B. Escala de calidad de vida.

Nombre : Escala de Calidad de vida, de Olson & Barnes

Autora : Davin Olson & Howard Barnes

Adaptación : Miriam Pilar, Grimaldo Muchotrigo. Universidad de San Martín de Porres – Lima, 2003.

Administración : Individual o Colectiva.

Duración : Variable aproximadamente 10 a 16 minutos.

Nivel de Aplicación: a partir de los 13 años

Finalidad : Identificación de los niveles de calidad de Vida.

La calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: Factor 1 (Bienestar económico) Factor 2 (amigos,

vecindario y comunidad), Factor 3 (Vida Familiar y familia extensa), Factor 4 (Educación y ocio), Factor 5 (Medios de comunicación), Factor 6 (Religión) y Factor 7 (salud).

Baremación:

Se ofrece los baremos en percentiles, obtenidos en una muestra de 589 estudiantes cuyas edades fluctuaron entre los 14 y 18 años de 4to y 5to de secundaria de cuatro centros Educativos Estatales y Particulares de Lima.

Características:

Esta escala fue construida por David Olson y Howard Barnes en 1982. Los objetivos de esta escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como por ejemplo, vida material y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, etc. (Díaz, et al, 2000).

Los ítems son de tipo LIKER con las siguientes opciones: Insatisfecho, un poco satisfecho, más o menos satisfecho y completamente satisfecho.

Validez y confiabilidad.

La validez de esta escala fue determinada mediante la validez de construcción a partir del análisis factorial, el cual sustentó la estructura conceptual inicial de la escala con pocas excepciones. Algunas escalas conceptuales se unieron para definir un solo factor; la escala hogar se dividió en ítems relativos al espacio y en ítems relativos a las responsabilidades domésticas, agrupando las preocupaciones específicas del adolescente en un solo factor.

La confiabilidad se trabajó mediante el método test re test, usando la forma de adolescentes con 124 sujetos de doce clases universitarias y secundaria. El tiempo que transcurrió entre la primera y segunda aplicación, fue de cuatro a cinco semanas. La correlación de Pearson

para la escala total es de .64 y las correlaciones para los doce factores van desde .40 hasta .72. La confiabilidad de la consistencia interna se determinó con el cociente de confiabilidad Alpha de Cronbach, alcanzando para la escala padres .92 y para la escala adolescentes .86.

Ficha n° 3

C. Cuestionario de motivos de consumo de alcohol.

- a. Autor** : Cooper (1994)
- b. Año de publicación** : 1994
- c. Adaptación** : Cecilia Chau (1999)
- d. Aplicación** : Individual o colectiva
- e. Ámbito de aplicación** : De 16 años en adelante con nivel lector de 6° grado de primaria, adaptado para adolescentes desde 14 años en adelante.
- f. Duración** : Sin límite de tiempo aproximadamente de 15 a 25 minutos
- g. Finalidad** : Evaluación de los motivos de consumo de alcohol mediante 4 cuatro subescalas.
- h. Descripción.**

El cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC) consta de 20 ítems de opción múltiple, realizados en escala de tipo LIKER, constituidos por cinco alternativas de opción de respuesta.

Este instrumento identifica 4 subescalas de motivos de consumo de alcohol:

- Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento: reactivos 1, 4, 6, 15 y 17
- Motivos para tener conformidad con su vida: reactivos 2, 8, 12, 19 y 20
- Motivos sociales: reactivos 3, 5, 11, 14 y 16
- Motivos para sobresalir o de realce: reactivos 7, 9, 10, 13 y 18

i. Normas de aplicación y corrección.

El cuestionario de motivos de consumo de alcohol puede ser administrado de manera individual y colectiva: previamente la razón fundamental para aplicar el cuestionario debe ser explicada antes de iniciar la evaluación. Para evaluar grupos mayores a 15 personas se necesitan varios administradores.

Se les indica a los participantes que lean con detenimiento cada una de las frases del cuestionario; de acuerdo como piensan, sienten y actúan, se les exhorta que seleccionen una de las alternativas y posteriormente escriban el número seleccionado en la hoja de respuesta. Para poder responder tendrán que escribir el número que corresponde a los siguientes criterios (1) nunca, (2) pocas veces, (3) la mitad de las veces, (4) la mayoría de las veces y (5) siempre.

El puntaje de cada reactivo oscila entre 1 y 5 puntos, asimismo el puntaje total tiene un mínimo de 20 y un máximo de 100; los puntajes generales por cada subescala se interpretan en función a los promedios obtenidos.

j. Confiabilidad y Validez.

El cuestionario de motivos de consumo de alcohol ha sido utilizado en investigaciones con diversas poblaciones universitarias, principalmente en EE.UU. y México; la versión

original del cuestionario fue aplicada en Buffalo, Nueva York, habiendo obtenido un Alfa de Cronbach que oscilaba entre 0.76 y 0.90

En México se han realizado investigaciones que han utilizado el cuestionario en Teran, 2005; Puebla, 2007 cuyo índice de Alfa de Cronbach se encuentra entre 0.89 y 0.91.

En el Perú, Chau, (1999) utiliza este cuestionario y lo adapta para el estudio que realizó; en el cual obtuvo que el área uno, motivos de estimulación obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.89; el área dos, motivos de afrontamiento un Alfa de Cronbach de 0.87; el área tres motivos de conformidad, un Alfa de Cronbach de 0.90 y finalmente en el área cuatro motivos sociales, un Alfa de Cronbach de 0.88.

4. PROCEDIMIENTO.

Para realizar la presente investigación se realizaron los siguientes procedimientos:

- Se identificó el problema que con más frecuencia presentan los adolescentes de la provincia de Espinar-Cusco.
- Se solicitó y se obtuvo los permisos necesarios por los directores de las II.EE participantes en la investigación.
- Se seleccionó la población que participó en la investigación. Para lo cual se empleó un muestreo no probabilístico intencional, ya que “la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de investigadores” (Hernández, Fernández y Batista, 2006, pág.176).
- Para la recolección de datos se utilizaron 3 instrumentos, la Escala de Calidad de vida, de Olson & Barnes que fue adaptada en el Perú por Miriam Pilar, Grimaldo Muchotrigo, en la Universidad de San Martín de Porres de Lima en el año, 2003, la EHS Escala de Habilidades Sociales cuya autora es Elena Gismero Gonzáles y fue

adaptada en Perú por Cesar Ruiz Alva en la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo y el Cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC) cuyo autor es Cooper en el año de 1994, y adaptado en Lima-Perú por Chau en el año de 1999, y en Arequipa por Mauro Alberto Vega Quispe y Raúl Solís Endara, en el año 2016, este último cuestionario fue adaptado también para esta investigación para poder utilizarlo en adolescentes desde 14 años en adelante para lo cual se utilizó el criterio de tres jueces expertos. Los tres instrumentos cuentan con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos por lo cual fueron evaluados en un mismo momento, dándoles las indicaciones previas de como completarlos.

- Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22, para procesar los datos estadísticos se empleó la prueba Rho de SPERMAN, para encontrar el nivel de correlación de las variables de estudio ya que esta prueba sirva para determinar si hay asociación entre las variables de estudio y finalmente se precedió a la interpretación de los resultados para fines de la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

A continuación se presenta y analiza los resultados obtenidos en la investigación en relación a las variables estudiadas.

Se procedió a desarrollar un análisis de los niveles de las variables de estudio, para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22, para procesar los datos estadísticos se empleó la prueba Rho de SPERMAN, para encontrar el nivel de correlación de las variables de estudio

TABLA N° 1
HOGAR Y BIENESTAR ECONÓMICO, COMO INDICADOR DE CALIDAD DE
VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE
ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	19	26.8 %
Tendencia a la calidad de vida buena	28	39.4 %
Tendencia a la baja calidad de vida	16	22.5 %
Mala calidad de vida	8	11.3 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador hogar y bienestar económico, se observa que el 39,4% de los evaluados presentan tendencia a la buena calidad de vida; seguido del 26,8% que presentan una óptima calidad de vida, el 22,5% presentan tendencia a la baja calidad de vida y finalmente el 11,3% de los evaluados presenta mala calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presentan una percepción satisfactoria con las posiciones materiales que sus padres les ofrecen, disponer de una vivienda confortable donde se sienta a gustos y cómodos.

TABLA N° 2

AMIGOS VECINDARIO Y COMUNIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	9	12.7 %
Tendencia a la calidad de vida buena	10	14.1 %
Tendencia a la baja calidad de vida	34	47.9 %
Mala calidad de vida	18	25.4 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador amigos, vecindario y comunidad, se observa que el 47,9% de los evaluados presentan tendencia a la baja calidad de vida; seguido del 25.4% que presentan mala calidad de vida, el 14,1% presentan tendencia a la buena calidad de vida y finalmente el 12,7% de los evaluados presentan una óptima calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presentan una percepción no muy satisfactoria con el vecindario donde viven y con las personas que viven en él.

