

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“MOTIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

(Investigación realizada en los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín)

Tesis presentada por los Bachilleres:

RAÚL CÉSAR SOLÍS ENDARA

MAURO ALBERTO VEGA QUISPE

Para optar el título profesional de Psicólogos.

AREQUIPA - PERÚ

2016

DEDICATORIA:

A nuestros padres: gracias a ellos somos lo que somos y estamos donde estamos.

A nuestros docentes: que nos han sabido inculcar valores e injectado la inconformidad y avidez de conocimiento, que caracterizan a los investigadores y profesionales de hoy y del mañana.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros catedráticos, así como a los profesionales expertos, quiénes brindaron su tiempo y conocimiento para la ejecución de esta investigación.

A cada uno de los participantes de la investigación, por su tiempo y disposición, sin ellos esta investigación no hubiese sido posible y porque en ellos se cobra el sentido de este trabajo realizado.

A nuestros compañeros y amigos, que compartieron sus experiencias, dudas y críticas, que han enriquecido y ampliado nuestras perspectivas respecto nuestra investigación, así como también sobre nuestras vidas.

Raúl César Solís Endara

Mauro Alberto Vega Quispe

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN.

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN.

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA.

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR.

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR.

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar a su consideración el trabajo de tesis titulado “**MOTIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (Investigación realizada en los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín)**”, esperando que vuestra justa apreciación sepa evaluar el esfuerzo realizado y esperando cumplir con los requerimientos del reglamento vigente.

Bachilleres:

RAÚL CÉSAR SOLÍS ENDARA

MAURO ALBERTO VEGA QUISPE

RESUMEN

La presente investigación titulada MOTIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (Investigación realizada en los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín), tuvo como objetivo determinar la relación entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas que presentan los estudiantes universitarios de dicha casa universitaria.

La investigación es de tipo descriptivo-correlacional, y corresponde a un diseño no experimental - transeccional; asimismo se utilizó el muestreo no probabilístico-intencional; participaron 243 estudiantes de los cuales 176 fueron mujeres y 67 fueron varones del primer y segundo años de la Escuela Profesional de Psicología, cuyas edades oscilan entre los 16 y 28 años.

Se aplicaron dos instrumentos psicológicos de evaluación: el cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC), cuyo alpha de Cronbach fue de 0.94, adaptado para esta investigación, y el cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT). Para el análisis estadístico se utilizaron la correlación de Spearman y la U de Mann Whitney, mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias (SPSS v22).

En los resultados se concluye que los motivos sociales y los motivos de realce son las principales razones que presentan los estudiantes universitarios en la ingesta de bebidas alcohólicas; un elevado porcentaje de estudiantes universitarios presenta niveles de ingesta de alcohol de bajo riesgo, seguido de un menor porcentaje de estudiantes que evidencia un consumo de riesgo y un reducido porcentaje de los estudiantes consumen bebidas alcohólicas de manera perjudicial. Finalmente se encontró que, existe una correlación fuerte, significativa y positiva entre los motivos sociales y de realce con los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas, asimismo los motivos de afrontamiento y de conformidad se relacionaron con el consumo de alcohol significativamente pero con menor fuerza.

Palabras clave: Motivos, Ingesta de alcohol, estudiantes universitarios

ABSTRACT

The current research entitled MOTIVES AND ALCOHOL USE IN UNIVERSITY STUDENTS (Research conducted in the early years of the Professional School of Psychology at the National University of San Agustin), aimed to determine the relationship between the motives for consumption and levels of alcohol use presented in university students.

The research is descriptive-correlational, and corresponds to a non-experimental design transeccional; also the non-probabilistic intentional sampling was used, involving 243 students of whom 176 were women and 67 were men of the first and second years of the Professional School of Psychology, whose ages range between 16 and 28 years.

Two psychological tests were applied, the Drinking Motives Questionnaire (DMQ) whose Cronbach alpha was 0.94, adapted to this investigation and Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). For statistical analysis, Spearman correlation and Mann Whitney U test were used, using the Statistical Package for Science (SPSS v22).

In the results it is concluded that the social and the reasons for enhancement reasons are the main reasons presented by university students in the consumption of alcoholic beverages; a high percentage of college students presented levels of alcohol intake low risk, followed by a smaller percentage of students evidence of risk consumption and a small percentage of students drink alcohol detrimentally. Finally it was found that there is a strong, significant and positive correlation between social motives and enhancement motives with levels of alcohol intake also reasons coping and conformity related to alcohol consumption significantly but with less force.

