

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE
LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“PERSONALIDAD ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO
DE ALCOHOL EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE TIABAYA”**

Tesis presentada por las bachilleres:

CATACORA HANCCO, MARIBEL

VILLALTA ZAIRA, ERIKA MAYUMI

Para optar el título profesional de psicólogas

Arequipa -Perú

2018

DEDICATORIA

A nuestras familias, que son fuente de energía, esfuerzo, aprendizaje y lucha constante en esta ardua lucha del eslabón de la vida.

A nuestra alma mater, la Universidad Nacional de San Agustín, que nos brindó la sabiduría necesaria para afrontar todos los retos profesionales, así como humanitarios.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento intenso a los buenos maestros de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, por la forma particular de su enseñanza, por generarnos curiosidad por aprender y mantener constancia cada día más, para ser cada día mejor persona.

A los directores, docentes y estudiantes de 3ro, 4to y 5to de secundaria de las I.E. Carlos José Echavarry O, I.E. Francisco Mostajo y la I.E. Roosevelt, por su contribución, ya que sin cada uno de ellos no hubiese sido posible esta investigación, es por ellos que todo este trabajo cobra sentido.

Finalmente, un agradecimiento especial a nuestra asesora, por su tiempo, paciencia, dedicación con nosotras, la consideramos una excelente persona y además una excepcional profesional.

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín.

Señor Decano de la Facultad de Psicología, RR. II. y Cs. de la Comunicación.

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.

Señora 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: “PERSONALIDAD ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE TIABAYA”, estudio realizado en estudiantes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas de Tiabaya el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, nos permitirá obtener el Título Profesional de Psicólogas.

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

- Bachiller Erika Mayumi Villata Zaira
- Bachiller Maribel Catacora Hanco

RESUMEN

La presente investigación establece la relación existente entre personalidad adolescente y el consumo de alcohol en adolescentes que estudian en instituciones educativas públicas de Tiabaya. Para lo cual se utilizó el diseño no experimental, transaccional, correlacional. Se trabajó con una muestra de 120 estudiantes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas de Tiabaya, con edades comprendidas entre 13 y 18 años. Para la evaluación se usaron los siguientes instrumentos: Inventario de personalidad para jóvenes de Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).

Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados obtenidos indican que los adolescentes con personalidad introvertido, inhibido y violento presentan un consumo de alcohol problemático con un nivel de riesgo y dependencia, por otro lado, se encontró que las adolescentes mujeres son quienes presentan en mayor porcentaje un consumo de alcohol problemático con un nivel de riesgo y dependencia, finalmente con respecto a las edades se encontró que son los adolescentes de 15, 16 y 17 años quienes presentan un consumo de alcohol problemático con un nivel de riesgo y dependencia.

Palabras claves: Personalidad adolescente, Consumo de alcohol, Adolescente

ABSTRACT

The present investigation establishes the existing relationship between adolescent personality and alcohol consumption in adolescents who study in public educational institutions of Tiabaya. For which the non-experimental, transactional, correlational design was used. We worked with a sample of 120 3rd, 4th and 5th high school students from public educational institutions in Tiabaya, aged between 13 and 18 years. For the evaluation the following instruments were used: personality inventory for young people of Th. (Million Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I) and Questionnaire for Identification of Disorders due to Alcohol Consumption (AUDIT). For the analysis of the data, the Pearson

Chi-square statistic was used. The results obtained indicate that adolescents with an introverted, inhibited and violent personality have a problematic alcohol consumption with a level of risk and dependence; on the other hand, it was found that female adolescents are the ones with the highest percentage of problematic alcohol consumption. a level of risk and dependence, finally with respect to the ages it was found that it is the adolescents of 15, 16 and 17 years who present a problematic alcohol consumption with a level of risk and dependence.

Keywords: Adolescent personality, Alcohol consumption, Adolescent

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	xiii

CAPÍTULO I

MARCO OPERACIONAL

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Objetivos.....	4
1.2.1 Objetivo general	4
1.2.2 Objetivos específicos	4
1.3 Hipótesis	5
1.4 Justificación	5
1.5 Limitaciones de estudio	8
1.6 Variables e indicadores	8
1.6.1 Identificación de las variables.....	8
1.6.2 Operacionalización de las variables.....	9
1.7 Definición de términos	10
1.7.1 Personalidad.....	10
1.7.2. Personalidad adolescente	11
1.7.3. Adolescencia.....	11
1.7.4 Alcohol.....	11
1.7.5 Consumo de Alcohol en los Adolescentes.....	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes históricos de personalidad	13
2.2	Teorías sobre personalidad	16
2.2.1	Teoría psicodinámica de la personalidad.....	16
2.2.2	Teoría fenomenológica de la personalidad	17
2.2.3	Teoría de rasgos	18
2.2.4	Teoría conductual de la personalidad	18
2.2.5	Teoría cognitiva de la personalidad.....	19
2.2.6	Teoría integradora de la personalidad.....	19
2.3	Modelos de personalidad	21
2.3.1	Modelo de Eysenck.....	21
2.3.2	Modelo de cinco factores de Costa y McCrae	22
2.4	Personalidad adolescente	22
2.4.1	Estilos básicos de personalidad.....	23
2.4.2	Sentimientos y actitudes	24
2.4.3	Escalas comportamentales	25
2.5	Definición de personalidad	25
2.6	Rasgos de personalidad.....	26
2.7	El consumo de alcohol.....	27
2.7.1	El alcohol	27
2.7.2	Tipos de bebidas alcohólicas	29
2.8	El adolescente consumidor de bebidas alcohólicas	29
2.8.1	Consumo de alcohol en adolescentes mujeres	31
2.8.2	Consumo de alcohol en adolescentes varones	32

2.9	Niveles del consumo de alcohol	32
2.9.1	Bebedor Abstemia	32
2.9.2	Bebedor de Riesgo	32
2.9.3	Bebedor Perjudicial.....	32
2.9.4	Dependencia.....	33
2.10	Relación de rasgos de personalidad y el consumo de alcohol	33
2.11	Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes	34
2.11.1	El consumo de alcohol por adolescentes a nivel mundial	34
2.11.2	El consumo de alcohol por adolescentes en América.....	35
2.11.3	El consumo de alcohol por adolescentes en Perú	37
2.11.4	El consumo de alcohol por adolescentes en Arequipa.....	40

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Tipo, diseño y metodo de investigación	42
3.1.1	Tipo de Investigación	42
3.1.2	Diseño.....	42
3.1.3	Metodo de Investigacion	43
3.2	Sujetos	43
3.2.1	Población	43
3.2.2	Muestra	44
3.2.3	Criterios de inclusión y exclusión.....	44
3.3	Instrumentos.....	45
3.3.1	Inventario de personalidad para jóvenes de Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I)	45

3.3.2 AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol) 49
3.4 Procedimiento de aplicación de instrumentos 51

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CAPITULO V

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

CASOS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Variable independiente-Personalidad Adolescente.....	9
Cuadro 2: Variable dependiente-Consumo de Alcohol	10

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Personalidad adolescente y su relación con el consumo de alcohol.	55
Gráfico 2: Estilos básicos de personalidad en varones y su relación con el consumo de alcohol.	56
Gráfico 3: Estilos básicos de personalidad en mujeres y su relación con el consumo de alcohol.	57
Gráfico 4: Sentimientos y actitudes en varones y su relación con el consumo de alcohol.	58
Gráfico 5: Sentimientos y actitudes en mujeres y su relación con el consumo de alcohol.	59
Gráfico 6: Correlatos comportamentales en varones y su relación con el consumo del alcohol.	60
Gráfico 7: Correlatos comportamentales en mujeres y su relación con el consumo del alcohol.	61
Gráfico 8: Estilos básicos de personalidad según edad y su relación con el consumo del alcohol.	62
Gráfico 9: Sentimientos y actitudes según edad y su relación con el consumo del alcohol.	63
Gráfico 10: Correlatos comportamentales según edad y su relación en el consumo de alcohol	64

INTRODUCCION

El alcohol o etanol es la sustancia adictiva de uso más extendido en la población mundial. el alcoholismo afecta en muchos aspectos a la persona, resulta actualmente un problema físico, fisiológico, cognitivo, psicológico en el aspecto personal, perturba la familia y la humanidad en general, entonces el consumo de alcohol es considerado un grave problema de salud pública.

La adolescencia está determinada como una etapa de profundos cambios biológicos, psíquicos y sociales, que involucran cambios en varias facetas de su crecimiento.

El uso excesivo de esta droga lícita causa cerca de 2,5 millones de muertes por año en el mundo y en orden de importancia es considerado como el tercer factor de riesgo para enfermedad y discapacidad. De hecho, se estima que cerca del 4% de todas las muertes alrededor del mundo son atribuibles al consumo de alcohol. No obstante, la adolescencia por ser un periodo crítico donde los individuos sufren múltiples cambios se convierte en una etapa vulnerable para este grupo, donde la probabilidad de llevar a cabo conductas de riesgo como el consumo de alcohol se incrementa. Prueba de lo anterior es que los registros de la Encuesta Global de Alcohol reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 indicaron que en un lapso de cinco años el 71% de los países encuestados registró un incremento en el consumo de alcohol por parte de la población menor de edad. Asimismo, es preocupante que en la actualidad los adolescentes comienzan a reproducir los patrones de consumo excesivo de la población adulta.

Existen revisiones de literatura que han explorado los efectos que puede causar el consumo de alcohol a nivel cerebral, donde anatómicamente se destaca que el cerebro de individuos alcohólicos crónicos ha mostrado un alto grado de pérdida de neuronas del córtex prefrontal, de modo que el funcionamiento neuropsicológico resulta afectado, en particular las funciones ejecutivas (FF. EE.), ya que se vinculan a esta área anatómica específica. En

este sentido, se destacan alteraciones en la planeación estratégica, organización perceptual, razonamiento abstracto, atención y la organización de información en la memoria de trabajo.

Los anteriores daños cerebrales, aunados al poder reforzante del alcohol, el papel de la tolerancia, la dependencia, el síndrome de abstinencia y la sensibilización del sistema de la recompensa, confieren a las bebidas alcohólicas un valor motivacional mayor que el de cualquier otro reforzador natural. Cabe señalar que el consumo de alcohol en los menores de edad se asocia con mayores daños cerebrales con implicaciones en el aprendizaje, memoria y desarrollo intelectual en comparación con los adultos debido a que durante la adolescencia tardía el cerebro se encuentra aún en etapas de desarrollo. De este modo, el consumo de alcohol podría tener repercusiones en el desarrollo neurológico adolescente y, consecuentemente, en la salud y el funcionamiento cognitivo en la vida adulta.

Ampliando el tema, se ha reportado asociación de este consumo con accidentes de tráfico, homicidios, suicidios, actividad sexual temprana de riesgo, fracaso escolar; dificultades en habilidades psicológicas como percepción y razonamiento, y afecciones en la salud adulta representadas por enfermedades cardiovasculares, mentales y diversos tipos de neoplasias, por lo que es considerado como una sustancia dañina para la salud humana. Sin embargo, a pesar de los riesgos que implica el consumo de bebidas alcohólicas, esta conducta tiene alta prevalencia.

No obstante, aunque se ha desarrollado un variado marco teórico desde los puntos de vista psicológico y neuroquímico sobre el consumo de las sustancias psicoactivas en la población adulta y sus repercusiones cognitivas, aún hay vacíos del conocimiento por explicar en la adolescencia ya que en esta etapa de la vida aún existen cambios importantes en el desarrollo biopsicosocial.

Uno de los modelos biopsicosociales del uso y abuso de alcohol más aceptados en la actualidad es el modelo motivacional del uso de alcohol. Este modelo representa un marco integrador de diferentes variables biológicas, psicológicas y socioculturales que se han relacionado con el uso y abuso de alcohol (personalidad o respuestas biológicas a la sustancia), intenta mostrar cómo cada variable se interrelaciona y contribuye al consumo a través de vías motivacionales, además tienen un gran valor heurístico, ya que permite generar hipótesis comprobables empíricamente (Cox y Klinger, 2004)

Pombo y Lesch, 2009, en un estudio reciente ha descrito tres tipos de alcoholismo, el primer tipo incluirían a pacientes con bajo neuroticismo, baja búsqueda de novedad, y una menor probabilidad de presentar psicopatología comórbida; segundo tipo de pacientes con elevado neuroticismo, una elevada probabilidad de presentar depresión y menor probabilidad de presentar otros trastornos comórbidos. El tercer tipo mostraría mayores índices de heredabilidad, e incluiría a pacientes con un inicio de consumo temprano de alcohol, elevada búsqueda de novedad, mayor severidad clínica, mayores niveles de conducta antisocial, así como mayor comorbilidad en otras psicopatologías externalizantes.

Se han desarrollado diversas tipologías en esos intentos las variables psicológicas, como los motivos y la personalidad han emergido de forma constante como factor relevante a la hora de explicar la dependencia del alcohol. Por tanto, y aunque en la actualidad la literatura científica no apoyaría la existencia de una “personalidad alcohólica” específica, una variedad de rasgos de personalidad se ha asociado tanto con el desarrollo como con la manifestación de los trastornos por el uso de alcohol. Ibañez Rose 2008.

Por todo lo anterior, es de interés y principal motivación la realización de esta investigación y para una mejor comprensión, se dividirá en cinco capítulos que a continuación se detalla:

En donde el primer capítulo se encontrará: El planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, justificación, limitaciones, variables e indicadores y definición de términos.

En el segundo capítulo se presentan los antecedentes del estudio, las bases teóricas que lo sustentan y el marco conceptual.

En el tercer capítulo, se describe el tipo y diseño de investigación, la muestra seleccionada, los instrumentos utilizados para la captura de datos, y las técnicas de análisis estadístico utilizadas.

En el capítulo cuarto se presentan las tablas y gráficos de los resultados de la investigación, analizados e interpretados en función de los objetivos e hipótesis propuestos.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta la discusión, las conclusiones y recomendaciones.

Asimismo, se inserta, más adelante, la bibliografía y los anexos con los formatos de las pruebas administradas.

CAPÍTULO I

MARCO OPERACIONAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el consumo de alcohol en los adolescentes es una de las mayores problemáticas de la sociedad debido a que su consumo va en aumento y la edad de inicio es cada vez más temprana (Villatoro et al 2001 citado por Valdez Gonzales J. C. 2005). sin embargo, Rodríguez et al 2014 considera que el consumir alcohol no es un problema exclusivo de la adolescencia, más si afirma que el comienzo de su consumo suele producirse durante esta etapa, en este sentido Brown et al 2008 citado por Pilatti, Brussino y Godoy 2014 consideran que el consumo de alcohol comienza y se incrementa, en el periodo que va desde los 16 a 20 años, por este motivo Putassi M.R. (2013) afirma que el inicio del consumo de alcohol durante la etapa de la adolescencia es casi normativo en la mayoría de las culturas

occidentales puesto que hacia el final de la secundaria aproximadamente el 70% de los adolescentes han tenido episodios de consumo de alcohol por diversos motivos personales.

Considerando el incremento en la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes es que se convirtió en una problemática de salud pública por lo que a lo largo del tiempo se realizó diversas investigaciones con la finalidad de entender los factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en adolescentes ya que esto podría tener importantes implicaciones para el desarrollo de programas de prevención y tratamientos más efectivos, en este sentido Ali y Dwyer 2010, citado por Pilatti, Brusssino y Godoy 2014, encontraron que uno de los factores más relacionados con el consumo de alcohol adolescente es el consumo con el grupo de pares, sin embargo este no es el único factor influyente, es así que Ducan, Ducan y trycker 2006, citados por Pilatti et al 2014, manifiestan que el consumo parental es otro de los factores de riesgo especialmente en las etapas iniciales del consumo, ya que consideran que los niños y adolescentes que se ven expuestos a modelos de consumo de alcohol tienen una mayor probabilidad de aprender los efectos positivos del alcohol dejando de lado los efectos negativos del mismo. Un resultado parecido fue encontrado por Windle et al 2009, ya que encontraron que los factores del consumo de alcohol durante la adolescencia era la falta de apoyo social parental, los estilos negativos de crianza, la falta de monitoreo, la escasa comunicación con los hijos y el poco tiempo que los padres pasan con sus hijos. Así mismo Kuntsche y Kuending 2006, encontraron que los adolescentes que mantienen menos relaciones positivas con sus padres son más vulnerables a realizar conductas riesgosas como el consumo de alcohol o a elegir amigos con comportamientos riesgosos y ser influenciados por ellos.

La mayoría de las investigaciones realizadas acerca del consumo de alcohol en la adolescencia encontró que el factor social es uno de los principales factores de riesgo, sin embargo este factor no es el único por lo que recientemente se empezaron a realizar

investigaciones relacionadas a la personalidad adolescente como otro factor que podría influir en el consumo de alcohol en esta etapa, es así que encontramos a Metre H., Viñas M., Dutil V. y Moya J. 2012, quienes afirman que los factores de personalidad están estrechamente ligados al consumo de alcohol en la adolescencia, considerando los rasgos impulsividad/desinhibición y extraversion/sociabilidad como los más consistentemente relacionados con el comportamiento de consumo de alcohol en adolescentes. Por otro lado, Moya y Cols 2006 citados por Mestre M. et al 2012, relacionaron la baja amabilidad, baja responsabilidad y la elevada extraversion como uno de los mayores factores predisponentes en el consumo de alcohol adolescente. Para Gun y Smit (2010) citados por Pilatti et al 2014, el consumo de alcohol en adolescentes no es consecuencia de factores externos o contextuales, si no tiene que ver más con los rasgos de personalidad y las expectativas de estos acerca del consumo de alcohol, por otro lado Malmberg y colaboradores (2010), demostraron que los adolescentes con edades entre 11 y los 15 años con sensación de desesperanza y búsqueda de sensaciones tenían mayor probabilidad de comenzar a beber alcohol a una edad más temprana.

En el Perú al igual que en el mundo el consumo de alcohol en los adolescentes representa una preocupación de salud pública, es así que el MINSA (2017), encontró que el 46.1% de los bebedores escolares (del último año de educación secundaria) presentaron consumo problemático de alcohol, mayor en hombres que en mujeres (47.3% y 44.7% respectivamente), también mayor entre los escolares de colegios públicos que de los privados (47.2 y 44.3% respectivamente). Sin embargo, pese a esta información encontramos pocos estudios realizados en Perú acerca de los rasgos de personalidad como un factor influyente en el consumo de alcohol en los adolescentes.

Es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre personalidad adolescente con el consumo de alcohol en los adolescentes que estudian en instituciones educativas públicas de 3ro, 4to 5to de secundaria del distro de Tiabaya?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Identificar la relación existente entre personalidad adolescente y consumo de alcohol en adolescentes que estudian en instituciones educativas públicas de Tiabaya.

1.2.2 Objetivos específicos

- Demostrar cual es el estilo básico de personalidad predominante en los adolescentes según sexo y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol.
- Conocer el patrón predominante de sentimientos y actitudes en los adolescentes según sexo y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol.
- Establecer la escala comportamental predominante en los adolescentes según sexo, y su relación con el nivel de riesgo en el consumo de alcohol.
- Demostrar cual es el estilo básico de personalidad predominante en los adolescentes según edad y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol.
- Conocer el patrón predominante de sentimientos y actitudes en los adolescentes según edad y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol.
- Establecer la escala comportamental predominante en los adolescentes según edad, y su relación con el nivel de riesgo en el consumo de alcohol.

1.3 HIPOTESIS

Al identificar la personalidad adolescente predominantes de los adolescentes que estudian en instituciones educativas públicas de Tiabaya podremos conocer la relación existente con el nivel de consumo de alcohol.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El estudio de personalidad en adolescentes como factor influyente en el consumo de alcohol es de gran importancia para la psicología Clínica y la Psicología Social puesto que en la actualidad el consumo de bebidas alcohólicas es prácticamente un hábito culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales (WHO, 2010 citado por Moñino García Miriam 2012). Esto se observa en los recientes informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), ya que según este informe en el 2010 el consumo de alcohol puro per cápita a nivel mundial fue de 6,2 litros entre la población mayor a 15 años. Esto indica una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día, así mismo informó que América ocupa el segundo lugar de consumo de alcohol después de Europa, presentando la segunda tasa más alta de consumo episódico de alcohol (después de Europa). Así mismo, la OEA (2015) citado por CEDRO (2013), encontró que el consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria en América oscila entre un 20 % y un 70 %, además refiere que más de la mitad de los estudiantes de secundaria en Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam y Uruguay consumieron alcohol durante el último año pero en Bahamas, Belice, Canadá, Estados Unidos, Jamaica, San Cristóbal y las Nieves y Trinidad y Tobago la prevalencia osciló entre un 40 % y 50 %, mientras que las tasas de consumo más bajas, de un 20 % o inferiores, se observaron en Ecuador, El Salvador y Venezuela. Por otro lado, la OMS (2014) citado por Fundación Universia (2014), reveló que Perú es el sexto consumidor de alcohol

en América Latina con 8,9 litros per cápita en personas con más de 15 años, también advirtió que en el Perú hay 75 mil alcohólicos de entre 14 y 25 años, según datos de Cedro. Sin embargo, el problema del consumo de alcohol en adolescentes no está alejada de nuestra realidad ya que según DEVIDA citado por Condori J. (2014), Arequipa es la segunda ciudad a nivel nacional con mayor incidencia en el consumo de alcohol en adolescentes, así mismo detalló que la edad de inicio de consumo de drogas legales como el alcohol, es los 13. 5 años.

Motivo por el cual podemos decir que el consumo de alcohol es una problemática creciente de salud pública en nuestra sociedad puesto que el alcohol es una de las sustancias adictivas con unos niveles de prevalencia más altos debido en parte a que es una droga legal, sin embargo existen muchos factores relacionados al consumo de alcohol en los adolescentes. Es así que para Ali y Dwyer, 2010 citados por Pilatti et al 2014, refieren que el consumo de alcohol del grupo de pares (amigos) es uno de los factores más fuertemente relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes, en este sentido Paz Garay, M. M. y Soto Iturriaga, R. Y. (2014), refieren que los jóvenes están en una búsqueda constante de su identidad y en plena construcción de su personalidad entre sus iguales (el grupo de pares). Por lo que esta etapa es vulnerable a la influencia tanto positiva como negativa del grupo.

Por otra parte en Bogotá la UCPI (2003) citado por Salcedo Monsalve A., Palacios Espinosa X. y Espinosa Á. F. (2011), realizó una investigación acerca de los factores relacionados al consumo de alcohol en universitarios y encontró que las causas de consumo de alcohol están asociadas a la búsqueda de identidad, de autonomía y de libertad.

Sin embargo para Kuntsche et al., 2006 citado por Pilatti et al (2014) Tener un motivo particular es un requisito indispensable en la decisión de tomar alcohol, de esta manera consideran que los motivos son el antecedente más próximo del consumo de alcohol.

Por otro lado Manrique, F. Y Cols. (2009) citados por Paz Garay, M. M. y Soto Iturriaga, R. Y. (2014), manifiestan que los principales factores del consumo de alcohol en

adolescentes fueron familia disfuncional, presión e influencia de pares y grupo, dificultades académicas y conflictos con tutores.

Así mismo, Rodríguez, 2007 citado por Paz Garay, M. M. y Soto Iturriaga, R. Y. (2014) sugieren que hay menos probabilidad de que el consumo de alcohol se dé en edades más tempranas si los padres forman parte de la vida de sus hijos, participan en sus actividades, es decir que los padres mantengan una buena relación con sus hijos, sin embargo aquellos jóvenes cuyas familias tienen ya un historial de abuso de alcohol, están en “mayor riesgo” que otros para desarrollar problemas relacionados con el alcohol, porque creen que el consumir bebidas embriagantes es un buen hábito característico de los adultos.

Por lo anterior descrito podemos decir el consumo de alcohol en adolescentes es una problemática social relacionada a una gran diversidad de factores que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas dentro de estos se encuentra la personalidad adolescente, es así que para Kyrkcaldy, Siefen, Surall, y Bischoff, 2004 citados por González María T., Espada José P., Guillén-Riquelme Alejandro, Secades Roberto y Orgilés Mireia 2016. Uno de los factores comúnmente asociados con el consumo del alcohol es la personalidad.

Es así que Kuo, Yang, Soong, y Chen, 2002 citados por González María T, Et Al 2016. encontraron que la mayor prevalencia de uso de sustancias en adolescentes se relaciona con altos niveles de psicoticismo y elevada búsqueda de sensaciones

Así mismo Llorens et al 2005. Citado por González María T, Et Al 2016, quienes encontraron que la impulsividad y la desinhibición son los factores que más se relacionan con el comportamiento de consumo de alcohol en los adolescentes. Por otro lado Martsh y Miller, 1997; citado por Mestre Helena ET AL 2012 afirman que, de acuerdo al consumo de alcohol en la adolescencia, se puede predecir el patrón de consumo de alcohol en la edad adulta. Resultados similares han sido encontrados por Cortés, Giménez, Motos, y Cadaveira, 2014 citados por González María T, Et Al 2016.

En general, la presente investigación pretende determinar la relación existente entre la personalidad adolescente y el consumo de alcohol en adolescentes para proporcionar mayor evidencia sobre el papel de la personalidad como uno de los factores de riesgo en los adolescentes, esto con el fin de mejorar los programas preventivos con respecto al consumo de alcohol, así mismo podemos decir que los resultados apoyaran a estudios realizados sobre los factores que inciden en el consumo de alcohol en adolescentes, por otra parte se ampliara la información que se posee actualmente sobre las distintas causas del consumo de alcohol en adolescentes para no limitarlas únicamente a factores sociales tales como: violencia intrafamiliar, violación, influencias de amistades, abandono de hogar entre otros.

1.5 LIMITACIONES DE ESTUDIO

En el presente proyecto de investigación, se han encontrado diferentes limitaciones que detallaremos a continuación:

- El tiempo que evalua la prueba del (MAPI), siendo necesaria invertir mas tiempo de lo programado para los adolescentes estudiantes de 3ro, 4to y 5to de secundaria de las instituciones educativas publicas de tiabaya.
- La poca predisposicion de algunos adolescentes estudiantes de 3ro, 4to y 5to de secundaria de las instituciones educativas publicas de tiabaya, en la resolucion de las pruebas.

1.6 VARIABLES E INDICADORES

1.6.1 Identificación de las variables

- V1 personalidad adolescente
- V2 consumo de alcohol

1.6.2 Operacionalización de las variables

Cuadro 1: Variable independiente-Personalidad Adolescente

Variable	Instrumento	Escalas	Indicadores
Personalidad Adolescente	Inventario de personalidad para jóvenes de Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I)	Estilos básicos de personalidad	Introvertido Inhibido Cooperativo Sociable Seguro Violento Respetuoso Sensible
		Sentimientos y actitudes	Deterioro de autoconcepto Deterioro de la autoestima Malestar corporal Inaceptación sexual Sentimiento de ser diferente Intolerancia sexual Clima familiar inadecuado Desconfianza escolar
		Correlatos comportamentales	Inadecuado control de impulsos Disconformidad social Inadecuado rendimiento escolar Desinterés escolar

Cuadro 2: Variable dependiente-Consumo de Alcohol

Variable	Instrumento	Nivel de riesgo	Intervención	Puntuaciones	
				M	F
Consumo de alcohol	AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)	No consumo	No problemas relacionados con alcohol	0 -7	0-5
		Consumo en riesgo	Terapia breve y monitorización continua.	8- 12	6- 12
		Probable dependencia	Problemas físicos – psíquico con la bebida y probable dependencia alcohólica	13 - 40	13– 40

1.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.7.1 Personalidad

Para Millon (1992), la personalidad es un sistema de desarrollo (maneras de procesar la información) influido por variables biológicas y ambientales, que condicionan de forma individual la manera en que la persona se enfrenta al entorno.

Para este autor, la personalidad se puede comprender mejor como un sistema adaptativo con ámbitos estructurales y funcionales; la estructura se articula en torno a metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales, constituidos por diferentes dimensiones bipolares.

1.7.2. Personalidad adolescente

Fierro (1990), la personalidad adolescente se caracteriza por ser un periodo de transición de la infancia a la adultez, es un momento de recapitulación del pasado y de preparación para determinados temas vitales como son la identidad personal, el grupo de amigos, los valores, la sexualidad, la experimentación de nuevos roles, etc. Estas características de la personalidad adolescente, se hallan en gran medida determinadas por la cultura y por los ritos de transición de la sociedad en que se vive.

1.7.3. Adolescencia

En el marco de esta construcción no hay acuerdo sobre la edad de comienzo y finalización. La Organización Mundial de la Salud en 1979, respondiendo a la “necesidad de definir grupos de edad que permitan identificar los requisitos propios de toda investigación epidemiológica o de la programación de los servicios sociales y de salud”, la define como el período que transcurre entre los 10 y 19 años. Se divide en adolescencia primera o temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 y adolescencia tardía de 17 a 19 años.²

Más allá de las distintas perspectivas y tiempos, la “crisis adolescente” implica cambios biológicos, psicológicos y sociales.

1.7.4 Alcohol

El alcohol es un compuesto orgánico que contiene el grupo hidroxilo, su nombre químico es etanol o alcohol etílico. Es un líquido incoloro y volátil que está presente en diversas bebidas fermentadas; en ellas alcanza concentraciones desde un 5 % hasta un 20 %, como el caso de la cerveza y el vino, aunque algunos destilados pueden llegar hasta un 40 % o más. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

1.7.5 Consumo de Alcohol en los Adolescentes

Funes J. (1996, citado por García, 2006) describe las características del consumo de alcohol entre adolescentes y jóvenes. Como una iniciación precoz. A los 12 o 13 años comienzan los primeros consumos de alcohol, cada vez a una edad más pequeña. Este adelantamiento acompaña a otros como el adelanto de las salidas nocturnas

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE PERSONALIDAD

A continuación, se presentará la revisión de los aportes que servirán de base a la presente investigación sobre personalidad, rasgos de personalidad. En nuestra búsqueda de bibliografía, se encuentra innumerables estudios sobre el surgimiento de personalidad y como ha ido evolucionando hasta la actualidad.

La historia de las actuales caracterizaciones de la personalidad puede rastrearse desde los primeros tiempos de Grecia.

Kraeplin 1913 descubrió “personalidades mórbidas en su amplio abanico de tipos predispuestos a las actividades criminales y describió detalladamente los denominados tipos holgazanes, impulsivos, mentirosos, estafadores y otros caracteres de mala reputación.

Sjbring 1914 las personalidades “sub válidas” son prudentes, reservadas, precisas, trabajadoras y escrupulosas; el tipo “súper valido”, se caracteriza por la osadía, la actividad, la perseverancia; y las personas “sub estables” son identificadas como efusivas, cordiales e

ingenuas; por el contrario, los sujetos “súper estables” son descritos como fríos, listos, abstractos, sofisticados y elegantes, las personas “sub sólida” es valorada como rápida, ágil, histriónica impredecible

Kahn 1931 para ver la tipología de la personalidad, se entrelazan los conceptos de impulso, temperamento y carácter, existiendo 4 temperamentos básicos “hipertímico” descrito por la excitabilidad, la rapidez y la explosividad, el “atímico” caracterizado por un afecto débil y apagado, el “dismorfico” identificado por una timidez y un mal humor ansioso y el “poiquilotímico” distinguible por su alto grado de labilidad emocional

Cicerón (106-43, citado por Cerdá, 1985) definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados: a) la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; b) el papel que una persona desempeña en la vida; c) un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y d) como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

Los cuatro significados que históricamente se han dado al concepto de personalidad están relacionados en gran medida con lo anterior, ya que se relaciona con las características de personalidad que se pueden evidenciar en una persona, debido a que en un comienzo se parte de la observación, es decir, la parte externa o superficial de un individuo (máscara) hasta llegar a tener la capacidad de identificar las características internas del otro.