TABLA N° 3

VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	39	54.9 %
Tendencia a la calidad de vida buena	13	18.3 %
Tendencia a la baja calidad de vida	10	14.1 %
Mala calidad de vida	9	12.7 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, en el indicador vida familiar y familia extensa, se observa que el 54,9% de los evaluados presentan una óptima calidad de vida; seguido del 18,3% que presentan tendencia a la buena calidad de vida, el 14,1% presentan tendencia a la baja calidad de vida y finalmente el 12,7% de los evaluados presentan mala calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presentan una percepción muy satisfactoria con su convivencia familiar, la cantidad de hermanos que tienen y las relaciones familiares que tienen con sus demás parientes.

TABLA N° 4

EDUCACIÓN Y OCIO COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS

ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LAS I. E NACIONALES DE LA

PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	9	12.7 %
Tendencia a la calidad de vida buena	17	23.9 %
Tendencia a la baja calidad de vida	35	49.3 %
Mala calidad de vida	10	14.1 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, en el indicador educación y ocio, se observa que el 49,3% de los evaluados presentan tendencia a la baja calidad de vida; seguido del 23,9% que presentan tendencia a la buena calidad de vida, el 14,1% presentan mala calidad de vida y finalmente el 12,7% de los evaluados presentan una óptima calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presentan una percepción no muy satisfactoria con la educación que reciben por parte de su centro educativo y las actividades que realizan en su tiempo libre.

TABLA N° 5

MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE

LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E NACIONALES DE LA

PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	26	36.6 %
Tendencia a la calidad de vida buena	25	35.2 %
Tendencia a la baja calidad de vida	13	18.3 %
Mala calidad de vida	7	9.9 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador medios de comunicación se observa que el 36,6% de evaluados presentan una óptima calidad de vida; seguido del 35,2% que presentan tendencia a la buena calidad de vida, el 18,3% presentan tendencia a la baja calidad de vida y finalmente el 9,9% de los evaluados presentan mala calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presentan una percepción muy satisfactoria con los medios de comunicación que poseen, como televisión, teléfonos celulares, internet y redes sociales.

TABLA N° 6

RELIGIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS

ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE

CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	10	14.1 %
Tendencia a la calidad de vida buena	16	22.5 %
Tendencia a la baja calidad de vida	32	45.1 %
Mala calidad de vida	13	18.3 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador religión se observa que el 45,1% de evaluados presentan una tendencia a la baja calidad de vida; seguido del 22,5% que presentan tendencia a la buena calidad de vida, el 18,3% presentan mala calidad de vida y finalmente el 14.1 % de los evaluados presentan una calidad de vida óptima.

Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados se sienten insatisfechos con las distintas religiones que están presentes en su comunidad.

TABLA N° 7

SALUD COMO INDICADOR DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES

DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN

BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	20	28.2 %
Tendencia a la calidad de vida buena	16	22.5 %
Tendencia a la baja calidad de vida	19	26.8 %
Mala calidad de vida	16	22.5 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador salud se observa que, el 28,2% de los evaluados presentan una óptima calidad de vida; seguido del 26,8% que presentan tendencia a la baja calidad de vida, el 22,5 presentan tendencia a la buena calidad de vida y finalmente el 22,5% de los evaluados presentan mala calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presentan una percepción muy satisfactoria con la salud física que tienen.

TABLA N° 8
CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA
DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad de vida optima	6	8.5 %
Tendencia a la calidad de vida buena	10	14.1 %
Tendencia a la baja calidad de vida	21	29.6 %
Mala calidad de vida	34	47.9 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador general de calidad de vida, se observa que el 47,9% de los evaluados presentan mala calidad de vida; seguido del 29,6% que presentan tendencia a la baja calidad de vida, el 14,1% presentan tendencia a la buena calidad de vida y finalmente el 8,5% presentan una óptima calidad de vida.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados dentro de su contexto cultural, social presentan una percepción insatisfactoria en más de un indicador de bienestar físico, social, material, actividades recreativas y estado de salud, razón por la cual la mayoría de los evaluados muestran un indicador de mala calidad de vida.

TABLA N° 9

**AUTOEXPRESION DE SITUACIONES SOCIALES COMO INDICADOR DE
HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA
PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	29	40.8 %
Normal	31	43.7 %
Bajo	11	15.5 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, en el indicador autoexpresión de situaciones sociales se observa que el 43,7% de evaluados presentan un nivel normal en autoexpresión de situaciones sociales; seguido del 40,8% que presentan un nivel alto y finalmente el 15,5%, presentan un nivel bajo en autoexpresión de situaciones sociales.

Lo que significa que la mayoría de evaluados se comunica o expresa de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones.

TABLA N° 10
DEFENSA DE LOS PROPIOS DERECHOS COMO CONSUMIDOR COMO
INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17
AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS
ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	22	31 %
Normal	36	50.7 %
Bajo	13	18.3 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador defensa de los propios derechos como consumidor, se observa que el 50,7% de evaluados presentan un nivel normal en defensa de los propios derechos como consumidor; seguido del 31,0% de evaluados que presentan un nivel alto y finalmente el 18,3%, presentan un nivel bajo en defensa de los propios derechos como consumidor.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados presenta una conducta asertiva cuando se trata de defender sus derechos al solicitar un servicio o comprar algún producto.

TABLA N° 11

EXPRESIÓN DE ENFADO O DISCONFORMIDAD COMO INDICADOR DE

HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA

PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	25	35.2 %
Normal	34	47.9 %
Bajo	12	16.9 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador expresión de enfado o disconformidad, se observa que el 47,9% de evaluados presentan un nivel normal de expresión de enfado o disconformidad; seguido del 35,2% que presentan un nivel alto y finalmente el 16,9% presentan un nivel bajo de expresión de enfado o disconformidad.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados pueden expresar su enfado o disconformidad con algo o alguien en situaciones justificadas.

TABLA N° 12

DECIR NO Y CORTAR INTERACCIONES COMO INDICADOR DE

HABILIDADES SOCIALES, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA

PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	28	39.4 %
Normal	30	42.3 %
Bajo	13	18.3 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, en el indicador decir no y cortar interacciones, se observa que el 42,3% de evaluados presentan un nivel normal en el indicador decir no y cortar interacciones; seguido del 39,4% que presentan un nivel alto y finalmente el 18,3%, presentan un nivel bajo en el indicador decir no y cortar interacciones.

Lo que significa que la mayor parte de evaluados son capaces de ejercer su derecho a decir no de forma acertada, en las distintas situaciones en las que ellos no están de acuerdo, respetando sus derechos y no violando los derechos de los demás.

TABLA N° 13
HACER PETICIONES COMO INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN
ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE
CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	13	18.3 %
Normal	40	56.3 %
Bajo	18	25.4 %
Total	71	100 %

En la presenta tabla en el indicador hacer peticiones, se observa que el 56,3% de evaluados presentan un nivel normal en el indicador hacer peticiones; seguido del 25,4% que presentan un nivel bajo y finalmente el 18,3% presentan un nivel alto en el indicador hacer peticiones.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados pueden solicitar algo que desean de forma adecuada.

TABLA N° 14

INICIAR INTERACCIONES POSITIVAS CON EL SEXO OPUESTO COMO

INDICADOR DE HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17

AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS

ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	21	29.6 %
Normal	38	53.5 %
Bajo	12	16.9 %
Total	71	100 %

En la presente tabla en el indicador iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, se observa que el 53,5% de evaluados presentan un nivel normal en iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; seguido del 29,6% que presentan un nivel alto y finalmente el 16,9% presentan un nivel bajo en iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados no presentan dificultades para comunicarse y puede iniciar conversaciones o relacionarse de forma adecuada con personas del sexo opuesto

TABLA N° 15
HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 DE LAS I. E
NACIONALES DE LA PROVINCIA DE ESPINAR, QUE CONSUMEN BEBIDAS
ALCOHÓLICAS

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	20	28.2 %
Normal	44	62 %
Bajo	7	9.9 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, en el indicador general de habilidades sociales, se observa que el 62,0% de los evaluados presentan un nivel normal de habilidades sociales; seguido del 28,2% que presentan un nivel alto y finalmente el 9,9%, presentan un nivel bajo de habilidades sociales.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados tienen las capacidades y destrezas que les permiten relacionarse con otras personas de forma adecuada, siendo capaces de expresar sus sentimientos, opiniones, deseos, etc. Sin experimentar tensión o ansiedad.

TABLA N° 16
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS
PARA MANEJAR LOS PROBLEMAS, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS
DE LA PROVINCIA DE ESPINAR

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	22	31 %
Medio	11	15.5 %
Bajo	38	53.5 %
Total	71	100 %

En la presente tabla se observa que el 53,5% de evaluados presentan un nivel bajo de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos para manejar los problemas; seguido del 31,0% con un nivel alto de consumo de bebidas alcohólicas y finalmente el 15,5%, presenta un nivel medio de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos para manejar los problemas.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados no afrontan sus problemas con el consumo de bebidas alcohólicas.

TABLA N° 17
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS
PARA TENER CONFORMIDAD, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA
PROVINCIA DE ESPINAR

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	13	18.3 %
Medio	19	26.8 %
Bajo	39	54.9 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, se observa que el 54,9% de evaluados presentan un nivel bajo de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos para tener conformidad; seguido del 26,8% con un nivel medio de consumo de bebidas alcohólicas y finalmente el 18,3% presenta un nivel alto de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos para tener conformidad.