Keywords: Motives , Alcohol Use, College Students

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.	Planteamiento del problema.....	1
2.	Hipótesis	5
3.	Objetivos	5
	A. Objetivo general	5
	B. Objetivos específicos.....	5
4.	Importancia del estudio.....	5
5.	Limitaciones del Estudio	10
6.	Definición de términos.....	11
7.	Variables e indicadores	11
	A. Identificación de variables	11
	B. Operacionalización de variables	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.	LA MOTIVACIÓN	15
A.	La Motivación.....	16
a.	Funciones de los conceptos motivacionales	18
B.	Principales Teorías de la Motivación.....	19
a.	Teorías del Instinto	19

b. Teorías de la Homeostasis y la Regulación	19
c. Teoría de la Activación.....	20
d. Teorías del Aprendizaje	20
e. Teoría de la Expectativa – Valor	21
f. Teoría de la Motivación Humana de McClelland.....	22
g. Teoría de la Jerarquía de Necesidades de Maslow	23
h. Motivación Intrínseca y Extrínseca	23
C. Motivación y Adicciones	24
D. Modelo Motivacional del uso del alcohol de Cox y Klinger	26
2. EL CONSUMO DE ALCOHOL	28
A. El alcohol como droga	28
B. Conceptos fundamentales	30
a. Consumo de alcohol.....	30
b. Consumo de riesgo.....	30
c. Consumo perjudicial y Abuso de alcohol	30
d. Tolerancia	31
e. Dependencia y adicción	32
C. El consumo de alcohol en estudiantes universitarios	34
D. Modelos explicativos del consumo de alcohol: principios básicos de la teoría del aprendizaje sobre el consumo de bebidas alcohólicas	37
a) Condicionamiento clásico.....	37
b) Condicionamiento Operante	38
c) Teoría del Aprendizaje Social.....	39

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo, método y diseño de investigación	43
A. Tipo de investigación	43
B. Método de investigación	43

C. Diseño de investigación.....	44
2. Sujetos.....	44
A. Población:	44
B. Muestra:	44
C. Criterios de Inclusión.....	45
D. Criterios de exclusión	45
3. Material	45
A. Cuestionario de Motivos de Consumo de alcohol	45
B. Cuestionario de identificación de los trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT).....	48
4. Procedimiento.....	50

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	52
1. Rango de edades y edad de inicio de consumo de alcohol	53
2. Motivos de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios.....	54
3. Niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios	60
4. Correlación entre motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios	62

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS	72
ANEXO	
CASO CLÍNICO N° 1	
CASO CLÍNICO N° 2	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Rango de edades y edad de inicio de consumo de alcohol de la muestra.....	53
TABLA N° 2: Motivación para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios	54
TABLA N° 3: Motivos para manejar los problemas en estudiantes universitarios	55
TABLA N° 4: Motivos para tener conformidad con su vida en estudiantes Universitarios	56
TABLA N° 5: Motivos sociales en estudiantes universitarios.....	57
TABLA N° 6: Motivos de realce en estudiantes universitarios	58
TABLA N° 7: Diferencias entre los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios según género	59
TABLA N° 8: Niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios	60
TABLA N° 9: Diferencias entre los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios según género	61
TABLA N° 10: Correlación entre los motivos de consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios	62

INTRODUCCIÓN

El alcohol -junto al tabaco- es una de las drogas con mayor permisividad social, comercializada libremente o con muy pocas limitaciones; en distintos países la producción y venta de bebidas con contenido alcohólico es una actividad económica importante, generando ganancias para los productores, anunciantes e inversionistas, brinda oportunidades de empleo, atrae divisas extranjeras por las bebidas exportadas y genera ingresos fiscales para el gobierno, siendo las razones antes mencionadas de mucho interés que apoyan la continuidad y el crecimiento de la producción y venta de alcohol (Organización Panamericana de la Salud, 2010); por lo expuesto, el negocio de la venta de alcohol es rentable; sin embargo, la problemática que trae consigo el consumo de alcohol causa diversos estragos en la sociedad, tales como problemas de salud directos e indirectos, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, problemas hepáticos y accidentes de tránsito, así como problemas sociales, familiares e individuales, entre ellos violencia, conductas sexuales de riesgo, conductas autolíticas, depresión, deserción universitaria, bajo rendimiento académico, consumo de drogas ilícitas, entre otras.

La población juvenil es la que se encuentra en mayor riesgo de presentar las consecuencias de la ingesta de bebidas alcohólicas, y justamente la mayoría de jóvenes cursan estudios superiores, tanto a nivel técnico como universitario. En diferentes continentes se han realizado múltiples estudios acerca del consumo de alcohol en la población universitaria encontrándose niveles elevados de consumo (Chau y Oblitas, 2007).

Se han realizado estudios respecto a los motivos de consumo y la ingesta de bebidas alcohólicas en poblaciones hispanoparlantes, es así que Terán (2005) estudió las motivaciones para el consumo de alcohol en 910 estudiantes universitarios donde encontró diferencias significativas en el consumo de bebidas alcohólicas por sexo, correlación positiva y significativa entre las motivaciones y el consumo de alcohol, en los que destacan los motivos sociales, motivos para sobresalir y motivos para manejar problemas; además halló diferencias significativas de las motivaciones para el consumo de alcohol según el sexo. Asimismo, Peña (2009) estudió la relación entre las motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco en 300 estudiantes de universidades públicas mexicanas, la autora halló que el 98.3% de los estudiantes consumieron alcohol durante el último año; respecto a los motivos para el

consumo de alcohol, se encontró que hubo una mayor prevalencia de los motivos sociales. En un estudio realizado por Ávila (2012) con 419 estudiantes de una preparatoria en México, obtuvo que el 50% de los encuestados consumieron bebidas alcohólicas; encontró una correlación positiva significativa de los motivos de afrontamiento, reforzamiento, conformidad y motivos sociales con el consumo de alcohol; asimismo, el estudio concluyó que los motivos de afrontamiento, según género, son un factor predictivo hacia la ingesta de bebidas alcohólicas, además de manera general los motivos de reforzamiento son predictores del consumo de alcohol.