De igual manera Allport (1975), citado por Cerdá, 1985, asume que la personalidad se refiere a “la integración de todos los rasgos y características del individuo que determinan una forma de comportarse” (p. 438), es decir, que la personalidad se forma en función del desarrollo del individuo, a partir de las características ambientales, biológicas y sociales que explican, modulan y mantienen su comportamiento.

En 1990 Millon redefinió su modelo de la personalidad y sus trastornos. Las personas han intentado especificar las características que subyacen al funcionamiento de la personalidad mediante la revisión de las diversas formas de expresión de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos, Millón llega a la conclusión de que la mejor manera de explicar las leyes más profundas del funcionamiento humano consistía en examinar los principios universales derivados de manifestaciones no psicológicas de la naturaleza (ejemplo, la física, la química y sobre todo la biología). Entonces la personalidad podría ser entendida como la representación del mayor o menor estilo distintivo del funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o una especie particular frente a sus entornos habituales, según esta formulación, los trastornos de personalidad representarían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo debido a las deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de la especie para relacionarse con su entorno.

Pero la personalidad no solo se ha entendido a partir de los dos conceptos anteriores sino también desde lo genético, el desarrollo en cuanto a etapas y la evolución de la especie; pues de acuerdo con algunas teorías (Domínguez & Fernández, 1999), todos los niños poseen ciertas funciones y estructuras que no han alcanzado su correspondiente maduración, lo cual permite no identificar una base sólida de la personalidad, por tal razón, se puede hablar de personalidad a partir de los 3 años, puesto que se han identificado algunos intereses, aptitudes, estilo conductual y la manera de resolver problemas que facilitan su bienestar y supervivencia en el medio (Costa & McCrae, 1997; Díaz & Díaz-Guerrero, 1997). Resulta claro que la estructura de personalidad es permanente, continua y particular a lo largo de los años en hombres y mujeres, aunque en algunos casos esta puede adoptar otros patrones que dificultan el desempeño del individuo (Costa & McCrae, 1994; Digman, 1989; Fruyt, Mervielde & Van-Leeuwen, 2002).

Según el DSM-5 un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la expectativa de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y queda lugar a un malestar o deterioro.

2.2 TEORÍAS SOBRE PERSONALIDAD

2.2.1 Teoría psicodinámica de la personalidad

De acuerdo con el teórico más importante de este paradigma de la psicología (Sigmund Freud, 1856-1939), la conducta de una persona es el resultado de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo y que por lo general se dan fuera de la conciencia (Morris y Maisto, 2005). El concepto de conducta desde esta orientación es de vital importancia porque permite entender la personalidad; es por eso que Pervin y John (1998) plantean que el punto de vista estructural de Freud es una buena manera de abordar este tema.

Según la idea antes expuesta, la persona posee tres estructuras que aparecen durante el desarrollo de la vida; la primera de ellas corresponde a lo que se ha denominado ello, la única estructura que se encuentra presente en el nacimiento y es totalmente inconsciente, se interesa en satisfacer los deseos del niño con el fin de evitar el dolor. En esta parte del desarrollo el niño solo tiene dos maneras de obtener placer, las acciones reflejas y la fantasía (Bransky, 1998)

La segunda estructura planteada por Freud (1967) es el yo, el que se encuentra entre lo consciente y lo preconsciente que busca satisfacer los deseos del ello en el mundo externo; se diferencia de éste en que, en lugar de actuar de acuerdo con el principio del placer

(satisfacción inmediata), actúa bajo el principio de realidad. Por medio del razonamiento inteligente el yo busca demorar la satisfacción de los deseos del ello hasta que se pueda garantizar la gratificación de la manera más segura posible. Cuando la persona llega a la edad adulta no solo busca la satisfacción de deseos, sino que empieza a entrar en juego el componente moral, lo cual se ha denominado súper yo, este cumple las veces de guardián moral, entonces tiene la función de vigilar al yo para conducirlo hacia las acciones morales socialmente aceptadas (Pervin & John, 1998).

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud plantea que la personalidad se desarrolla en la medida en que una persona logra satisfacer los deseos sexuales durante el curso de su vida, es decir, que la personalidad está determinada por la manera en que se aborda cada una de las etapas psicosexuales (Morris & Maisto, 2005). Las etapas psicosexuales son cinco y las vivencias en cada una de ellas dan cuenta de un posible perfil de personalidad.

2.2.2 Teoría fenomenológica de la personalidad

La teoría fenomenológica de la personalidad, a diferencia del psicoanálisis, considera que el ser humano no debe ser comprendido como resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino que tiene una motivación positiva y que, conforme a cómo evoluciona en la vida, el hombre va logrando obtener niveles superiores de funcionamiento, teniendo en cuenta que la persona es responsable de sus propias actuaciones y por ende de las consecuencias que le sobrevienen. Dos de los teóricos importantes de esta comprensión de la personalidad son Carl Rogers y Gordon Allport.

Carl Rogers consideró que los seres humanos construyen su personalidad cuando se ponen al servicio de metas positivas, es decir, cuando sus acciones están dirigidas a alcanzar logros que tengan un componente benéfico (Morris & Maisto, 2005). Para Rogers, la persona desde que nace viene con una serie de capacidades y potenciales los cuales tiene que seguir

cultivando a través de la adquisición de nuevas destrezas; esta capacidad se ha denominado tendencia a la realización; por el contrario, cuando el individuo descuida el potencial innato hay una tendencia a que se vuelva un ser rígido, defensivo, coartado y a menudo se siente amenazado y ansioso.

2.2.3 Teoría de rasgos

La teoría de los rasgos se refiere a las características particulares de cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que le permiten al individuo girar en torno a una característica en particular (Engler, 1996). En este sentido Raymond Cattel, uno de los personajes más significativos en esta teoría, agrupó los rasgos en cuatro formas que se anteponen; de esta manera su clasificación fue la siguiente:

a) comunes (propios de todas las personas) contra únicos (son característicos de individuo); b) superficiales (fáciles de observar) contra fuentes (solo pueden ser descubiertos mediante análisis factorial); c) constitucionales (dependen de la herencia) contra moldeados por el ambiente (dependen del entorno); d) los dinámicos (motivan a la persona hacia la meta) contra habilidad (capacidad para alcanzar la meta) contra temperamento (aspectos emocionales de la actividad dirigida hacia la meta) (Aiken, 2003).

2.2.4 Teoría conductual de la personalidad

Teoría conductual de la personalidad Watson, padre del conductismo, manifestó su acuerdo con la teoría de Jhon Locke en el siglo XVII sobre la tabula rasa, teoría de la personalidad según la cual un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de este, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta (Davidoff, 1998). De otra manera, Skinner, quien realizó experimentos sobre el aprendizaje animal y humano, concluyó que lo que una persona

aprende a hacer es semejante a como aprende otras cosas; por tal razón, lo que implica motivación inconsciente, aspectos morales y rasgos emocionales no existe (Papalia y Wendkos, 1997).

2.2.5 Teoría cognitiva de la personalidad

Esta teoría plantea que la conducta está guiada por la manera como se piensa y se actúa frente a una situación; sin embargo, no deja de lado las contingencias que ofrece el ambiente inmediato ante cualquier situación. En palabras de Bandura (1977), la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas internas de los individuos, pues el ambiente influye en la manera de comportarse y por tanto modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones respecto a su comportamiento, teniendo en cuenta que las personas se ajustan a unos criterios o estándares de desempeño que son únicos a la hora de calificar un comportamiento en diversas situaciones.

Siguiendo con Bandura, el carácter, al definirse por dimensiones aprendidas y vinculadas a factores psicosociales, tiende a formarse de manera continua pero especialmente en los procesos de socialización más básicos. Entre los modelos centrados en dimensiones del carácter se destacan los que se centran en el concepto de “esquema”. Los esquemas son sistemas estructurados y entrelazados, responsables del procesamiento de un estímulo percibido y su respuesta conductual asociada (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming & Ottaviani, 1995).

2.2.6 Teoría integradora de la personalidad

Actualmente la comunidad científica aún no ha podido establecer una teoría de la personalidad amplia y consensuada, que organice, estructure y dé cabida a la gran pluralidad

existente de investigaciones y enfoques. Teniendo en cuenta estas necesidades, surge la Teoría Integradora, que plantea objetivos como: a) elaborar un modelo de personalidad amplio, que posibilite la integración de las principales teorías, que organice los principales logros de la investigación empírica incorporando la inteligencia; b) definir la personalidad a partir de la identificación teórica de los factores o facetas de las grandes dimensiones; c) fundamentar la comprensión de la personalidad desde un enfoque evolucionista; y d) ofrecer un modelo de rasgos que incorpora los paradigmas actualmente activos, sobre pasando el concepto descriptivo de la estructura y permitiendo involucrarse con los procesos (Lluís, 2002).

Según la teoría integradora, la personalidad no podrá limitarse a describir o explicar el temperamento, el carácter (el self) o la inteligencia, sino que deberá incluir los tres aspectos. Una teoría de la personalidad no puede limitarse solo al consciente o al inconsciente, como tampoco a las conductas observables o a las internas, debe tener los dos factores en cuenta. Una teoría de la personalidad no se debe limitar a las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres y, por supuesto, tampoco debe orientarse solo a la conducta normal; es evidente que tiene que tener en cuenta la psicopatología y por lo tanto aportar posibles estrategias de cambio.

El modelo actual de Millon extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad, que serían: mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (González, Pérez & Redondo, 2007).

Efectivamente, la integración es una de las características básicas del modelo de Millon, pues le interesa conocer la estructura básica de la persona como también su dinámica y cambio; para él ambas cosas son imprescindibles para entender el funcionamiento de la

personalidad. De la misma forma que es necesaria la integración entre la perspectiva nomotética (que se centra en descubrir cómo se relacionan entre sí las necesidades, los motivos, los mecanismos, los rasgos, los esquemas, las defensas, etc., es decir, se interesa por la generalización) y la perspectiva idiográfica (que centra su atención en las diferencias individuales, se enfatiza que la personalidad de un individuo es el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales) (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007).

2.3 MODELOS DE PERSONALIDAD

Revisaremos brevemente algunos de los modelos biodisposicionales de personalidad más influyente.

2.3.1 Modelo de Eysenck

Este modelo ha intentado describir los fundamentos bilógicos subyacentes a los rasgos y dimensiones propuestas, en las últimas décadas del siglo XX, el modelo de personalidad de Eysenck fue una de las propuestas dominantes en el ámbito de la personalidad, y el de la psicología en general. Se trata de un modelo eminentemente descriptivo, cuyo origen se fundamenta en una visión dimensional de la psicopatología, el modelo de personalidad de Eysenck propone la existencia de tres dimensiones básicas universales con base biológica, extraversión, neuroticismo y psicoticismo (Eysenck y Eysenck 1990), la extraversión contempla aspectos básicamente de sociabilidad, aunque también recoge características de vitalidad y actividad, la búsqueda de sensaciones y emotividad positiva, de acuerdo con Eysenck, el mecanismo psicológico de la extraversión sería la necesidad de estimulación. El neuroticismo, por su parte, es una dimensión de

vulnerabilidad o sensibilidad emocional, sobre todo emociones de carácter negativo. Y finalmente la tercera dimensión de psicoticismo, caracterizada por la vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía.

2.3.2 Modelo de cinco factores de Costa y McCrae

Este modelo propone 5 cinco dominios o dimensiones básicas: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. La dimensión de neuroticismo abarcaría la predisposición a los estados emocionales negativos. La impulsividad, autoconciencia, vulnerabilidad, ansiedad, depresión y hostilidad serían los rasgos o facetas característicos. La extraversión son el afecto, sociabilidad, assertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas. La apertura a la experiencia se refiere a la curiosidad por el mundo interno y externo. Son personas que quieren participar en nuevas ideas y valores no convencionales. La amabilidad caracterizaría a personas altruistas, compasivas y con ganas de ayudar. Finalmente, la responsabilidad caracteriza a personas a las que les importa conseguir metas y tienen voluntad por conseguirlas, son personas escrupulosas, puntuales, fiables y poco impulsivas.

2.4 PERSONALIDAD ADOLESCENTE

Para facilitar el análisis e interpretación de la evidencia existente en relación al papel que los rasgos personalidad puede desempeñar en el desarrollo del consumo y dependencia al alcohol,

Según Millón (1999). muestra descripciones de los rasgos de personalidad en adolescentes, en su inventario de personalidad para adolescentes determina 3 estilos de personalidad y conformadas por 23 escalas.

2.4.1 Estilos básicos de personalidad

Las cuales reflejan características fuertemente grabadas y dominantes en el individuo, rasgos relativamente duraderos y permanentes que caracterizan y tipifican el comportamiento entre personas, es necesario tener en cuenta que los estilos básicos de personalidad representan características únicas del individuo antes que características “anormales”. Son “rasgos” antes que “síntomas”. Dentro de esos tenemos rasgos de:

Introversión: sujetos silenciosos y poco emotivos, son imparciales y no fácilmente excitables, no evitan a las personas, pero manifiestan una indiferencia sobre todo lo que le rodea, caracterizado por una impasividad social y una relativa falta de emocionalidad

Inhibido (activo - retraído): sujetos totalmente reservados, les gusta estar incomunicados con la gente y hay aprendido que ellos es la mejor forma para mantener una distancia y evitar las amistades de otros.

Cooperativo (pasivo – dependiente): los sujetos tienden a ser compasivos sentimentales y bondadosos en sus relaciones con los demás, evitan tomar la iniciativa o asumir el rol de líder. Están dispuestos a ser totalmente dependientes prefiriendo dejar a otros tomar el liderazgo.

Sociable (activo – dependiente): personalidad habladora, socialmente encantadora y frecuentemente dramáticos o emocionalmente expresivos. Estos adolescentes buscan nuevas excitaciones y experiencias interesantes.

Seguro (pasivo – independiente): sujetos totalmente confiados y seguro de sus habilidades y son a menudo vistos por los demás como egocéntrico. Raramente tienen alguna duda sobre su propio valor y el de sus actos.

Violento (activo – independiente): frecuentemente cuestiona las habilidades de los otros y prefieren tomar la responsabilidad y dirección en la mayoría de las situaciones. Son

frecuentemente desafiantes, crueles, tendiendo a ser intolerantes con los problemas o debilidades de los demás.

Respetuoso (pasivo ambivalente): denotan un pensamiento serio, eficiente, personas conocedoras de las normas, con un pensamiento correcto y característico, prefieren vivir sus experiencias de una manera muy ordenada y bien planificadas.

Sensible (activo – ambivalente): tienden a mostrarse como descontentos y pesimistas, se muestran con un comportamiento impredecible, a menudo puede mostrarse como extravertido y entusiasta.

2.4.2 Sentimientos y actitudes

Deterioro del auto concepto: la resolución de la identidad en el adolescente es una cuestión fundamental para establecer la capacidad de independencia, para convertirse en un miembro de grupo de iguales y desarrollar su yo sexual.

Deterioro de la autoestima: el niño tiende a verse el mismo en términos de que podría ser, con el ideal a menudo mezclado con el de sus padres.

Malestar corporal: refleja el grado de aceptación motivado por la reacción de los demás y su propio proceso de percepción, juicio, e integración de su apariencia física.

Inaceptación sexual: la efectiva transición de los adolescentes a los conocimientos sexuales no es ya una cuestión meramente de maduración y de aceptación de los padres

Sentimiento de ser diferente: la mayoría de los adolescentes pasan un primer periodo de intenso aislamiento con su grupo de iguales, seguido por un lento distanciamiento de su aceptación por los demás y la sensación de libertad para intimar con los amigos adolescentes mayores, sin embargo, los adolescentes más jóvenes con pobre autoestima se encuentran atrapados en una situación particularmente desesperada.

Intolerancia social: esta escala hace referencia al respeto por las normas sociales y derechos de los demás, siendo quizás el principio judeo – cristiano de “no hagas a los demás lo que no quieras que hagan contigo”. Es la familia la que debe inculcar, desde la más tierna infancia un comportamiento adecuado y respetuoso hacia los demás.

Clima familiar inadecuado: el foco principal de esta escala sería las relaciones del joven con su familia en la precipitación.

Desconfianza escolar: como son superados los diferentes logros escolares para el alumno y cuáles son los factores que promueven la disminución de la confianza en la escuela cuando se intenta conseguir pequeños objetivos básicos.

2.4.3 Escalas comportamentales

Inadecuado control de impulsos: hacen referencia a un mayor o menor control racional de los comportamientos impulsivos.

Disconformidad social: hace referencia a la conformidad o inconformidad con las normas y ética social que los adolescentes pueden experimentar en la sociedad.

Inadecuado rendimiento escolar: hace referencia a las diversas habilidades de comprensión, logros académicos e integración de la experiencia necesaria para el aprendizaje en el marco formal de la escuela.

Desinterés por la escuela: aprecia el interés por los aspectos académicos y el entorno escolar acompañado por profundas motivaciones psicológicas

2.5 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Hans Eysenck (1970) definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual

permite su adaptación al ambiente, definición originada a partir del orden de las fuerzas biológicas, la tipología histórica y la teoría del aprendizaje, estableciendo así la base de la personalidad compuesta por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada) (Davidoff, 1998).

Fierro (1990) define la personalidad como un conjunto de procesos psicológicos y sistemas comportamentales estrechamente relacionados entre sí. La personalidad adolescente se caracteriza por ser un periodo de transición de la infancia a la adultez, es un momento de recapitulación del pasado y de preparación para determinados temas vitales como son la identidad personal, el grupo de amigos, los valores, la sexualidad, la experimentación de nuevos roles, etc.

Para Millon (1992), la personalidad es un sistema de desarrollo (maneras de procesar la información) influido por variables biológicas y ambientales, que condicionan de forma individual la manera en que la persona se enfrenta al entorno.

Para este autor, la personalidad se puede comprender mejor como un sistema adaptativo con ámbitos estructurales y funcionales; la estructura se articula en torno a metas motivacionales, modos cognitivos y comportamientos interpersonales, constituidos por diferentes dimensiones bipolares.

2.6 RASGOS DE PERSONALIDAD

Algunas investigaciones destacan como características comunes de la personalidad adolescente las siguientes: atrevido y aventurero; idealista y optimista; liberal; crítico con la situación actual de las cosas; deseo de ser adulto, etc.

Estas características de la personalidad adolescente, se hallan en gran medida determinadas por la cultura y por los ritos de transición de la sociedad en que se vive. En nuestra sociedad es objeto a menudo de expectativas sociales contradictorias.

La impulsividad como rasgo de personalidad, se asocia al consumo dentro de la cual se distinguen dos dimensiones: a) relacionada con la dificultad para demorar la recompensa y la necesidad de un reforzamiento inmediato, que tiene una relación en el inicio temprano de consumo, y las conductas de adquisición; b) la impulsividad no planeada, asociada a una respuesta rápida, espontánea e incluso imprudente, se asocia con el mantenimiento del consumo y la presencia de psicopatologías, (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Dawe y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lassor, Herman y Anderson, 2005).

Zuckerman (1979), considera la necesidad de la búsqueda de sensaciones como la necesidad de la persona por vivir experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, asociada al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas. La misma está compuesta por cuatro dimensiones: a) Búsqueda de emociones, que supone una tendencia a implicarse en deportes y pasatiempos físicamente peligrosos; b) Búsqueda de excitación, que hace referencia a cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente; c) Desinhibición, relacionada con conductas de extraversion social; y d) Susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía (Zuckerman, 1979).

2.7 EL CONSUMO DE ALCOHOL

2.7.1 El alcohol

Podemos decir que en la actualidad el alcohol se ha convertido en uno de los riesgos más serios para la salud a nivel mundial, ya que, según el informe de la OMS, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida

ajustados a la discapacidad (AVAD perdidos) y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo en 2000. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo.

Por otro lado, para el Instituto Internacional de la familia (2012), El alcohol es la sustancia psicoactiva con consumo más generalizado en la población debido a su accesibilidad, tradición, precio, efectos conocidos, aceptación social y variedad disponible. Entonces podemos decir que el consumo de alcohol no solo tiene efectos nocivos para la salud publica si no también es el más consumido debido a su aceptación social y su accesibilidad.

Así mismo tenemos a CECA Q, 2002 citado por Jessica C. Valdez Gonzales (2005), quien considera al alcohol como un estimulante, como una bebida que despierta y activa a la persona, pero en realidad el alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). El alcohol llega al SNC a través de la sangre y los efectos comienzan a manifestarse casi de inmediato, tanto los subjetivos (la forma en que el bebedor siente que cambia su estado de ánimo y su percepción de las cosas), como los objetivos (la conducta que exhibe). Cabe mencionar que en pequeñas cantidades las bebidas con alcohol parece que estimulan, porque inhiben funciones cerebrales que se relacionan con el aprendizaje, el juicio y el control. Provoca desorganización e interrupción en el pensamiento y en la actividad motriz. Esa desinhibición inicial y la euforia que puede presentarse con pocas cantidades, han hecho creer equivocadamente que las bebidas son estimulantes.

2.7.2 TIPOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Según José Mataix Verdú (2005) se engloban bajo el término de bebidas alcohólicas todas aquéllas que contienen el alcohol etílico o etanol en su composición, siendo diversas las fuentes.

Estas pueden ser bebidas fermentadas y bebidas destiladas:

- La bebida fermentada procede de un fruto o de un grano (uva, manzana, cebada) que, por la acción de levaduras, ha sufrido una fermentación alcohólica. Durante ese proceso, la mayor parte de los azúcares se transforman en alcohol.
- A las bebidas que han sufrido fermentación alcohólica y, posteriormente, son sometidas a un proceso de destilación, se las conoce como bebidas destiladas (brandy, whisky, ron, ginebra, y licores en general) que tienen mayor contenido en alcohol que las bebidas fermentadas.

2.8 EL ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Según la Organización Mundial de la Salud citado por Rodríguez García F. D., Sanchiz Ruiz M. L. y Bisquerra Alzina R. (2012). La adolescencia es el periodo de edad comprendido entre los 10 y los 19 años, esta etapa, a su vez, se subdivide en dos grupos de edad: de 10-14 años (adolescencia temprana) y de 15-19 años (adolescencia tardía). Es así que en esta etapa se desarrollan cambios que afectan al desarrollo de las funciones del organismo, la consolidación de las relaciones con sus pares, por otro lado, implica la búsqueda constante de independencia respecto de los padres y figuras de autoridad.

la adolescencia es un periodo de “moratoria social” una especie de compás de espera en la que se sitúan los adolescentes hasta que empiezan a ejercer los roles propios de los adultos (Erickson “1968” citado por Ochaita Alderete, 2004). En este sentido podemos decir

que la adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la etapa adulta por lo que se explica la búsqueda constante de nuevas experiencias todo esto con el propósito de consolidar su personalidad, sin embargo, se debe tener en cuenta que muchas veces los adolescentes en su búsqueda de experiencias encuentran mensajes ambiguos. Por un lado, desde diversas instancias públicas y privadas se denuncian los efectos nocivos del alcohol y, por otro, se estimula el consumo con campañas publicitarias de las empresas vendedoras y distribuidoras, que a menudo incluyen términos engañosos. (Rodríguez et al 2014). Pero, el hecho de consumir alcohol no es un problema exclusivo de la adolescencia, pues corresponde a toda la población, aunque si podemos decir que el comienzo del consumo de alcohol suele producirse durante esta etapa.

Por otro lado, se puede decir que el inicio del consumo de alcohol en adolescentes puede tener varias causas una de esas causas comunes del consumo de alcohol en los adolescentes se debe a su fácil accesibilidad pese a las prohibiciones impuestas a la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad. Sin embargo, para Mena M. y Muñoz s. (2010) la causa del consumo de alcohol de un adolescente es que todo es positivo para el joven y lo que en realidad le importa al consumir alcohol es la algarabía, la euforia, mejora de ánimo, la emoción y la felicidad momentánea son para ellos motivos más que suficientes para tomar una copa.

Sin embargo, las causas sociales no son los únicos factores influyentes en el consumo de alcohol en los adolescentes para Masse y Tremblay, 1997; Lynskey et al., 1998; Wills et al., 1998; Hill et al., 2000; Kubicka et al., 2001; Kyrkcaldy et al., 2004 citados por Mestre H. et al (2012) afirman que la personalidad es uno de los factores más comúnmente asociados al consumo de alcohol, por lo que Sher y Trull (1994) citados por Mestre H. et al (2012), propusieron tres grandes agrupaciones de rasgos de personalidad en su investigación: neuroticismo/ emotividad, impulsividad/ desinhibición y extraversión/sociabilidad.

Asi mismo Kyrkcaldy, Siefen, Surall, y Bischoff, 2004 citado por Gonzálvez M. T., Espada J.P., Guillén-Riquelme A., Secades R. y Orgilés M. (2016), los adolescentes presentan características de personalidad específicas con respecto al uso de sustancias los cuales se relacionan con altos niveles de psicoticismo, mientras que para Knyazev, Slobodskaya, Kharchenko, y Wilson, 2004 tambien citado por Gonzálvez M. T (2016) el consumo de alcohol en adolescentes está relacionado con la elevada búsqueda de sensaciones, sin embargo para Kuo, Yang, Soong, y Chen, 2002 citados por Gonzalvez M.T. et al (2016). La impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el autoconcepto y la conducta antisocial son los factores de riesgo para el uso de sustancias adictivas en los adolescentes, mientras que, para Llorens et al., 2005. La impulsividad y la desinhibición son los factores más consistentemente relacionados con el comportamiento de consumo de alcohol. El rasgo extraversión/sociabilidad también está relacionado con el consumo de alcohol en adolescentes (Chassin, Flora, y King, 2004).

2.8.1 Consumo de alcohol en adolescentes mujeres

Una mujer que consume alcohol es criticada, juzgada y mayormente Estigmatizada por la sociedad, por lo que ellas se aíslan, permanece en privado ocultando de esta forma su consumo de alcohol, sintiendo culpa y vergüenza por lo que los problemas de consumo de alcohol en las mujeres siempre han sido ignorados o relegados, sin embargo debido al cambio de roles entre hombres y mujeres en la sociedad actual ha generado el incremento del uso de bebidas alcohólicas por parte de la mujer, (Pacurucu Castillo, citado por Gonzálvez M.T. 2016).

2.8.2 Consumo de alcohol en adolescentes varones

A diferencia de la mujer el consumo de alcohol en los varones es socialmente visto como algo normal, la cual debe darse de forma natural como parte de su desarrollo, sin tomar en cuenta las consecuencias que esto acarrea para el adolescente varón.

Según Gonzalves M.T. et al (2016) entre las causas del consumo de alcohol en adolescentes varones están el deseo de afirmar y expresar su identidad y demostrar que ya no es un niño y que tiene la edad suficiente para consumir alcohol, el adolescente siente la necesidad de formar un grupo para sentirse integrado socialmente. El problema es que una de las formas de conquistar esta integración es imitar las conductas de los demás jóvenes del grupo y con el alcohol se posibilita su desinhibición aumentando su seguridad y valor que lo ayuda a afrontar cualquier situación que antes no se encontraba preparado.

2.9 NIVELES DEL CONSUMO DE ALCOHOL

2.9.1 Bebedor Abstemio

Si nunca toma alcohol o sólo lo hace de vez en cuando, en circunstancias sumamente especiales y jamás se ha embriagado. Si suele consumir alcohol entre una y dos veces al año, sin beber más de una copa por ocasión. (FISAC, 2007)

2.9.2 Bebedor de Riesgo

Se considerará bebedor de riesgo aquella persona que consume gran cantidad de alcohol en poco tiempo, es decir, 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión o en un periodo corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes.

2.9.3 Bebedor Perjudicial

Consumo de alcohol que causa daño para la salud, tanto mental como física, ya sea porque el sujeto abandona sus obligaciones personales, consume en situaciones de riesgo, se

asocia a problemas legales, o porque continúa consumiendo a pesar de las consecuencias negativas que le está ocasionando.

2.9.4 Dependencia

Es un conjunto de síntomas y comportamientos que indican que el alcohol tiene un papel central en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y se ha producido una neuroadaptación.

2.10 RELACIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

Muchos de los estudios con adolescentes son especialmente importantes porque el consumo de alcohol se inicia a esta etapa. Además, se ha encontrado que el inicio temprano del alcohol se relaciona con mayor probabilidad de desarrollar dependencia en la edad adulta, así como con el mayor consumo de otro tipo de drogas (Grant y Dawson, 2000). Entonces, establecer el papel que desempeñan las variables de personalidad en los primeros contactos y en el desarrollo temprano de patrones estables de uso y abuso de alcohol puede ayudar a desarrollar programas de prevención e intervención más eficaces. (Conrod, Stewart, Pihl 2000).

Estudios demuestran que los adolescentes han descrito el clúster de desinhibición (impulsividad, búsqueda de novedad, pobre autocontrol, baja responsabilidad, etc) como el más relevante en el desarrollo del uso de alcohol y problemas derivados (King y Chassin, 2004). De acuerdo con lo anterior, el rasgo de desinhibición está presente en una variedad de trastornos como son los trastornos de conducta y el trastorno oposicionista desafiante, trastornos específicos de la infancia y adolescencia, los cuales presentan una elevada comorbilidad con el consumo de alcohol (Zernicke, Cantrell, Finn y Lucas, 2010). Estos

rasgos de desinhibición se asociarían con el desarrollo del consumo de alcohol a través de influir en las expectativas, actitudes y motivos de consumo (Urban y Demetrovics, 2008), o bien a través de facilitar la afiliación con amigos que consumen o que muestran otras actitudes antinormativas o antisociales (Bekman, Cummins y Brown, 2010).

2.11 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

2.11.1 El consumo de alcohol por adolescentes a nivel mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2014). Hizo público un nuevo informe al respecto de la situación general en el mundo en lo referente al consumo de bebidas alcohólicas. Según este informe podemos observar los siguientes datos: En 2010 el consumo de alcohol puro per cápita a nivel mundial fue de 6,2 litros entre la población mayor a 15 años. Esto indica una cifra diaria de 13,5 gramos de alcohol puro al día. El 61,7% de toda la población mundial de 15 o más años no ha probado alcohol en el último año. En todas las regiones evaluadas por la OMS se observa que la abstención de beber alcohol es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Aproximadamente el 16,0 % de los bebedores de 15 años o más reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico. Por otro lado, cuanto mayor es la riqueza económica de un país, más alcohol consume y menor es el número de la población abstemia. Como regla general, en los países con ingresos más altos se observan mayores consumos de alcohol per cápita.

Putassi M.R. (2013). Afirma que el consumo de alcohol durante la etapa de los 12 a los 24 años es casi normativo en la mayoría de las culturales occidentales. Fuentes-Almendras y cols., 1999 citados por Putassi M.R. (2013). Refieren que hacia el final de la escuela secundaria aproximadamente el 70% de los adolescentes de EEUU o España han tenido episodios de consumo de alcohol. Por otra parte, en países asiáticos es la población

adolescente de 18-19 años la que más alcohol consume (Zhang y cols., 2008 citados por Putassi M.R. (2013).