Lo que significa que en la mayoría de evaluados el consumo de bebidas alcohólicas no está relacionado con incrementar el afecto positivo, disminuir el aburrimiento y no ser rechazados socialmente.

TABLA N° 18
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS
SOCIALES, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE
ESPINAR

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	9	12.7 %
Medio	21	29.6 %
Bajo	41	57.7 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, se observa que el 57,7% de evaluados presentan un nivel bajo de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos sociales,; seguido del 29,6% con un nivel medio de consumo de bebidas alcohólicas y finalmente el 12,7%, presenta un nivel alto de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos sociales.

Lo que significa que en la mayoría de los evaluados no es necesario el consumo de bebidas alcohólicas para incrementar la socialización con otras personas.

TABLA N° 19
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO INDICADOR DE MOTIVOS
PARA SOBRESALIR, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA
PROVINCIA DE ESPINAR

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	5	7 %
Medio	25	35.2 %
Bajo	41	57.7 %
Total	71	100 %

En la presente tabla se observa que el 57,7% de evaluados presentan un nivel bajo de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos para sobresalir; seguido del 35,2% con un nivel medio de consumo de bebidas alcohólicas y finalmente el 7,0% presenta un nivel alto de consumo de bebidas alcohólicas en el indicador motivos para sobresalir.

Lo que significa que la mayoría de los evaluados no necesita consumir bebidas alcohólicas para destacarse sobre sus demás compañeros.

TABLA N° 20
MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN
ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR

NIVEL DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	9	12.7 %
Medio	30	42.3 %
Bajo	32	45.1 %
Total	71	100 %

En la presente tabla, en el indicador general de motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, se observa que el 45,1% de evaluados presentan un nivel bajo de consumo; seguido del 42,3% con un nivel medio y finalmente el 12,7% presenta un nivel alto de consumo.

Lo que indicaría que la mayoría de los evaluados tiene un consumo de bebidas alcohólicas bajo.

TABLA N° 21

CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES CALIDAD DE VIDA, HABILIDADES SOCIALES Y MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE LA PROVINCIA DE ESPINAR

		Motivos para el consumo de bebidas alcohólicas	Calidad de vida	Habilidades sociales
Motivos para el consumo de bebidas alcohólicas	Coefficiente de correlación	1,000	-,002	-,047
	Sig. (bilateral)	.	,986	,700
	N	71	71	71
Calidad de vida	Coefficiente de correlación		1,000	-,234
	Sig. (bilateral)		.	,050
	N		71	71
Habilidades sociales	Coefficiente de correlación			1,000
	Sig. (bilateral)			.
	N			71

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

En la presente tabla Encontramos que la calidad de vida no se relaciona de manera significativa con el consumo de bebidas alcohólicas ya que el nivel de significancia entre estas dos variables: es $r=-0,002$; $p<0,986$ (<0.05), así mismo se encontró que no hay relación entre habilidades sociales y motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, ya que el nivel de significancia entre estas dos variables es $r=-0,047$; $p<0,700$ (<0.05), al mismo tiempo se encontró que hay una correlación significativa negativa entre calidad de vida y habilidades sociales ya que el nivel de significancia entre estas dos variables es $r=-0,234$; $p<0,05$ (<0.05)

Por lo que la hipótesis de estudio se comprueba de forma parcial, lo cual está comprobado estadísticamente ($p=0.05$)

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue establecer la relación entre las variables calidad de vida, habilidades sociales y motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de 14 a 17 años de las instituciones educativas de la provincia de Espinar-Cusco. Se utilizaron los siguientes instrumentos. La Escala de Calidad de vida, de Olson y Barnes, la Escala de Habilidades Sociales de Elena Gismero Gonzáles y el Cuestionario de motivos de consumo de alcohol de Cooper.

Los resultados de la presente investigación en la variable calidad de vida muestran que en el indicador hogar y bienestar económico, la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel de tendencia a la buena calidad de vida, este indicador hace referencia a las posiciones materiales, disponer de ingresos suficientes para comprar lo que se necesite, disponer de una vivienda confortable donde se sienta a gusto y cómodo. Este resultado indicaría que la mayoría de adolescentes evaluados tienen las comodidades básicas necesaria para poder sentirse satisfechos con lo que sus padres les ofrecen, esto podría deberse a que la provincia de Espinar-Cusco es una zona minera y parte de la población trabaja en la minas aledañas lo que brindaría un bienestar económico satisfactorio, como también debería al impacto indirecto de la minería.

En el indicador amigos vecindario y comunidad la mayoría de los evaluados presentan un nivel de tendencia a la baja calidad de vida, este indicador hace referencia a las relaciones o interacciones positivas o negativas con diferentes personas ya sean amigos, familiares o vecinos. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados considera que en su comunidad existen problemas sociales. Esto podría deberse a que en la provincia de Espinar existen conflictos entre la población, debido a la explotaciones mineras, ya que

hay parte de la población que está a favor y otra que están en contra de la explotación, debido a que considera que la mina ha contaminado el agua y que la mayoría de pobladores tienen metales pesados en la sangre. Además considera que los beneficios que reciben no es suficiente comparado con los daños que ocasionan y beneficios económicos que se llevan las empresas mineras.

En el indicador vida familiar y familia extensa se encontró que la mayoría de evaluados obtuvieron un nivel de óptima calidad de vida, este indicador hace referencia a la convivencia familiar positiva o negativa, la cantidad de familiares que tienen y viven en el hogar y las relaciones familiares que tienen con sus parientes, este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados considera que en su familia existen buenas relaciones familiares entre sus padres hermanos y otros parientes.

En el indicador educación y ocio, se observa que la mayoría de evaluados obtuvieron un nivel de tendencia a la baja calidad de vida. Este indicador hace referencia al grado de desempeño, progreso y satisfacción personal con las actividades escolares de aprendizaje; percepción que tienen el adolescente de sus habilidades cognitivas y oportunidades para desarrollarlas, también se refiere a las actividades de distracción como juegos, deportes, actividades físicas, televisión, etc. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados se sienten insatisfechos con la educación que reciben, la infraestructura de sus centros educativos los espacios de recreación que tienen sus instituciones educativas y su comunidad. Esto podría deberse a que en la provincia de Espinar la infraestructura de las II.EE está en proceso de desarrollo y las mismas no cuentan con campos deportivos y de recreación adecuados, la provincia de Espinar cuenta con muy pocas academias preuniversitarias y centros de formación superior por lo que los adolescentes para seguir sus estudios tienen que viajar a la ciudad de Cusco o Arequipa para continuar sus estudios superiores.

En el indicador medios de comunicación la mayoría de evaluados obtuvieron un nivel de óptima calidad de vida. Este indicador hace referencia a los instrumentos utilizados en la sociedad contemporánea para informar y comunicar mensajes en versión textual, sonora, visual o audiovisual. Este resultado indicaría que la mayoría de adolescentes evaluados se sienten satisfechos con los medios de comunicación que existen en su comunidad como son, periódicos, internet, televisión, etc. Esto podría deberse a que en la provincia de Espinar estos medios de comunicación están presentes casi en su totalidad ya que es una provincia en crecimiento y sus actividades económicas hacen que estos medios sean necesarios para su desarrollo.

En el indicador religión la mayoría de evaluados obtuvo in nivel de tendencia a la baja calidad de vida. Este indicador hace referencia al conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados se sienten insatisfechos con las distintas religiones que están presentes en su comunidad. Esto podría deberse a que los adolescentes evaluados consideran que sus creencias religiosas no son indispensables para su vida.

En el indicador salud la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel de óptima calidad de vida. Este indicador hace referencia al estado de salud física de la persona, sueño, enfermedades, estar bien alimentado, es decir estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado. Este resultado indicaría que la mayoría de adolescentes evaluados consideran que tienen una salud física óptima. Esto se debe a que la mayoría de adolescentes goza de una buena salud.

Como se puede observar en los resultados de la variable calidad de vida se obtuvo niveles bajos en más de un indicador de la escala, lo cual revela que en la escala general de calidad

de vida la mayoría de los evaluados presentan un nivel de mala calidad de vida, este resultado hace referencia a que la mayoría de los adolescentes evaluados se sienten insatisfechos con su calidad de vida.

Haciendo una comparación entre los resultados encontrados con respecto a la variable calidad de vida, en donde los evaluados en un mayor porcentaje (47,9%) obtuvieron un nivel de mala calidad de vida, distintos a los resultados de Figueroa (2013) en su investigación "Calidad de vida en alumnos adolescentes de un colegio privado de Santa Cruz del Quiché-Guatemala." en la que concluyen que los adolescentes evaluados se encuentran satisfechos con su calidad de vida, esto podría deberse a que el instrumento utilizado por Figueroa fue el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes, de Gómez, M. y Verdugo, M., así mismo la muestra usada en su investigación fue de alumnos adolescentes de colegios privados.

Así mismo en la variable habilidades sociales en el indicador Autoexpresión de situaciones sociales, se observa que la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel normal. Este indicador hace referencia a la capacidad de expresarse uno mismo en forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones: Entrevistas laborales, tiendas, en reuniones sociales, etc. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados puede expresarse con sus características propias, genuinas y originales de manera adecuada con otras personas.