En España, Mezquita (2012) realizó un estudio prospectivo, con 305 jóvenes sobre el maltrato, personalidad y motivos de consumo de alcohol; Mezquita concluyó que los motivos de consumo por animación predijeron el consumo de fin de semana y el consumo por atracción.

Las investigaciones realizadas en estudiantes universitarios en nuestro país, se han enfocado en su mayoría en aspectos epidemiológicos, que señalan que la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios es elevada, supera el 70%; además, alrededor de un 90% de ellos han consumido alcohol en alguna ocasión pasada. En nuestro medio, se observa que en las cercanías de los centros de formación universitaria se ubican locales que venden bebidas alcohólicas, incluso durante horas de la mañana (Comunidad Andina de Naciones, 2013; Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas, 2013; DEVIDA, 2005; CEDRO, 2014; Carpio, 2012; Lastarria, 2010; Castillo, 2008; Tello, 2010).

También se han realizado investigaciones que han asociado el consumo de alcohol con otras variables, tales como: personalidad, expectativas, inteligencia emocional, resiliencia, adaptación, estilos de afrontamiento, assertividad, entre otras; sin embargo, hay pocas investigaciones en nuestro país que versan sobre los motivos que llevan al consumo de alcohol (Chau, 1999; Figueroa, Vallejos, Cárdenas y Ramírez, 2010).

En Lima, se realizaron diversas investigaciones sobre el consumo de bebidas alcohólicas (Chau & Van der Broucke, 2005; Chau & Oblitas, 2007). Chau (1999) realizó un estudio sobre el “Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento”; en una universidad privada, donde los motivos más importantes para beber fueron sociales y de estimulación; el consumo de estos jóvenes se hace en grupo, fiestas y con

amigos. Posteriormente, en la UNFV se realizó un estudio acerca de “Asertividad, motivaciones, personalidad y consumo de drogas en estudiantes universitarios”; los resultados más relevantes indican que las drogas sociales de mayor consumo en la población universitaria limeña son el alcohol y luego el tabaco. Asimismo, los investigadores nos indican que las motivaciones de estimulación y de afrontamiento representan factores de riesgo para el consumo de alcohol y/o drogas (Figueroa, Vallejos, Cárdenas y Ramírez, 2010).

En síntesis, se considera que es necesario investigar acerca de los motivos que conllevan al consumo de alcohol en estudiantes universitarios de nuestro medio, ya que la mayoría de estudios son de corte epidemiológico, y en nuestra localidad no se toma en cuenta esta variable, incluso se carece de instrumentos estandarizados.

El presente estudio se enfoca en conocer los motivos relacionados con el nivel de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, a partir de la Teoría Motivacional del consumo de alcohol desarrollada por Cox y Klinger (1988), que considera a los motivos como los factores más proximales a la conducta y son las razones que una persona construye en el pensamiento para mejorar su estado de ánimo o bienestar, conocer o incrementar la socialización con otras personas, disminuir o regular las emociones negativas, y evitar el rechazo social o la censura, cumpliendo con las expectativas de sus pares en relación al consumo.

Esta investigación utiliza un diseño no experimental, transeccional de tipo correlacional, que identifica y describe las principales características de las variables estudiadas y el grado de correlación estadística presente entre ambas, que permiten determinar cuán vinculadas están las variables en un determinado momento, sin la necesidad del establecimiento de una relación de causa y efecto.

El conocimiento de factores psicosociales, tales como los motivos para beber alcohol, constituye un soporte para el entendimiento de este fenómeno; en la ciencia se hace fundamental saber las causas de un determinado hecho; el consumo de alcohol se presenta por la confluencia de diversas causas, dentro de ellas las que atañen principalmente a los procesos internos de la persona, tal como la motivación y por ende los motivos del comportamiento.

Entender, explicar, predecir y modificar el comportamiento son tareas claves de la Psicología como ciencia (Morris & Maisto, 2005).

La presente tesis consta de cinco partes, el primer capítulo aborda aspectos medulares de la investigación tales como el planteamiento del problema, la hipótesis, los objetivos, la importancia, las limitaciones, los conceptos fundamentales y las variables con sus respectivas operacionalizaciones. En el segundo capítulo, se hace una revisión teórica de los conceptos fundamentales sobre la motivación y el consumo de alcohol. En el tercer capítulo se aborda la metodología que se siguió en el proceso investigativo, en el cual se señala el tipo de investigación, el diseño, los sujetos que participaron, los instrumentos y el procedimiento de recolección de datos. El cuarto capítulo versa sobre los resultados obtenidos en el manejo estadístico y finalmente, se procede a discutir los resultados integrando lo hallado con la literatura existente mencionada en el marco teórico, se enumeran las conclusiones y son expuestas las recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. Planteamiento del problema

El consumo de alcohol se ha extendido al punto que hoy debe ser considerado como un problema de salud pública (Londoño et al., 2005), se ha estimado que 2000 millones de personas en el mundo consumen alcohol y de este grupo 76.3 millones han sido diagnosticados con trastornos de dependencia alcohólica (Organización Mundial de la Salud, 2014), es decir el 1.2% de la población mundial sufre directamente por el alcoholismo.