Según la secretaría de salud México (2016). El 63% de la población identificada como consumidora de alcohol, son adolescentes y jóvenes de entre 12 y 24 años de edad. El inicio del consumo de alcohol tiene diversas causas, principalmente la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

Para la OMS y la Organización Panamericana de la salud (2014). El nivel de consumo se mantiene estable en los últimos cinco años en Europa, así como en África y América, aunque se han registrado incrementos en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental.

2.11.2 El consumo de alcohol por adolescentes en América

Según la OMS (2014) América ocupa el segundo lugar de consumo de alcohol después de Europa, También tiene la segunda tasa más alta de consumo episódico de alcohol (después de Europa), así mismo la OMS indica que en América Latina, el primer lugar de consumo de alcohol lo ocupa Chile con el 9.6 litros per cápita.

Así mismo la OMS Y la Organización Panamericana de la Salud (2015). Afirman que, en promedio, las personas en América consumen 8,4 litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca al continente en segundo lugar después de Europa, donde las personas consumen 10,9 litros por año. Por otra parte, el 22% de los bebedores en América tiene consumos episódicos fuertes de alcohol (por ejemplo, consumiendo seis bebidas estándar en una sola ocasión, una vez por mes o más). En promedio, en el mundo un 16% de los bebedores consumen alcohol de esta manera. Así mismo encontraron que la bebida

alcohólica con más consumo es la cerveza representando un 55,3% del total del alcohol consumido.

sin embargo el vino representa un noveno del total del consumo del alcohol en América, debido mayormente a su alto consumo en Argentina y Chile. Los países con las tasas más altas de consumo de alcohol per cápita y anuales en América son: Granada (12,5 litros), Saint Lucia (10,4), Canadá (10,2), Chile (9,6), Argentina (9,3), y Estados Unidos (9,2). Los países de las Américas con el consumo per cápita más bajo son: El Salvador (3,2 litros por año), Guatemala (3,8), Honduras (4), Jamaica (4,9), Nicaragua (5) y Cuba (5,2). Sin embargo, según un reciente estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS para las Américas, El Salvador, Guatemala y Nicaragua, seguidos por Brasil, México y Cuba, tienen las tasas más altas de mortalidad por causas atribuibles al alcohol, lo cual refleja los patrones nocivos de consumo. América y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes (15 a 19 años) que beben alcohol, con el 53% y el 70% respectivamente, que admiten ser consumidores actualmente. América tiene la prevalencia más alta de desórdenes por el uso de alcohol entre mujeres, con un estimado de 12,6% de niñas y mujeres afectadas.

En México los datos reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) menciona un incremento en el índice de consumo de los adolescentes; de 27% en 1998 a 35% en 2002 por parte de los hombres y de 18% a 25% en el caso de las mujeres respectivamente. (González Beristain J., Hernández Cruz L.S., Bravo Yeo L. Á. y López Ariza M. F. 2012). Por otro lado, Ruiz y L. Cortaza-Ramírez 2016. Encontraron que el 59.3% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida y el 43.5% en el último año. La media de edad en que se inicia a consumir es a los 11.5 años. El número de bebidas estándar consumidas en promedio fue de 3.1 copas. Los lugares predilectos para el consumo son las fiestas (26.6%), y el 25.4% refiere consumir con familiares. Con relación al patrón

de consumo, el 79.6% presenta consumo de bajo riesgo, el 18.5% tiene un consumo de riesgo y el 1.9% perjudicial. Se encontró, además, que los jóvenes que reportaron consumo de bebidas alcohólicas tenían padres consumidores.

En Argentina se reportó que el 79.1% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 72.9% lo ha hecho en el último año y el 57% ha bebido en el último mes. Respecto al nivel de ingesta el 25.5% muestra episodios de consumo excesivo y 24.1% riesgoso, comportamiento que se da con mayor incidencia en quienes trabajan, hombres solteros y que han concluido la secundaria. Particularmente, en México al igual que en el resto del mundo, el alcohol es la droga de mayor consumo. Los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011) revelan que el 71% de la población mexicana lo utiliza, situándolo como la droga de mayor preferencia en el mercado, con mayor prevalencia de uso en hombres (80.6%) que en mujeres (62.6%) (Putassi M.R. 2013).

Por otro lado, la OEA (2015) citado por CEDRO (2013) encontró que la prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de secundaria en el continente oscila entre un 20 por ciento y un 70 %, según la investigación y más de la mitad de los estudiantes de secundaria en Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam y Uruguay consumieron alcohol durante el último año pero en Bahamas, Belice, Canadá, Estados Unidos, Jamaica, San Cristóbal y las Nieves y Trinidad y Tobago la prevalencia osciló entre un 40 % y 50 %, mientras que las tasas de consumo más bajas, de un 20 % o inferiores, se observaron en Ecuador, El Salvador y Venezuela.

2.11.3 El consumo de alcohol por adolescentes en Perú

Según el Ministerio de salud (2017). La prevalencia del consumo de alcohol, en la población urbana del Perú, casi no ha sufrido cambios entre el 2015 y el 2016, de 87.8% a

86.2%, si bien se observa una ligera disminución en población de 12 a 18 años desde 62.7% a 59.7%, así como en los jóvenes de 19 a 24 años, desde 92.7% a 87.3%.

Sin embargo, para el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM) citado por el Ministerio de Salud (2017), en promedio la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes de las áreas urbanas del país era de 62.2%, cifra similar a la señalada por la encuesta de CEDRO de 2013, mientras que en las áreas rurales se encontraba en 51.3%, una diferencia de 10.9 puntos porcentuales respecto de la urbana. Por otra parte, encontraron que la prevalencia del consumo de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres en todos los ámbitos estudiados por el INSM, siendo el promedio de 60.9% para los hombres y 50.2% para las mujeres. En el área urbana el promedio de la prevalencia en hombres fue de 65.2% y 55.2% mientras que, para las mujeres, fueron de 59.2% y 38.3%. Es posible que la mayor prevalencia en los varones de las áreas urbanas se deba a una mayor facilidad en el acceso a las bebidas alcohólicas en las ciudades, así como a la mayor presión psicológica y social de su entorno.

La edad de inicio de consumo de alcohol en el país es bastante precoz, de acuerdo a los estudios del INSM, el promedio en las diferentes regiones era de 12,6 años variando desde 11,9 años en la sierra urbana a 13,1 en Lima y Callao.

Tabla N° 15. Prevalencia de consumo de alcohol y conductas vinculadas a abuso de alcohol entre adolescentes de 12 a 17 años, por regiones y ámbito urbano/rural

Prevalencia	Urbana				Rural		
	Sierra (2003)	Selva (2004)	Costa (2006)	LM ^(*) (2012)	Sierra (2008)	Selva (2009)	Lima (2007)
De vida de consumo de alcohol	66.4	68.1	53.4	60.8	47.3	51.7	54.9
Anual de consumo de alcohol	14.2	16.0	21.7	11.2	6.5	9.9	11.5
Mensual de consumo de alcohol	2.2	1.5	2.5	2.7	1.3	2.5	2.4
Actual de al menos una conducta vinculada al abuso de alcohol	27.4	16.4	10.8	17.3	7.4	9.7	11.4

(*) Lima Metropolitana (Provincias de Lima y Callao).

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental. Anales de Salud Mental. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

DEVIDA (2013) citado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años.

La OMS (2014) citado por Fundación Universia (2014), reveló que Perú es el sexto consumidor de alcohol en América Latina con 8,9 litros per cápita en personas con más de 15 años, así mismo advirtió que en el Perú hay 75 mil alcohólicos de entre 14 y 25 años, según datos de Cedro.



Justamente, este es un problema que genera preocupación en el Perú, donde 75 mil jóvenes de entre 14 y 25 años tienen problemas con el alcohol. Según Milton Rojas citado por Universia (2014), especialista del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (Cedro), los jóvenes peruanos suelen comenzar a usar estas sustancias a los 13 años y alcanzan su época de mayor consumo entre los 25 y los 30 años, el experto señaló también que la ingesta de alcohol ha aumentado en los últimos 4 años en ciudades como Cuzco, Lima y Tingo María, entre otras. Por su parte, el informe de la OMS señaló que los licores que más se consumen en el Perú son cerveza (46.8% del total de alcohol que se bebe anualmente), seguido de diversas bebidas espirituosas (47.1%) y del vino (6.1%).

2.11.4 El consumo de alcohol por adolescentes en Arequipa

Según DEVIDA citado por Condori J. (2014), Arequipa es la segunda ciudad a nivel nacional con mayor incidencia en el consumo de alcohol en adolescentes, el estudio también detalló que la edad de inicio de consumo de drogas legales como el alcohol, es los 13.5 años, lo que significa que existen niños que ya se han iniciado en esta droga, pero aún no se puede hablar de alcoholismo en adolescentes.

Paz Garay, M.M. Y Soto Iturriaga, R. Y. (2014), encontraron que en Arequipa el 68.92 % de adolescentes alguna vez consumió alcohol, y el 23.42 % tienen un consumo de alcohol de riesgo, perjudicial o dependencia, esto generalmente debido, al factor social, es decir la presión de pares encontraron que, el 44.14 % se sintió presionado por sus amigos para consumir bebidas alcohólicas y el 36.94 % consumió bebidas alcohólicas porque sus amigos también lo hacían. Sin embargo, no solo la presión social es factor fundamental para el consumo de alcohol en adolescentes si no también publicidad ya que encontraron que, el 72.07 % miran anuncios publicitarios relacionados al alcohol, el 61.71 % creen que estos son excesivos y el 18.92% indica que estos anuncios publicitarios los incentivan a consumir bebidas alcohólicas. Por último, también es un factor determinante la facilidad para la obtención de bebidas alcohólicas pese a las leyes que prohíben su venta a menores de edad, el 51.80 % refiere que los precios de las bebidas alcohólicas son accesibles, el 53.15 % indica que es fácil juntar dinero para comprarlas y al 35.14 % de los adolescentes les venden fácilmente las bebidas alcohólicas.

Por otro lado, la Universidad Católica de Santa María (2018), reveló que en Arequipa el consumo de alcohol y tabaco (drogas legales), (DEVIDA) citado por UCSM (2018), reveló que de los adolescentes que ingresan al primer año de secundaria, el 16.8% consumió drogas legales (alcohol y/o tabaco) y 1.5% drogas ilegales (marihuana, pasta básica de

cocaína, éxtasis, entre otros). En el segundo grado, la cifra aumenta a 18.6% en drogas legales y 3.7% en drogas ilegales. En quinto año el consumo de drogas legales alcanza el 54.7% y el 8.2% en drogas ilegales.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO, DISEÑO Y METODO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca dentro del paradigma cuantitativo, de tipo descriptivo - correlacional. Es descriptivo porque se describe la personalidad adolescente y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas; y correlacional debido a que se determina el grado de relación existente entre la personalidad adolescente y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes estudiantes de nivel secundario – público del distrito de Tiabaya.

3.1.2 Diseño

El diseño utilizado en el estudio es: no experimental, transaccional descriptivo de tipo correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). No experimental debido a que

no se manipularon las variables, ni se usaron grupos experimentales ni de control; transaccional, porque la evaluación se realizó en un tiempo determinado y no de forma continua; descriptivo porque se identificó las principales características de las variables, y correlacional, debido a que se estableció el grado de relación presente entre los tipos de personalidad y el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes.

3.1.3 Metodo de Investigacion

El método que ha sido utilizado en el presente estudio, es el método científico, puesto que se ha utilizado una secuencia estándar de pasos para formular y contestar una pregunta de investigación (Salkind, 1999 citado por Huayta Chambi Cristhian Berly 2017). Asimismo, la investigación ha sido realizada bajo el enfoque cuantitativo de investigación, el cual usa la recolección de datos para probar una hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, y así establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

3.2 SUJETOS

3.2.1 Población

La población con la que se realizó la investigación fueron estudiantes de 3ero, 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas públicas del distrito de Tiabaya, siendo en total tres las instituciones educativas públicas del nivel secundario (I.E. Carlos José Echavarry Osacar, I.E. Francisco Mostajo e I.E. Franklin Roosevelt). Los estudiantes en total son 358 de los cuales se seleccionó la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

I.E GRADO	I.E. Carlos José Echavarry Osacar	I.E. Francisco Mostajo	I.E. Franklin Roosevelt	TOTAL
TERCERO	44	41	43	128
CUARTO	26	53	43	122
QUINTO	34	30	44	108
TOTAL	104	124	130	358

3.2.2 Muestra

La muestra fue escogida a través de un muestreo no probabilístico-intencional, está conformada por 120 alumnos del 3ero, 4to y 5to grado de nivel secundario de entre los 13 a 18 años.

3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.2.3.1 criterios de inclusión

- Alumnos de instituciones educativas nacionales de nivel secundario del distrito de Tiabaya.
- Alumnos de 13 a 18 años.
- Alumnos que tengan la predisposición de ser evaluados.
-

3.2.3.2 Criterios de exclusión

- Alumnos de nivel secundario de instituciones educativas privadas.
- Alumnos que no terminen el proceso o que no concluyan todo el proceso de evaluación.
- Alumnos que se rehúsen a participar en la evaluación.

- Alumnos que invaliden pruebas

3.3 INSTRUMENTOS

Para medir las variables de esta investigación se utilizaron instrumentos psicométricos, tales como Inventario De Personalidad Para Jóvenes De Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I) y la encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC), que describe las características del consumo e identifica los tipos de bebedores.

3.3.1 Inventario de personalidad para jóvenes de Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I)

Nombre: Inventario De Personalidad Para Jóvenes De Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I).

Autor: Theodore Millon (1977, 1982, 1983, 1987).

Aplicación: Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Personas de 13 a 18 años.

Tiempo de aplicación: No hay un tiempo límite. Aproximadamente de 20 minutos.

Finalidad: El principal objetivo del MAPI fue construir un cuestionario con suficientes ítems para evaluar y sacar a la luz fielmente una variedad de rasgos de personalidad, aspectos psicológicos y comportamiento problemático, siendo lo suficientemente breve como para fomentar el uso de los ambientes escolares y clínico.

Descripción:

Inventario De Personalidad Para Jóvenes De Th. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I). fue construido específicamente con una población adolescente, compuesto por 150 ítems y 36 escalas, los ítems del cuestionario fueron presentados en un lenguaje utilizado por los mismos jóvenes, su objetivo principal es identificar una variedad de rasgos de la personalidad, aspectos psicológicos y comportamiento problemático.

El nivel de lectura y vocabulario es el apropiado para realizar una lectura comprensiva en la mayoría de los adolescentes. Los ítems del cuestionario se encuentran adaptados para ser debidamente comprendidos teniendo un nivel de lectura propio de finales de la Primaria.

Normas de aplicación:

El administrador de la prueba debe de estar entrenado suficientemente con esta prueba y tener la experiencia suficiente en la aplicación de este tipo de test. De ello va a depender fundamentalmente la fiabilidad y validez de la prueba. Para ello es necesario obtener el grado de preparación adecuado en Psicología y tener los conocimientos básicos acerca de evaluación de la personalidad del adolescente.

El MAPI contiene 23 Escalas que en su totalidad se encuentran divididas en cuatro grupos: Escalas de validez de la prueba (3), Estilos básicos de personalidad (8), Sentimientos y actitudes (8) y Escalas comportamentales (4).

A. Escalas de validez

- Índice de fiabilidad
- Índice de validez
- Índice de incoherencia

B. Estilos básicos de personalidad

- Introversión
- Inhibido (activo - retraído).
- Cooperativo (pasivo – dependiente)
- Sociable (activo – dependiente).
- Seguro (pasivo – independiente)
- Violento (activo – independiente)
- Respetuoso (pasivo ambivalente):
- Sensible (activo – ambivalente)

C. Sentimientos y actitudes

- Deterioro del auto concepto (A)
- Deterioro de la autoestima (B)
- Malestar corporal (C)
- Inaceptación sexual (D)
- Sentimiento de ser diferente (E)
- Intolerancia social (F)
- Clima familiar inadecuado (G)
- Desconfianza escolar (H)

D. Escalas comportamentales

- Inadecuado control de impulsos (SS)
- Disconformidad social (TT)
- Inadecuado rendimiento escolar (UU)

- Desinterés por la escuela (WW)

Valides y confiabilidad

Estas escalas intentan apreciar la validez de la prueba para que podamos estar seguro de que los resultados que vamos a obtener e interpretar sean fiables. Esencialmente consta de tres escalas: Fiabilidad, Validez e Incoherencia. Pero no obstante es necesario tener en cuenta el número de ítems que el sujeto ha dejado sin contestar y también aquellas "dobles marcas", en las que el sujeto ha contestado ambas posibilidades de respuestas al mismo ítem. Así, estas Escalas de validez de la prueba se expresan de la manera siguiente:

Recuento de las preguntas dejadas en blanco y "dobles marcas": Si su número es 12: rechace la prueba, no prosiga.

- Índice de Fiabilidad (mediante plantilla o corrección mecanizada): + Si la puntuación directa es 2: la prueba no es fiable. No prosiga. + Si la puntuación directa es =1: su fiabilidad es cuestionable, aunque puede proseguir. + Si la puntuación directa es = 0: su fiabilidad es aceptable. Puede proseguir.
- Índice de Validez: (mediante plantilla o corrección mecanizada): + Si la puntuación directa es 2: la prueba no es fiable. No prosiga + Si la puntuación directa es =1: su fiabilidad es cuestionable, aunque puede proseguir. + Si la puntuación directa es = 0: su fiabilidad es aceptable. Puede proseguir.

Índice de Incoherencia: (mediante plantilla o corrección mecanizada). Esta escala ha sido introducida en la adaptación castellana de la prueba rigiéndose por el criterio de la coherencia entre pares de ítems. Para ello se han seleccionado 16 pares de ítems con la misma o contraria dirección de su respuesta a "Verdadero" o "Falso". Su puntuación significativa

se encuentra referidas por las puntuaciones típicas en los baremos correspondientes a las edades y sexos respectivos

3.3.2 AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

Nombre: AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)

Autor: Thomas F. Babor John C. Higgins-Biddle John B. Saunders Maristela G. Monteiro 1982

Aplicación: Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Personas con un nivel de instrucción a partir del 6to grado de primaria.

Duración: No hay un tiempo límite. Aproximadamente de 5 a 10 min.

Descripción:

El AUDIT está constituido por 10 ítems, basados en los criterios del CIE-10 para detectar el consumo de alcohol, describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve.

Originalmente fue diseñado de manera de integrar preguntas que abarquen los ámbitos conceptuales del consumo de alcohol, la conducta de consumo (dependencia) y los problemas relacionados con el alcohol, con el objetivo de realizar un diagnóstico de riesgo en la comunidad, siendo herramienta útil para el equipo de salud de atención primaria.

Normas de aplicación y corrección:

Este test ha demostrado tener sensibilidad (S) y especificidad (E) equivalentes al AUDIT completo para detectar el beber de riesgo en usuarios. En hombres la mejor puntuación de corte es 5 (S 92% y E 74%) y en mujeres es 4 (S 91% y E 68%)

Respecto de la clasificación en base al puntaje, la OMS recomienda cuatro zonas, las que se asocian a intervenciones que se pueden realizar con los individuos de acuerdo al riesgo, la zona I (< 8 pts.) corresponde al bajo riesgo o abstinencia donde solamente es necesaria una educación referente al alcohol; la Zona II (8 - 15 pts.) hace referencia al consumo por sobre el bajo riesgo recomendando el consejo simple, la zona III (16 - 19 pts.) se aborda como consumo de riesgo y perjudicial mediante consejo simple, terapia breve y monitorización continua, y la zona IV (20 - 40 pts.), posible dependencia al alcohol, existe derivación al especialista para evaluación diagnóstica y tratamiento (10).

No problemas relacionados con el alcohol: < 0-7 puntos (hombres), <0-5 (mujeres)

Bebedor de riesgo: 8 – 12 puntos (hombres), 6-12 puntos (mujeres)

Problemas físicos- psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica: 13-40 (hombres y mujeres)

Validez y confiabilidad:

Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Que una vez completado el test se suma los puntos obtenidos según la respuesta.

La validez se estableció a partir de la participación de tres jueces expertos quienes mencionaron que los instrumentos son aplicables.

Validación de juicio de expertos del Cuestionario de consumo de alcohol

(Br. Haydee Hormecinda Iriarte Aguilar, 2016)

Nº	Experto	Veredicto
1	Dr. Richard Antón Gallegos	Aplicable
2	Dr. Carlos De La Cruz Valdiviano	Aplicable
3	Mg. Irma Antonieta Zarate Lesama	Aplicable

Así mismo según Kerlinger (1992) citado por Br. Haydee Hormecinda Iriarte Aguilar (2016), el criterio de confiabilidad del instrumento, se determina por el Coeficiente de Alfa Cronbach; que es aplicable a escalas de varios valores posibles. Los valores de la confiabilidad están dados por los siguientes valores:

No es confiable (-1 a 0), baja confiabilidad (0,001 a 0,46), moderada confiabilidad (0,5 a 0,75), fuerte confiabilidad (0,76 a 0,89) y alta confiabilidad (0,9 a 1).

Coeficiente de confiabilidad del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol

Cuestionario total	Alfa de cronbach	Nº de elementos
AUDIT	0,873	10

3.4 PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

Para la realización de la siguiente investigación se procedió a presentar una solicitud de ingreso, dirigida a los directores de las diferentes instituciones educativas públicas del nivel secundario de Tiabaya, para la autorización del ingreso a las instituciones educativas que dirigen.

Se coordinó con los docentes del área de tutoría los días y horarios, para la aplicación adecuada de los instrumentos de evaluación; la población estudiantil recibió en cada una de

sus aulas correspondientes al área de tutoría, las instrucciones y el material oportuno, Luego, se procedió con la aplicación del primer instrumento Inventory de personalidad para jóvenes de Th. (Millón Adolescente Personality Inventory, M.A.P.I), que se administró de forma grupal; mientras que el segundo instrumento, AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol)), se evaluó de forma individual y su calificación es de formato tipo Likert.

Seguidamente se procedió a basear los datos obtenidos de ambas pruebas con el siguiente sistema estadístico: Chi- cuadrado de Pearson, con la finalidad de demostrar la relación existente entre los rasgos de personalidad y el consumo de alcohol en los adolescentes, por otro lado, se usó alfa de Cronbach para demostrar la validez y confiabilidad de los resultados del segundo instrumento. Realizando cuidadosamente las correcciones y análisis de los resultados, finalmente se plantearon las conclusiones y recomendaciones del caso.

CAPÍTULO IV

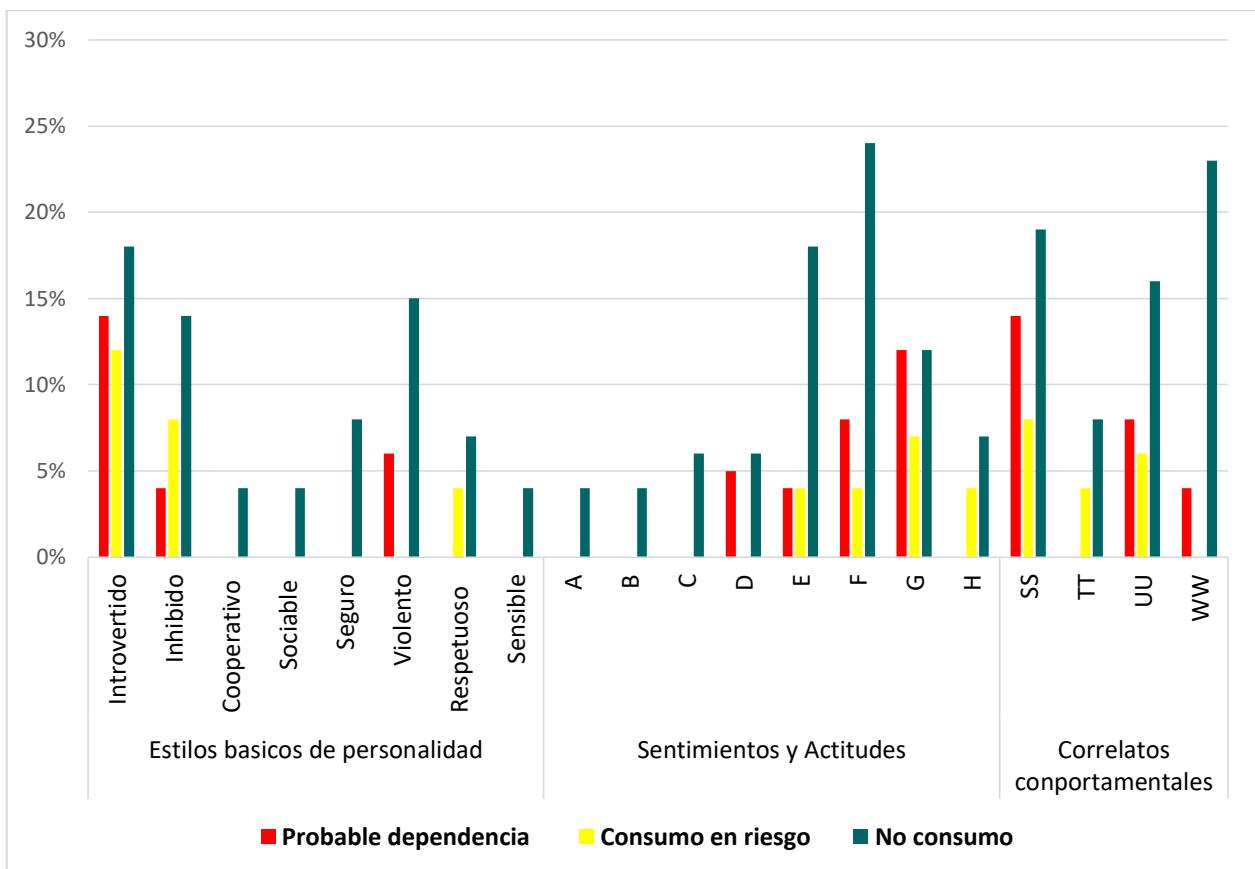
RESULTADOS

Para el análisis de resultados se contó con un total de 120 estudiantes, que cumplen los estándares y requisitos impuestos por las pruebas seleccionadas, además teniendo en cuenta los criterios de inclusión, está conformado por 58 varones que representa un (48 %) y 62 mujeres representa el (52 %) de la muestra, edades de entre 13 y 18 años, siendo los de 15 años la mayor cantidad de la muestra (36), seguidamente los de 16 años (34) y la menor muestra los de 18 años (4).

Los resultados obtenidos de ambas pruebas fueron codificadas a través de los procedimientos estadísticos, Chi-cuadrado de Pearson. Para confiabilidad de la prueba del AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol), se utilizó el Alfa de Cronbach, el número de casos analizados fueron de 120, en los cuales se analizó 10 elementos del cuestionario estructurados en una escala Likert que tuvieron como indicador alfa muy aceptable de 0.847, por tanto, se puede proseguir con el desarrollo de los objetivos planteados.

La prueba de M.A.P.I (inventarios de personalidad para jóvenes de Th. Millon) determina cumplir con tres escalas de validez específicos, estas son fiabilidad, validez e incoherencia para considerar y proseguir con la interpretación de los resultados, solo se consideró a los sujetos que cumplan con los tres aspectos de la prueba, no se consideró a los sujetos que cumplan uno o dos escalas de validez.

Gráfico 1: Personalidad adolescente y su relación con el consumo de alcohol.

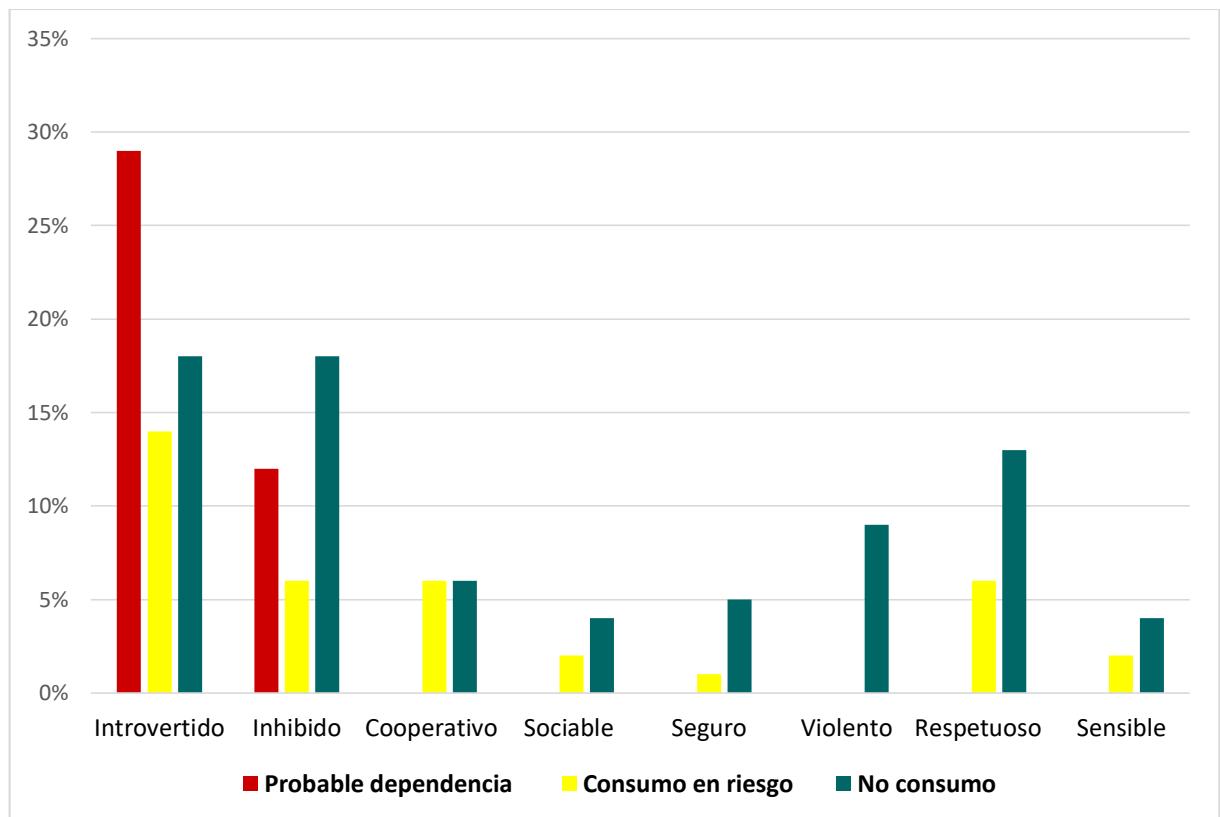


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “estilos de personalidad”, “sentimientos y actitudes”, “correlatos comportamentales” y consumo de alcohol ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.03). En la tabla se observa que los **estilos de personalidad** “introvertido” 14 %, seguido de “inhibido” 5% y “violento” 7%; **en sentimientos y actitudes** “clima familiar inadecuado” 12% seguido de “intolerancia social” 8% y **correlatos comportamentales** “inadecuado control de impulsos” 14% y “inadecuado rendimiento escolar” 8%, son los rasgos de personalidad del total de la muestra que presentan una relación con probable dependencia alcohólica.

Gráfico 2: Estilos básicos de personalidad en varones y su relación con el consumo de alcohol.