En el indicador defensa de los propios derechos como consumidor, se observa que la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel normal. Este indicador hace referencia a la conducta asertiva, frente a personas desconocidas en defensa de sus derechos como consumidor de algún producto o servicio. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados están informados de que tienen el derecho a obtener un producto de calidad, derecho a ser informados y obtener información veraz respecto al producto o

servicio que le ofrecen, derecho a reclamar al proveedor o prestador de un servicio, en el caso que el producto tenga alguna falla o el servicio brindado haya sido deficiente.

En el indicador expresión de enfado o disconformidad se observa que la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel normal. Este indicador hace referencia a la expresión de enfado o sentimientos negativos, justificados, evitando conflictos o confrontaciones con otras personas. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados puede expresar su enojo adecuadamente y sabe que el enojo puede causar problemas, pero también puede ayudarlos a defenderse y defender a otras personas, tener la energía y motivación necesaria para luchar por sus ideales.

En el indicador, decir no y cortar interacciones, se observa que la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel normal. Este indicador hace referencia a la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, así como negarse a prestar algo o hacer algo cuando les disgusta hacerlo. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados sabe que no puede ser obligado a hacer algo que no quiere y puede ejercer su derecho a decir no de forma acertada, en las distintas situaciones en las que ellos no están de acuerdo, respetando sus derechos y no violando los derechos de los demás.

En el indicador, hacer peticiones, se observa que la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel normal. Este indicador hace referencia a la expresión de hacer peticiones a otras personas de algo que desean. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados, puede hacer peticiones asertivamente, esto involucra pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su forma de comportarse, pero saben que una petición no es sinónimo de exigencia ni obligar a la otra persona a aceptar y reconocen el derecho de la otra persona de rechazar la petición.

En el indicador, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, se observa que la mayoría de los evaluados obtuvieron un nivel normal. Este indicador hace referencia a la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto y poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulte atractivo, etc. Este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados, pueden iniciar una conversación o interactuar con personas del sexo opuesto asertivamente y sin dificultad intercambiando gustos y preferencias diferentes así como también aprender a resolver conflictos ya que cada sexo puede manejar de distinta manera un problema.

Como se puede observar en los resultados de la variable habilidades sociales se obtuvo niveles normales en todos los indicadores de la escala, lo cual da como resultado en la escala general de habilidades sociales que la mayoría de los evaluados presenten un nivel normal, este resultado indicaría que la mayoría de los adolescentes evaluados tiene las capacidades y destrezas que les permiten relacionarse con otras personas de forma adecuada, siendo capaces de expresar sus sentimientos, opiniones, deseos, etc. sin experimentar tensión o ansiedad.

Comparando los resultados respecto a la variable habilidades sociales Hernández (2012) en su investigación “Desarrollo de Habilidades Sociales en adolescentes varones de 15 a 18 años del Centro Municipal de Formación Artesanal Huancavilca de la ciudad de Guayaquil” encuentra que el nivel de desarrollo en los adolescentes es deficiente en las primeras habilidades sociales, también determinar que las habilidades donde presentan menor nivel de desarrollo son aquellas que implican involucrarse activamente con los demás. Estos resultados no concuerdan con los resultados encontrados en la presente investigación, esto podría deberse a que Hernández (2012) utilizó los siguientes instrumentos: la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y el Test de Asertividad de Rathus, y demostró que el nivel de habilidades de su muestra es deficiente

ya que no tienen un adecuado autocontrol, no saben cómo expresar sus emociones y manejar sus conductas agresivas por lo que dificultaría relacionarse activamente con los demás.

Por otra parte en la variable motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, en el indicador motivos para manejar los problemas, se observa que el mayor porcentaje de los evaluados, obtuvieron un nivel bajo de consumo. Este indicador hace referencia a las personas que consumen bebidas alcohólicas para disminuir o regular las emociones negativas. Este resultado indica que el consumo de bebidas alcohólicas que tienen los adolescentes no se relaciona con disminuir sus emociones negativas o escapar de sus problemas.

En el indicador motivos para tener conformidad, se observa que el mayor porcentaje de los evaluados, obtuvieron un nivel bajo de consumo. Este indicador hace referencia a las personas que consumen bebidas alcohólicas para evitar el rechazo social y la censura, para cumplir con las expectativas del par en relación al consumo. Este resultado indica que el consumo de bebidas alcohólicas que tienen los adolescentes no se relaciona con incrementar el afecto positivo, disminuir el aburrimiento y ser rechazados socialmente.

En el indicador motivos sociales, se observa que el mayor porcentaje de los evaluados obtuvieron un nivel bajo de consumo, este indicador hace referencia a aquellas personas que consumen bebidas alcohólicas para conocer o incrementar la socialización con otros. Este resultado indicaría que el consumo de bebidas alcohólicas que tienen los adolescentes no se relaciona con el fin de mejorar sus encuentros sociales, conocer más personas, conseguir la aceptación del grupo y mantener la amistad con ellos.

En el indicador motivos para sobresalir, se observa que el mayor porcentaje de los evaluados, obtuvieron un nivel bajo de consumo, este indicador hace referencia a las

personas que consumen bebidas alcohólicas en situaciones que el individuo considera divertidas, o porque encuentra satisfacción al experimentar la sensación de embriaguez y destacarse sobre los demás. Este resultado indicaría que el consumo de bebidas alcohólicas que tienen los adolescentes no se relaciona con que los adolescentes quieran hacerse notar o llamar la atención de sus compañeros, creyendo que las bebidas alcohólicas hacen más divertida una fiesta.

Como se puede observar, en los resultados de la variable motivos de consumo de bebidas alcohólicas se obtuvo niveles bajos en todos los indicadores de la escala, pero también se encontró que dentro de los adolescentes evaluados hay un grupo que tienen un niveles medios y altos de consumo y en este grupo, el motivo más frecuente de consumo de bebidas alcohólicas serían el motivo para manejar los problemas.

Estos resultados no concuerdan con los encontrados por Vega y Solís (2016) que en su estudio “Motivos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios” concluyen que los motivos sociales y los motivos de realce son los principales motivos que presentan los estudiantes para el consumo de bebidas alcohólicas.

Estas diferencias podrían deberse a la muestra utilizada, puesto que los participantes utilizados por Vega y Solís, (2016) fueron estudiantes Universitarios y los jóvenes universitarios tienden a tener más libertad por parte de los padres, relacionarse con más personas, en algunos casos mayores que ellos y para poder pertenecer a los grupos sociales que se forman tomarían bebidas alcohólicas.

En la escala general en cuanto al nivel de consumo de bebidas alcohólicas se encontró que la mayoría de los evaluados presenten un nivel bajo de consumo, este resultado indica que la mayoría de los adolescentes evaluados consume bebidas alcohólicas pocas veces o en pocas cantidades, lo que concuerda con. Vega y Solís (2016) que encontraron que el 80.7%

de los evaluados obtuvieron un consumo de bajo riesgo y solo un 3.3% de estudiantes consumen bebidas alcohólicas de manera perjudicial.

Los resultados principales de la investigación dieron a conocer que no existe una relación significativa entre las variables calidad de vida y consumo de bebidas alcohólicas, así como tampoco existe relación significativa entre las variables habilidades sociales y consumo de bebidas alcohólicas, pero si se encontró una relación significativa negativa y débil entre las variables calidad de vida y habilidades sociales. Por lo que la hipótesis de la investigación se demuestra de manera parcial.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Los adolescentes de 14 a 17 años de las ILEE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco, presentan un nivel de mala calidad de vida.

SEGUNDA: Los adolescentes de 14 a 17 años de las ILEE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco. Presentan un nivel normal en las habilidades sociales,

TERCERA: Se observa que el mayor porcentaje de adolescentes de 14 a 17 años de las ILEE Nacionales de la provincia de Espinar-Cusco. Tienen un nivel bajo de consumo de bebidas alcohólicas, pero también se encontró que dentro de los adolescentes evaluados hay un grupo que tienen un niveles medios y altos de consumo, dentro de este grupo, el motivo más frecuente de consumo de bebidas alcohólicas serían el motivo para manejar los problemas.

CUARTA: No existe una relación significativa entre las variables calidad de vida y motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, al mismo tiempo no existe una relación significativa entre las variables habilidades sociales y motivos para el consumo de bebidas alcohólicas. Los resultados también indican que existe una relación significativa, negativa y débil entre las variables calidad de vida y habilidades sociales.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Impartir talleres, charlas y actividades que promuevan el desarrollo de cada una de las dimensiones de calidad de vida, para que los adolescentes mejoren en las áreas donde se encuentran insatisfechos.

SEGUNDA: Promover actividades de carácter social deportivo, cultural y de medio ambiente que promuevan la cooperación social y desarrollen mucho más las habilidades sociales de los adolescentes.

TERCERA: Elaborar programas de prevención contra el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas, mediante la elaboración de charlas y talleres para adolescentes, padres de familia, docentes y tutores de las instituciones educativas.

CUARTA: Profundizar sobre los hallazgos obtenidos y elaborar nuevas investigaciones para identificar el consumo de otras drogas en adolescentes ya que las bebidas alcohólicas son la puerta de entrada para el consumo de estas.