El alcohol es la droga (entre legales e ilegales) de mayor consumo, causante de más de 60 tipos de enfermedades que generan problemas en el hígado, páncreas, estómago, el sistema cardiovascular, así como el sistema nervioso, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2002). Además está relacionado con distintas conductas problemáticas y de riesgo en ámbitos laborales, familiares, académicos y personales (Mezquita, 2012), su uso nocivo causa 2.5 millones de muertes de las cuales una proporción considerable corresponde a personas jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Fiestas (2011) señala que sólo en el Perú, el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas figuran como la tercera causa de pérdidas por muerte prematura o discapacidad, sin embargo la contribución del uso de alcohol puede ser aún mayor si se toma en cuenta que éste también participa en la causalidad y en el pronóstico de otros problemas como: accidentes de tránsito (los cuales son la primera causa de discapacidad y muerte prematura en el Perú), violencia, accidentes caseros y de trabajo, uso de drogas ilegales e involucramiento en conducta sexual de riesgo, problemas psicológicos y físicos.

Dicho consumo también repercute en la economía nacional, ya que sólo el alcohol representa el 55.2% del costo nacional de la problemática de drogas, que implican consecuencias laborales, gastos gubernamentales directos, daños a la propiedad privada y costos en salud; el gasto anual en el consumo de alcohol equivale a 245.4 millones de dólares, es decir 8.7 dólares por persona (Observatorio Peruano de Drogas, 2010).

DEVIDA (2005), en una investigación realizada en universidades públicas y privadas de la ciudad de Lima, señala que 9 de cada 10 estudiantes consumen alcohol; es importante y alarmante resaltar que el 70% de los menores de 17 años, antes de ingresar a la universidad, ya habían bebido; un 20% del total de población investigada eran consumidores habituales, mientras que el 64.4% se consideraban bebedores ocasionales.

Arequipa tiene una creciente y alarmante realidad respecto al uso de drogas, en el año 2011 se estimaba que el 20% de la población (240 mil personas) estaban relacionadas con las bebidas alcohólicas y en muchos de esos casos eran alcohólicos (Grupo Epensa, 2011). Según las investigaciones realizadas en escolares por DEVIDA en el año 2012, esta región se ubicaba como la segunda a nivel nacional en el consumo de drogas legales, es decir alcohol y tabaco. Es preocupante saber que hasta el año 2014, eran 151 410 escolares (51.1% de la población estudiantil) los que habrían bebido o fumado alguna vez en su vida; siendo la edad promedio de inicio, en dicha región, de 13 años (Del Carpo, 2014).

Lamentablemente el consumo de alcohol es culturalmente tolerado (creencias, tradiciones, celebraciones), y es precisamente en la juventud en la que adquiere mayor significación social, ya que la bebida crea vínculos de socialización y aceptación grupal, convirtiéndose en un patrón conductual que se repite y reproduce por imitación (Ávila, 2012).

La población de jóvenes y adolescentes, inician cada vez a más temprana edad el consumo de bebidas alcohólicas, con una mayor frecuencia e intensidad, lo cual tiene serias implicaciones en las condiciones generales de su salud. A menor edad de inicio, en el consumo, mayor probabilidad de que se mantenga y/o agudice el problema durante la vida adulta, pudiendo llegar a la dependencia (Londoño, García, Valencia y Vinaccia, 2005; Salamó, Grass y Font-Mayolas, 2010; Ávila, 2012); es común encontrar en la población universitaria el consumo excesivo episódico de alcohol y este es la causa principal de la perdida de años saludables, es decir afecta a las mejores etapas de productividad de una persona joven.

Como sostiene Burkey y Stephens (1999, citados por Camacho, 2005) la mayoría de los universitarios de reciente ingreso, son adolescentes o jóvenes adultos, dichas etapas están caracterizadas por una búsqueda de independencia, experimentación con nuevos comportamientos “adultos” y sentimientos de invulnerabilidad. Es decir existe una cultura universitaria donde el joven se siente libre de hacer lo que le plazca y estaría preparado para asumir cualquier reto (Londoño et al., 2005).

Especialmente en los tres primeros semestres de estudios universitarios, los jóvenes se ven abocados a consumir alcohol y otras sustancias, su consumo es predominantemente de tipo social, ya que el inicio y el mantenimiento es dependiente de la aceptación. La cultura universitaria creada por los jóvenes provee afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos del joven y actúan como reguladores del comportamiento de consumo (Londoño et al., 2005).

Ante dicha problemática es fundamental entender y determinar qué factores intervienen en el inicio, consumo regular y posterior desarrollo del abuso o dependencia al alcohol. Piazza, Deroche, Rougé-Pont y Le Moal (1998, citados por Mezquita, 2012) sugieren dos posturas para explicar las diferencias individuales de las personas para desarrollar un uso excesivo de drogas en general: a) una visión centrada en la propia droga y b) una visión centrada en el individuo.