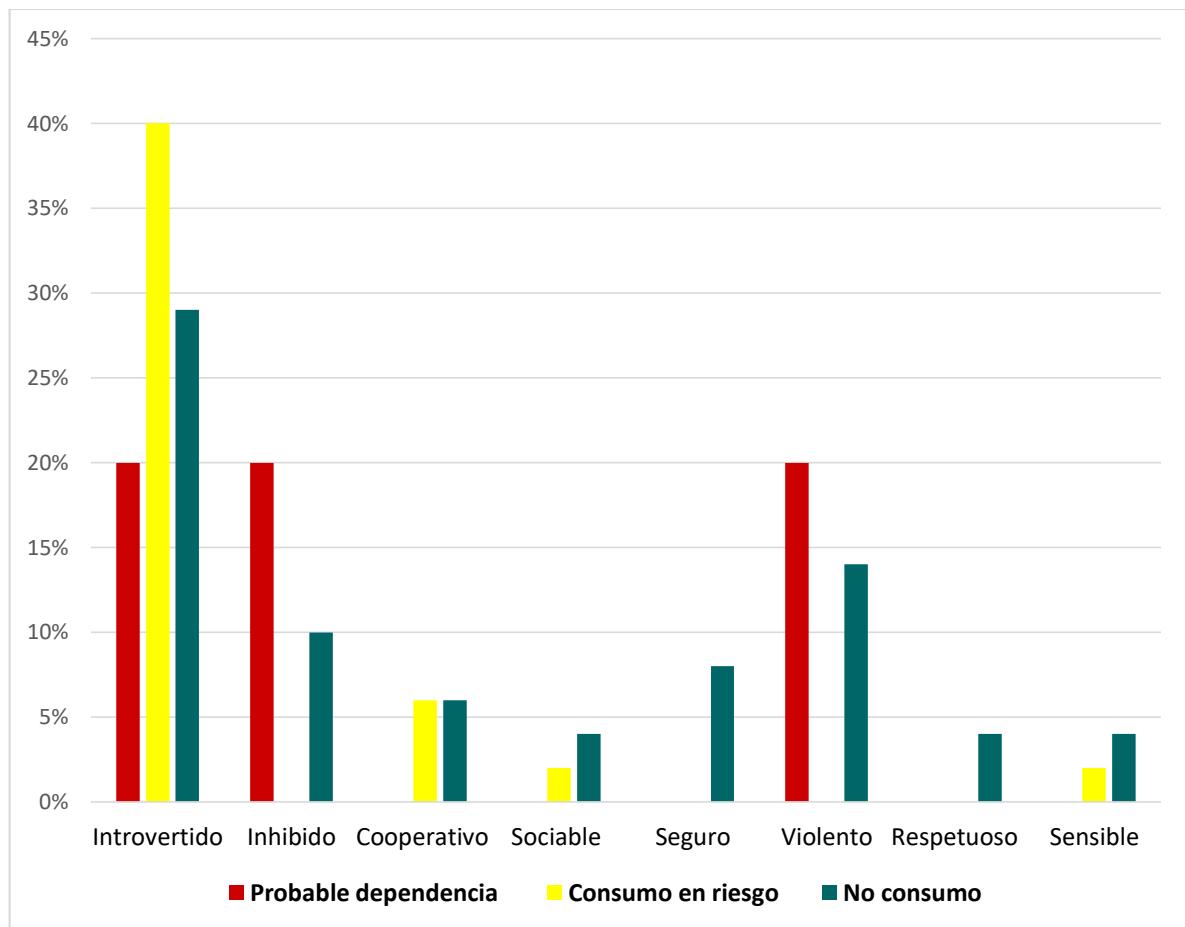


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre los estilos de personalidad y consumo de alcohol en varones ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.03). El cuadro grafico del género masculino se observa que los estilos de personalidad “introvertido” en 27 %, “inhibido” 12 % son considerados bebedores con probable dependencia alcohólica; y bebedores en riesgo se encuentra los estilos de personalidad “introvertido” con 13%, “inhibido” 6%, “cooperativo” 7 %, siendo estos los porcentajes significativos.

Gráfico 3: Estilos básicos de personalidad en mujeres y su relación con el consumo de alcohol.

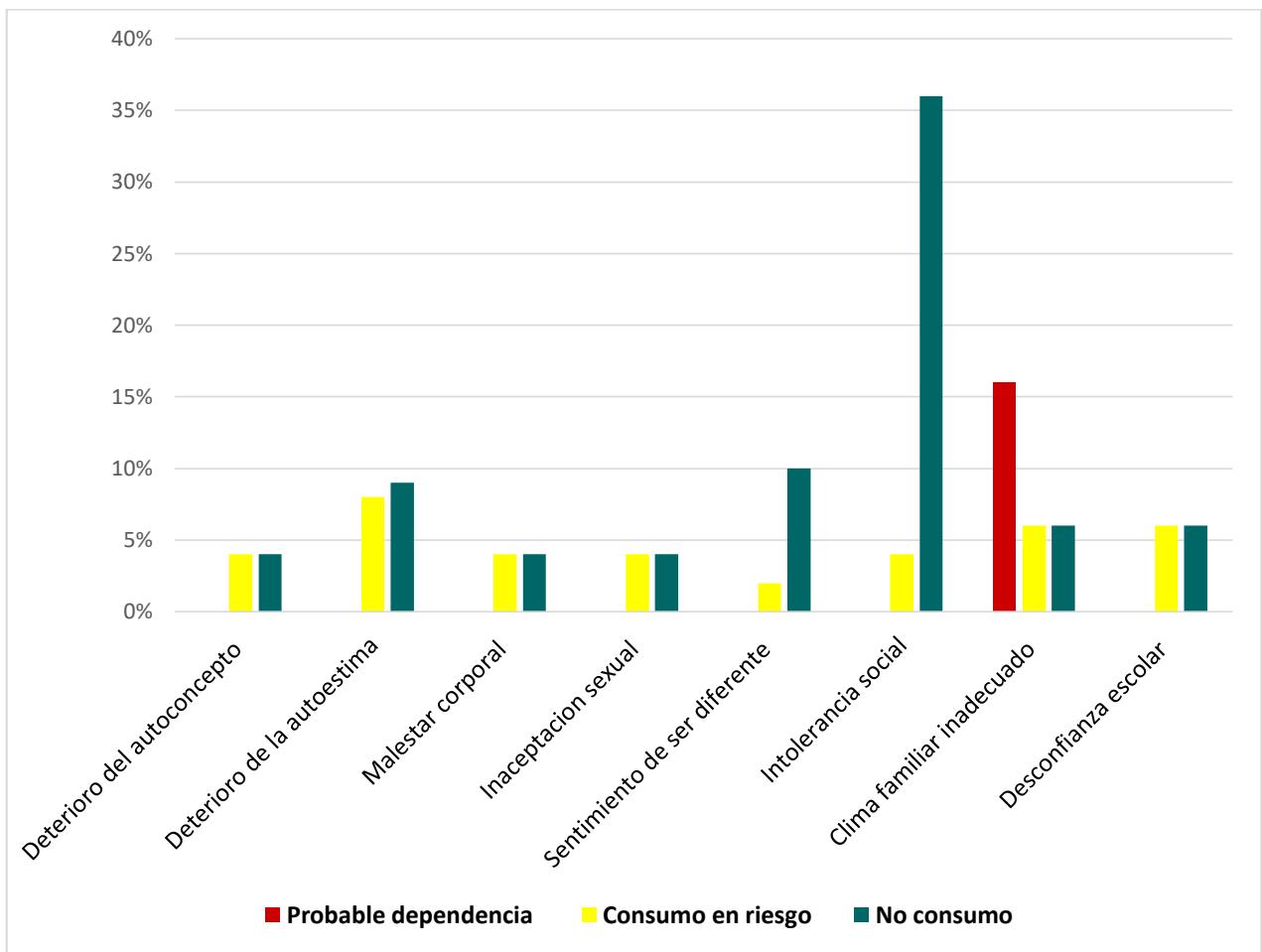


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre los estilos de personalidad y consumo de alcohol en mujeres ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.05). La tabla muestra que las mujeres con estilos de personalidad, “inhibido” 20%, “introvertido” 20% y “violento” 20% poseen **probable dependencia alcohólica**, los estilos de personalidad que se considerados **bebedores en riesgo** se encuentra el “introvertido” 35% con mayor significancia.

Gráfico 4: Sentimientos y actitudes en varones y su relación con el consumo de alcohol.

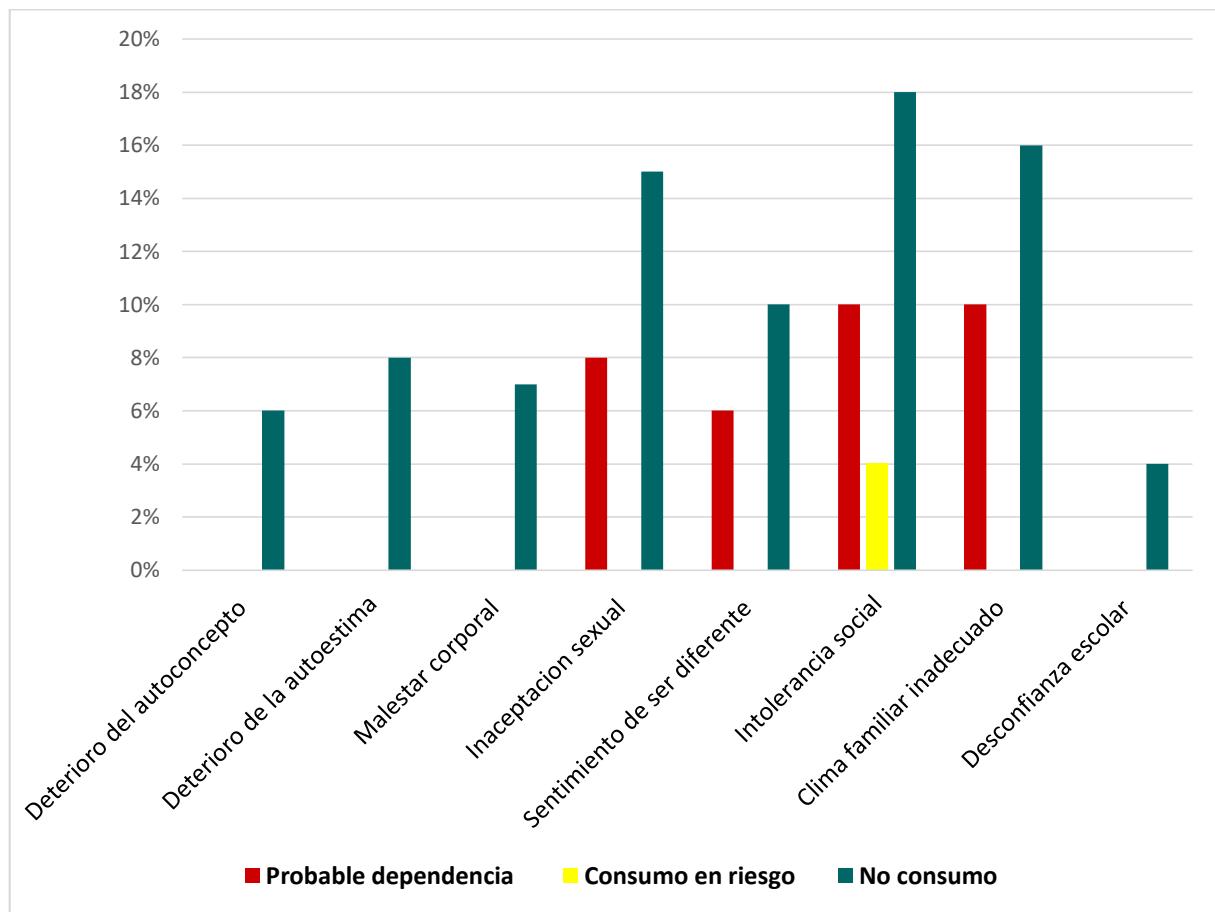


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “sentimientos y actitudes” y consumo de alcohol en varones ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.00). El cuadro muestra que varones con “clima familiar inadecuado” 16% poseen probable **dependencia alcohólica**; y varones con “clima familiar inadecuado” 6%, “desconfianza escolar” 6%, “deterioro de la autoestima” 7% son considerados **bebedores en riesgo** en el consumo de alcohol.

Gráfico 5: Sentimientos y actitudes en mujeres y su relación con el consumo de alcohol.

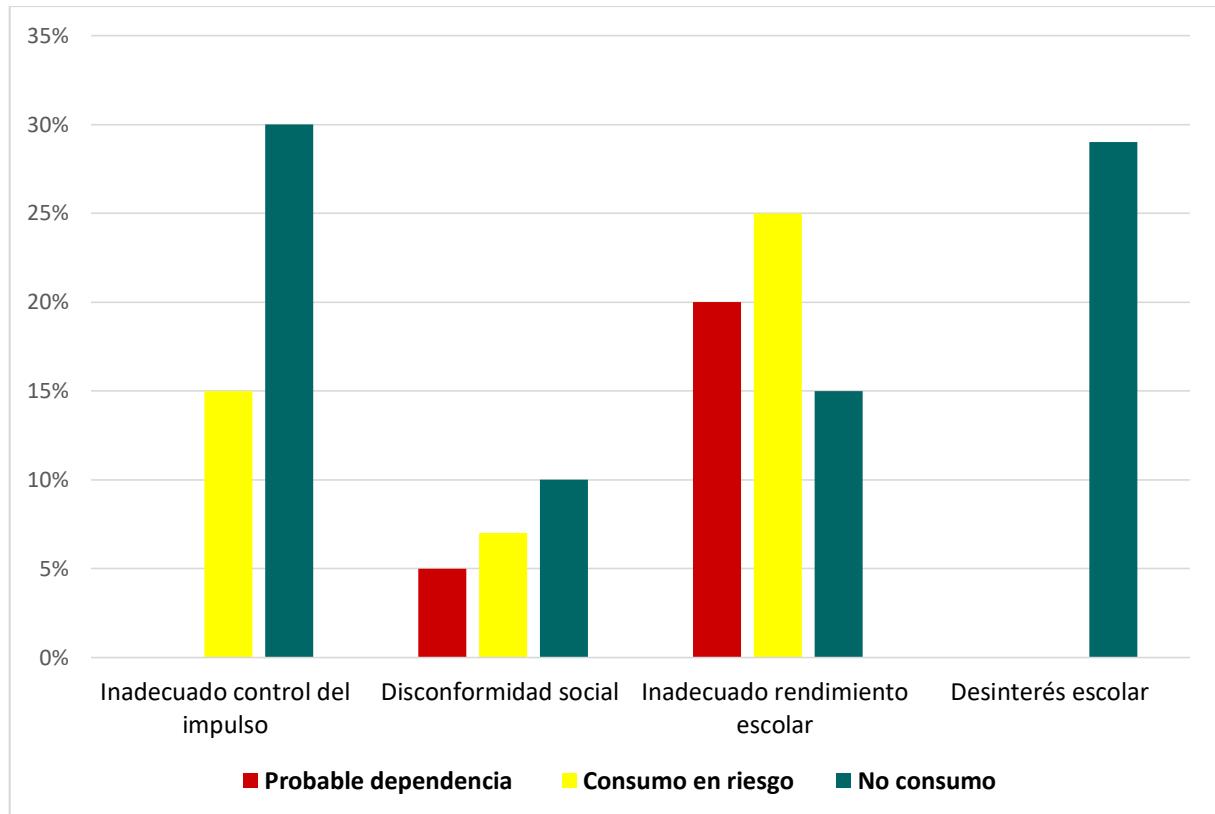


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “sentimientos y actitudes” y consumo de alcohol en mujeres ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.05). En la tabla se observa que las mujeres con sentimientos y actitudes de “intolerancia social” 10%, clima familiar inadecuado 10% “Inaceptación Sexual” 8 % poseen probable **dependencia alcohólica**; los sentimientos y actitudes relacionadas al consumo del alcohol **de riesgo** “intolerancia social” 4%.

Gráfico 6: Correlatos comportamentales en varones y su relación con el consumo del alcohol.

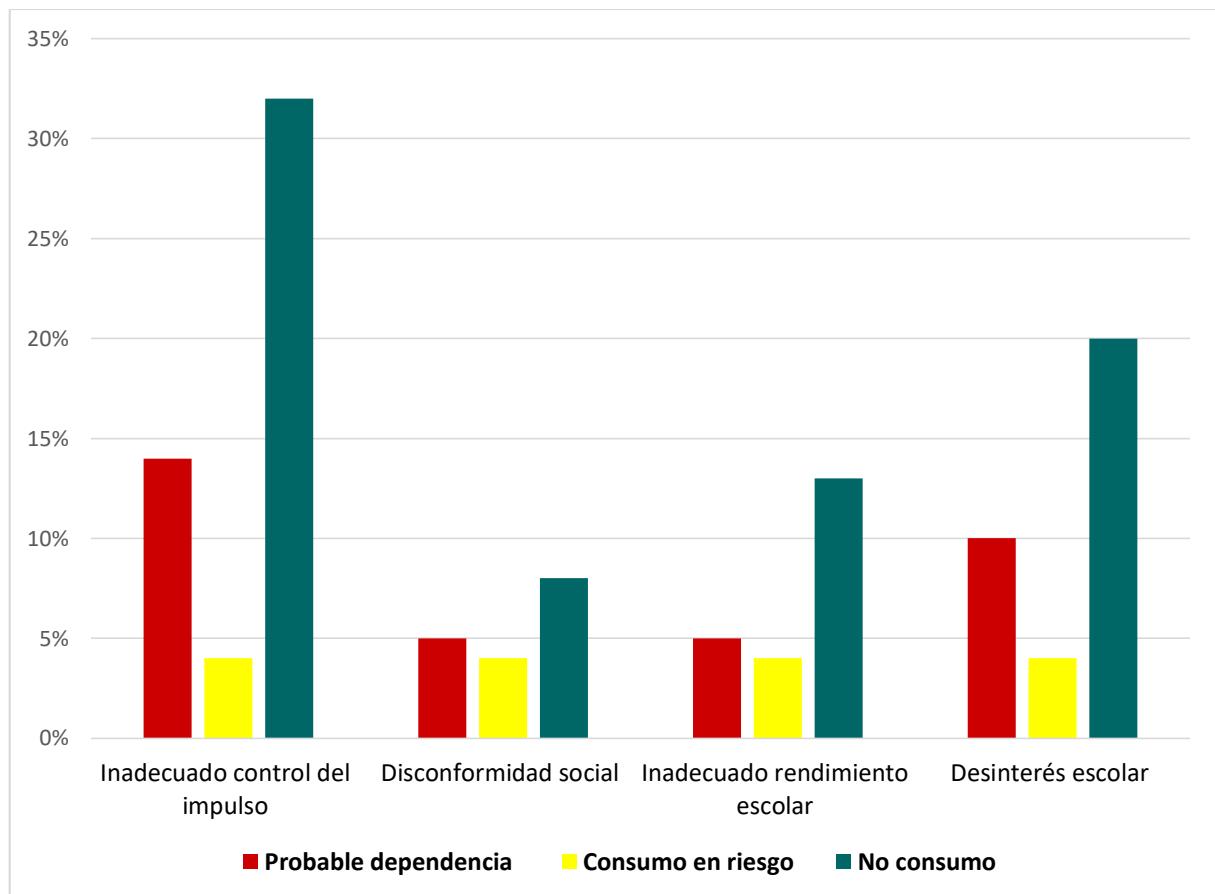


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “correlatos comportamentales” y consumo de alcohol en varones ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.00). El cuadro muestra que los varones un “inadecuado rendimiento escolar” 20%, poseen probable **dependencia alcohólica**; y varones considerados **bebedores en riesgo** presentan los siguientes correlatos comportamentales “inadecuado rendimiento escolar 25 %, “inadecuado control de impulsos” 15%, disconformidad social 7%.

Gráfico 7: Correlatos comportamentales en mujeres y su relación con el consumo del alcohol.

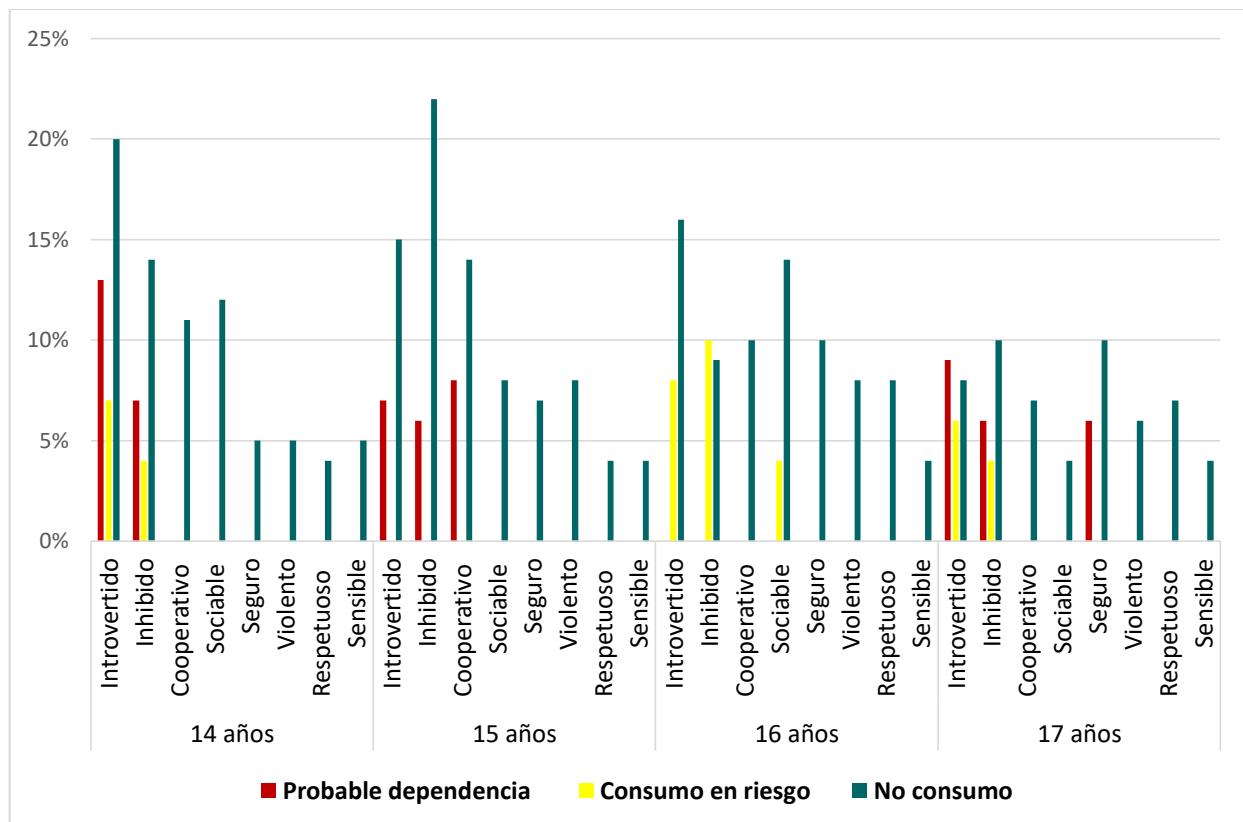


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “correlatos comportamentales” y consumo de alcohol en mujeres ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5% (0.07). El cuadro muestra que las mujeres con “inadecuado control de impulsos, 14% “desconformidad social” 10% son consideradas con **probable dependencia alcohólica**; cabe mencionar que los correlatos comportamentales en damas que identifican **bebedores en riesgo** en el consumo de alcohol son “inadecuado control de impulsos” 4%, “disconformidad social” 4%.

Gráfico 8: Estilos básicos de personalidad según edad y su relación con el consumo del alcohol.

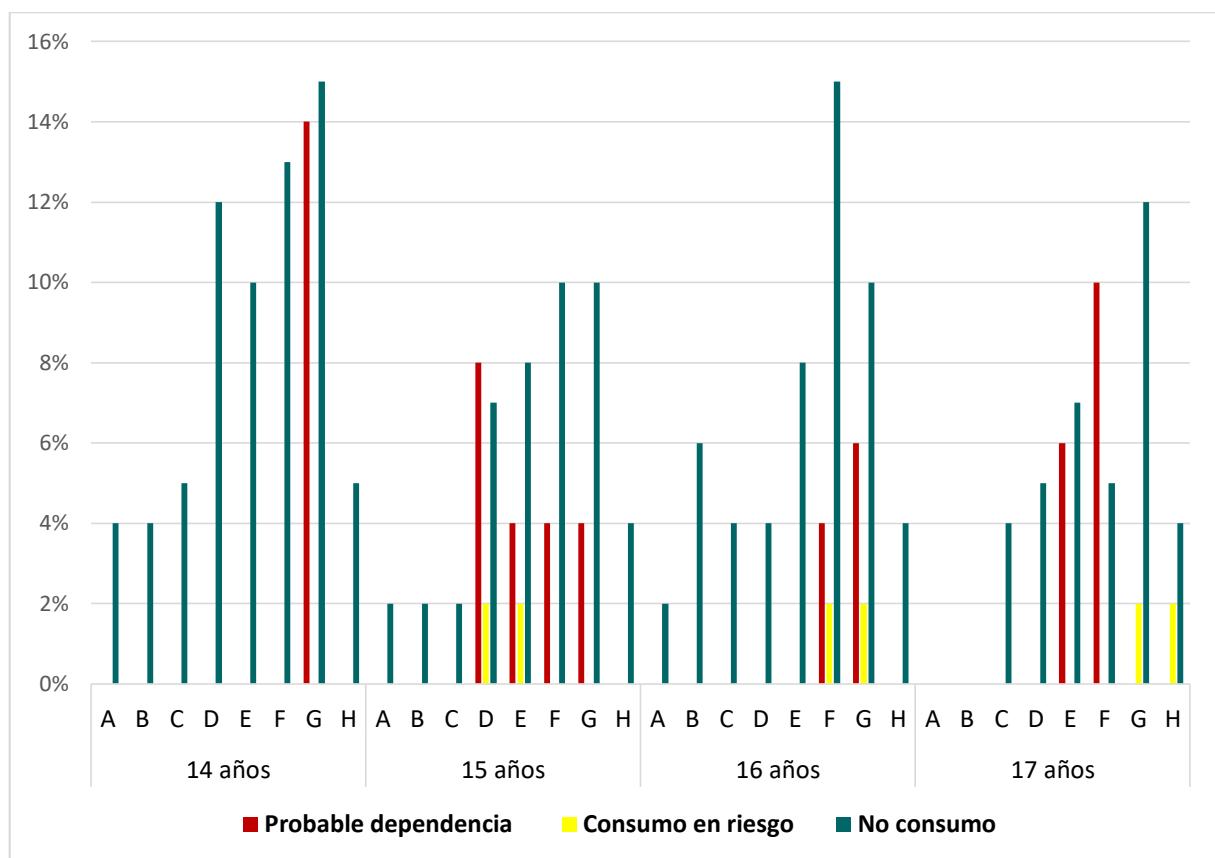


Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

En cuanto a la edad, el grupo de 13 y 18 años no se encuentra un nivel de riesgo de consumo de alcohol debido probablemente a la poca muestra seleccionada. La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “estilos de personalidad” y la edad del consumo de alcohol ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5%, 15 años (0.03), 16 años (0.00), 17 años (0.15). El cuadro determina que los adolescentes de **15** años con estilos de personalidad “introvertido” 8%, inhibido 8%. Los adolescentes de **17** años “introvertido” 7%, “intolerancia social” 6% son considerados con **probable dependencia alcohólica**. Por otro lado, los adolescentes de **16** años con estilos de personalidad “introvertido” 10%, “inhibido” 8% son considerados **bebedores en riesgo**.

Gráfico 9: Sentimientos y actitudes según edad y su relación con el consumo del alcohol.



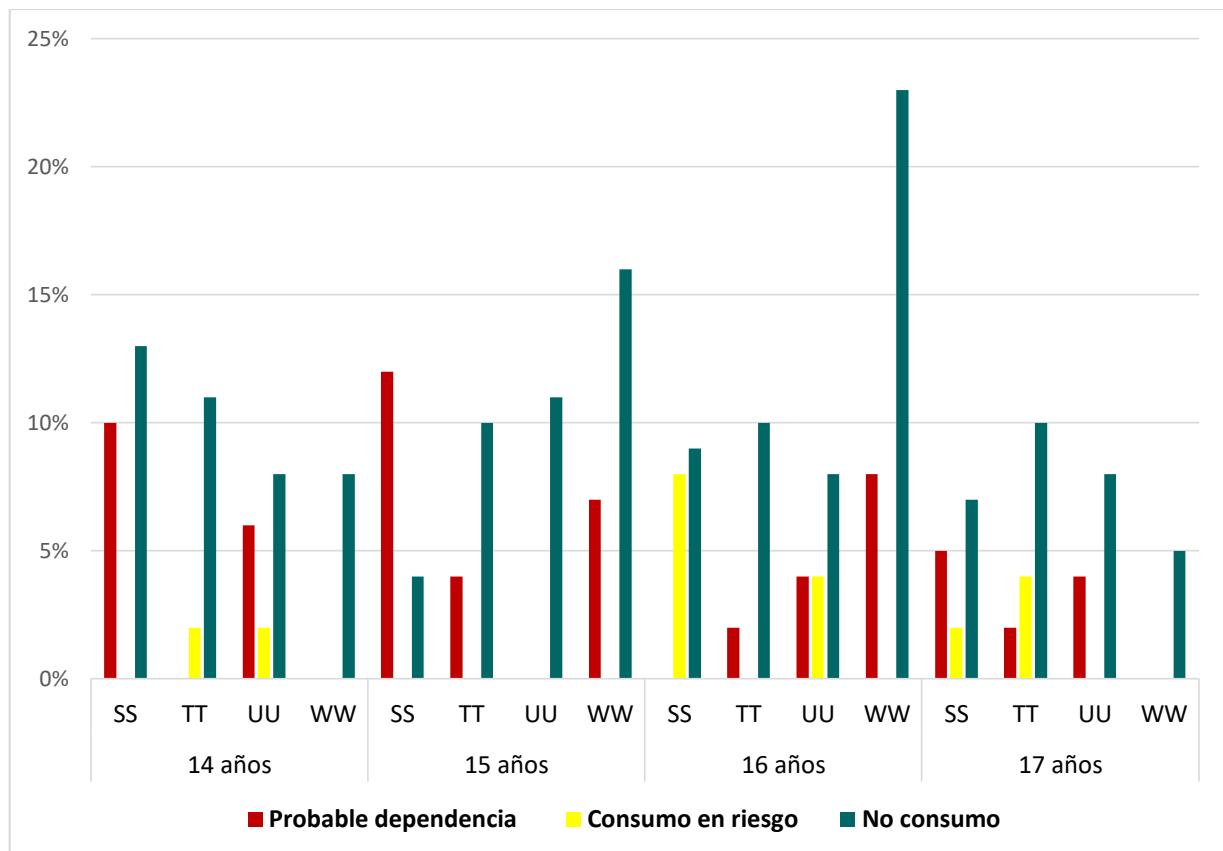
Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “sentimientos y actitudes” y la edad del consumo de alcohol ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5%, 14 años (0.00), 15 años (0.46), 16 años (0.00), 17 años (0.02).

El cuadro muestra que los adolescentes de **14 años** con “clima familiar inadecuado” 14%, **15 años** “inaceptación sexual” 8%, los de **16 años** “clima familiar inadecuado” 6%, y los **17 años** “intolerancia social” 10%y “clima familiar inadecuado” 6% poseen probable dependencia alcohólica.