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, J, & ARAGÓN, M, (2014) *“Calidad de vida Infantil, una percepción de niños y padres”*, Arequipa, Universidad Nacional de San Agustín. Tesis
- BELLIDO, F & BELLIDO, V, (2014), *“Investigación psicológica”*. Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación.
- CABALLO, V, (2007) *“Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales”*, 7° edición, Madrid, España, Edit. Siglo XXI.
- CABRERA, V, (2012) *“Desarrollo de habilidades sociales en adolescentes varones de 15 a 18 años del centro Municipal, de Formación Artesanal Huancavelica de la ciudad de Guayaquil”*. Universidad de Guayaquil. Tesis.
- CALDERÓN, S & FONSECA, F, (2014) *“Funcionamiento familiar y su relación con las habilidades sociales en adolescentes”*. Trujillo, UPAO, Tesis.
- CARPIO, C., PACHECO, V., FLORES, C. & CANALES, C. (2000). *“Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica”*. Revista Sonorense de psicología.
- CICUA, D., MÉNDEZ, M., Y MUÑOZ, L., (2008) *“Factores en el consumo de alcohol en adolescentes”*. Revista pensamiento psicológico, vol. 4, N° 11, pp.115-134
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, DEVIDA, (2013), *“IV Encuesta nacional sobre el consumo de drogas en adolescentes”* recuperado 10 de agosto del 2017
de:http://www.opd.gob.pe/cdoc/_cdocumentacion/IV_Encuesta_Nacional_P_Escolar_NAC.pdf
- CONTINI, N, (2009) *“las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la psicología positiva”*. Revista psicodebate, vol. 9.
- CORONEL, C, LEVEN, M & MEJAIL, S, (2011). *“Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos”* Electronic Journal of Research in Educational Psychology. Vol. 9. N°23.
- DONGIL, C, CANO, A, (2014), *“Habilidades sociales”*. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. (SEAS).
- GARCÍA, A; (2010) *“Estudio de la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de educación social”*. España. Universidad de Huelva. Tesis.
- GARCÍA-VINEGRAS, C, (2005) *“El bienestar Psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida”*. Revista electrónica de psicología, Iztacala, vol.8 N° 2.

- GUADARRAMA, R, HERNÁNDEZ, J, VEYTIA, M, & MÁRQUEZ., O. (2014) “Significado psicológico de la calidad de vida para los adolescentes mexicanos”. *Revista. Pensando en psicología*, vol., 10. N° 17.
- HERNANDEZ, R, FERNANDEZ, C. & BAPTISTA, M. (2010) “Metodología de la Investigación” V Edición. Ed. Mc.
- HUAMANÍ, M, (2012) “Factores psicosociales relacionados con el consumo y riesgo de alcoholismo en adolescentes de 4to y 5to de secundaria en el colegio estatal de san Juan de Miraflores Lima”. Lima. Universidad Ricardo Palma. Tesis
- LÓPEZ, A, (2006) “Clima social familiar y habilidades sociales en adolescentes de 5to año de educación secundaria en instituciones educativas estatales de la ciudad de Puno”. Arequipa. Universidad nacional de San Agustín. Tesis.
- MAXIMILIANO, L., ORTEGA, A., SALAS, M, & VAIZ, R. (2015) “Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla”. *Revista. Enferm Herediana*, vol., 8. N° 2
- MORALES, L, (2012) “habilidades sociales que se relacionan con las conductas de riesgo en adolescentes de la Institución Educativa Fortunato Zora Carbajal-Tacna”. Universidad Nacional Jorge Basadre. Tesis.
- MUÑOZ, J. (2010) “Las bebidas alcohólicas en la historia de la humanidad”, Recuperado el 10 de agosto del 2017 de. www.medigraphic/pdf/aapaunam/pa-2010/pae101i.pdf.
- OLSON & BARNER, (2003) “Escala de calidad de vida”. Instituto de investigación. Escuela profesional de Psicología. Universidad de San Martin de Porres.
- OMS, (2015). “Alcohol “Recuperado el 5 de julio del 2017 de <http://.int/media/factsheets/fs349/es/>
- PAPALIA, & FELMAN, (2012) “Desarrollo Humano”, 12° edición, México, Edit. McGraw-Hill
- PONS, J & BERJANO, E, (1999) “El consumo de alcohol abusivo en la adolescencia un modelo explicativo desde la psicología social”. Madrid. Plan nacional sobre drogas.
- QUINCENO, J, (2014) “Calidad de vida en adolescentes: Análisis desde las fortalezas personales y las emociones negativas”. *Revista. Terapia psicológica*, vol., 32. N° 3.
- ROSALES, G, (2013) "Calidad de vida en alumnos adolescentes de un colegio privado de Santa Cruz del Quiché-Guatemala.". Universidad Rafael Landivar. Tesis.
- SALAZAR, E, UGARTE, M, VÁSQUEZ, L & LOAYZA, J (2004) “Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis.

- SUAREZ, E, (2013) *“Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública”*. Chile. Universidad de Chile. Tesis de Master.
- TENECELA, V, & TOBAR, T, (2015), *“Motivadores Para El Consumo De Alcohol En Adolescentes De Bachillerato De La Unidad Educativa Chiquintad en Cuenca”*. Ecuador. Universidad de Cuenca. Tesis.
- TERÁN, M, (2005) *“Las motivaciones y el consumo de alcohol en jóvenes Universitarios”*. México. Universidad autónoma de Nuevo León. Tesis.
- TORRES, M, (2014) *“Las habilidades sociales. Un programa de intervención en educación secundaria obligatoria”*. España. Universidad de Granada. Tesis de fin de Master.
- VEGA & SOLÍS (2016) *“Motivos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios”*. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín. Tesis.

ANEXOS

CASO

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : York.

Edad : 19 años.

Sexo : Masculino

Fecha de nacimiento : 17 de julio de 1997

Lugar de Nacimiento : Viraco -Arequipa

Procedencia : Arequipa

Grado de instrucción : 5to de secundaria

Estado civil : Soltero

Ocupación : Soldado

Religión : Católico

Informantes : Paciente

Fecha de evaluación : 08, 15 de Octubre del 2016

Lugar de evaluación : Hospital Militar Regional III DE

Examinado por : Bachiller Ángel Alberto Cuellar Zeballos

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es internado en el Hospital Militar Regional IIIDE por presentar cirrosis hepática. Posteriormente fue derivado al servicio de psicología por sentirse triste, sin ánimos y aburrido debido a su enfermedad y al tiempo que lleva internado.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El joven se encuentra prestando servicio militar voluntario desde hace dos años, terminó el quinto año de secundaria y decidió ingresar al ejercito por presión de sus padres, ya que York una vez que termino el colegio no sabía qué hacer y se dedicaba mucho a salir con

sus amigos a fiestas, en su casa no hacía nada más que dormir y perder el tiempo con internet, es por ello que los padres lo presionan para que haga algo de provecho y deciden mandarlo a realizar el servicio militar.

En el servicio militar se desempeñaba con normalidad en todas sus actividades habituales durante dos años hasta que empezaron los malestares y dolores, es por eso que el York es derivado al Hospital Militar Regional IIIDE donde es evaluado por los médicos y diagnosticado con cirrosis hepática. Posteriormente es trasladado al hospital del ejército de Lima para su tratamiento donde estuvo un promedio de 4 meses, debido a su recuperación es trasladado nuevamente al Hospital Militar Regional IIIDE para seguir con su tratamiento, en dicho hospital estuvo internado seis meses, de allí se origina su tristeza por no poder seguir en el ejército, su falta de ánimo que sentía por no poder verse con su enamorada y por qué su relación se estaba deteriorando por la falta de comunicación con ella y el aburrimiento por los largos meses que estuvo internado sin saber si se recuperaría para seguir con su vida normal.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

• Etapa prenatal

El paciente fue planificado por los padres. York es el hijo mayor de dos hermanos; Su madre tenía 30 años cuando quedó embarazada y el padre 30 años también, según nos refiere la madre, York fue planificado y deseado por ambos padres. Durante todo su embarazo la madre no tuvo ninguna complicación.

• Etapa natal

El parto fue normal y el peso al nacer fue 2.900 kg y su talla 48 cm, lloró al nacer, su ritmo cardiaco fue normal, color de piel normal y tono muscular normal.

- **Etapas post natal**

Durante los primeros años de vida ambos padres cuidaban de él y su alimentación era adecuada, los padres estuvieron siempre pendientes de su cuidado.

En cuanto a su desarrollo psicomotor, la madre refiere que el niño irguió la cabeza a los 2 meses y medio, se sentó solo a los 6 meses, gateó a los 8 meses, se paró sólo a la edad de 1 año, caminó solo al año y 2 meses lo cual se dio dentro de los términos normales.

- **Periodo del desarrollo**

En cuanto al desarrollo del lenguaje, el paciente empezó a balbucear a la edad de 7 meses, empezó a pronunciar sus primeras palabras a la edad de 1 año, sus primeras frases las dijo casi al cumplir los 2 años.

En cuanto al control de esfínteres diurno, este fue logrado a la edad de 1 año y 11 meses y el nocturno a la edad de 2 años y tres meses.

Sus hábitos alimenticios fueron los adecuados y presentó buen apetito.