La visión centrada en la droga, considera que las personas expuestas a las influencias del entorno, es decir variables ambientales como: presión de amigos o la influencia familiar, son más vulnerables a desarrollar un consumo abusivo de drogas. La visión centrada en el individuo, considera que el abuso de drogas es la consecuencia de la reacción peculiar a la

droga por parte del individuo, es decir las diferencias del consumo se deben a aspectos individuales relacionados a sustratos biológicos.

Para explicar de forma integral la problemática del abuso en el consumo de alcohol, se debe considerar la interacción de diversos factores, psicológicos y sociales, que influyen en dicho comportamiento (Ruipérez, Ibañez, Villa y Ortet, 2006).

El modelo motivacional desarrollado por Cox y Klinger (citado por Chau, 1999) representa un marco integrador de diferentes variables que se relacionan al uso y abuso de alcohol. Dicho modelo propone que las personas consumen alcohol para obtener ciertos resultados valiosos; el comportamiento de consumo de alcohol es motivado por diferentes necesidades o sirve como mecanismo de respuesta a diferentes funciones individuales. Por tanto, el ser humano construye motivos para satisfacer una necesidad y obtener resultados placenteros y así disminuir estados emocionales negativos; las motivaciones son sociales debido a que el medio ambiente, contexto sociocultural, y grupos sociales influyen en este constructo.

Las investigaciones que se han realizado respecto al consumo de alcohol, en su mayoría, son de tipo epidemiológico, por lo tanto hay una carencia de investigaciones que aborden aspectos específicos de la estructura de la personalidad, tales como las actitudes, motivaciones y los motivos del consumo de alcohol; al respecto solamente se han realizado pocas investigaciones en nuestra capital que abordan los motivos para el consumo de alcohol asociados a otras variables (Chau, 1999; Figueroa, Vallejos, Cárdenas & Ramírez, 2010); en nuestro medio no se ha profundizado el tema, debido a ello la presente investigación se enfoca en explorar la relación entre los motivos para el consumo y el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios agustinos, con el propósito de generar nuevos estudios en esta línea de investigación para la propuesta de alternativas de prevención e intervención frente a la problemática de adicciones en jóvenes.

La exploración e interrelación de dichas variables socioculturales permiten obtener un mayor conocimiento y entendimiento de la problemática del consumo de alcohol; por eso y considerando la carencia de investigaciones en nuestro medio resulta de importancia responder a la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín?

2. Hipótesis

H1: Existe una relación significativa positiva entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

3. Objetivos

A. Objetivo general

Determinar la relación entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas que presentan los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

B. Objetivos específicos

- a. Identificar los motivos para el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.
- b. Identificar los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

4. Importancia del estudio

Los estudios que tratan sobre el consumo de alcohol llevados a cabo en las instituciones del Estado y universidades, en su mayoría, se centran en aspectos como los grupos sociales, el sexo, nivel de ingresos y diversos factores socioeconómicos; como lo señala Chau (1999) las investigaciones sobre el fenómeno del consumo de drogas en el Perú, tanto legales como ilegales, son principalmente de corte epidemiológico; sin embargo, es de carácter crucial la

comprensión de los factores psicológicos relacionados al consumo de bebidas alcohólicas, tales como los motivos para el consumo de alcohol, que son considerados como las razones por las que un individuo consume bebidas alcohólicas (Terán, 2005); en nuestro país se han realizado pocas investigaciones respecto a los motivos que conllevan al consumo de alcohol; en Arequipa, no hay investigaciones que aborden la relación entre estas variables, es decir en nuestra localidad hay un vacío en el conocimiento respecto a motivos y consumo de alcohol.

Las investigaciones realizadas en estudiantes universitarios en nuestro país, se han enfocado en su mayoría en aspectos epidemiológicos, que señalan que la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios es elevada, supera el 70% en aquellos que han bebido entre los últimos 6 a 12 meses, asimismo en la población de jóvenes alrededor de un 90% de ellos han consumido alcohol en alguna ocasión pasada. En nuestro medio se observa que en las cercanías de las casas de estudio se ubican locales que venden bebidas alcohólicas, incluso durante horas de la mañana. Usualmente los estudiantes beben entre pares, en fiestas, reuniones, en casas o en discotecas. El consumir alcohol en esta población tiene un fuerte predominio a nivel social, de interacción con coetáneos, para afrontar estresores de la vida universitaria y en los casos de mayor gravedad por dependencia o consumo problemático de alcohol (Comunidad Andina de Naciones, 2013; Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas, 2013; DEVIDA, 2005; CEDRO, 2014; Carpio, 2012; Lastarria, 2010; Castillo, 2008; Tello, 2010).

En una aproximación a nuestra realidad socio cultural, en la ciudad de Lima, la Dra. Chau realizó diversas investigaciones sobre el consumo de bebidas alcohólicas (Chau & Van der Broucke, 2005; Chau & Oblitas, 2007). Chau (1999) realizó un estudio sobre el “Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento”; en el cual el universo de estudio estuvo conformado por alumnos de ambos géneros y con un rango de edades de 17 a 35 años del primer año de estudios generales de una universidad privada, con una muestra de 440 casos válidos; donde los motivos más importantes para beber fueron sociales ($\bar{x}=2.98$) y de estimulación ($\bar{x}=2.56$); sin embargo no se reportó ningún motivo especialmente destacable, lo que refiere a los criterios individuales de discriminación entre los diferentes motivos, vinculados a cierta susceptibilidad propia de la edad, como son el aceptar la presión de la influencia del medio o el recurso para afrontar situaciones, etc. El

consumo de estos jóvenes se hace en grupo, fiestas y con amigos; esto coincide con la literatura que reporta una mayor incidencia de motivaciones sociales y de estimulación.