Gráfico 10: Correlatos comportamentales según edad y su relación en el consumo de alcohol



Fuente: Elaboración Propia

Interpretación

La prueba chi cuadrado de Pearson nos indica que existe significativamente una relación entre “sentimientos y actitudes” y la edad del consumo de alcohol ya que el p-valor es menor al nivel de significancia del 5%, 14 años (0.02), 15 años (0.48), 16 años (0.00), 17 años (0.02). El cuadro muestra que los adolescentes de **14 años** con “inadecuado control del impulso” 10% “inadecuado rendimiento escolar” 8%, 15 **años** “inadecuado control del impulso” 10% “desinterés escolar” 7%, **16 años** “desinterés escolar” 7% poseen **probable dependencia alcohólica**. Por otro lado, el cuadro muestra los correlatos comportamentales que son considerados **bebedores en riesgo** en edades de **16 años**, “inadecuado control del impulso” 9%.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Tal y como se constata en estudios previos realizados en nuestro país, así como en el resto de países de nuestro entorno, el alcohol es una de las sustancias psicoactivas que primero y más consumen los adolescentes y jóvenes, posiblemente debido, en parte, al hecho de que es una sustancia de consumo legal y, por tanto, fáciles de obtener entre los adolescentes y jóvenes, a pesar de que la legislación vigente prohíba su distribución a menores de 16 años, en nuestra investigación es importante conocer la relación de la personalidad adolescente y el nivel de riesgo en consumo de alcohol que presentan los adolescentes de 3ro, 4to y 5to de secundaria, de instituciones educativas públicas del distrito de Tiabaya – Arequipa, las pruebas estadísticas demuestran que existe relación entre personalidad adolescente y consumo de alcohol; Esta investigación denota resultados del consumo de alcohol en adolescentes con probable dependencia alcohólica relacionados con estilos de personalidad predominante “introvertido - inhibido” en aspectos del

comportamiento “ inadecuado control de impulsos” tanto en varones como en mujeres; las cuales difieren con otras investigaciones, los resultados obtenidos por González María T., Espada José P., Guillén-Riquelme Alejandro, Secades Roberto y Orgilés Mireia 2016 donde menciona que uno de los factores comúnmente asociados con el consumo del alcohol es la personalidad. Es así que estos autores refieren que la mayor prevalencia de uso de sustancias (alcohol) en adolescentes se relaciona con altos niveles de psicoticismo y elevada búsqueda de sensaciones. Para Saiz P. A. Jiménez L, Delgado Y, Granada B (2000) en su investigación muestra que el estilo de personalidad predominante para el consumo de bebidas alcohólicas son el neuroticismo y la extraversión.; por otro lado hay investigaciones que coinciden relativamente con esta investigación, Metre H., Viñas M., Dutil V. y Moya J. 2012, quienes afirman que los factores de personalidad están estrechamente ligados al consumo de alcohol en la adolescencia, considerando los rasgos impulsividad/desinhibición y extraversión/sociabilidad como los más consistentemente relacionados con el comportamiento de consumo de alcohol en adolescentes. mismo Llorens et al 2005. Citado por González María T, Et Al 2016, quienes encontraron que la impulsividad y la desinhibición son los factores que más se relacionan con el comportamiento de consumo de alcohol en los adolescentes.

En tanto aspectos de sentimientos y actitudes esta investigación obtiene resultados de un clima familiar inadecuado e intolerancia social, las cuales coinciden con las siguientes investigaciones, Windle et al 2009, quien encontró que los factores del consumo de alcohol durante la adolescencia era la falta de apoyo social parental, los estilos negativos de crianza, la falta de monitoreo, la escasa comunicación con los hijos y el poco tiempo que los padres pasan con sus hijos, Kuntsche y Kuending 2006, encontraron que los adolescentes que mantienen menos relaciones positivas con sus padres son más vulnerables a realizar conductas riesgosas como el consumo de alcohol, Manrique, F. Y Cols. (2009) citados por

Paz Garay, M. M. y Soto Iturriaga, R. Y. (2014), manifiestan que los principales factores del consumo de alcohol en adolescentes fueron familia disfuncional, presión e influencia de pares y grupo, dificultades académicas y conflictos con tutores.

En cuanto a correlatos comportamentales las adolescentes con “inadecuado control de impulsos y disconformidad social”, son más propensas al consumo de alcohol dependiente, en cuanto a los varones con “inadecuado control de impulsos e inadecuado rendimiento escolar” son expuestos como bebedores en riesgo. La cual coincide con la investigación de Poo, Fernando y Montes, Silvana (2010), Se encontró que el rasgo búsqueda impulsiva de sensaciones fue el único asociado al consumo excesivo episódico y al consumo elevado de bebidas alcohólicas, lo cual indicaría que la presencia de este rasgo aumentaría el riesgo de desarrollar patrones de consumo de alcohol poco saludables, en línea con estudios previos que muestran que la impulsividad y la búsqueda de sensaciones constituyen los factores predictores más importantes para esta clase de consumo.

Por otro lado el inicio del consumo del alcohol para Brown et al 2008 citado por Pilatti, Brusssino y Godoy 2014, consideran que el consumo de alcohol comienza y se incrementa, en el periodo que va desde los 16 a 20, la cual contrasta con esta investigación donde las edades de inicio de consumo de alcohol oscila entre los 14 años, los adolescentes con menor edad son propensos a desencadenar un consumo de alcohol dependiente; por otro lado La Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), menciona que aproximadamente el 16 % de los bebedores de 15 años o más reúnen los criterios de un alto consumo de alcohol episódico.

En la presente investigación se ha encontrado resultados donde las adolescentes de sexo femenino presentan mayor porcentaje de entre dependencia y riesgo de consumo del alcohol que los varones, estos resultados defieren de la investigación del MINSA (2017), que encontró que el 46.1% de los bebedores escolares (del último año de educación

secundaria) presentaron consumo problemático de alcohol, mayor en hombres que en mujeres (47.3% y 44.7% respectivamente). De la misma manera la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) revelan que el 71% de la población mexicana lo utiliza, situándolo como la droga de mayor preferencia en el mercado, con mayor prevalencia de uso en hombres (80.6%) que en mujeres (62.6%).

CONCLUSIONES

PRIMERO: Existe una relación significativa entre personalidad adolescente y el nivel de riesgo en el consumo de alcohol, se encuentra que en los estilos de personalidad “introvertida e inhibida”, en sentimientos y actitudes “clima familiar inadecuado e intolerancia social” y en correlatos comportamentales un “inadecuado control de impulso”, poseen predisposición al consumo de alcohol en un nivel de riesgo y probable dependencia.

SEGUNDO: Se evidenció que la mayor incidencia al consumo de alcohol en riesgo y probable dependencia en varones presentan estilos de personalidad “introvertido” 27% seguido de “inhibido” 12% y las mujeres estilos de personalidad “introvertido, inhibido, violento” con 20 %.

TERCERO: En sentimientos y actitudes los adolescentes varones presentan un “clima familiar inadecuado” 16% y en mujeres con sentimientos y actitudes de “clima familiar inadecuado” 10%, “intolerancia social” %, en ambos sexos se relacionan significativamente con el consumo de alcohol dependiente.

CUARTO: Se demuestra en la escala de correlatos comportamentales que los varones con “inadecuado rendimiento escolar” 20 e “inadecuado control de impulsos” 15 %, en mujeres “inadecuado control de impulsos” 14 %, estos resultados representan el mayor porcentaje relacionado a un consumo de alcohol en riesgo y probable dependiente.

QUINTO: Se determina que los adolescentes de 15 años con estilos de personalidad “introvertido e inhibido” el 17 % se relacionan con un consumo de probable dependiente; los de 16 años estilos de personalidad “introvertido e inhibido” el 18% relacionados con un consumo de alcohol en nivel riesgo; y los adolescentes de 17 años con estilos de personalidad “introvertido e inhibido” el 13% se encuentran relacionados con el consumo de alcohol en probable dependiente e en riesgo.

SEXTO: Se encontró que en la escala de sentimientos y actitudes el 14 % de los adolescentes de 14 años con “clima familiar inadecuado”, y adolescentes de 17 años con sentimientos y actitudes “intolerancia social” ambos representan el mayor porcentaje significativo en un nivel de probable dependencia alcohólica.

SÉPTIMO: Se determina en la escala de correlatos comportamentales los adolescentes de 14 y 15 años “inadecuado control del impulso” el 15% están predispuestos al consumo de alcohol con probable dependencia.

RECOMENDACIONES

- PRIMERO:** Implementar y desarrollar programas preventivos sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la que los adolescentes de Tiabaya participen de manera que logren nuevas estrategias de afrontamiento.
- SEGUNDO:** Realizar seguimiento e intervenciones psicológicas periódicas en los estudiantes que presentaron un nivel de consumo de riesgo y probable dependencia, para obtener información precisa sobre su consumo. Del mismo modo realizar un tratamiento especializado que aborde sus aspectos personales y familiares.
- TERCERO:** Realizar estudios comparativos, personalidad adolescente y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes del nivel secundario de instituciones educativas públicas y privadas.
- CUARTO:** Realizar investigaciones acerca de la relación entre personalidad adolescente y consumo de alcohol en adolescentes con metodología cualitativa y cuantitativa (mixto).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arana Ramírez M. (2013). Factores de personalidad en estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica Del Perú. Lima, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4615>.

Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas CEDRO (2013). *Abuso de drogas en los adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima, Perú. depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2013, Primera edición.

Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. Proyecto Hombre, 8(78) Recuperado de <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/702/0>.

Comín Bertrán E., Torrubia Beltri R. y Mor Sancho J. (1998). Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares. Gaceta Sanitaria/Noviembre-diciembre, 12(6). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911198764817>.

Paz Garay, M. M. Y Soto Iturriaga, R. Y. (2014). *Factores sociofamiliares y consumo de alcohol en adolescentes. I. E. Gran unidad escolar mariano melgar valdivieso. Arequipa 2014*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Arequipa, Perú.

Pautassi R. M. (2013). *Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias*. Ciencia e investigación, 63(4). Recuperado de aargentinapciencias.org/wp-content/uploads/...4/Pages-25a38-cei63-4-2013-4.pdf.

Gil Hernández S. (2012). Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad. (tesis doctoral). Universidad Complutense De Madrid. Madrid, España. Recuperado de <https://www.morebooks.de/.../alcoholismo-de-fin-de-semana...adolescentes/>.

Gonzálvez M. T., Espada J. P., Guillén-Riquelme A., Secades R. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. Adicciones, 28(2). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/777/733>.

Hernández R., Fernández C. y Baptista M.P. (2010). Metodología de la investigación. México: Printed in Mexico (Ed.) (5°. Ed.).

Huayta Chambi C. B. (2017). Motivos Para El Consumo De Alcohol Y Su Influencia En La Ingesta De Bebidas Alcohólicas En Policías Varones De La Unidad De Servicios Especiales De Arequipa-2017. (tesis de pregrado). Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Arequipa, Perú.

Maximiliano Colqui L., Ortega-Ramos A., Salas Mujica M., Vaiz-Bonifaz R. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas

Estatales, Distrito de Ventanilla. Revista de enfermería Herediana. 8(2). Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/267>.

Mestre H., Viñas M., Dutil V. y Moya J. (2004), Personalidad y consumo de alcohol en adolescentes. Recuperado de <https://docplayer.es/12321022-Personalidad-y-consumo-de-alcohol-en-adolescentes.html>.

Mezquita Guillamón L. (2011). El papel del maltrato, la personalidad y los motivos en el consumo de alcohol: un estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes. (tesis doctoral). Universidad Jaime I. Castellón de la Plana, España. Recuperado de www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/31851/mezquita.pdf.

Millon T. (1987). Inventario De Personalidad Para Jóvenes. (Millón Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I. España: Copyrigth by Theodore Millon (4ta. ed.).

Millon T. y Roger D. D. (1998). Trastornos de la personalidad más allá del DSM. IV. Madrid, Paris, Buenos Aires, Lima Caracas, Lisboa, Mexico, Montevideo, Rio de Janeiro, Santiago de Chile, San Juan de Puerto Rico. MASSON, S.A (5ta. Ed.).

Ministerio de salud-MINSA (2017). Situación de Salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Lima, Perú. Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2017.

Pilatti A., Brussino S. A. y Godoy J. C. (2014). Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un Path análisis prospectivo. Revista de

Psicología Universidad de Chile, 22(1). Recuperado de
<https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/27716/32004/>

Poo, Fernando y Montes, Silvana (2010). Rasgos de personalidad Y patrones de consumo de alcohol en jóvenes. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de
[https://www.aacademica.org/000-031/279.pdf.](https://www.aacademica.org/000-031/279.pdf)

Sáiz, P.A.; González, M; Jiménez, L.; Delgado, Y., Liboreiro, M; Granda, B. Y Bobes, J. (2000). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. ADICCIONES, 11(3). Recuperado de
https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wpcontent/uploads/.../1999_Saiz_Consumo.pdf

ANEXOS

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MAPI)

CUESTIONARIO

1. Me siento bien mostrando mi cuerpo en traje de baño. F
2. Casi siempre pienso antes de actuar. F
3. Mis padres han hecho posible un ambiente muy bueno para nuestra familia.
4. Suelo controlarme aunque esté realmente enfadado/a con alguien.
5. Tengo una gran necesidad de sentirme una persona importante.
6. Obtengo muchas satisfacciones en mi trabajo escolar.
7. Disfruto pensando en el sexo.
8. Siento una especie de tristeza cuando veo que alguien está solo.
9. Estoy seguro/a de mis sentimientos sobre casi todo.
10. Intento siempre hacer lo que es apropiado.
11. Soy una persona tranquila y dispuesta a ayudar.
12. Estoy muy seguro/a de saber quién soy y lo que quiero hacer en la vida.
13. Me siento culpable cuando tengo que mentirle a un amigo/a.
14. Me pongo tan nervioso/a que no puedo hablar de ciertas cosas.
15. Me esfuerzo mucho por hacer bien casi todo lo que hago.
16. Me siento nervioso/a o alterado/a una vez por semana o más.
17. Cuando me enfado suelo tranquilizarme y dejo que mis sentimientos pasen.
18. Estoy bastante seguro/a de que soy sexualmente atractivo/a.
19. Me llevo bastante bien con los demás niños/as de mi casa (hermanos, primos).
20. Me gusta según los consejos de los demás y hacer lo que otros esperan de mí.
21. Tengo más amigos/as de los que puedo atender.
22. Me siento muy molesto/a cuando tengo que decir a otros lo que tienen que hacer.
23. Me gusta como soy físicamente.
24. Me esfuerzo al máximo por no herir los sentimientos de los demás.
25. Tengo ilusión por hacerme mayor y llegar a ser algo en la vida.
26. Me preocupo más que la mayoría de la gente por terminar lo que empiezo.
27. Creo que mis padres me comprenden.
28. Nunca utilizaría drogas, pase lo que pase.
29. El sexo es agradable.
30. En lugar de "exigir", la gente podría conseguir lo que quiere siendo amable y considerada.
31. Es muy importante que los niños/as aprendan a obedecer a los mayores.
32. Tengo una idea muy clara de lo que quiero hacer.
33. Es fácil para mí aprovecharme de los demás.
34. Me gustaría cambiar mi cuerpo con el de otra persona.
35. Me gusta planificar las cosas hasta en los últimos detalles.
36. En este mundo o te aprovechas de los demás o los demás se aprovechan de ti.
37. Mis relaciones sociales resultan muy satisfactorias.
38. No creo que yo tenga tanto interés por el sexo como el que tienen los chicos/as de mi edad.
39. Cuando alguien me hiere procuro olvidarlo.
40. Me gusta obtener una de las mejores calificaciones en un examen.
41. Mis padres son muy buenos conmigo.
42. Deseo intensamente ganar en cualquier juego que participo.
43. Creo que tengo un buen tipo.
44. Tengo muy pocos amigos de mi edad.
45. Creo que la naturaleza humana es buena.
46. Si veo a una cierta distancia a alguien que conozco, en general, trato de evitarlo/a.
47. Suelo perder la paciencia cuando no me salgo con la mia.
48. Yo sé, mejor que otros adolescentes, el tipo de persona que soy.
49. Parece que mis amigos acuden más a mí que a otros, cuando tienen problemas.
50. Lo que de verdad necesita este país son ciudadanos más serios y cumplidores.
51. Hago amigos con facilidad.

52. No me gusta verme en el espejo.
53. Suelo dejar que los demás salgan con la suya.
54. Estoy siempre metido/a y ocupado/a en muchas actividades sociales.
55. Me parece que no sé lo que quiero de la vida.
56. Otros chicos/as de mi edad parecen estar más seguros que yo de quienes son y lo que quieren.
57. Cuando era pequeño mis padres estaban orgullosos de mí.
58. No he visto un automóvil en los últimos diez años.
59. Con frecuencia dudo de que la gente esté interesada de verdad en lo que yo les digo.
60. Probablemente alguien tendrá que mantenerme cuando sea adulto/a.
61. Me resulta difícil compadecer a la gente que está siempre quejándose por todo.
62. Parece que tengo dificultades para llevarme bien con los chicos/as de mi edad.
63. Muchas veces me produce confusión pensar en el sexo.
64. Preferiría más seguir a alguien que ser un líder.
65. Para salir adelante en este mundo estoy dispuesto/ apartar a quien se cruce en mi camino.
66. Me gusta cómo se ha desarrollado mi cuerpo.
67. Puedo ver mejor que los demás los distintos aspectos de un problema.
68. Preferiría estar en cualquier lugar antes que en casa.
69. Mezclarse en los problemas de los demás es una pérdida de tiempo.
70. Creo que siempre me estoy quejando y esperando que suceda lo peor.
71. Muchas veces hago las cosas simplemente porque son divertidas.
72. No es raro sentirse solo/a y rechazado/a.
73. ¿Me siento bastante desorientado/a y no sé hacia donde voy.
74. Hago todo lo posible para impedir que alguien intente mandarme.
75. Si veo que alguien bosteza suelo bostezar también.
76. Mis padres me dicen con frecuencia que no sirvo para nada.
77. Soy el tipo de persona teatral a la que le gusta llamar la atención.
78. A veces siento que estoy completamente sólo/a en el mundo.
79. Realmente me molesta que se me acumule el trabajo.
80. Preferiría ser claro con la gente, en vez de callarme lo que sé que no les gusta.
81. Soy bastante inmaduro/a en cuestiones sexuales.
82. Prefiero pasar el tiempo por ahí sin hacer nada, en vez de trabajar o ir al colegio.
83. Muchos chicos/as de mi edad parecen que me tienen manía.
84. Entre los valores más importantes que puede tener una persona están el tener fuerza de voluntad y desear seguir adelante.
85. Nunca en mi vida he tenido pelo alguno, ni en la cabeza ni en ninguna parte de mi cuerpo.
86. A menudo estoy tan "colgado/a" (con alcohol o drogas) que no sé lo que hago.
87. El castigo nunca me ha detenido para hacer lo que yo quería.
88. Con frecuencia pienso que no soy bien recibido/a en un grupo.
89. Otros chicos/as de mi edad parecen que tienen sus vidas más en orden que yo.
90. Me dejo influir fácilmente por los demás.
91. Muchas veces me enfado tanto que deseo tirar las cosas y romperlas.
92. Me resulta difícil comprender por qué la gente llora al ver una película triste.
93. Muchas veces digo cosas de las que me arrepiento después.
94. Creo que dependo demasiado de la ayuda de los demás.
95. No estoy contestando a estas preguntas con sinceridad.
96. Tengo muy mal genio.
97. Me siento excluido/a de las actividades sociales.
98. Me gusta ser la única persona con autoridad cuando me hago cargo de las cosas.
99. Creo que no voy a lograr alcanzar lo que el colegio espera de mí.
100. Me gusta estar en casa.
101. Me importa muy poco que a otros chicos/as no les interese mi amistad.
102. Pienso que se espera de los adolescentes que sepan demasiadas cosa sobre el sexo.
103. Estoy muy satisfecho/a de todas las cosas que he hecho hasta ahora.
104. Parece que otros chicos/as de mi edad nunca me llaman para reunirme con ellos.
105. Me gusta contarle a otros las cosas que he hecho bien.
106. Me agrada que los sentimientos sobre el sexo formen ahora parte de mi vida.

107. Me asusta pensar que pudiera quedarme completamente sólo/a en el mundo.
108. Si me pidiesen que hiciera una descripción de cómo soy yo, no sabría qué decir.
109. Estoy muy poco pendiente de los demás para lograr su amistad.
110. Dudo que pueda llegar a ser algo en la vida.
111. Si leyera estas preguntas dentro de un mes, seguro que cambiaría la mayoría de mis respuestas.
112. No me molesta ver sufrir a alguien.
113. Estoy celoso/a de la atención especial que reciben los otros chicos/as en mi familia (hermanos, primos).
114. La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
115. Siempre he necesitado "explotar" de vez en cuando.
116. Una afición o pasatiempo tranquilo me divierte más que una fiesta.
117. Me afecta mucho ver a una persona muy enferma.
118. Me pongo nervioso/a cuando me suceden cosas que no esperaba.
119. Me preocupo por mi aspecto físico.
120. Soy uno de los chicos/as más populares del colegio
121. Siempre hay una serie de razones para pensar que la mayoría de los problemas no pueden solucionarse.
122. Hago todo lo posible por llevarme bien con los demás tratando de ser amable y complaciente.
123. El sexo es desagradable.
124. En el último año lie cruzado el Atlántico más de treinta veces.
125. Para evitar errores, es bueno hacer las cosas siempre de la misma manera.
126. Mi familia siempre está gritando y peleándose.
127. Me gustaría continuar en el colegio y después seguir en la Universidad el mayor tiempo posible.
128. Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo nuevo de chicos/as.
129. Nada me gusta tanto como montarme en un automóvil y salir a toda velocidad.
130. La mayoría de las cosas en mi vida las he hecho muy bien.
131. Los jóvenes que son solitarios, generalmente merecen estar solos.
132. Si quiero hacer algo, lo hago sin pensar en lo que pueda suceder.
133. Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
134. No he estado poniendo mucha atención a las preguntas de este cuestionario.
135. Hago comentarios desagradables de la gente si se lo merecen.
136. Muchas veces me siento como si flotara a la deriva, como perdido/a en la vida.
137. Me avergüenzo de mi cuerpo.
138. En mi casa, parece que a nadie le importo.
139. Creo que soy más atractivo/a que la mayoría de los chicos/as que conozco.
140. Soy muy maduro/a para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
141. Me gusta estar entre la multitud, simplemente por estar con mucha gente.
142. En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
143. Parece que no les caigo bien a la mayoría de los chicos/as de mi edad.
144. Creo que la mayoría de la gente es amable y considerada.
145. Me gusta mucho coquetear.
146. Realmente me importa muy poco lo que voy a hacer en la vida.
147. Muchas veces siento que los demás no quieren ser amigos míos.
148. Me resulta difícil ocultar mis sentimientos.
149. Me preocupan mucho las cuestiones sexuales.
150. Puedo controlar fácilmente mis sentimientos.

**INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA
ADOLESCENTES DE MILLON (MAPI)**
HOJA DE RESPUESTA

APELLO PATERNO	APELLO MATERNO	NOMBRE(S)				
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO	
MASCULINO	FEMENINO	AÑO	MES	DIA		

Marque con un aspa (X) la letra V (Verdadero) o F (Falso), según sea su respuesta:

1	V	F	26	V	F	51	V	F	76	V	F	101	V	F	126	V	F
2	V	F	27	V	F	52	V	F	77	V	F	102	V	F	127	V	F
3	V	F	28	V	F	53	V	F	78	V	F	103	V	F	128	V	F
4	V	F	29	V	F	54	V	F	79	V	F	104	V	F	129	V	F
5	V	F	30	V	F	55	V	F	80	V	F	105	V	F	130	V	F
6	V	F	31	V	F	56	V	F	81	V	F	106	V	F	131	V	F
7	V	F	32	V	F	57	V	F	82	V	F	107	V	F	132	V	F
8	V	F	33	V	F	58	V	F	83	V	F	108	V	F	133	V	F
9	V	F	34	V	F	59	V	F	84	V	F	109	V	F	134	V	F
10	V	F	35	V	F	60	V	F	85	V	F	110	V	F	135	V	F
11	V	F	36	V	F	61	V	F	86	V	F	111	V	F	136	V	F
12	V	F	37	V	F	62	V	F	87	V	F	112	V	F	137	V	F
13	V	F	38	V	F	63	V	F	88	V	F	113	V	F	138	V	F
14	V	F	39	V	F	64	V	F	89	V	F	114	V	F	139	V	F
15	V	F	40	V	F	65	V	F	90	V	F	115	V	F	140	V	F
16	V	F	41	V	F	66	V	F	91	V	F	116	V	F	141	V	F
17	V	F	42	V	F	67	V	F	92	V	F	117	V	F	142	V	F
18	V	F	43	V	F	68	V	F	93	V	F	118	V	F	143	V	F
19	V	F	44	V	F	69	V	F	94	V	F	119	V	F	144	V	F
20	V	F	45	V	F	70	V	F	95	V	F	120	V	F	145	V	F
21	V	F	46	V	F	71	V	F	96	V	F	121	V	F	146	V	F
22	V	F	47	V	F	72	V	F	97	V	F	122	V	F	147	V	F
23	V	F	48	V	F	73	V	F	98	V	F	123	V	F	148	V	F
24	V	F	49	V	F	74	V	F	99	V	F	124	V	F	149	V	F
25	V	F	50	V	F	75	V	F	100	V	F	125	V	F	150	V	F

TEST AUDIT

CUADRO N° 4

Test de Identificación de Transtornos por consumo de alcohol:

Versión de entrevista.

Lea las preguntas como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo "Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcoholicas durante el ultimo año". Explique que entiende por "bebidas alcoholicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumidores ("bebidas estandar) Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

<p>1.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcoholica?</p> <p>(0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o mas veces a la semana</p>	<p>6.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de hacer bebido mucho el dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2.- ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un dia de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8 o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> <p>Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0</p>	<p>8.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior por que había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido por que usted había bebido?</p> <p>(0) No (1) Si, pero no en el curso del último (2) Si, el último año</p>
<p>5.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo medico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcoholicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No (1) Si, pero no en el curso del último (2) Si, el último año</p>

Registre la puntuación total aquí

Si la puntuación total es mayor que el punto de corte recomendado, consulte el manual de usuario

Chi-cuadrado

- Chi-Cuadrado de Pearson-Estilo básico de personalidad predominante en los adolescentes según sexo y su relación con el nivel de riesgo en el consumo de alcohol**

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	47,596 ^a	20	,000
	Razón de verosimilitud	41,928	20	,003
	Asociación lineal por lineal	,303	1	,582
	N de casos válidos	58		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	47,131 ^b	32	,041
	Razón de verosimilitud	39,644	32	,166
	Asociación lineal por lineal	,022	1	,881
	N de casos válidos	62		

a. 29 casillas (87,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

b. 50 casillas (98,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

- Chi-Cuadrado de Pearson- Patrón predominante de sentimientos y actitudes en los adolescentes según sexo y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol**

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	gl	Significació n asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	93,152 ^a	30	,000
	Razón de verosimilitud	67,954	30	,000
	Asociación lineal por lineal	2,942	1	,086
	N de casos válidos	58		

Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	69,147 ^b	28	,000
	Razón de verosimilitud	51,075	28	,005
	Asociación lineal por lineal	,126	1	,722
	N de casos válidos	62		

a. 46 casillas (95,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

b. 43 casillas (95,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

3. Chi-Cuadrado de Pearson-Escala comportamental predominante en los adolescentes según sexo, y su relación con el nivel de riesgo en el consumo de alcohol.

Pruebas de chi-cuadrado

Sexo		Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)
Hombre	Chi-cuadrado de Pearson	38,447 ^a	14	,000
	Razón de verosimilitud	38,135	14	,000
	Asociación lineal por lineal	2,062	1	,151
	N de casos válidos	58		
Mujer	Chi-cuadrado de Pearson	35,874 ^b	18	,007
	Razón de verosimilitud	34,163	18	,012
	Asociación lineal por lineal	4,112	1	,043
	N de casos válidos	62		

a. 21 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,21.

b. 28 casillas (93,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

4. Chi-Cuadrado de Pearson-Estilo básico de personalidad predominante en los adolescentes según edad y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol.

Pruebas de chi-cuadrado

Edad	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
13,00 Chi-cuadrado de Pearson	. ^a		
N de casos válidos	10		
14,00 Chi-cuadrado de Pearson	11,200 ^b	14	,670
Razón de verosimilitud	13,532	14	,485
Asociación lineal por lineal	3,209	1	,073
N de casos válidos	24		
15,00 Chi-cuadrado de Pearson	35,714 ^c	16	,003
Razón de verosimilitud	28,408	16	,028
Asociación lineal por lineal	1,477	1	,224
N de casos válidos	36		
16,00 Chi-cuadrado de Pearson	50,564 ^d	22	,000
Razón de verosimilitud	31,555	22	,085
Asociación lineal por lineal	,709	1	,400
N de casos válidos	34		
17,00 Chi-cuadrado de Pearson	19,000 ^e	8	,015
Razón de verosimilitud	18,729	8	,016
Asociación lineal por lineal	,128	1	,721
N de casos válidos	12		
18,00 Chi-cuadrado de Pearson	. ^a		
N de casos válidos	4		

a. No se han calculado estadísticos porque Niveles relacionados a problemas con el alcohol es una constante.

b. 23 casillas (95,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.

c. 26 casillas (96,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

d. 35 casillas (97,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

e. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,33.

5. Chi-Cuadrado de Pearson-Patrón predominante de sentimientos y actitudes en los adolescentes según edad y su relación con el nivel de riesgo en el consumo del alcohol.

Pruebas de chi-cuadrado

Edad		Valor	gl	Significaci ón asintótica (bilateral)
13,00	Chi-cuadrado de Pearson	. ^a		
	N de casos válidos	10		
14,00	Chi-cuadrado de Pearson	48,000 ^b	12	,000
	Razón de verosimilitud	34,630	12	,001
	Asociación lineal por lineal	,286	1	,593
	N de casos válidos	24		
15,00	Chi-cuadrado de Pearson	31,714 ^c	20	,046
	Razón de verosimilitud	28,408	20	,100
	Asociación lineal por lineal	,086	1	,769
	N de casos válidos	36		
16,00	Chi-cuadrado de Pearson	51,262 ^d	22	,000
	Razón de verosimilitud	32,638	22	,067
	Asociación lineal por lineal	,424	1	,515
	N de casos válidos	34		
17,00	Chi-cuadrado de Pearson	24,000 ^e	8	,002
	Razón de verosimilitud	24,274	8	,002
	Asociación lineal por lineal	2,776	1	,096
	N de casos válidos	12		
18,00	Chi-cuadrado de Pearson	. ^a		
	N de casos válidos	4		

ANALISIS DE CONFIABILIDAD DE LOS DATOS PARA EL INSTRUMENTO QUE

- a. No se han calculado estadísticos porque Niveles relacionados a problemas con el alcohol es una constante.
- b. 20 casillas (95,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.
- c. 32 casillas (97,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.
- d. 35 casillas (97,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

6. Chi-Cuadrado de Pearson- Escala comportamental predominante en los adolescentes según edad, y su relación con el nivel de riesgo en el consumo de alcohol.