En cuanto al sueño, fue tranquilo, aunque algunas veces tuvo pesadillas, relacionadas con caerse de grandes alturas, al principio tenía temor pero posteriormente las superó.

- **Rasgos neuróticos**

No presentaba rasgos relacionados a este rubro.

- **Etapas pre-escolar y Escolar**

York ingresó al jardín a los 5 años, le costó un poco adaptarse a esta nueva etapa como a la mayoría de niños, sin embargo esta situación fue superada rápidamente.

La educación primaria transcurrió sin problemas, aunque era un poco callado, su rendimiento en el colegio fue regular, y aunque no destacó en la escuela, termino la primaria sin problemas.

La secundaria la realizó en un colegio Nacional, su rendimiento era regular, tenía poco interés en el estudio aunque no repitió ningún grado.

- **Desarrollo y función sexual.**

Aspectos fisiológicos

Empezó a notar los primeros cambios corporales a los 12 años, se empezó a masturbar a los 14 años, su primera relación sexual fue a los 16 años con su enamorada, York informa que esta experiencia fue bonita porque lo ayudó a entablar una relación de amistad y de pareja con ella.

- **Historia de recreación de la vida**

Relaciones sociales

Desde niño fue un poco tímido pero tenía varios amigos en el colegio, se llevaba bien con todos, ya siendo adolescente era muy tranquilo pero sociable por lo cual tiene bastantes amigos. Sus pasatiempos favoritos son hacer deporte, salir con sus amigos, jugar ajedrez, y navegar en internet.

- **Historia Militar**

Estuvo sirviendo en el ejército durante dos años llegando al rango de sargento, al principio le costó acostumbrarse a las rutinas de ejercicios y a levantarse temprano, posteriormente le agradó la vida militar e hizo bastantes amigos.

- **Religión**

Es de religión católica, pero asistía pocas veces a misa.

- **Hábitos e influencias nocivas o tóxicas.**

Alimenticios

Actualmente tiene apetito normal a pesar de estar hospitalizado por varios meses, informa que su plato favorito es el pastel de papa, también informa que su mamá cocina muy rico, en el cuartel la comida es muy repetitiva y comen muchas menestras, salvo los días jueves que es el día de mejoramiento del rancho o la comida.

Sueño

Actualmente tiene problemas para conciliar el sueño, por la preocupación de cuánto durará su tratamiento y si se recuperará del todo.

Alcohol

Consumía bebidas alcohólicas solo cuando estaba en reuniones con sus amigos, pero no hasta emborracharse, las bebidas que tomaba con sus amigos era cerveza y ron.

Cigarro

Consumía solo cuando estaba en reuniones con sus amigos.

Otras sustancias tóxicas

Ninguna

Fantasías y Sueños

No presenta

- **Antecedentes Mórbidos Personales**

Enfermedades y accidentes

A presentado enfermedades comunes, tales como la gripe, varicela; afirma no tener ningún antecedente patológico. Actualmente se encuentra internado debido a una cirrosis hepática, el paciente no indicó las causas de la enfermedad.

Personalidad Pre mórbida

York siempre fue un chico tímido, pero alegre, sociable, un poco rebelde, pero no violento ni agresivo, se considera tranquilo.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición familiar**

Su familia está compuesta por ambos padres y su hermano menor, vivió con su madre y su padre durante toda su vida.

- **Dinámica familiar**

La relación de York con sus padres es regular por la falta de comunicación que tiene con ellos aunque se comunica más con su mamá, sus padres le increpan mucho su indecisión por no saber qué va a estudiar después, su madre lo visita más seguido que su padre, la relación con su hermano menor es muy buena y ambos se apoyan bastante.

- **Condición socioeconómica**

La casa en la cual residen es de sus padres, cuenta con todos los servicios sanitarios, el papá trabaja en una empresa privada y cubre las necesidades del hogar, en su casa cuentan con televisión por cable, internet, celulares.

- **Antecedentes familiares patológicos**

No presenta ningún antecedente psicopatológico.

VI. RESUMEN

York fue planificado, su madre no tuvo problemas durante todo su embarazo, su peso al nacer fue 2.900 kg y su talla 48 cm, su desarrollo psicomotor fue normal. Desde niño fue un poco tímido pero tenía varios amigos en el colegio, se llevaba bien con todos, ya siendo adolescente era muy tranquilo pero sociable por lo cual tiene bastantes amigos, ahora York de 19 años, es un poco tímido pero alegre, sociable pero un poco rebelde, aunque no violento ni agresivo, se considera tranquilo y manifiesta sentirse triste, sin ánimos y aburrido debido a su enfermedad que presenta y al tiempo que lleva internado. Su familia está compuesta por sus padres con los cuales tiene una relación regular debido a la poca comunicación y por ser muy indeciso sobre qué hacer en su futuro, razón por la cual sus padres lo presionaron para que realice el servicio militar voluntario en el cual estuvo sirviendo durante dos años llegando al rango de sargento. Al principio le costó acostumbrarse a las rutinas de ejercicios y a levantarse temprano, posteriormente le agrado la vida militar e hizo bastantes amigos, Tiene un hermano menor con el que se lleva bien, cuenta con el apoyo económico necesario, su rendimiento escolar fue regular, actualmente tiene problemas para dormir, su apetito es normal, bebe alcohol solo cuando sale a fiestas con sus amigos, nunca consumió drogas, tuvo su primera relación sexual a los 16 años, sus pasatiempos favoritos son hacer deporte, salir con sus amigos jugar ajedrez, navegar en internet.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: York.
Edad	: 19 años.
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 17 de julio de 1997
Lugar de Nacimiento	: Viraco -Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Soldado
Religión	: Católico
Informantes	: Paciente
Fecha de evaluación	: 22 de Octubre del 2016
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional IIIDE
Examinado por	: Bachiller Angel Alberto Cuellar Zeballos

II. ACTITUD PORTE, Y COMPORTAMIENTO

1. Apariencia general y actitud psicomotora

York es un joven de estatura regular, contextura delgada, tez clara, aparenta su edad cronológica real, su expresión facial es expresiva, su vestido y aseo son adecuados, su tono de voz es bajo.

2. Molestia general y manera de expresarla

El paciente refiere sentirse triste por no poder seguir en el ejército, su falta de ánimo por no poder verse con su enamorada, por qué su relación se estaba deteriorando por falta de comunicación con ella y el aburrimiento por los largos meses que está internado sin saber si se recuperaría para seguir con una vida normal.

3. Actitud hacia el examinador y hacia el examen

El paciente muestra confianza y es colaborador, es amigable y respetuoso respondió con normalidad a las preguntas que se le hizo, durante las entrevistas y evaluaciones.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

1. Atención

El paciente presenta una adecuada atención, ya que presta la debida concentración a los procedimientos del examen, participa en la conversación, sus respuestas son coherentes.

2. Conciencia o estado de alerta

Su estado de alerta es adecuado, se encuentra lúcido y consiente del problema de salud que presenta y de toda su realidad que está viviendo actualmente.

3. Orientación

Está orientado en tiempo, espacio y persona, refiere adecuadamente sus datos personales y familiares.

IV. LENGUAJE

Su lenguaje y su pronunciación son articulados, presenta distintas tonalidades en la conversación, acompañando sus frases con gestos, tiene facilidad de expresión y fluidez en su vocabulario, en cuanto a su lenguaje comprensivo es normal.

V. PENSAMIENTO

En cuanto al curso de su pensamiento no se evidencia ningún trastorno, refiere sus ideas con fluidez, la sintaxis es adecuada. York presenta un buen nivel de análisis y abstracción, resuelve preguntas de analogía adecuada y acertadamente.

VI. PERCEPCIÓN

York no presenta alteraciones perceptuales, es capaz de reconocer correctamente los estímulos correctos, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños, formas olores y sabores correctamente.

VII. MEMORIA

Su memoria remota es adecuada ya que manifiesta ordenada y acertadamente su nombre, edad, aspectos personales y familiares, así como conocimientos generales.

Su memoria reciente es óptima ya que puede y logra retener y recordar información nueva.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, posee la suficiente capacidad para realizar operaciones aritméticas, tiene un adecuado pensamiento abstracto.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Su expresión facial denota angustia y tristeza, esta tristeza se debe a no poder seguir con el servicio normal en el ejército, argumenta también que se siente frustrado ya que estuvo dos años sirviendo en el ejército llegando al rango de sargento, en principio le costó acostumbrarse a las rutinas de ejercicios y a levantarse temprano, posteriormente le agradó la vida militar, y este suceso afectaría sus planes futuros, además siente que le faltan ánimos por no poder verse con su enamorada y por qué su relación se estaba deteriorando por la falta de comunicación con ella, ya que él no puede verla porque las visitas que ella le hacía en el hospital han disminuido y él siente que el amor que ella decía tener no es tan fuerte como el de él, también informa que siente aburrimiento por los largos meses que está internado sin saber si se recuperaría para seguir con una vida normal, al momento de la entrevista presenta una actitud corporal relajada, existe concordancia entre el estado afectivo que el paciente informa y el que se observa.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

York es consciente de su estado emocional por el cual está pasando.

El problema que presenta el paciente ha provocado que sus ánimos decaigan, y se sienta triste. Estos sucesos influyen en sus actividades normales.