Posteriormente en la UNFV se realizó un estudio acerca de “Assertividad, motivaciones, personalidad y consumo de drogas en estudiantes universitarios”; la población fue constituida por estudiantes de psicología de universidades públicas y privadas con una muestra no probabilística por conveniencia que ascendió a 500 sujetos. Los resultados más relevantes indican que las drogas sociales de mayor consumo en la población universitaria limeña son el alcohol con 92%, luego el tabaco (74.9%). Las variables independientes (assertividad, motivos y estilos interactivos) explican el 31% de la variación total del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. Asimismo, los investigadores indican que las motivaciones de estimulación ($r = 0.128$) y de afrontamiento ($r = 0.195$) representan factores de riesgo para el consumo de alcohol y/o drogas (Figueroa, Vallejos, Cárdenas y Ramírez, 2010).

También se han realizado investigaciones que han asociado el consumo de alcohol con otras variables, tales como: personalidad, expectativas, inteligencia emocional, resiliencia, adaptación, estilos de afrontamiento, assertividad, entre otras; sin embargo, hay pocas investigaciones en nuestro país que versan sobre los motivos que conllevan al consumo de alcohol (Chau, 1999; Figueroa, Vallejos, Cárdenas y Ramírez, 2010).

Se han realizado investigaciones respecto a los motivos de consumo y la ingesta de bebidas alcohólicas en poblaciones hispanoparlantes, es así que Terán (2005) estudió las motivaciones para el consumo de alcohol en 910 estudiantes universitarios de Nuevo León en México, usando como instrumentos el AUDIT y el CMC, cuyos índices de consistencia fueron 0.85 y 0.91 respectivamente, la investigadora encontró diferencias significativas en el consumo de bebidas alcohólicas por sexo ($\chi^2=114.79$; $p=0.000$), siendo más alto en los hombres que en las mujeres; también halló una correlación positiva y significativa entre las motivaciones y el consumo de alcohol ($r=0.667$; $p<0.01$), en los que destacan los motivos sociales ($r=0.611$; $p<0.01$), motivos para sobresalir ($r=0.616$; $p<0.01$) y motivos para manejar problemas ($r=0.524$; $p<0.01$); además halló diferencias significativas de las motivaciones para el consumo de alcohol según el sexo, en donde los varones reportaron medias y medianas más altas de motivos para consumir que las mujeres; y los motivos sociales y para sobresalir fueron los motivos de consumo de alcohol más altos en ambos géneros.

Asimismo, Peña (2009) estudió la relación entre las motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco en 300 jóvenes estudiantes de universidades públicas mexicanas, utilizando el CMC (alfa de cronbach=0.90) y el AUDIT (alfa de cronbach=0.84) para evaluar los motivos y el consumo de alcohol respectivamente; la autora halló que el 98.3% de los estudiantes consumieron alcohol durante el último año, además las mujeres en su mayoría presentan un consumo sensato (47.7%), luego dañino (29.9%) y dependiente (22.4%), respecto a los hombres predominó el consumo dañino (50.5%), seguido por el consumo sensato (27.1%) y por el consumo dependiente (22.3%); respecto a los motivos para el consumo de alcohol, se encontró que hubo una mayor prevalencia de los motivos sociales (43.4%), 17% de los estudiantes ingieren alcohol por motivos de reforzamiento, 7.1% por motivos de afrontamiento y un 2.4% por motivos de conformidad; asimismo se obtuvo una asociación positiva y significativa ($r=0.592$; $p<0.01$) entre la ingesta de alcohol y sus motivaciones, que indica que a mayores motivos para el consumo de alcohol, mayor ingesta de bebidas alcohólicas; además se encontraron que los motivos para el consumo de alcohol por afrontamiento ($r=0.599$; $p<0.01$), por conformidad con su vida ($r=0.218$; $p<0.01$), las motivaciones sociales ($r=0.456$; $p<0.01$) y por reforzamiento ($r=0.508$; $p<0.01$), se asociaron positiva y significativamente con el consumo de alcohol.

En un estudio realizado por Ávila (2012) con 419 adolescentes entre 15 y 18 años de una preparatoria particular del estado de Tamaulipas de México, utilizando como instrumentos el AUDIT (alfa de Cronbach=0.94) y el CMC (alfa de Cronbach=0.73), obtuvo que el 50% de los encuestados consumen bebidas alcohólicas, predominando el consumo de alcohol en fiestas y reuniones con un 66.8%; además se encontró una correlación positiva significativa de los motivos de afrontamiento, reforzamiento, conformidad y motivos sociales con el consumo de alcohol; asimismo, el estudio concluyó que los motivos de afrontamiento (según género) son un factor predictivo hacia la ingesta de bebidas alcohólicas, además de manera general los motivos de reforzamiento son predictores del consumo de alcohol.