Pruebas de chi-cuadrado

Edad		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
13,00	Chi-cuadrado de Pearson	. ^a		
	N de casos válidos	10		
14,00	Chi-cuadrado de Pearson	24,889 ^b	8	,002
	Razón de verosimilitud	21,447	8	,006
	Asociación lineal por lineal	7,340	1	,007
	N de casos válidos	24		
15,00	Chi-cuadrado de Pearson	16,429 ^c	14	,288
	Razón de verosimilitud	15,958	14	,316
	Asociación lineal por lineal	,118	1	,731
	N de casos válidos	36		
16,00	Chi-cuadrado de Pearson	54,051 ^d	16	,000
	Razón de verosimilitud	35,007	16	,004
	Asociación lineal por lineal	2,145	1	,143
	N de casos válidos	34		
17,00	Chi-cuadrado de Pearson	24,000 ^e	8	,002
	Razón de verosimilitud	24,274	8	,002
	Asociación lineal por lineal	4,363	1	,037
	N de casos válidos	12		
18,00	Chi-cuadrado de Pearson	. ^a		
	N de casos válidos	4		

- a. No se han calculado estadísticos porque Niveles relacionados a problemas con el alcohol es una constante.
- b. 14 casillas (93,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.
- c. 23 casillas (95,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.
- d. 26 casillas (96,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.
- e. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,33.

MIDE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS:

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	120	100,0
Excluido ^a	0	,0
Total	120	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	10

CASOS

CASO N° 1: Historia Clínica Psicológica I

ERIKA VILLALTA ZAIRA

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y apellidos** : Alexandra A. CH.
- **Fecha de nacimiento** : 29 de noviembre del 1999
- **Edad cronológica** : 17 años 8 meses
- **Sexo** : femenino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Religión** : católica
- **Informante** : Mamá - Paciente
- **Lugar de Entrevista** : Área De Hospitalización HNCASE
- **Fecha de entrevista** : 23 de junio del 2017
- **Entrevistador** : Erika Villalta Zaira

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente internada en el área de psiquiatría por intento de suicidio, ingiriendo veneno para ratas (órgano fosforado); refiere sentirse incapaz de realizar cualquier actividad, tanto educativas, laborales y sociales; sentimientos de inferioridad y de vacío emocional. “no sirvo para nada, la vida no tiene sentido, no sirvo ni para matarme, no entiendo porque vivo”; por otro lado, desde los 16 años, existe extremas restricciones a alimentos con contenido de azúcar y carbohidratos, todos los productos que ella considera que la harán engordar.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

A la edad de 16 años, la madre observa en su hija conductas alimentarias restringidas, no ingería nada que contenga azúcar, ni carbohidratos, exceso de agua por un periodo de 12 meses, agudizándose y complicándose con el tiempo, llegando a pesar 37 kilos, acompañados de inestabilidad emocional y desapego de las relaciones sociales, las cuales es causa que en noviembre de ese año (2006) es internada por primera vez en psiquiatría con un diagnóstico de F. 50.1 Anorexia Nerviosa Atípica en un periodo de 30 días; con el transcurso del tiempo no se observan mejoras, no tiene amigos, tiene conductas impulsivas y empieza a seleccionar ropa anchas de color oscuro, tiene sentimientos de inseguridad, poco tolerante, irritable, con ideas suicidas, este año (2017) intenta quitarse la vida tomando

veneno para ratas (órgano fosforado) y es ingresada e internada por segunda vez en psiquiatría.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Prenatal

Madre refiere quedar embarazada de su segunda hija a los 41 años, todo el proceso de embarazo se dedicó a trabajar en mantenimiento de limpieza, no hubo complicaciones durante el embarazo.

Natal

Fue de parto natural a los 42 años, hubo llanto al nacer, nació con 3 kilos, con un apgar de 9.9 sin ninguna complicación durante este proceso.

Post-Natal

Según la madre la niña era demandante al momento de lactar, lactó hasta el año de nacida, a esta edad deja a su hija al cuidado de su padre para ella dedicarse a trabajar, siendo prolongados las horas de ausencia, desarrollo motor dentro de los esperado, camino al 1 año y 3 meses, 1 año y 7 meses control de esfínteres y da primeras palabras a los 9 meses.

Historia Educativa

Paciente ingresa a los dos años wawahuasi “Aldeas Infantiles” hasta los cinco años, según la madre, la profesora siempre ha tenido buena referencia de Alexandra, la describe en ese entonces como una niña fácilmente adaptable, sociable y feliz, a los cinco años ingresa a un jardín representada por una ONG, donde permanecería más de 10 horas al día, ya que la madre ocupaba la mayor parte del tiempo en el trabajo, es en este lugar donde cursa toda la primaria hasta los once años, madre menciona tener buenas referencias de los maestros del comportamiento de su hija indicando ser una niña participativa, sociable, responsable y con muy buenas notas, es en quinto de primaria donde empieza a bajar sus calificaciones, se torna retraída e introvertida, impulsiva y agresiva. Madre refiere al no estar ella en casa, el padre tenía comportamientos agresivos en contra de su hija (rompía sus hojas de cuaderno, insultos, agresiones físicas y psicológicas).

Al ingresar al nivel secundario la cambian a un colegio particular, según la madre refiere que a inicios de año de empezar la secundaria, intenta ser buena alumna, pero sus esfuerzos

son invalidados por algunos profesores, por ciertas actitudes que ella mantenía (como no socializar, ser un poco irritable), estas actitudes de los profesores la hacían sentir mal emocionalmente, al transcurrir los años reponiéndose a esta situación en cuarto de secundaria la paciente retomo con una actitud positiva intentando ser responsable, actualmente cursa el quinto de secundaria donde no es responsable con sus actividades escolares, empieza a tener comportamientos extremos en cuanto a su vestimenta y conducta restringida a los alimentos; por otro lado en el aspecto social desde primero de secundaria no socializa se aleja de sus compañeros.

Actividad laboral:

Paciente por iniciativa propia empieza a trabajar a los 7 años aproximadamente vendiendo agua en el cementerio apacheta, por un par de meses, con la intención de ayudar a su madre; madre refiere nunca haberse enterado ni estar de acuerdo con esta situación, las circunstancias sucedieron por negligencia del padre de quien estaba a cargo la paciente en ese entonces; la madre inmediatamente después de enterarse fue en busca de su hija quien nunca imagino encontrarla en una situación dramática, refiere que su hija estaba llorando porque un varón de 40 años aproximadamente quería llevársela a la fuerza.

Desarrollo socioemocional

La madre indica, que su hija durante los primeros años, fue responsable, sociable con los compañeros del colegio, ayudaba a la madre.

Personalidad pre mórbida

Según la madre, Alexandra en la infancia fue una niña adaptable, sociable, responsable, tenía objetivos de superación y compromiso académico con proyección futura; a los 11años muestra cambios significativos en su comportamiento, se torna retraída, apartada, poco comunicativa, con el tiempo fueron incrementando comportamientos agresivos, poca tolerancia a la frustración, falta del sentido a la vida y baja autoestima.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición Familiar**

Carlos padre de la paciente tiene 46 años, actualmente tiene trabajos esporádicos en construcción, existe una mala relación de padre hija; madre tiene 58 años, actualmente continua trabajando en mantenimiento de limpieza, pero decide reducir las horas por la demanda de tiempo que necesita su hija, refiere “por dedicarme a trabajar mucho mi hija está enferma, nunca me dedique a ella, el trabajo nunca retribuye nada”; por otro lado la hermana mayor de 26 años no es hija de Carlos, se dedica a trabajar, y estar pendiente de la hermana menor.

- **Dinámica Familiar**

Madre refiere que no existe una dinámica familiar positiva, no hay buena relación entre padre e hija tampoco existe buena relación de pareja, siendo el padre de la paciente una persona menor que ella y es agresivo, manipulador y extremadamente exigente, madre tiene sospecha de abuso sexual de parte del padre, situación que nunca pudo comprobarse ya que la adolescente nunca menciono tal situación, a pesar de infidelidades de parte del esposo aún continúan viviendo en la misma casa, madre refiere “mis hijas siempre me decían mamà porque no te separas acaso no tienes dignidad como mujer, nosotras estaríamos mejor sin él”. Generando esta situación indignación de la paciente.

- **Condición Socio-Económica**

Refieren poseer casa propia perteneciente a la madre, sin comodidades, contando solo con agua, desagüe y luz, el único sustento familiar es de parte de la madre y hermana, ya que el padre de familia no retribuye económicamente en el hogar, sus trabajos son esporádicos, el dinero que recibe termina invirtiéndolo en el consumo de alcohol.

- **Antecedentes Familiares Patológicos**

Antecedente de alcoholismo en el padre de la paciente

VI. RESUMEN

Madre refiere quedar embarazada a los 41 años, no hubo complicaciones durante el embarazo, su hija nació de parto natural, sin ninguna complicación durante este proceso, no gateo pero caminó al 1 año y 3 meses, 1 año y 7 meses controla de esfínteres; sus primeras palabras a los 9 meses; Paciente ingresa a los dos años wawahuasi “Aldeas Infantiles” hasta los cinco años, profesora con buena referencia de Alexandra la describe como una niña fácilmente adaptable, sociable y feliz, a los cinco años ingresa a un jardín representada por una ONG, es en este lugar donde cursa toda la primaria hasta los once años, madre menciona tener buenas referencias de los maestros del comportamiento de su hija indicando ser una niña participativa, sociable, responsable y con muy buenas notas. Al ingresar al nivel secundario se cambia a un colegio particular, donde a inicios de año intenta ser buena alumna, pero sus esfuerzos son invalidados, el quinto de secundaria donde no es responsable con sus actividades, empieza a tener comportamientos extremos en cuanto a su vestimenta y conducta restringida a los alimentos; por otro lado, en el aspecto social desde primero de secundaria no socializa se aleja de sus compañeros; labora a los 7 años.

Erika Villalta Zaira

EXAMEN MENTAL

- **Nombres y apellidos** : Alexandra A. CH.
- **Fecha de nacimiento** : 29 de noviembre del 1999
- **Edad cronológica** : 17 años 8 meses
- **Sexo** : femenino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Religión** : católica
- **Lugar de evaluación** : Área De Hospitalización HNCASE
- **Fecha de evaluación** : 23 de junio del 2017
- **Evaluador** : Erika Villalta Zaira

I. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente, aparenta su edad, es de contextura delgada, talla promedio, cabello negro liso, tez blanca y ojos color claro; viste de buzo, aliñada, su aseo personal es adecuado. Su postura es encorvada y su marcha coordinada pero lenta, no hay contacto ocular y el tono de voz es normal bajo; durante la entrevista su expresión facial denota desinterés y falta de preocupación, no desea colaborar con la entrevista, mala actitud frente a la examinadora, que posteriormente fue cambiando.

II. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

La paciente muestra desinterés en la entrevista, se niega a iniciar una conversación, en el transcurso de los días se inicia una entrevista la cual ha ido cambiando ligeramente su actitud, observándola en una posición de atención, comprensión con las indicaciones y preguntas que se le hace. La paciente está orientada en tiempo (tanto en día, mes y año), orientada en espacio y lugar (reconoce lugar donde está, distingue arriba y abajo, derecha e izquierda), reconoce su persona (refiere su nombre, ocupación y estado civil y edad) y personas (reconoce familia y evaluadores).

III. LENGUAJE

Su lenguaje expresivo esta conservada, posee una buena articulación verbal, con tono de voz bajo, Su lenguaje comprensivo es adecuado, entiende correctamente cuando se le da alguna indicación.

IV. PENSAMIENTO

No alteración psicopatológica, El pensamiento es tanto de tipo concreto como abstracto, en cuanto al contenido no hay razones que la ayuden a proyectarse a futuro, tiene ideas auto agresivas contra ella misma, no hay predisposición ni intención para mejorar. Muestra despreocupación por cualquier acontecimiento o actividad de la vida diaria, como el colegio, vida social o amorosa. Manifiesta haber fallado en el intento de suicidio, pero que más adelante lo volvería a realizar

V. PERCEPCIÓN

Sus procesos perceptivos al momento de la evaluación no presentan ilusiones ni alucinaciones de ningún tipo.

VI. MEMORIA

Memoria a corto y largo plazo se encuentran conservadas, ya que recuerda las instrucciones que se le dan, además que recuerda hechos cronológicos de su historia personal, retención y recuerdo es normal.

La memoria a largo plazo no presenta alteraciones referentes al recuerdo, sobre todo la etapa de su infancia, recuerda hechos cronológicos etapa por etapa desde la niñez hasta el día de la entrevista, recuerda su identidad personal, nombre y edad de su hija, padres y hermana, escolaridad, residencia, en cuanto a la memoria a corto plazo, esta se encuentra conservada, no presenta ninguna alteración, puede recordar hechos inmediatos, como la cena y almuerzo del día anterior, actividades que realizó durante el día, desarrollo de la enfermedad actual y de la hospitalización.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Con respecto a sus funciones intelectuales su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se encuentran conservadas, realiza cálculos y abstracción acorde a su grado de instrucción y nivel sociocultural

VIII. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Durante la entrevista denota desinterés, falta de motivación. Tiene ideas de un nuevo intento de suicidio, considera que no hay razones por la cual ella se encuentra con vida.

Su esfera afectiva denota apatía en el momento de la entrevista, rostro inexpresivo, voz monótona, gestos de sarcasmo.

IX. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

El paciente es consciente de la situación por la que atraviesa, mas no muestra conciencia de enfermedad, y que sus conductas y pensamientos negativos interfieren en sus actividades. No hay intención de mejora.

X. RESUMEN

Aparenta su edad, su expresión facial denota despreocupación y desinterés en la entrevista, que se logra modificar posteriormente, La paciente muestra desinterés en la entrevista, se niega a iniciar una conversación, en el transcurso de los días se inicia una entrevista la cual ha ido cambiando ligeramente su actitud, No alteración psicopatológica, Sus procesos perceptivos al momento de la evaluación no presentan ilusiones ni alucinaciones de ningún tipo, Memoria a corto y largo plazo se encuentran conservadas, La memoria a largo plazo no presenta alteraciones referentes al recuerdo; Con respecto a sus funciones intelectuales su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se encuentran conservadas, Durante la entrevista denota desinterés, falta de motivación. Tiene ideas de un nuevo intento de suicidio, considera que no hay razones por la cual ella se encuentra con vida.

- **Nombres y apellidos** : Alexandra A. CH.
- **Fecha de nacimiento** : 29 de noviembre del 1999
- **Edad cronológica** : 17 años 8 meses
- **Sexo** : femenino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Religión** : católica
- **Lugar de evaluación** : Área De Hospitalización HNCASE
- **Fecha de evaluación** : 26-27-28 de junio del 2017
- **Evaluador** : Erika Villalta Zaira

II. MOTIVO DE EVALUACION

Determinar el perfil de personalidad, aspectos de conducta alimentaria e inteligencia.

III. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente, en el momento de la entrevista, aparenta su edad, es de contextura delgada, talla promedio, cabello liso, tez blanca y ojos color claro; viste aliñada con buzo, y aseo personal es adecuado. Su postura es encorvada y su marcha coordinada pero lenta, no hay contacto ocular y el tono de voz es normal bajo; durante la entrevista su expresión facial denota desinterés y falta de preocupación, no desea colaborar con la entrevista, mala actitud frente al examinador, que posteriormente con el tiempo cambia.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- entrevista
- Pruebas psicométricas:
 - ✓ Inventario Clínico Multiaxial de MILLON -2
 - ✓ Inventario de Trastornos de La Conducta Alimentaria EDI2
 - ✓ Test Proyectivo de Karen Machover

- ✓ Test del Árbol
- ✓ TONI inteligencia factor general

V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

• INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON -2

Interpretación cuantitativa

Escalas de Validez				PUNTAJE	
					FINAL
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	540	=	Válido	95 X
Y	Deseabilidad Social	10	=		45 Y
Z	Autodescalificación	31	=		90 Z

•

Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-	DC-	Pac.	FINAL	
						1	2					
1	Esquizoide	50	121	112							112	1
2	Evitativo	54	121	112		112					112	2
3	Dependiente	25	55	46							46	3
4	Histrónico	17	36	27							27	4
5	Narcisita	31	68	59							59	5
6A	Antisocial	35	75	66							66	6A
6B	Agresivo-sádico	47	88	79							79	6B
7	Compulsivo	40	74	65							65	7
8A	Pasivo-agresivo	54	121	112							112	8A
8B	Autoderrotista	46	116	107		107					107	8B
Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	52	121		117		112	112	110		110	S
C	Borderline	70	121		117	117	112	112	106		106	C
P	Paranoide	42	77	73			73	66			66	P

Síndromes clínicos										
A	Ansiedad	23	82	73		68	68	61	61	A
H	Somatoformo	20	62	53		48	48	43	43	H
N	Bipolar	18	50	41					41	N
D	Distimia	57	115	106		101	101	96	96	D
B	Dependencia de alcohol	27	60	51					51	B
T	Dependencia de drogas	38	71	62					62	T
Síndromes severos										
SS	Desorden del pensamiento	42	100	96				101	101	SS
CC	Depresión mayor	44	88	84				91	91	CC
PP	Desorden delusional	23	73	69				71	71	PP

Interpretación cualitativa

La Paciente presenta *Indicadores Elevados* en los patrones clínicos de personalidad **esquizoide, evitativo, pasivo – agresivo y auto derrotista**, características por guardar una distancia emocional significativa con los demás y encontrándose muy a gusto sola, prefiere trabajos y actividades que impliquen contacto con objetos y poca relación con personas; carentes de afecto, no parece tener mucha capacidad de introspección ni interés en explorar sus sentimientos personales, en su vida no hay lugar para las emociones, por eso no se ven afectados cuando las cosas no salen como ellos desean.

Dentro de las Patologías Severas de la personalidad presenta *Indicador Elevado* en la escala **borderline**, características de inestabilidad emocional, las relaciones inestables pueden causar crisis emocionales acompañadas de una sucesión de amenazas suicidas o actos agresivos; otras características como ansiedad, autoestima baja, sentimientos de culpa, conflictos en el pensamiento.

En síndromes clínicos presenta *Indicador Elevado* en **Distimia**, caracterizada por una depresión crónica del estado de ánimo recurrente, puede estar varios días o semanas bien, pero la mayor parte del tiempo se siente cansada y deprimida, nada les satisface, duermen mal y se sienten incapaces de todo. Aunque normalmente puede hacer puede hacer frente a las demandas básicas de la vida diaria.

Dentro de los síndromes clínicos graves de personalidad presenta un indicador elevado en **Desorden del pensamiento**

- **INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EDI2**

Interpretación cuantitativa

	DT	B	BD	I	P	ID	IA	MF	A	IR	SI
Puntaje	1	0	4	9	5	12	21	8	14	17	14
Centil	3	3	9	46	25	89	91	85	93	90	90
Nivel	bajo	bajo	Bajo	Prom	bajo	prom	alto	Prom	prom	prom	prom

Interpretación cualitativa

Paciente muestra características **de conciencia introspectiva** con un rango centil de 91, estando dentro de una categoría nivel alto, teniendo dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

En el área de **ascetismo** en un rango centil de 93 que la ubican dentro de un nivel promedio, tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio y control de necesidades corporales.

Impulsividad muestra un rango centil de 90 estando dentro de un nivel promedio, teniendo dificultad para regular los impulsos y la tendencia a abuso a algunas sustancias tóxicas, hostilidad la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales.

Inseguridad social con un rango centil de 90 estando dentro de una categoría promedio, es la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incomodas, insatisfactorias y de escasa calidad.

- **TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER**

Paciente proyecta dificultad para integrarse socialmente y adaptarse a las normas sociales; falta de madurez psicológica, no hay dominio de las situaciones que le suceden, camufla sus deficiencias personales con actitud pasiva y es imponente en algunas circunstancias, proyecta depresión.

- **TEST DEL ÁRBOL**

Paciente proyecta un espíritu disciplinado, práctico en la realización de algunas actividades y tiene capacidad productiva; por otro lado en el aspecto social presenta aislamiento, decepciones relacionadas al ámbito social con habilidades para eludir aquello

que le desagrada, soledad, orgullo y desamparo. Falta de seguridad en el terreno emocional, huye de la realidad, tiene confusión de ideas con sentimientos de culpa.

- **INTELIGENCIA – FACTOR GENERAL**

Interpretación cuantitativa

Coeficiente mental	Categoría mental
103	Normal promedio

Interpretación cualitativa

Alexandra presenta un Cociente Intelectual de 103 y un que se encuentra en una categoría ***promedio normal***, esto indica que no presenta dificultades en sus habilidades intelectuales.

Erika Villalta Zaira

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y apellidos** : Alexandra A. CH.
- **Fecha de nacimiento** : 29 de noviembre del 1999
- **Edad cronológica** : 17 años 8 meses
- **Sexo** : femenino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de secundaria
- **Religión** : católica
- **Lugar de evaluación** : Área De Hospitalización HNCASE
- **Evaluador** : Erika Villalta Zaira

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente internada en el área de psiquiatría por intento de suicidio, ingiriendo veneno para ratas (órgano fosforado); paciente refiere sentirse incapaz de realizar cualquier actividad, sentimientos de inferioridad, de vacío emocional y desinterés en cualquier ámbito de su vida. “no sirvo para nada, la vida no tiene sentido, no sirvo ni para matarme, no entiendo porque vivo”; por otro lado, existe restricciones a alimentos con contenido de azúcar o carbohidratos.

III. PROBLEMA ACTUAL

A la edad de 16 años, la madre observa en su hija conductas alimentarias restringidas, no ingería nada que contenga azúcar, ni carbohidratos, exceso de agua por un periodo de 12 meses, agudizándose y complicándose con el tiempo, llegando a pesar 37 kilos, acompañados de inestabilidad emocional y desapego de las relaciones sociales, las cuales es causa que en noviembre de ese año (2006) es internada por primera vez en psiquiatría con un diagnóstico de F. 50.1 Anorexia Nerviosa Atípica en un periodo de 30 días; con el transcurso del tiempo no se observan mejoras, no tiene amigos, tiene conductas impulsivas y empieza a seleccionar ropa anchas de color oscuro, tiene sentimientos de inseguridad, poco tolerante, irritable, con ideas suicidas, este año (2017) intenta quitarse la vida tomando veneno para ratas (órgano fosforado) y es ingresada e internada por segunda vez en psiquiatría.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE CONDUCTA

Paciente, en el momento de la entrevista, aparenta su edad, es de contextura delgada, talla promedio, cabello liso, tez blanca y ojos color claro; viste aliñada con buzo, y aseo personal es adecuado. Su postura es encorvada y su marcha coordinada pero lenta, no hay contacto ocular y el tono de voz es normal bajo; durante la entrevista su expresión facial denota desinterés y falta de preocupación, no desea colaborar con la entrevista, mala actitud frente al examinador, que posteriormente cambia.

V. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- entrevista
- Pruebas psicométricas:
 - ✓ Inventario Clínico Multiaxial de MILLON -2
 - ✓ Inventario de Trastornos de La Conducta Alimentaria EDI2
 - ✓ Test Proyectivo de Karen Machover
 - ✓ Test del Árbol
 - ✓ TONI inteligencia factor general

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Área cognitiva, La paciente posee nivel intelectual promedio, indicando esto la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada. En el **Área de personalidad** Presenta rasgos de personalidad en inestabilidad emocional, inestabilidad en las relaciones sociales, tiene sensación de vacío emocional, poca tolerancia a la frustración, amenazas recurrentes al suicidio y sintomatología marcada en impulsividad, ansiedad, desequilibrio del estado de ánimo recurrente, Alexandra se puede encontrar varios días bien pero la mayor parte del tiempo se siente triste, nada le satisface, baja autoestima, sentimientos de culpa y conflictos en el pensamiento. Por otro lado persiste guardar una distancia emocional significativa con los demás y encontrándose muy a gusto sola, en el aspecto social existe

aislamiento con seres de su misma edad y familiares, tiene habilidades para eludir aquello que le desagrada, todos estos aspectos han surgido desde un ambiente invalidante de una familia, una dinámica familiar desfavorable y la poca capacidad de enfrentar los problemas, un padre agresivo y una madre permitiendo el maltrato, son causa probable de generar un trastorno de personalidad en la actualidad. **Área de conducta alimentaria** tiene dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad; con tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio y control de necesidades corporales; por otro lado tiene dificultad para regular los impulsos y la tendencia a abuso a algunas sustancias tóxicas, hostilidad la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales; por último tiene la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incomodas, insatisfactorias y de escasa calidad.

VII. CONCLUSION DIAGNOSTICA

De acuerdo con la evaluación clínica la paciente evidencia un indicador elevado de inestabilidad emocional, inestabilidad en las relaciones sociales, tiene sensación de vacío emocional, poca tolerancia a la frustración, intento de suicidio, además de amenazas recurrentes al suicidio y sintomatología marcada en impulsividad, ansiedad, desequilibrio del estado de ánimo recurrente; por lo cual configura para un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo Límite F60.3.

VIII. PRONOSTICO

Favorable, por la edad, soporte familiar de la madre y la capacidad intelectual que posee.

IX. RECOMENDACIONES

Psicoterapia individual:

- Terapia cognitivo conductual, reestructuración cognitiva relacionado a pensamientos, ideas y hábitos.
- Realizar psi coeducación, enseñar a la paciente su enfermedad, cuáles son los síntomas y los riesgos que puede ocasionar.

- Psicoterapia orientada a habilidades sociales

Psicoterapia familiar:

- Compromisos terapéuticos

Erika Villalta Zaira

PLAN PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES:

- **Nombres y apellidos** : Alexandra A. CH.

- **Fecha de nacimiento** : 29 de noviembre del 1999
- **Edad cronológica** : 17 años 8 meses
- **Sexo** : femenino
- **Lugar de nacimiento** : Arequipa
- **Escolaridad** : 5to de Educación secundaria
- **Religión** : católica
- **Informante** : Mama - Paciente
- **Lugar de Entrevista** : Área De Hospitalización HNCASE
- **Evaluador** : Erika Villalta Zaira

II. DIAGNÓSTICO

De acuerdo con la evaluación clínica la paciente evidencia un indicador elevado de inestabilidad emocional, inestabilidad en las relaciones sociales, tiene sensación de vacío emocional, poca tolerancia a la frustración, intento de suicidio, además de amenazas recurrentes al suicidio y sintomatología marcada en impulsividad, ansiedad, desequilibrio del estado de ánimo recurrente; por lo cual configura para un Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de tipo Límite F60.3.

III. OBJETIVO GENERAL

Aceptación de ciertas características, capacidades y destrezas propias de la paciente, mejorando la autoestima y pensamientos; adaptación a la vida social

IV. Objetivos específicos

- Incrementar habilidades comportamentales
- Lograr la autovalidación y el respeto por uno mismo
- Encontrar y reconocer capacidades, emociones, creencias, actitudes... adaptativas
- Detectar las áreas problemáticas, los patrones de funcionamiento desadaptativos
- Equilibrar los estilos de comunicación interpersonal

V. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO

Para este plan psicoterapéutico se utilizará el entrenamiento de la terapia cognitivo conductual

Primera sesión

Técnica:	Enfoque de apoyo
Objetivos:	Generar confianza con la paciente, por otro lado, la comprensión del terapeuta, la seguridad que proporciona
Desarrollo:	Suele ser la mejor estrategia en las primeras fases de la terapia, la comprensión del terapeuta, la seguridad que proporciona, la seguridad que proporciona y la confidencialidad de las manifestaciones y los secretos del paciente,
Tiempo:	30 min

Segunda Sesión

Técnica	Psi coeducación
Objetivos	El paciente conozca su enfermedad y las posibles consecuencias a corto a largo plazo. Facilitar la comprensión y aceptación de los aspectos limitantes de la enfermedad.
desarrollo	Se brindó información acerca de la sintomatología general de la enfermedad, comportamientos adecuados e inadecuadas de las respuestas frente a situaciones específicas, como reaccionar.
Tiempo	30 min

Tercera sesión

Técnica:	Técnicas de autocontrol.
Objetivos:	Planificar respuestas controladas, la intervención se realiza antes de que la conducta tenga lugar.
Desarrollo:	Técnicas de control estimular:

	<p><u>Cambiar los estímulos significativos</u>: se trata de restringir el número de estímulos elicitadores de una respuesta (comer a horas fijas y siempre en el mismo sitio)</p> <p><u>Cambiar el medio social</u>: introducir alguna persona en el contexto en que se da la conducta, para que su presencia impida la realización de la respuesta,</p> <p><u>Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas</u>: el objetivo es modificar el medio interno del sujeto de tal manera que se reduzca la probabilidad de ciertas respuestas (relajarse durante unos minutos antes de pedir explicaciones sobre un hecho conflictivo para evitar perder el control).</p>
Tiempo:	10 min

Cuarta Sesión

Técnica:	Relajación progresiva o diferencial
Objetivos:	Relajación, es conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y, posteriormente, cuando las identifique ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas.
Desarrollo:	<p>Gira en torno a la relación que existe entre mente y cuerpo; la relación que conecta los pensamientos, las emociones con el funcionamiento fisiológico y los procesos del cuerpo físico.</p> <p>Mente de principiante. Cualidad de la conciencia que nos permite contemplar las cosas de un modo nuevo, como si, movidos por la curiosidad, las viésemos por primera vez</p>
Tiempo:	10 min

Quinta Sesión

Técnica:	Solución de problemas
-----------------	-----------------------

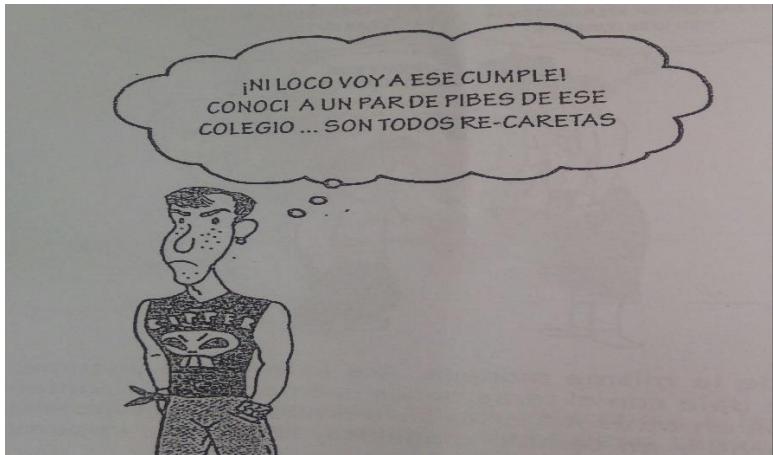
Objetivos:	Producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar consecuencias negativas.
Desarrollo:	<p>Orientación general hacia el problema: es la primera fase, se pretende que la paciente acepte el hecho de la situación problemática que forma parte de su vida diaria y que es posible hacerle frente de forma eficaz.</p> <p>Definición y formulación del problema: si el problema está bien definido, tenemos la mitad del mismo resuelto (por ejemplo, generación de alternativas pueden ser más fáciles).</p> <p>Generación de soluciones alternativas: el propósito es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así maximicemos la probabilidad de que la mejor solución este entre ellas.</p>
Tiempo:	20 min

Sexta Sesión

Tema:	Habilidades sociales
Objetivos:	<p>Adquisición de habilidades que permitan mantener integraciones sociales,</p> <p>Sea capaz de reproducir habilidades sociales necesarias en momentos y ambientes diferentes.</p>
Desarrollo:	<p>Instrucciones: consiste en explicaciones claras y concisas centradas principalmente sobre las conductas a entrenar, la finalidad de su utilización es guiar al sujeto en el empleo de respuestas específicas.</p> <p>Modelado: consiste en la exhibición, por parte de un modelo, de las conductas que son objeto de entrenamiento, en presencia de la paciente.</p> <p>Ensayo conductual: representación de papeles, la paciente tiene la oportunidad de practicar y ensayar las conductas apropiadas, cuantas veces sea necesario hasta lograr un nivel de ejecución adecuado.</p> <p>Retroalimentación: proporcionar información a la paciente con respecto a las conductas objetivo exhibidas en el ensayo conductual previo, con el fin de moldear.</p>

Tiempo:	30 min
----------------	--------

Séptima sesión

Tema:	Distintos tipos de pensamiento
Objetivos:	Identificar tipos de pensamiento
Desarrollo:	<p>GENERALIZACION EXCESIVA</p>  <p>Puede ser que algunos chicos de esta escuela no te caigan bien ¿eso significa que todos te van a caer mal?</p> <p>Cuando por una cosa que no te agrada, piensas que lo que va pasar va ser así también, eso se llama generalización excesiva. ¿Qué puedes decirle a nuestro amigo para que vea las cosas más claramente?</p> <p>PENSAMIENTO EMOCIONAL</p>



Flor piensa que le va ir mal PORQUE se siente insegura

¿Qué se sienta insegura significa que le va a ir mal?