XI. RESUMEN

York es derivado al servicio de psicología por sentirse triste, sin ánimos y aburrido debido a su enfermedad y al tiempo que lleva internado, es un joven de estatura regular, contextura delgada, tez clara, aparenta su edad cronológica real, su expresión facial es expresiva, su vestido y aseo son adecuados, su tono de voz es bajo, muestra confianza y es

colaborador, es amigable y respetuoso, responde con normalidad a las preguntas que el evaluador le hace, presenta una adecuada atención, conciencia y orientación, su lenguaje y su pronunciación son normales, pensamiento normal, percepción normal. Memoria conservada, su expresión facial denota tranquilidad y tristeza, York es consciente de su estado emocional por el cual está pasando.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos	: York.
Edad	: 19 años.
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 17 de julio de 1997
Lugar de Nacimiento	: Viraco -Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Soldado
Religión	: Católico
Informantes	: Paciente
Fecha de evaluación	: 29 de Octubre, y 5 de Noviembre del 2016
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional IIIDE
Examinado por	: Bachiller Angel Alberto Cuellar Zeballos

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente internado en el Hospital Militar Regional IIIDE por presentar cirrosis hepática. Posteriormente fue derivado por el servicio de psicología por sentirse triste, sin ánimo y aburrido debido a su enfermedad y al tiempo que lleva internado.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Test de Matrices Progresivas de Raven, Escala General
 - Inventario de personalidad de Eynseck. Forma B
 - Escala de autoevaluación para depresión de Zung
 - Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.

IV. OBSERVACION DE LA CONDUCTA

York es un joven de estatura regular, contextura delgada, tez clara, aparenta su edad cronológica real, su expresión facial es expresiva, su vestido y aseo son adecuados, su tono de voz es bajo, refiere sentirse triste por no poder seguir en el ejército, su falta de ánimo por no poder verse con su enamorada y por qué su relación se está deteriorando por la falta de comunicación con ella también siente aburrimiento por los largos meses que estuvo internado sin saber si se recuperaría para seguir con una vida normal. El paciente muestra confianza y es colaborador, es amigable y respetuoso, responde con normalidad a las preguntas que el evaluador le hace.

V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Test de Matrices Progresivas de Raven, Escala General

RESULTADOS

Series	A	B	C	D	E
Parciales	12	11	7	6	5
Total	41	Percentil	51	Rango	III +
Composición de P	11	10	8	9	3
Total	Consistente				

○ Área intelectual:

Según los resultados obtenidos en la evaluación, el paciente presenta un nivel intelectual Normal promedio, lo que indica, que tiene la capacidad adecuada para solucionar problemas y responder lógicamente ante situaciones adversas.

Inventario de la Personalidad Eysenck forma B:

L	3
N	21
E	5

El paciente tiene como rasgo de personalidad una alta introversión que lo clasifica como una persona de temperamento melancólico, que puede ofenderse con facilidad caracterizado también por ser malhumorado con posibles problemas de sueño con fiado y pesimista pero otorgaría gran valor a las normas éticas

○ **Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover:**

El evaluado podría presentar poca valoración de sí mismo con pequeños rasgos de introversión y predominio de la razón, con frialdad de sentimientos en su comunicación con los demás.

Tiene buenas ideas pero no sabe cómo desarrollarlas en la práctica, otro rasgo que presentaría sería reserva y desconfianza.

VII. RESUMEN

El paciente presenta una personalidad melancólica, sensible e introvertido, en cuanto al nivel intelectual es normal promedio, lo que indica, que tiene la capacidad adecuada para solucionar problemas y responder lógicamente ante situaciones adversas, un rasgo importante a resaltar podría ser que York tiene buenas ideas pero no sabe cómo desarrollarlas en la práctica. York evita la interacción social por temor a ser ridiculizado, humillado o rechazado, o simplemente desagradar, así mismo tiene temor de ser juzgado por sus acciones y su aspecto, no confían en su propia capacidad para tomar decisiones, es posible que se sienta devastado por la separación y la pérdida de alguien.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: York.
Edad	: 19 años.
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 17 de julio de 1997
Lugar de Nacimiento	: Viraco -Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Soldado
Religión	: Católico
Informantes	: Paciente
Fecha de evaluación	: 12 y 19 de Noviembre del 2016
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional IIIDE
Examinado por	: Bachiller Ángel Alberto Cuellar Zeballos.

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es traído al Hospital Militar Regional IIIDE por presentar cirrosis hepática. Posteriormente fue evaluado por el servicio de psicología por sentirse triste, sin ánimos y aburrido debido a su enfermedad y al tiempo que lleva internado.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Test de Matrices Progresivas de Raven, Escala General
 - Inventario Clínico Multiaxial Millon II - MMCI-II
 - Escala de autoevaluación para depresión de Zung
 - Test proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

York se encuentra prestando servicio militar voluntario desde hace dos años, terminó el quinto año de secundaria y decidió ingresar al ejército por presión de sus padres ya que él una vez que salió del colegio no sabía qué hacer y se estaba dedicando mucho a salir con sus amigos a fiestas, en su casa no hacía nada más que dormir y perder el tiempo en internet, es así que los padres lo presionan para que haga algo y deciden mandarlo a realizar el servicio militar.

En el servicio militar se desempeñaba con normalidad en todas sus actividades habituales durante dos años hasta que empezaron sus dolores, es por eso que el paciente es llevado al Hospital Militar Regional IIIDE donde es evaluado por los médicos y diagnosticado con cirrosis hepática. Posteriormente es trasladado al hospital del ejército de Lima para su tratamiento, donde estuvo un promedio de 4 meses, debido a su recuperación es trasladado nuevamente al Hospital Militar Regional IIIDE para seguir con su tratamiento, en dicho hospital estuvo internado seis meses, de allí su tristeza por no poder seguir en el ejército, su falta de ánimos que sentía por no poder verse con su enamorada y por qué su relación se

estaba deteriorando por la falta de comunicación con ella y el aburrimiento por los largos meses que estuvo internado sin saber si se recuperaría para seguir con su vida normal.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES.

York es un chico de 19 años, un poco tímido alegre, sociable, un poco rebelde, pero no violento ni agresivo, se considera tranquilo manifiesta sentirse triste, sin ánimos y aburrido debido a su enfermedad y al largo tiempo que lleva internado, su familia está compuesta por sus padres con los cuales tiene una relación regular debido a la poca comunicación y por ser muy indeciso sobre qué hacer en su futuro, tiene un hermano menor con el que se lleva bien, cuenta con el apoyo económico necesario, York fue planificado, su madre no tuvo problemas durante todo su embarazo, su peso al nacer fue 2.900 kg y su talla 48 cm, su desarrollo psicomotor fue normal, su rendimiento escolar fue regular, actualmente tiene problemas para dormir, su apetito es normal, bebía alcohol solo cuando salía a fiestas con sus amigos, nunca consumió drogas, tuvo su primera relación sexual a los 16 años, sus pasatiempos favoritos son hacer deporte, salir con sus amigos jugar ajedrez, navegar en internet.

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El paciente aparenta la edad que tiene, con vestimenta limpia del hospital militar, adecuado aseo personal, se muestra amable y colaborador, es consciente de su estado emocional por el cual está pasando. El problema que presenta el paciente ha provocado que sus ánimos decaigan, y se sienta triste. Estos sucesos influyen en sus actividades normales. Por tal motivo tienen una expresión facial que denota angustia y tristeza, argumenta que su tristeza se debe a no poder seguir su servicio normal en el ejército, además su falta de ánimos que siente por no poder ver a su enamorada y por qué su relación se estaba deteriorando por la falta de comunicación con ella, ya que él no puede verla, porque las visitas que ella le

hacía en el hospital han disminuido y él siente que el amor que ella decía tener no es tan fuerte como el de él, también informa que se siente aburrido por los largos meses que está internado sin saber si se recuperaría para seguir con una vida normal, York presenta un nivel intelectual Normal promedio, lo que indica, que tiene la capacidad adecuada para solucionar problemas y responder lógicamente ante situaciones adversas, un rasgo importante a resaltar podría ser que York tiene buenas ideas pero no sabe cómo desarrollarlas en la práctica. York tiene un tipo de personalidad melancólica, es sensible e introvertido y también evitaría la interacción social por temor a ser ridiculizado, humillado o rechazado, así mismo tiene temor de ser juzgado por sus acciones y su aspecto, no confía en su propia capacidad para tomar decisiones, es posible que se sienta devastado por la separación y la pérdida de alguien.

VII. DIAGNOSTICO:

De acuerdo a los resultados obtenidos, York presenta un diagnóstico intelectual Normal promedio, tiene como rasgo de personalidad una alta introversión que lo clasifican como una persona de temperamento melancólico que puede ofenderse con facilidad, caracterizado también por ser malhumorado con posibles problemas de sueño, confiado y pesimista, posiblemente poca valoración de sí mismo con cierta frialdad hacia los demás, pero otorgaría gran valor a las normas éticas y tendría buenas ideas pero no sabe cómo desarrollarlas en la práctica. De acuerdo a los síntomas que presenta y al tiempo en que se desarrollaron se concluye que el paciente-presenta un episodio depresivo leve de acuerdo al CIE-10-F32.0

VIII. PRONOSTICO

El diagnóstico es favorable tomando en cuenta que el paciente se encuentra consciente de su problema, está dispuesto a colaborar y recibir la ayuda necesaria para poder superarlo.