En España, Mezquita (2012) realizó un estudio prospectivo, con 305 adultos jóvenes cuyas edades oscilaban entre 18 a 28 años, sobre el maltrato, personalidad y motivos de consumo de alcohol, utilizando como instrumento para medir los motivos la versión modificada del cuestionario de motivos de consumo de alcohol; Mezquita concluyó que los motivos de

consumo por animación predijeron el consumo de fin de semana y el consumo por atracón, asimismo el consumo por atracón fue predicho estos motivos tanto de forma directa como indirectamente a través del consumo de fin de semana, además los motivos de animación predijeron los problemas derivados del consumo de alcohol de forma significativa ($\beta=0.137$; $p=0.000$). Los motivos de afrontamiento de la ansiedad se relacionaron únicamente con el consumo de entresemana ($\beta=0.207$; $p=0.012$), no obstante, tan sólo se asociaron levemente con el consumo de fin de semana y problemas derivados a través del consumo entresemana, relación que desapareció cuando se controló el consumo; respecto a los motivos de afrontamiento de la depresión predijeron los problemas derivados del consumo ($\beta=0.444$; $p=0.000$); y finalmente los motivos sociales no se asociaron con el consumo de entresemana y el consumo de fin de semana.

También, Tamez y colaboradores (2013) realizaron un estudio con 116 estudiantes, sobre el consumo de alcohol y sus motivaciones en estudiantes del noreste de México, haciendo una descripción y correspondiente correlación estadística de las variables estudiadas, utilizando como instrumentos dos cuestionarios: AUDIT y CMC, cuyas consistencias internas fueron de 0.90 y 0.85 respectivamente; los resultados mostraron que el 66.7 % de la mujeres y el 78.8% de los varones eran consumidores; asimismo hallaron que el 67% de los estudiantes refirieron que consumen alcohol para celebrar una ocasión especial con los amigos y un 53.4%, porque mejora las fiestas y las celebraciones; se encontró que al incrementarse los motivos para el consumo del alcohol se aumentan de igual manera los trastornos por la ingesta de alcohol ($r=0.697$; $p=0.0001$).

La presente investigación aporta a la Psicología como ciencia, la apertura de nuevos conocimientos en este campo, y una nueva línea de investigación en nuestro medio; además brinda un instrumento, válido y confiable, que permite la medición de los motivos de consumo de alcohol, que será útil en ulteriores investigaciones. El estudio tiene como referencia la teoría de la motivación para el consumo de alcohol de Cox y Klinger (1988), que ha sido considerada como una teoría que abarca aspectos dentro de lo individual y social; la cual fue revisada teórica y metodológicamente en nuestra realidad. Los motivos son considerados medulares en la investigación realizada, debido a que abarcan aspectos cognitivos, conativos y volitivos de las personas frente al consumo de alcohol, que nos proporcionan información

substancial para la comprensión del fenómeno del consumo de alcohol en jóvenes estudiantes universitarios.

Los principales grupos a beneficiarse con los resultados y la revisión teórica de la presente investigación son los estudiantes universitarios, de forma directa, también los docentes, las distintas casas superiores de estudio, así como las organizaciones que brindan apoyo y orientación respecto al consumo de alcohol en jóvenes, subsecuentemente podrán contar con un marco conceptual y metodológico para la planificación, elaboración y consecuente aplicación de programas de intervención preventivo-promocionales en lo que se refiere al consumo de alcohol en la población estudiantil; además, los profesionales de la salud dedicados a la investigación, contarán con un instrumento adaptado a nuestro medio.

Frente a la permisividad social del consumo de alcohol, esta investigación pretende enfocar el fenómeno de ingesta de bebidas alcohólicas, como un problema de mayor relevancia social, a pesar de que culturalmente se torna silencioso; cuyas consecuencias son minimizadas por los medios de comunicación, publicitarios y de marketing. Una de las finalidades de la investigación, es la concientización hacia los jóvenes, respecto al fenómeno de la ingesta de bebidas alcohólicas y los principales motivos relacionados a éste.

5. Limitaciones del Estudio

- a. No existen investigaciones precedentes en nuestro medio que hayan establecido la relación entre los motivos y los niveles de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios, por lo que existe un limitado acceso a fuentes de información especializada en el tema que se hayan aproximado a nuestro entorno sociocultural, por tanto la discusión de los resultados se basa en investigaciones realizadas en otros entornos.
- b. Los resultados de la investigación pueden generalizarse a la población universitaria de los primeros años de universidades públicas, y de modo parcial a estudiantes de universidades privadas, debido a que los estudiantes de universidades privadas y públicas comparten algunas características similares.

6. Definición de términos

- A. Consumo de alcohol:** Autoadministración de una sustancia psicoactiva (Organización Mundial de la Salud, 2008).
- B. Consumo de riesgo de alcohol.** Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual (OMS, 2008).
- C. Motivos para el consumo de alcohol:** son las razones que un individuo refiere tener para consumir alcohol, estos motivos pueden ser positivos o negativos. En los primeros incluyen sobresalir y sociales; en los segundos se incluyen manejar problemas y conformidad con la vida (Terán, 2005).