¿Qué le dice a la amiga?

Teniendo en cuenta lo que le dice, ¿te parece que le va ir mal?

¿te pasa a veces de tomar decisiones apresuradas siguiendo tus emociones? Ejemplos

Tiempo: 15 min

Octava sesión

Tema:	Enfrentando miedos, nervios, ansiedad.
Objetivos:	Identificar la reacción de nuestro cuerpo y mente cuando estamos frente a un peligro real o imaginario
Desarrollo:	<p>¿Por qué me pongo mas ansioso?</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 150px; height: 150px; margin: auto;"> Agrando el peligro </div>

Se presentará varios ejercicios que pueden ayudar a regular tu alarma

"Cómo agrandamos los peligros..."

¿Cuántas veces te imaginás que el león te iba a morder y en realidad es un león de juguete?

A continuación tenés un ejemplo de Matías de 11 años que describió algunas situaciones donde sentía mucho miedo y la situación terminó siendo mucho más sencilla de lo que él pensaba.

Leones que pensaba que eran salvajes	Leones que resultaron de juguete
(Lo qué pensaba antes)	(Lo que realmente pasó)
Escuché un ruido: "Me van a acuchillar"	Era una botella caída
Sonó la alarma: "un ladrón"	Mi hermana es sonámbula
"Alguien entró antes de haber puesto la alarma"	No había nadie
La luz titilaba: "Me voy a quedar a oscuras"	Mi prima estaba jugando con la luz
Ruidos en la reja: "alguien quiere entrar"	Era mi perro

¿Cómo achicamos nuestros recursos?

Te mostramos este ejemplo

Situación: escucho un ruido afuera de mi cuarto

¿Qué era lo que pensabas? entro un ladrón

Se escribe todos los recursos que tuviste o tienes para afrontar esa situación

- Hubiera hecho un ruido tremendo al entrar
- El perro lo hubiera escuchado
- Sonarían las alarmas
- Tendría que romper la cerradura
- Tendría que ser tonto para elegir este caso

¿Por qué se mantiene mi ansiedad?

No enfrento las situaciones temidas

Me escapo cada vez que me pongo ansioso

Vivo pendiente de lo que me asusta

Enfrento las situaciones solo siuento con ayuda

Tiempo: 15 min

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Para este plan psicoterapéutico serán necesarias 5 semanas

Primera semana: sesión 1

Segunda semana: sesión 2

Tercera semana: sesión 3

Cuarta semana: sesión 4.

Quinta semana: sesión 5

Sexta semana: sesión 6

Séptima semana: sesión 7

VII. LOGROS OBTENIDOS

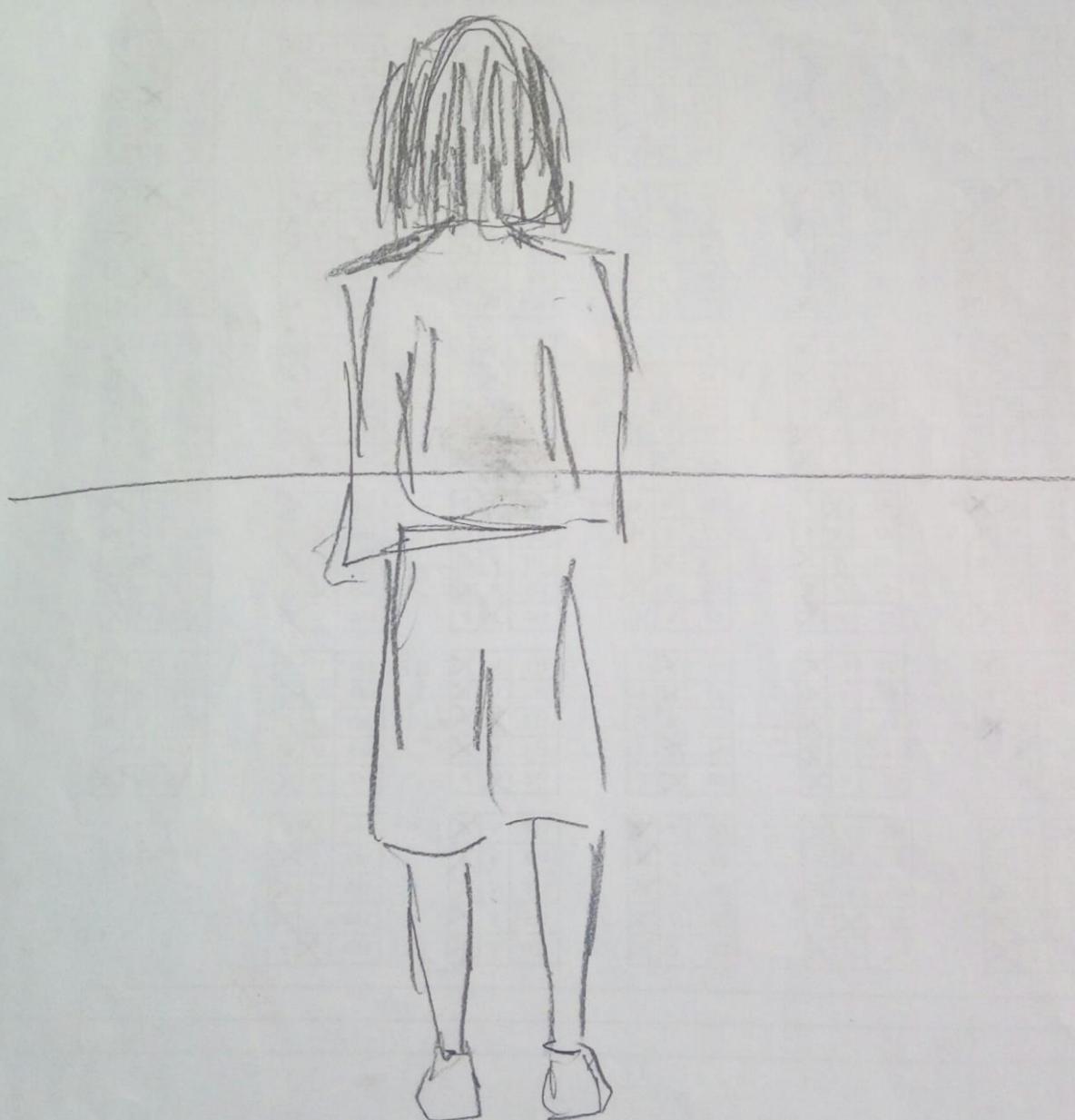
Se realizó todas las sesiones:

- Se observa disminución de la frecuencia de ideas suicidas.
- Probabilidad de retomar sus estudios.
- Se observa cambios en estados emocionales.
- Modificación del pensamiento.
- Manejo de habilidades sociales.

Erika Villalta Zaira

ANEXOS

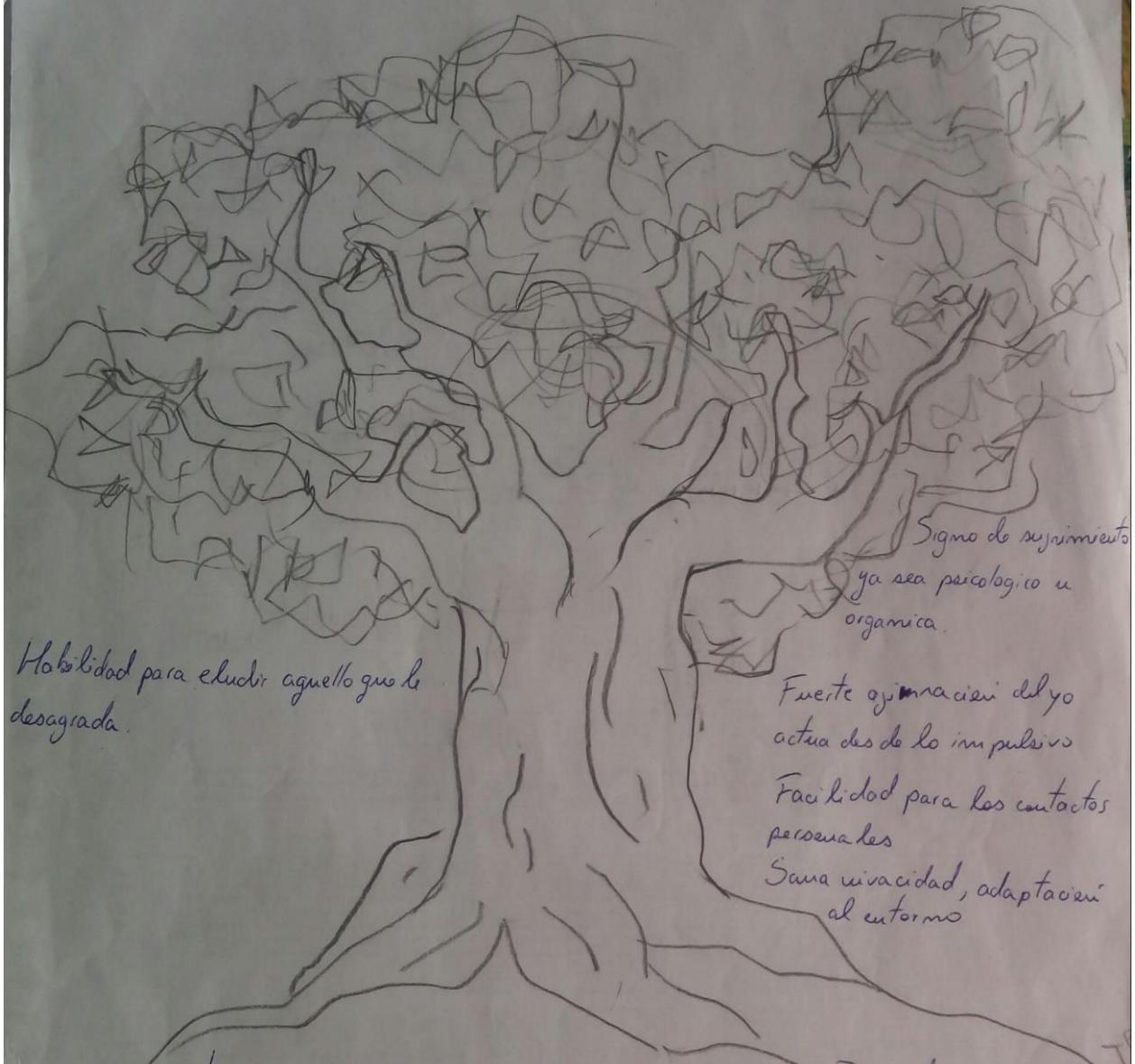
O Mujer



- Inter
- Rudo
- Difus.
- Inson.

A DE RESPUESTAS Y PERFIL						Centro						Alondra					
Fecha			Día - Mes - Año			Edad			Sexo			Años			Verificación		
Estatura (centímetros)						Peso (kilogramos)											
Nunca	Pocas veces	Á veces	A menudo	Casi siempre	Siempre												
Rodee la opción elegida. Ejemplo 0 1 2 3 4 5																	
1	0 1 2 3 4 5	I	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
2	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
3	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	DT	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5										
4	0 1 2 3 4 5	I	0 1 2 3 4 5	I	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
5	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
6	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
7	0 1 2 3 4 5	DI	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5										
8	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
9	0 1 2 3 4 5	DT	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
10	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	I	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5										
11	0 1 2 3 4 5	ID	0 1 2 3 4 5	DI	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
12	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
13	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
14	0 1 2 3 4 5	I	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5										
15	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
16	0 1 2 3 4 5	MF	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
17	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
18	0 1 2 3 4 5	I	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5										
19	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
20	0 1 2 3 4 5	P	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5										
21	0 1 2 3 4 5	IA	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										
22	0 1 2 3 4 5	BD	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5	IR	0 1 2 3 4 5										
23	0 1 2 3 4 5	B	0 1 2 3 4 5	A	0 1 2 3 4 5	SI	0 1 2 3 4 5										

un presión, la cual causa efecto de complejos que lo pueden llevar a inhibiciones importantes en el área de la personalidad. Excesiva importancia a las formas externas. Buena discriminación de la realidad. Personalidad hipersensible



Habilidad para eludir aquello que le desagrada.

Signo de sujeción
ya sea psicológico u orgánica.

Fuerte orientación del yo actúa desde lo impulsivo

Facilidad para los contactos personales

Sana vivacidad, adaptación al entorno

La curiosidad podría resultar un gran problema. Deseo de ser aprobado actividad narcisista, se sobrevalora, deseo de captar la atención, ~~veracidad productiva~~
Espíritu disciplinado, práctico, Extrovertido, crudo. Apático
Introversión. Aislamiento, orgullo, falta de seguridad en el terreno emocional / Impulsividad / terquedad, soltaz y desamparo
• honestidad / realidad / confianza de otros,
• desprecisiones / reacciones con el pleno social.
Ambigüedad / podrían tratarse de un personaje utópico.
• habilidad para eludir aquello que desagrada al sujeto.
• sentimientos de culpa.

Escalas de Validez			PUNTAJE		
			FINAL		
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	540	=	Válido	
Y	Deseabilidad Social	10	=		
Z	Autodescalificación	31	=		

Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL
1	Esquizoide	50	121	112							112
2	Evitativo	54	121	112		112					112
3	Dependiente	25	55	46							46
4	Histriónico	17	36	27							27
5	Narcisita	31	68	59							59
6 ^a	Antisocial	35	75	66							66
6B	Agresivo-sádico	47	88	79							79
7	Compulsivo	40	74	65							65
8 ^a	Pasivo-agresivo	54	121	112							112
8B	Autoderrotista	46	116	107		107					107
Patología severa de personalidad											
S	Esquizotípico	52	121		117		112	112	110		110
C	Borderline	70	121		117	117	112	112	106		106
P	Paranoide	42	77	73			73	66			66
Síndromes clínicos											
A	Ansiedad	23	82	73			68	68	61		61
H	Somatoformo	20	62	53			48	48	43		43
N	Bipolar	18	50	41							41
D	Distimia	57	115	106			101	101	96		96
B	Dependencia de alcohol	27	60	51							51
T	Dependencia de drogas	38	71	62							62

Síndromes severos								
SS	Desorden del pensamiento	42	100		96		101	101
CC	Depresión mayor	44	88		84		91	91
PP	Desorden delusional	23	73		69		71	71

CASO N° 1: Historia Clínica Psicológica I

MARIBEL CATA CORA HANCCO

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres y apellidos : M.E.C.P.
Edad : 30 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 16/12/1986
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Técnico Superior
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Obrera en almacén de Ibérica
Religión : católica
Informante : La paciente
Lugar de evaluación : Hospital III Yanahuara
Fecha de evaluación : 11/07/2017
Entrevistadora : Maribel Catacora Hancco

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste a consulta debido a que manifiesta tener constantes discusiones con su pareja, las cuales se intensificaron en los últimos meses, Lo que hace que ella se sienta constantemente angustiada, preocupada y con un temor a que su relación de pareja pueda terminar.

III. PROBLEMA ACTUAL

María refiere que las discusiones con su pareja siempre estuvieron presentes en su relación las que eran resueltas en poco tiempo, sin embargo, desde la mudanza a su nuevo hogar (febrero 2017) las discusiones se tornaron frecuentes debido a los reclamos de la paciente hacia su pareja por el poco apoyo recibido en los quehaceres de su hogar y en el cuidado de su hijo de 1 año, por esta razón la paciente solicita el apoyo de su madre para el cuidado de su menor hijo, sin embargo las discusiones no cesaron ya que en esta oportunidad la paciente manifestaba su deseo de bautizar a su hijo pero su pareja se negaba debido a que consideraba que su hijo debía ser quien tome la decisión de bautizarse o no a una edad pertinente, a inicios del mes de mayo su madre deja el cuidado de su hijo por problemas de salud, por lo que su pareja le pide el apoyo a su madre la cual se muda al hogar de la paciente, sin embargo la relación con su suegra generalmente fue mala lo que en muchas ocasiones generó discusiones con su pareja y en esta oportunidad esta relación no cambio es así que las discusiones con su pareja se intensificaron ya que él considera que María es quien inicia las discusiones con su suegra.

Hace tres semanas atrás la paciente tuvo una fuerte discusión con su pareja en la que por primera vez su pareja la agredió físicamente, al día siguiente le planteo separarse lo que generó en la paciente una profunda tristeza y culpa ya que siente que es ella quien generó esa actitud de parte de su pareja, por otro lado manifiesta que tiene dificultades para dormir porque no desea separarse de su pareja y en la última semana siente una frecuente predisposición al llanto ya que teme que su pareja pueda tomar en cualquier momento la decisión de irse.

IV. HISTORIA PERSONAL

ETAPA PRE-NATAL

GESTACION Y NACIMIENTO

Refiere haber nacido a término de mes (9 meses) por cesaría debido a complicaciones de embarazo, al nacer tuvo un peso aproximado de 3.500 Kg, y una talla de 41 cm. Durante el tiempo de gestación según refiere la paciente su madre lloraba mucho y se sentía triste debido a que el padre tenía problemas con el alcohol motivo por el cual desaparecía de casa en ocasiones. María es la mayor de dos hermanas.

ETAPA POST-NATAL

LA NIÑEZ

Con respecto al desarrollo psicomotor según refiere la paciente fue normal, además dice no haber tenido enfermedades graves durante la niñez. Por otro lado, recuerda que desde muy pequeña tuvo problemas de comunicación puesto que le era difícil hacer amigos, motivo por el que solo tuvo una amiga, pues en la escuela era una persona muy tímida y cuando estaba en casa le daba mucho temor salir, ya que siempre fue tímida, callada y por lo general se sentía triste. Por otro lado, refiere haber sufrido de violencia por parte de su madre por lo que siempre la vio como una mala persona, su padre consumía bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, pese a ello lo veía como una buena persona, por lo que sufrió mucho con la separación de sus padres pese a que cuando ocurrió dicha situación la paciente ya era mayor de edad (20 años).

ESCOLARIDAD

A los 5 años ingresó al nivel inicial y no presentó dificultad alguna a nivel cognitivo sin embargo durante esta etapa se presentó la dificultad de socialización de la paciente. A la edad de 6 años ingresa al nivel primario etapa en la cual continua sus dificultades de socialización e inicia sus problemas académicos. A los 12 años inicia sus estudios secundarios, tuvo rendimiento académico promedio, manteniendo su dificultad de socialización ya que no deseaba participar de juegos y encuentros de grupo con sus compañeros.

A la edad de 17 años inicia sus estudios de computación e informática en un instituto, durante esta etapa se da la separación de los padres de la paciente motivo por lo cual se pone a trabajar para solventar sus gastos económicos durante esta etapa se agrava su timidez y tristeza por la separación de sus padres sin dejar de lado los estudios.

VIDA SEXUAL Y ADOLESCENCIA

Era tímida, por lo que tenía muy pocos amigos, nunca recibió una educación sobre sexualidad en su hogar por lo que recibió esta información en el colegio a la edad de 8 años aproximadamente.

Su atracción por el sexo opuesto empezó a los 13 años, tuvo su primer enamorado a los 18 años aproximadamente, debido a su timidez, sin embargo, esta relación tuvo pocas demostraciones de afecto, debido a que solo conversaban y se encontraban en su lugar de estudios (instituto), por lo que termina una vez se acaban los estudios. En el 2014 conoce a su segunda pareja y padre de su hijo en su centro de trabajo, con quien tuvo un año de enamoramiento durante esta etapa también tuvo su primera experiencia sexual.

HABITOS, INTERESES Y ACTITUDES

La paciente siempre presento gusto por el deporte y el baile, sin embargo, en la actualidad se dedica al cuidado de su hijo motivo por el que le cuesta encontrar un tiempo libre para dedicarse a dichas actividades. A futuro desea tener una casa propia por lo que trabaja como obrera en el almacén de la empresa Ibérica pese a que el ambiente de trabajo no le agrada.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

La paciente es la mayor de dos hermanas, actualmente vive en la ciudad de Arequipa en una casa alquilada. Padre de 67 años de edad, Chofer, actualmente vive en Puno, tuvo problemas con el consumo de alcohol, es una persona que se preocupa por su hija pese a la distancia, es cariñoso, motivo por el cual siempre tuvo confianza en él y se sentía amada y protegida por su progenitor. Con respecto a la madre tiene 65 años de edad, ama de casa, vive en Arequipa, sufre de reumatismo, la considera como una persona buena, pero ejerció violencia física por lo que nunca le tuvo confianza. Por otro lado, tiene dos hermanas una melliza de 30 años que cursó estudios superiores (técnico enfermera), actualmente ejerce su carrera y cursa estudios de enfermería en una universidad privada, es separada y tiene un hijo de 8 años actualmente la relación con ella es distante debido al distanciamiento de la paciente por temor a incomodar a su familia. Así mismo tiene una hermana menor de 29 años la misma que vive en Holanda, casada y sin hijos, curso estudios de inglés la cual no terminó debido a que se casó durante el tiempo de estudios y se fue a vivir al extranjero con su esposo, la relación es buena pero distante (falta de confianza).

VI. HISTORIA SOCIOECONOMICA Y OCUPACIONAL

Actualmente vive en una vivienda alquilada, de material noble que cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y luz. trabaja como obrera en el almacén de la empresa Ibérica junto a su pareja, recibe un sueldo por encima del sueldo mínimo.

- **Antecedentes Familiares Patológicos**

Antecedente de alcoholismo del padre de la paciente.

VII. PERSONALIDAD PREMORBIDA

María fue tímida, insegura y de pocos amigos, debido a que le costaba iniciar una conversación, por otro lado, era una niña temerosa y triste debido que sufrió violencia de parte de su madre.

VIII. RESUMEN

Paciente refiere haber nacido a término de mes (9 meses) por cesaría debido a complicaciones de embarazo, al nacer tuvo un peso aproximado de 3.500 Kg, y una talla de 41 cm. Con respecto al desarrollo psicomotor normal, refiere no haber tenido enfermedades graves durante la niñez. Así mismo recuerda que desde muy pequeña tuvo problemas de comunicación puesto que le era difícil hacer amigos motivo por el cual tuvo muy pocos amigos, pues en la escuela era una persona muy tímida y cuando estaba en casa le daba mucho temor salir, pese a ello su rendimiento académico fue regular. Por otro lado, refiere haber sufrido de violencia, su padre consumía bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, a pesar ello lo veía como una persona buena, motivo por el cual sufrió mucho con la separación

de sus padres pese a que cuando ocurrió dicha situación la paciente ya era mayor de edad (20 años). Tuvo su primer enamorado a los 18 años aproximadamente, debido a su timidez, sin embargo, esta relación es fría debido a que solo conversan y tienen sus encuentros en su lugar de estudios (instituto), por lo que termina una vez se acaban los estudios. En el 2014 conoce a su segunda pareja y padre de su hijo en su centro de trabajo, con quien tuvo su primera experiencia sexual. Actualmente vive en una vivienda alquilada, de material noble que cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe y luz. trabaja como obrera en el almacén de la empresa Ibérica junto a su pareja, recibe un sueldo por encima del sueldo mínimo

.....
Maribel Catacora Hanco

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : M.E.C.P.
Edad : 30 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 16/12/1986
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Técnico Superior
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Obrera en almacén de Ibérica
Religión : católica
Informante : La paciente
Lugar de evaluación : Hospital III Yanahuara
Fecha de evaluación : 11 y 13 de julio de 2017
Evaluadora : Maribel Catacora Hancco

II. MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación del estado mental actual de la paciente a través de la entrevista, la observación y la información aportada.

III. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

María aparenta tener la edad que menciona, es de tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada, cabello negro. Presentó un aseo y arreglo personal adecuados, se aprecia

su vestimenta en buen estado. Mostrándose colaboradora, comprendiendo y logrando concretar objetivos, mantiene una postura encorvada, marcha lenta, su expresión refleja preocupación. Denota tristeza, se comunica con un tono de voz bajo manteniendo contacto ocular y con tendencia al llanto.

IV. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION

- **Atención:**

Durante la evaluación María mostró un predominio de la atención voluntaria sobre la involuntaria. Se mantuvo atenta durante toda la entrevista no presentando dificultades para responder a las preguntas que se le realizaba.

- **Conciencia:**

María responde a los estímulos presentados de manera adecuada, tiempo de reacción adecuado, comprende, interpreta y responde adecuadamente.

- **Orientación:**

Orientada en tiempo, espacio y persona ya que su orientación espacial es adecuada discriminando así su esquema corporal, por otro lado, su orientación le permite el reconocimiento de la hora, día mes y año; así como también sus datos personales y familiares.

V. LENGUAJE

En relación al lenguaje expresivo, María se expresa correctamente, así mismo posee una buena dicción. Presenta una adecuada reproducción del lenguaje escrito. Posee un adecuado lenguaje comprensivo. Al no presentar ningún problema en la resolución de las preguntas planteadas. Durante la evaluación de la paciente se observó que el ritmo y velocidad de la entonación fue normal sin embargo el tono de voz fue bajo.

VI. PENSAMIENTO

En relación al curso del pensamiento este permite comprender lo que la paciente plantea acerca de su problema. Sin embargo, en cuanto al contenido se encuentra cargado de culpa con respecto a las constantes discusiones vividas en su relación de pareja. No presenta alteración psicopatológica del pensamiento.

VII. MEMORIA

La memoria a largo y corto plazo se encuentran conservados, así mismo su memoria semántica se encuentra conservada al reconocer, diferenciar y clasificar objetos, la paciente puede referir hechos autobiográficos importantes ocurridos durante la niñez, adolescencia y juventud, recuerda las actividades que se realizó en la mañana del día de la evaluación, puede recordar y reproducir en un breve lapso de tiempo series de palabras, objetos y números.

VIII. FUNCIONES INTELECTUALES

María posee un aceptable nivel de conocimientos generales, una correcta capacidad de razonamiento y juicio, analizando las acciones secuencialmente para llegar a respuestas finales, explica e interpreta acertadamente diversas situaciones.

IX. AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ANIMO

En relación a la afectividad y el estado de ánimo María manifiesta tristeza, preocupación en su forma de expresión verbal y no verbal y refiere que en ocasiones se siente irritable por su situación conyugal (discusiones de pareja).

X. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Tiene conciencia de su problema ya que reconoce que tiene un problema al no poder comunicarse de manera adecuada con su pareja y personas que le rodean sin embargo se siente impotente puesto que considera no saber cómo mejorarlo.

XI. RESUMEN

La paciente aparenta tener la edad que menciona, es de tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada, cabello negro, durante las evaluaciones presentó un aseo y arreglo personal adecuados, se aprecia su vestimenta en buen estado. Comprendiendo y logrando concretar objetivos, mantuvo una postura erguida, marcha lenta, su expresión reflejaba preocupación. Se comunica con un tono de voz bajo manteniendo contacto ocular y con tendencia al llanto al referirse a su situación de pareja actual. La memoria a largo y corto plazo se encuentran conservados, su memoria semántica se encuentra conservado al reconocer, diferenciar y clasificar objetos, así mismo la paciente posee un aceptable nivel de conocimientos generales, una correcta capacidad de razonamiento y juicio, siguiendo un rigor lógico en el pensamiento y analizando las acciones secuencialmente para llegar a respuestas finales, explica e interpreta acertadamente diversas situaciones. La paciente denota tristeza, preocupación por su situación conyugal (discusiones de pareja), existe concordancia entre lo que dice y expresa.

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : M.E.C.P.
Edad : 30 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 16/12/1986
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Técnico Superior
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Obrera en almacén de Ibérica
Religión : católica
Informante : La paciente
Lugar de evaluación : Hospital III Yanahuara
Fecha de evaluación : 13 y 17 de julio de 2017
Evaluadora : Maribel Catacora Hancco

II. MOTIVO DE EVALUACION

El motivo de la evaluación es determinar y conocer el perfil, rasgos y características de su personalidad, así como saber sus aspectos de convivencia y ajuste marital.

III. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente se muestra colaboradora, interesada en realizar de la mejor manera las pruebas aplicadas, presento vocabulario adecuado y su expresión fue correcta sin hacer uso de jergas. No tuvo problemas para entender las preguntas e indicaciones que se le hizo.

IV. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas

- Observación

Instrumentos

- Cuestionario Revisado De Personalidad De Eysenck EPQ-R
- Test Proyectivo de Karen Machover-La Figura Humana
- Test de ajuste marital de Locke-Walle (LWMAT)

V. ANALISIS E INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS APLICADAS

- **CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK EPQ-R**

Resultados cuantitativos

	E	N	P	L
Pd	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="1"/>
T	<input type="text" value="35"/>	<input style="background-color: red; color: white; border: 2px solid red; padding: 2px; width: 30px; height: 20px; text-align: center; font-size: 14px; border-radius: 50%;" type="text" value="61"/>	<input type="text" value="56"/>	<input type="text" value="69"/>

Resultados cualitativos

- ✓ **L (SINCERIDAD)**

Poco sincero y conformista.

✓ **N (EMOTIVIDAD-NEUROTISIMO)**

María muestra tendencia a la ansiedad, preocupación, y depresión. Puesto que desea mantener todo bajo control y cuando observa problemas por lo general se culpa a sí misma. Es muy emotiva, reacciona de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional, por lo que en la actualidad la relación con su esposo no es buena debido a las constantes discusiones después de las cuales la paciente siente remordimiento y preocupación constante por que las cosas podrían salir mal sumado a ello una fuerte ansiedad frente a estos pensamientos.

✓ **P (PSICOTICISMO)**

Según los resultados obtenidos María presenta impulsividad, además de presentar poca sociabilidad, falta de empatía y generación de conflictos en el medio, lo que le está generando sus problemas de pareja.

✓ **E (EXTRAVERSION)**

tiene tendencia a la Tranquilidad, retraimiento, es reservada y distante excepto con los amigos íntimos, por lo que presenta dificultades de relaciones interpersonales sobre todo con respecto en el área de comunicación. desconfía de los impulsos momentáneos, no le gusta la animación, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gusta un modo de vida ordenado, lo que explica la razón por la cual tiene la tendencia de quedarse en casa en sus horas libre tratando de poner en orden ciertas actividades por realizar. mantiene sus sentimientos bajo control, según la paciente para evitarse mayor sufrimiento por lo que no confía fácilmente por temor a ser criticada. rara vez se comporta de manera agresiva y no

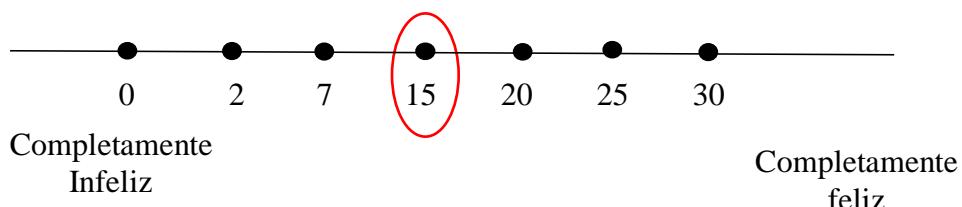
pierde los nervios fácilmente, ya que, según la historia, la paciente tiene la tendencia de no expresar sus emociones con facilidad es pesimista y otorga un gran valor a las normas éticas.