IX. RECOMENDACIONES

- Cambiar de rutina, participar en actividades que le hagan sentir mejor.
- Evitar pensar en problemas o preocupaciones antes de dormir.
- Fijarse objetivos a corto, mediano, largo plazo y empezar a realizar estos objetivos como: Trabajar, terminar estudiar una carrera profesional o técnica.
- Aumentar la actividad física de acuerdo a las indicaciones del médico
- Apoyarse en sus amigos íntimos y personas en las que pueda confiar, cuéntales tus problemas ellos te pueden ayudar.
- . Realizar terapia psicológica individual.

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: York.
Edad	: 19 años.
Sexo	: Masculino
Fecha de nacimiento	: 17 de julio de 1997
Lugar de Nacimiento	: Viraco -Arequipa
Procedencia	: Arequipa
Grado de instrucción	: 5to de secundaria
Estado civil	: Soltero
Ocupación	: Soldado
Religión	: Católico
Informantes	: Paciente
Fecha de evaluación	: del 26 de noviembre al 22 de diciembre del 2016
Lugar de evaluación	: Hospital Militar Regional IIIDE
Examinado por	: Bachiller Angel Alberto Cuellar Zeballos

II. DIAGNOSTICO

De acuerdo a los resultados obtenidos York presenta un diagnostico intelectual Normal promedio medio, tiene como rasgo de personalidad una alta introversión que lo clasifican como una persona de temperamento melancólico que puede ofenderse con facilidad, caracterizado también por ser malhumorado con posibles problemas de sueño, confiado y pesimista, posiblemente poca valoración de sí mismo con cierta frialdad hacia los demás, pero otorgaría gran valor a las normas éticas y tendría buenas ideas pero no sabe cómo desarrollarlas en la práctica . De acuerdo a los síntomas que presenta y al tiempo en que se

desarrollaron se concluye que el paciente-presenta un episodio depresivo leve de acuerdo al CIE-10-F32.0

II. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la pérdida de interés, la capacidad de disfrutar, y la excesiva fatigabilidad del paciente a partir del adecuado manejo de las emociones que están dirigidas por los pensamientos pasados, presentes y futuros así como también por sus acciones.

III. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

NRO. DE SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO
Sesión nº 1	Establecer la relación Terapéutica –Terapia cognitiva de Beck	Darle a conocer por el estado que está pasando
Sesión nº 2	Reestructuración Cognitiva (Beck)	Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes y claros.
Sesión nº 3	Técnica del diálogo interno:	Incrementar y afianzar la estabilidad emocional del paciente
Sesión nº 4	Técnica del diálogo interno	Técnica cognitiva resolución de problemas.
Sesión nº 5	Rechazo de ideas irracionales	Eliminar las ideas absurdas que están basadas en ideas equivocadas.
Sesión nº6	Administración del tiempo	Liberarse de esos pensamientos y síntomas que producen tristeza en el paciente, enseñándole a racionalizar mejor su vida.

V.TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

SESION 1:

Modelo Cognitivo - Conductual

1. Técnica	Establecer la relación Terapéutica –Terapia cognitiva de Beck
2. Objetivo	Crear una relación terapéutica para entablar la debida confianza que permita llevar a cabo la intervención de manera adecuada.
3. Descripción	<p>Al iniciar el tratamiento, nos enfocaremos en el desarrollo de una relación cálida y de confianza con el paciente y de aceptación.</p> <p>Desde la perspectiva cognitiva la empatía promueve la exploración y la creación de significados y facilita el reprocesamiento emocional. Todo ello mediante:</p> <p>Tratar de aprehender los significados del paciente</p> <p>Constatar si el paciente percibe y comprende lo que se le está comunicando.</p> <p>Mantener un ambiente colaborativo, en referencia al lugar en que se desarrolla la terapia.</p>
4. Tiempo	45 minutos.
5. Materiales	Hojas bond. Lapicero

SESION 2

Modelo cognitivo- conductual

1.Técnica	Reestructuración Cognitiva (Beck)
2.Objetivo	Sustituir pensamientos irracionales o distorsionados por otros más coherentes y claros.
3.Descripción	<p>El terapeuta y el paciente juntos identifican las suposiciones, creencias y expectativas, y las formulan a manera de hipótesis, que puedan ponerse mediante razonamiento lógico. En seguida se reorienta aquellas creencias falsas y negativas del paciente acerca de sí mismo, del mundo en que vive y del futuro.</p> <p>Además de ello modificará actitudes y conductas por medio de cambios de conceptos y organizar de nuevo una serie de ideas de acuerdo con la lógica y la realidad.</p>
4.Tiempo	40 minutos
5.Materiales	Ficha de anotación Lapiceros

SESION 3

Modelo cognitivo- conductual

1.Técnica	Técnica del diálogo interno:
2.Objetivo	Incrementar y afianzar la estabilidad emocional del paciente
3.Descripción	El terapeuta y el paciente detectan las cualidades del paciente y las refuerzan mediante el entrenamiento de autoafirmación positiva como “yo soy importante”. “Tengo cada día más seguridad y confianza en mí”, “yo puedo hacerlo”.
4.Tiempo aproximado	45 minutos
5.Materiales	Hojas bond Lapiceros

SESION 4

1.Técnica	Técnica del diálogo interno:
2.Objetivo	Técnica cognitiva resolución de problemas.
3.Descripción	El terapeuta ayuda al paciente a delimitar cuales son los problemas que le causan angustia, facilitando un método para priorizar los objetivos y concretar los pasos a realizar para reducir la intensidad de la preocupación y aumentar el sentido del control ante las circunstancias negativas y generar una forma más efectiva de enfrentar futuros problemas.
4.Tiempo aproximado	45 minutos
5.Materiales	Hojas bond Lapiceros

SESION 5

Modelo cognitivo conductual

1. Técnica	Rechazo de ideas irracionales
2. Objetivo	Eliminar las ideas absurdas que están basadas en creencias equivocadas.
3. Descripción	<p>Indicar al paciente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Imagine un acontecimiento que se acompaña de otras emociones, fíjese detalles de la situación: las imágenes, el olor, etc.2. Cuando ya pueda ver el acontecimiento de modo claro, piense que se siente incómodo. Deje que le invadan la sensación de depresión. No intente evitarlas, experimente esa sensación.3. Oblíguese a cambiarla, si cree que no es capaz de hacerlo, se engaña a sí mismo, pues todos podemos aunque sea por pocos momentos.4. Después de haberla transformado, aunque haya sido por breves momentos en otra más adecuada debe pasar a examinar como lo ha hecho. ¿Qué ha ocurrido para modificar su depresión?, se dará cuenta en cierto modo que también ha modificado su sistema de creencias.5. En lugar de decir “no puedo soportar esto” ahora podría decir “ya he salido de esto” <p>Ahora ha aprendido a cambiar sus ideas irracionales en nuevas y más adecuadas.</p>
4. Tiempo aproximado	30 minutos
5. Materiales	La voluntad del paciente

SESION 6

Modelo cognitivo conductual

1. Técnica	Administración del tiempo
2. Objetivo	Liberarse de esos pensamientos y síntomas que producen tristeza en el paciente, enseñándole a racionalizar mejor su vida
3. Descripción	<p>Se le dará tres listas de objetivos: a largo, medio y corto plazo. Cada una de ellas puede distribuirse por orden de prioridad de sus actividades, decidiendo cuales deben estar a la cabeza, cuales en medio y cuales al final.</p> <ol style="list-style-type: none">1. A la cabeza: aquellos que sean considerados como más esenciales y más deseados.2. En medio. Aquellos ítems que puedan proponerse por algún tiempo, pero que no por ello pierden su importancia.3. Al final: aquellos que pueden posponerse indefinidamente sin que ello suponga perjuicio alguno. <p>Una vez que tenga ordenada las listas por orden de prioridad de sus actividades, elija, cada una, dos objetivos que figuren a la cabeza, con lo que formara una lista de seis objetivos que son los más deseados en ese momento.</p>
4. Tiempo aproximado	30 minutos
5. Materiales	La voluntad del paciente

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

- 6 sesiones
- 20, 30 y 40 minutos cada una
- Durante un mes

VII. LOGROS OBTENIDOS

York, aprendió a relajarse y controlar sus pensamientos pesimistas.

El paciente, aprendió a ver de forma más positiva la vida.

York, aprendió a dar soluciones adecuadas a determinados problemas.

VIII. CAMBIO DE ACTITUDES

- York se muestra más optimista y entusiasta, tiene más confianza en sí mismo y tienen esperanzas para el futuro de lograr acceder a una carrera profesional, terminarla y poder trabajar en ella.
- York ahora tienen un mejor control de sus emociones, comprende que sentirse triste todo el tiempo afecta su salud y su recuperación, también comprende que si su relación con su enamorada no funciona no debe de aferrarse a ella ya que las relaciones a veces no duran para siempre comprende también que es joven y puede tener más relaciones y conocer más chicas y poder tener una relación sana.