- **TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER-LA FIGURA HUMANA**

Se halla tendencia de un carácter infantil con instinto combativo, puesto que manifiesta el deseo de que se le exprese amor y comprensión antes que a otras personas (familia de esposo), sin embargo, este deseo no es manifestado abiertamente por temor a las críticas, así mismo presenta fuertes frustraciones en el terreno amoroso generadas por insatisfacción o inseguridad, puesto que como su pareja es poco comprensivo con la paciente no se siente segura de su amor. Por otro lado, se manifiesta dependencia y pasividad, debido a sus dificultades sociales, timidez, retraimiento, tendencia a encerrarse en sí mismo, por lo que no es sociable, no tiene muchos amigos y le es difícil comunicarse. Así mismo presenta una tendencia a dar respuestas airadas frente a las frustraciones, debido a que la paciente es una persona con dificultades en la expresión de sus emociones, por lo que en ocasiones reacciona de manera agresiva (gritando).

- **TEST DE AJUSTE MARITAL DE LOCKE-WALLE (LWMAT)**

Resultados cuantitativos



Resultados cualitativos

La paciente presenta un nivel promedio de felicidad puesto que considera que a pesar de los problemas vividos con su pareja esta considera se siente feliz pero no en su totalidad. Puesto que considera que tiene ciertas dificultades con respecto a los temas de recreación ya que su pareja presenta deseos de salir en sus tiempos libres y la paciente prefiere quedarse en casa, así mismo tiene dificultades para ponerse de acuerdo en lo referente a los deberes que cada uno debe cumplir considerando la paciente que ella lo hace todo, hecho que le molesta, pero lo expresa generalmente con gritos por lo que se genera las discusiones de pareja. Por otro lado, presentan una seria dificultad con respecto a la filosofía de vida ya que la paciente es de religión católica muy apegada a la religión sin embargo pese a que su pareja también es de religión católica (no bautizado) no es tan apegado a la religión, por lo que no se ponen de acuerdo con respecto al bautizo de su hijo hecho que también genera discusiones y preocupación en la paciente. Finalmente, la paciente considera que su mayor problema es la forma de trato que recibe en comparación con la familia de su esposo ya que refiere que este prefiere darle la razón en todo a su familia (madre y hermanas) por lo que se siente dejada de lado este es el principal motivo por lo que la paciente se siente preocupada y triste.

VI. RESUMEN

La evaluación muestra que la paciente presenta tendencia a la ansiedad, preocupación, y depresión. Puesto que desea mantener todo bajo control. Es muy emotiva, sus fuertes reacciones emocionales interfieren en la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional, Se halla tendencia de un carácter infantil con instinto combativo, así mismo presenta fuertes frustraciones en el terreno amoroso generadas por insatisfacción o inseguridad, por otro lado, se manifiesta dependencia y pasividad, debido a

sus dificultades sociales, timidez y retraimiento, irritabilidad, por otro lado presentan una seria dificultad con respecto a la filosofía de vida ya que no se ponen de acuerdo con respecto al bautizo de su hijo hecho que también genera discusiones y preocupación en la paciente. Finalmente, la paciente considera que su mayor problema es la forma de trato que recibe en comparación con la familia de su esposo ya que refiere que este prefiere darle la razón en todo a su familia (madre y hermanas) por lo que se siente dejada de lado este es el principal motivo por lo que la paciente se siente preocupada y triste.

Maribel Catacora Hancco

INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos : M.E.C.P.
Edad : 30 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 16/12/1986
Lugar de nacimiento : Arequipa
Grado de instrucción : Técnico Superior
Estado civil : Conviviente
Ocupación : Obrera en almacén de Ibérica
Religión : católica
Informante : La paciente
Lugar de evaluación : Hospital III Yanahuara
Fechas de evaluación : 11,13 y 20 de julio de 2017
Examinador : Maribel Catacora Hancco

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente asiste a consulta debido a que manifiesta tener constantes discusiones con su pareja, las cuales se intensificaron en los últimos meses, Lo que hace que ella se sienta constantemente angustiada, preocupada y con un temor a que su relación de pareja pueda terminar.

III. TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas

- Observación
- Entrevista

Instrumentos

- Cuestionario Revisado De Personalidad De Eysenck EPQ-R
- Test Proyectivo de Karen Machover-La Figura Humana
- Test de ajuste marital de Locke-Walle (LWMAT)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente refiere haber nacido a término de mes (9 meses) por cesaría debido a complicaciones en el embarazo, al nacer tuvo un peso aproximado de 3.500Kg y una talla de 41 cm. Con respecto al desarrollo psicomotor fue normal, refiere no haber tenido enfermedades graves durante la niñez. Así mismo recuerda que desde muy pequeña tuvo problemas de comunicación ya que le costaba iniciar una conversación, por lo que tuvo muy pocos amigos, sumado a ello su timidez y temor al castigo ya que según refiere María sufrió violencia física de parte de su madre, por otro lado, su padre presento problemas de consumo de alcohol, pese a ello su rendimiento académico fue regular. En relación a su situación sentimental, tuvo su primer enamorado a los 18 años aproximadamente, debido a su timidez, sin embargo, esta relación tuvo pocas expresiones de afecto debido a que solo conversaban y se encontraban en su lugar de estudios (instituto), por lo que termina una vez se acaban los estudios. En el 2014 conoce a su segunda pareja y padre de su hijo en su centro de trabajo, María refiere que las discusiones con su pareja siempre estuvieron presentes en su relación las que eran resueltas en poco tiempo, sin embargo, desde la mudanza a su nuevo hogar

(febrero 2017) las discusiones se tornaron frecuentes debido al poco apoyo que recibía de parte de su pareja, por esta razón la paciente solicita el apoyo de su madre para el cuidado de su menor hijo, sin embargo las discusiones no cesaron ya que en esta oportunidad la paciente manifestaba su deseo de bautizar a su hijo pero su pareja se negaba debido a que consideraba que su hijo debía ser quien tome la decisión de bautizarse o no a una edad pertinente, a inicios del mes de mayo su madre deja el cuidado de su hijo por problemas de salud, por lo que su pareja le pide el apoyo a su madre la cual se muda al hogar de la paciente, sin embargo la relación con su suegra generalmente fue mala lo que en muchas ocasiones generó discusiones con su pareja y en esta oportunidad esta relación no cambio es así que las discusiones con su pareja se intensificaron.

Hace tres semanas atrás la paciente tuvo una fuerte discusión con su pareja en la que por primera vez su pareja la agredió físicamente, al día siguiente le planteo separarse lo que generó en la paciente una profunda tristeza y culpa ya que siente que es ella quien generó esa actitud de parte de su pareja, por otro lado manifiesta que tiene dificultades para dormir porque no desea separarse de su pareja y en la última semana siente una frecuente predisposición al llanto ya que teme que su pareja pueda tomar en cualquier momento la decisión de irse.

V. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

La paciente aparece tener la edad que menciona, es de tez trigueña, estatura promedio, contextura delgada, cabello negro, durante las evaluaciones presentó un aseo y arreglo personal adecuados, se aprecia su vestimenta en buen estado. Comprendiendo y logrando concretar objetivos, mantuvo una postura erguida, marcha lenta, su expresión reflejaba preocupación. Se comunica con un tono de voz bajo manteniendo contacto ocular y con tendencia al llanto al referirse a sus constantes discusiones de pareja. La paciente

denota tristeza, preocupación por su situación conyugal (discusiones de pareja), existe concordancia entre lo que dice y expresa.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

María presenta tendencia a la ansiedad, preocupación, y depresión. Puesto que desea mantener todo bajo control y cuando observa problemas por lo general se culpa a sí misma. Es muy emotiva, reacciona de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora (discusiones con su pareja). Sus fuertes reacciones emocionales interfieren en la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional, por lo que en la actualidad la relación con su esposo no es buena debido a las constantes discusiones después de las cuales la paciente siente remordimiento y preocupación constante por que las cosas podrían salir mal.

Por otro lado, María presenta impulsividad, además de presentar poca sociabilidad por lo que tiene muy pocos amigos, además muestra una falta de empatía que le dificulta relacionarse de manera adecuada con las personas que la rodean. Además, se halla tendencia de un carácter infantil con instinto combativo, puesto que manifiesta el deseo de que se le exprese amor y comprensión antes que a otras personas (familia de esposo), sin embargo, este deseo no es manifestado abiertamente por temor a las críticas, así mismo presenta fuertes frustraciones en el terreno amorooso generadas por insatisfacción o inseguridad. Por otro lado, muestra una tendencia a encerrarse en sí misma, por lo que no es sociable, no tiene muchos amigos y le es difícil comunicarse. Así mismo presenta una tendencia a dar respuestas airadas frente a las frustraciones, debido a que la paciente es una persona con dificultades en la expresión de sus emociones, por lo que en ocasiones reacciona de manera agresiva (gritando).

Con respecto a su relación de pareja la paciente presenta un nivel de felicidad promedio puesto que considera que a pesar de los problemas vividos con su pareja esta considera se siente feliz pero no en su totalidad. Ya que considera que tiene ciertas dificultades con respecto a los temas de recreación ya que su pareja tiene deseos de salir en sus tiempos libres y la paciente prefiere quedarse en casa, así mismo tiene dificultades para ponerse de acuerdo en lo referente a los deberes que cada uno debe cumplir considerando que la paciente lo hace todo en casa hecho que le molesta. Por otro lado, presentan una seria dificultad con respecto a la filosofía de vida ya que la paciente es de religión católica muy apagada a la religión sin embargo su pareja también es de religión católica (no bautizado) no es tan apagado a la religión. Finalmente, la paciente considera que su mayor problema es la forma de trato que recibe en comparación con la familia de su esposo, por lo que no se siente amada, este es el principal motivo por lo que la paciente se siente preocupada y triste.

VII. PRONOSTICO

Favorable: Debido a que existe conciencia de enfermedad y deseos de mejora así mismo su problema puede mejorar con un adecuado tratamiento.

VIII. CONCLUSION DIAGNOSTICA

De acuerdo al proceso integral de evaluación se observa presencia de problemas de pareja (CIE-10: Z63.0) debido a los problemas de comunicación y desacuerdos de pareja con respecto a la forma de vida que llevan.

IX. RECOMENDACIONES

- Entrenamiento en habilidades sociales para mejorar su interrelación personal con su entorno, poniendo énfasis en la forma de comunicación.

- Realizar terapia cognitivo conductual con el fin de reconocer y concientizar los pensamientos irracionales de la paciente.
- Realizar terapia de pareja con el fin de mejorar la relación y forma de comunicación de la paciente con su pareja.

Maribel Catacora Hanco

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos	: M.E.C.P.
Edad	: 30 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 16/12/1986
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Grado de instrucción	: Técnico Superior
Estado civil	: Conviviente
Ocupación	: Obrera en almacén de Ibérica
Religión	: católica
Informante	: La paciente
Lugar de evaluación	: Hospital III Yanahuara
Evaluadora	: Maribel Catacora Hancco

II. DIAGNÓSTICO

De acuerdo al proceso integral de evaluación se observa presencia de problemas de pareja (CIE-10: Z63.0) debido a los problemas de comunicación y desacuerdos de pareja con respecto a la forma de vida que llevan.

III. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del plan psicoterapéutico está encaminado a buscar nuevas alternativas de interrelación, según las características y necesidades de la paciente y su pareja, poniendo énfasis en desarrollar habilidades de comunicación asertiva, con el fin de

mejorar la forma de comunicación en pareja. Así mismo fomentar el desarrollo y crecimiento tanto individual como de pareja.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones para lograr la valoración y respeto.
- Reconocer y poner en práctica habilidades para identificar y controlar mociones.
- Identificar y poner en práctica procedimientos que permitan desarrollar la empatía.
- Mejorar la expresión de los sentimientos negativos de forma asertiva.
- Identificar y utilizar los procedimientos adecuados para la solución de problemas.

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

PRIMERA SESIÓN: TECNICA DE RESPIRACIÓN	
Objetivo: Aprender la técnica de respiración	
Tiempo: 15 minutos	
Descripción	Material
PRIMER PASO Se le enseñara a la paciente técnicas de respiración para lograr la relajación muscular.	<ul style="list-style-type: none">• Música de relajación• Camilla
SEGUNDO PASO Para este paso se ubicará a la paciente recostada en una camilla lo más cómoda posible para lograr la relajación. Seguidamente se le pedirá a la paciente que Cierre los ojos, para realizar las técnicas de respiración	

anteriormente aprendida, con el fin de lograr la relajación de la paciente, a continuación, se le pedirá concentrarse en sus manos seguidamente se le pedirá que los tense y luego los relaje, se continua con la respiración dándole indicaciones de como el aire ingresa a su cuerpo, se le repite tranquila, tranquila, seguidamente se le pide que concentre su atención en las piernas, que las tense y luego las relaje se continua con la respiración y se repite tranquila, seguidamente se le pide concentrar su atención en el abdomen, se le pide que lo tense y luego que lo relaje se indica que tiene manos, piernas y abdomen suaves y relajados, se continua con la respiración y se repite y tranquila, seguidamente se le pide a la paciente concentrarse en a cara y especialmente en los dientes, se le pide los apriete y luego los relaje se repite tranquila, finalmente se le pide arrugar la frente y relajarlos se la indicación de tener el cuerpo relajado y suave con la sensación de flotar y sentirse liviana se repite la respiración y la indicación de tranquila.

Tarea para casa

Realizar una lista de sus aspectos positivos y limitaciones.

SEGUNDA SESION: AUTOACEPTACION

Objetivo: Reconocer y evaluar los aspectos positivos y limitaciones de la paciente para lograr la valoración y respeto de sí misma.

Tiempo: 45 minutos

Descripción

Material

PRIMER PASO: Se le pedirá a la paciente la lista que elaboró

- hojas de papel de

<p>sobre sus aspectos positivos y negativos.</p> <p>SEGUNDO PASO</p> <p>Seguidamente se analizará la lista junto a la paciente, realzando sus características positivas y la importancia de reconocer sus defectos. Explicándosele sobre la importancia de reconocerse y aceptarse.</p> <p>TERCER PASO</p> <p>Para afianzar se realizará un árbol para lo que se usará hojas de color verde y café, seguidamente se le brindará a la paciente hojas pequeñas en las que pasará su lista de aspectos positivos y las irá pegando en el árbol interiorizando cada una de ellas. Seguidamente se le entregara otras hojas de colores y se le pedirá que realice otro árbol del color que le agrade exceptuando verde y café, este segundo árbol servirá para pegar los aspectos negativos las que también ira interiorizando para ir mejorándolos con el transcurrir de los días.</p>	<p>colores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lapicero, lápiz o plumones delgados • Colores • tijera
--	---

TERCERA SESIÓN: MONITOREO DE EMOCIONES	
<p>Objetivo: Reconocer y poner en práctica habilidades para identificar y controlar emociones.</p> <p>Tiempo: 45 minutos</p>	
Descripción	Material
<p>PRIMER PASO: Se iniciará la sesión tomando en cuenta la sesión anterior con la finalidad de interiorizar los conocimientos obtenidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • lista de ideas irracionales de Albert Ellis
SEGUNDO PASO	

<p>Se iniciará conversando acerca de las emociones, seguidamente se le pedirá que identifique las emociones que experimenta en su vida diaria. (se tomará apuntes de lo que manifieste la paciente).</p> <p>Posteriormente se le entregara dos hojas, y con la ayuda del terapeuta se clasificará las emociones que manifestó anteriormente la paciente en dos grupos “Agradables” y “Desagradables” según la paciente lo considere.</p> <p>TERCER PASO</p> <p>Una vez clasificadas las emociones la paciente deberá manifestar lo que cada emoción la hace sentir y como la hace reaccionar ante diferentes situaciones, analizando también si las reacciones son las adecuadas o no y si no fueran adecuadas identificar cual sería la mejor forma de reacción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hojas de papel bond • lápiz o lapicero
--	---

CUARTA SESIÓN: EMPATIA	
<p>Objetivo: Identificar y poner en práctica procedimientos que permitan desarrollar la empatía de la paciente con su pareja y personas que la rodean para de esta forma mejorar su comunicación.</p>	
<p>Tiempo: 45 minutos</p>	
<p>Descripción</p> <p>PRIMER PASO</p> <p>Primeramente, se establecerá una relación empática pedirle su opinión acerca de la relación y las dificultades por las que está pasando, identificándose el punto de vista del esposo de la paciente, y las expectativas acerca de la psicoterapia.</p>	<p>Material</p> <ul style="list-style-type: none"> • ambiente amplio • hojas de papel • lápices o lapiceros

SEGUNDO PASO

Seguidamente se le pedirá a la pareja escribir en un papel todas las actividades que realiza durante el día, siendo lo más detallado posible, así mismo se le pedirá que escriban las emociones relacionadas a cada actividad.

TERCER PASO

Por último, se les pedirá que cada uno actúe con roles invertidos (esposo hace de esposa y viceversa) sin haber leído la lista para analizar cómo ve el papel de la otra persona y cuan acertado serán. Una vez terminado se les pedirá que cada uno lo lea su lista, una vez leída las listas se les pedirá que escenifiquen la lista intercambiando listas y personajes (esposo hace de esposa y viceversa).

Finalmente, se les pedirá como se sintieron y que piensan del rol de cada uno ahora que vieron que el punto de vista de uno puede estar equivocado.

Tarea para casa

Se les pedirá a ambos que realicen una descripción de cómo se comunican en casa con su familia, pareja y amigos.

QUINTA SESIÓN: COMUNICACIÓN

Objetivo: Lograr que la paciente aprenda a escuchar empáticamente, expresar sus necesidades adecuadamente, expresar los sentimientos negativos de forma assertiva y no acusatoria y aprender a desarrollar una comunicación assertiva.

Tiempo: 45 minutos

Descripción	Material
<p>PRIMER PASO</p> <p>Se iniciará la sesión recordando la sesión anterior para relacionarla con la que se realizará en la presente sesión.</p> <p>SEGUNDO PASO</p> <p>Se ubicara dos sillas (A-B) en el consultorio, uno para la paciente y otro para el especialista, se le pedirá a la paciente sentarse en una de las sillas las que estarán colocadas de manera que las personas se den las espaldas, seguidamente el especialista leerá la frase a A con voz baja casi susurrando, la que la paciente deberá reproducirlo de la misma forma, seguidamente se leerá la frase a B el cual será leído gritando, al igual que la anterior la paciente deberá reproducirlo de la misma forma, seguidamente se le pedirá la forma correcta de expresar la frase A y B.</p> <p>TERCER PASO</p> <p>Finalmente, se les pedirá que regrese a su lugar y se le pedirá su opinión acerca de la dinámica realizada. Seguidamente se le explicará sobre los tipos de comunicación, y se le pedirá su opinión acerca de ellos, se le entregará las descripciones realizadas y se les pedirá identificar el tipo de comunicación ejercida en cada ámbito de su vida. Para finalmente optar el modo de comunicación adecuado.</p> <p>Tarea para casa</p> <p>Practicar en casa la forma de comunicación adecuada, expresando emociones e ideas sin temor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

SEXTA SESIÓN: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Objetivo: Identificar y utilizar los procedimientos adecuados para la solución de problemas.

Tiempo: 45 minutos

Descripción	Material
<p>PRIMER PASO</p> <p>Se realizará un repaso de las sesiones anteriores, identificando los aprendizajes de la paciente a lo largo de las sesiones, con la finalidad de interiorizar los conocimientos obtenidos.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hojas• Lapiceros
<p>SEGUNDO PASO</p> <p>Se les entregará una hoja con el ciclo de la solución de problema: “CICLO DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMA”</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identificación del problema2. Priorizando mis problemas3. Definición del problema4. Análisis de problema5. Generación de soluciones6. Identificar criterios7. Evaluar alternativas8. Elegir las alternativas9. Planificación10. Ejecución	

11. Evaluación

seguidamente se le entregará 5 hojas de papel bond, se le pedirá que en ellos en base a sus vivencias y con la ayuda del facilitador resuelvan los siguientes puntos:

1. Identificación del problema

- Teniendo en cuenta los obstáculos, situaciones de incertidumbre, posibilidades, intereses, Hacer una lluvia de ideas para identificar los principales problemas personales a los que se debe de dar solución
- Hacer una relación de posibles problemas que requieren solución.

2. Priorización de los problemas

- Clasificar los problemas de acuerdo a los siguientes criterios
 - A. Problemas importantes que demandan urgente solución
 - B. Problemas importantes, pero no urgentes
 - C. Problemas urgentes, pero no importante

3. Definición del problema

Planteando el problema

- Elegido el problema de mayor importancia y de mayor urgencia, definirla en pocas palabras de manera objetiva y precisa (realista y exactamente)

4. Análisis de problema

- Buscan otras opiniones relacionadas con el problema, sus causas, alternativas y consecuencias deseadas.

Para lo cual deberá aprender a mantener una actitud abierta para recibir opiniones.

- Identificando sus causas sistemáticamente

Utilizan: Árbol de problemas, lluvia de ideas, otras técnicas

- Priorizan las causas

Hacer una relación, ordenando las causas de acuerdo a su importancia.

5. Generación de soluciones

- Generación de alternativas

Ejemplo: A cada causa habrá que darle una orientación positiva, ejemplo: causa: reducido tiempo para estudiar; solución: incrementar el tiempo para estudiar. / Causa: escasa estrategias de técnicas de estudio; Solución: incrementar estrategias de Técnicas de Estudio.

6. Identificar criterios

- El tiempo disponible para solucionar el problema
- La cantidad de recursos (materiales, financieros, habilidades) con que se cuenta
- La pertinencia de la solución con el problema (¿la alternativa solucionará el problema de manera efectiva?)
- Riesgos o consecuencias, consecuencias inmediatas, a corto y largo plazo, positivas, negativas.
- Aplicación práctica (es fácil, sencilla)

7. Evaluar alternativas

- Se evalúan en base a los criterios arriba señalados

- Evalúan las ventajas o desventajas, las consecuencias de cada solución

- Alternativas más prácticas, realizables, de aplicación sencilla.

- Nivel de eficacia de las alternativas

- Pertinencia de la solución con el problema

8. Elegir las alternativas

- En base a la tabla resultante de la evaluación de alternativas

9. Planificación

- Elaborar un plan operativo:

Objetivo

Metas/tiempo

Cronogramas (si se desea usar el modelo de cronograma del proyecto)

10. Ejecución

- Desarrollar el cronograma

TERCER PASO

Finalmente, se les incentivara a que cada decisión que tengan que tomar lo hagan de esta manera, conversando y poniéndose acuerdo entre ambos, tomando las consideraciones de la pareja, pero siempre haciendo un análisis profundo antes de actuar.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Para cumplir con los objetivos del plan psicoterapéutico serán necesarias 7 semanas:

Primera semana: Desarrollo de la sesión 1

Segunda semana: Desarrollo de la sesión 2

Tercera semana: Desarrollo de la sesión 3

Cuarta semana: Desarrollo de la sesión 4

Quinta semana: Desarrollo de la sesión 5

Sexta semana: Desarrollo de la sesión 6

Séptima semana: Evaluación

VII. LOGROS OBTENIDOS

Se desarrollaron todas las sesiones, observándose cambios positivos con respecto a la identificación de sus emociones, logrando identificar sus emociones negativas como la ira, y manejándolo de forma adecuada, poniéndose a pensar en las consecuencias de sus actos y en la forma en la esta afecta a las personas que la rodean. Así mismo se logró que la paciente se comunicara de forma asertiva con un tono de voz adecuado, escuchando los puntos de vista de la persona con la que se comunica, expresando sus necesidades adecuadamente. Finalmente se logró que la paciente empatizara con su pareja tomando en cuenta sus puntos de vista y necesidades, tratando de buscar soluciones a los problemas en lugar de agravarlos.

Maribel Catacora Hanco

ANEXOS

HOJA DE RESPUESTAS EPQ - R

Mosquera y Apellido: _____ Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Número Ord: _____
 Fecha de Evaluación: _____ Despachante: _____
 Grado de Inclusión: _____ Evaluador: _____

**INDIQUE CON ASPA LA RESPUESTA SI; NO
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANNERIA DE SER.**

Si	No	Si	No	Si	No	Si	No								
1. x	12. x	26. x	37. x	48. x	59. x	60. x	71. x	73. x	84. x	95. x	106. x	117. x	128. x	139. x	150. x
2. x	13. x	27. x	38. x	50. x	61. x	62. x	73. x	74. x	85. x	96. x	107. x	118. x	129. x	140. x	151. x
3. x	14. x	28. x	39. x	51. x	63. x	64. x	75. x	76. x	87. x	98. x	109. x	120. x	131. x	142. x	153. x
4. x	15. x	29. x	40. x	52. x	65. x	66. x	77. x	78. x	89. x	100. x	111. x	122. x	133. x	144. x	155. x
5. x	16. x	30. x	41. x	53. x	67. x	68. x	79. x	80. x	91. x	102. x	113. x	124. x	135. x	146. x	157. x
6. x	17. x	31. x	42. x	54. x	69. x	70. x	81. x	82. x	93. x	104. x	115. x	126. x	137. x	148. x	159. x
7. x	18. x	32. x	43. x	55. x	71. x	72. x	83. x	84. x	95. x	106. x	117. x	128. x	139. x	150. x	161. x
8. x	19. x	33. x	44. x	56. x	73. x	74. x	85. x	86. x	97. x	108. x	119. x	130. x	141. x	152. x	163. x
9. x	20. x	34. x	45. x	57. x	75. x	76. x	87. x	88. x	99. x	110. x	121. x	132. x	143. x	154. x	165. x
10. x	21. x	35. x	46. x	58. x	77. x	78. x	89. x	90. x	101. x	112. x	123. x	134. x	145. x	156. x	167. x
11. x	22. x	36. x	47. x	59. x	79. x	80. x	91. x	92. x	103. x	114. x	125. x	136. x	147. x	158. x	169. x
12. x	23. x	37. x	48. x	60. x	81. x	82. x	93. x	94. x	105. x	116. x	127. x	138. x	149. x	160. x	171. x
	24. x	38. x		61. x	83. x	84. x	95. x	96. x	107. x	118. x	129. x	140. x	151. x	162. x	173. x

PERFIL



INTERPRETACIÓN PARA DETERMINAR EL PERFILE:
 Marque la respuesta que corresponda a su modo:
 Proporcione las puntuaciones de los trópicos E, N, P y T

Evaluaciones	PQ	T	Puntuaciones bajo criterio de: Ajuste personal (PQ)	30	40	50	60	70	Puntuaciones alta Categoría E (70-90) años	Rango: Baja, media o alta
				0	1	2	3	4		
Evaluación de Efectividad Educacional			Resistente, poco implicado o negativo	0	1	2	3	4	Aprendizaje, motivado y consciente de su responsabilidad	B
Dominio Profesional			ANALÍTICO, empático y conversacional	0	1	2	3	4	Intensivo, creativo y poco socializado	B
Efecto L			Otro(s), no mencionado(s)	0	1	2	3	4	Pro-estímulo, conformista	L
				30	40	50	60	70		

Test de Ajuste Marital de Locke-Wallace (LWMAT)

Muestre en la escala el punto que mejor describe el grado de felicidad, considerando todos los aspectos, de su actual matrimonio. El punto del medio "feliz", representa el grado de felicidad que la mayoría de las personas obtienen de su matrimonio y la escala gradualmente va desde los que están muy infelices hasta los pocos que sienten una extrema felicidad.



Diga el estado aproximado de desacuerdo entre Ud. y su pareja en los siguientes ítems:

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Ocasional acuerdo	Frecuente desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	Siempre en desacuerdo
Manejo de las finanzas familiares	5	X	3	2	1	0
Temas de recreación	5	4	3	2	X	0
Demostraciones de afecto	8	X	4	2	1	0
Amistades	5	4	X	2	1	0
Relaciones sexuales	X	12	9	4	1	0
Convencionalismos (derechos, deberes, conductas adecuadas)	5	4	3	2	X	0
Filosofía de vida	5	4	3	2	1	X
Formas de tratar con la familia del otro	5	4	3	2	X	0

Marque solo una alternativa:

Cuando surge un desacuerdo, generalmente terminan en que:

- a) cede el marido_0__ b) cede la mujer~~2~~_c) ceden ambos_10__

Ud. y su pareja tienen intereses en conjunto?:

- a) todos_10__ b) algunos_8~~X~~_c) muy pocos_3__ d) ninguno_0__

En sus tiempos de ocio, Ud. generalmente prefiere:

- a) salir__ b) quedarse en casa~~X~~

Su pareja generalmente prefiere:

- a) salir~~X~~_b) quedarse en casa ____ (ambos salir 3, ambos estar en casa 10, desacuerdo 2)

Alguna vez ha deseado no haberse casado?:

- a) frecuentemente_0__ b) ocasionalmente_3__c) rara vez_8~~X~~_d) nunca_15__

Si Ud. volviera a vivir, Ud. piensa que:

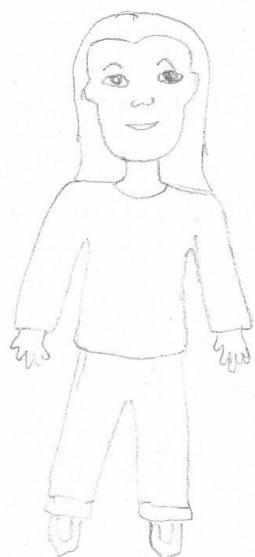
- a) se casaría con la misma persona_15__ b) se casaría con una persona diferente_0__ c) no se casaría~~X~~

Ud. confía en su pareja:

- a) casi nunca_0__ b) rara vez_2__ c) en la mayoría de las cosas~~10~~_d) en todo_10__

PRIMER DIBUJO

II



- Rendimiento intelectual
- sensibilidad emotiva, sensualidad, lentitud, fantasa activa
- y cambiante, carácter infantil con un humor soñoliento y animoso
- Actitud mental o corporal, instinto combativo
- Equilibrio corporal, sentido de la economía, comportamiento social normal.
- Miedo motivado, fuertes pulsaciones en el terreno amoroso, ambivalencia en las relaciones amorosas y contradicciones de carácter generadas por el sentimiento de fascinación o inseguridad
- Dependencia y pasividad, oscuridad y holgazanería
- Fuerza, resistencia física, ferocidad, apego a las propias actitudes, falta de deshacerse y de renunciar, la ferocidad
- represión, negación, inhibición
- problemas de control o de rechazo del propio sexo

SEGUNDO DIBUJO



- Pixivoides Sociales por tristeza, sentimiento y tendencia a encerrarse en si mismo, dependencia - sumisión.
- Delecudera, reprimiente, deshacer manual y de inteligencia intuitiva.
- Espíritu crítico y mordaz. Pionero irritabilidad, indignación o respuestas airadas frente a los frustraciones, los deseos contrariados.