7. Variables e indicadores

A. Identificación de variables

a. Variable principal

- Motivos para consumo de alcohol

Indicadores

- Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento
- Motivos para tener conformidad con su vida
- Motivos sociales
- Motivos para sobresalir o de realce

b. Variable secundaria

- Nivel de Consumo de alcohol

Indicadores

- Consumo de Bajo Riesgo
- Consumo de Riesgo
- Consumo Perjudicial o Dependencia

c. Variables Intervinientes

- Edad
- Género

B. Operacionalización de variables

Operacionalización de los motivos para el consumo de alcohol

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores
Variable Principal: Motivos de consumo de alcohol	Está determinada por las puntuaciones obtenidas de la aplicación del Cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC) .	Motivos de consumo de alcohol	Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento Motivos para tener conformidad con su vida Motivos sociales Motivos para sobresalir o de realce	(1) Nunca (2) Pocas Veces (3) la mitad de las veces (4) la mayoría de las veces (5) siempre

Operacionalización de los niveles de riesgo del consumo de alcohol

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores
Variable Secundaria: Consumo de riesgo de Alcohol	Está determinada por las puntuaciones obtenidas de la aplicación del Cuestionario de Identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT).	Niveles de Riesgo	Consumo de Bajo Riesgo	0 – 5 Mujeres 0 – 7 Varones
			Consumo de Riesgo	6 – 12 Mujeres 8 – 12 Varones
			Consumo Perjudicial o Dependencia	13 – 40 Mujeres y varones

Operacionalización de variables intervintes

Variable	Dimensiones	Indicadores	Valores
Edad	Demográfica	-	Valor mínimo: 16 años Valor Máximo: 28 años
Género	Demográfica	Varón Mujer	-

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se abordan las bases teóricas sobre la motivación y el consumo de alcohol; respecto a la motivación se presenta una revisión de su conceptualización, los principales modelos teóricos, el papel de la motivación en las adicciones y una recapitulación de la teoría motivacional del consumo de alcohol según Cox y Klinger (1988), que es el principal sustento teórico de este estudio. El segundo apartado de este capítulo trata acerca de aspectos generales sobre el consumo de alcohol, tales como la visión del alcohol como droga, conceptos fundamentales en la problemática asociada al alcohol -como consumo de riesgo, perjudicial, abuso de alcohol, tolerancia, dependencia y adicción-, la ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios y modelos explicativos del consumo de alcohol desde una perspectiva de las teorías del aprendizaje social.

1. LA MOTIVACIÓN

A. La Motivación

La conducta de los seres humanos invariablemente se orienta hacia ciertos objetivos, metas y fines (Mamani y Portocarrero, 1999), muchos de los actos humanos se dirigen hacia la satisfacción de necesidades -desde las más básicas hacia las más complejas-, la satisfacción de necesidades primordiales aseguran el correcto funcionamiento y equilibrio a nivel biológico en cada persona; en los infantes, la conducta tiende a ser dominada por este tipo de necesidades, a medida que el ser humano se desarrolla, las necesidades adquieren particularidades en cada etapa, de acuerdo al medio social en que se desenvuelve cada persona, complejizándose gradualmente.

La motivación es un término amplio para comprender las condiciones o estados que activan o dan energía al organismo, que llevan a una conducta dirigida hacia determinados objetivos (Mamani & Portocarrero, 1999); de forma general, el término *motivación* es un concepto que usamos cuando queremos describir fuerzas que actúan sobre, o dentro de, un organismo, con el fin de iniciar y dirigir la conducta de éste, son fuerzas que permiten la ejecución de conductas destinadas a modificar o mantener el curso de la vida de un organismo mediante la obtención de objetivos que incrementan la probabilidad de supervivencia a nivel biológico así como a nivel social (Palmero et al., 2011).

Baron (1997) reflexiona acerca del concepto de motivación:

“...se refiere a los procesos internos que sirven para activar, guiar y mantener la conducta. Comprender la pregunta ¿por qué?, como en ¿por qué se comporta la gente como lo hace? o ¿por qué persisten ciertos cursos de acción, aun cuando no les produzcan una recompensa evidente?”.

La motivación es un constructo teórico, utilizado en Psicología, que despierta, inicia, mantiene, fortalece o debilita la intensidad del comportamiento, y pone fin al mismo una vez lograda la meta que el individuo se ha propuesto (González, 2005).

Muchos autores coinciden en que la motivación es un proceso psicológico, ya sea como un estado, condición, fuerza, conjuntos de esfuerzos, que busca la consecución de una meta

-mediante el inicio, activación, guía y mantenimiento de una conducta- trazada por un individuo y la consecuente satisfacción de una necesidad.

González (2005) define a la motivación como el conjunto concatenado de procesos psíquicos (que implican la actividad nerviosa superior y reflejan la realidad objetiva a través de las condiciones internas de la personalidad) que al contener el papel activo y relativamente autónomo y creador de la personalidad, y en su constante transformación y determinación recíprocas con la actividad externa, sus objetos y estímulos, van dirigidos a satisfacer las necesidades del ser humano y como consecuencia regulan la dirección y la intensidad o activación del comportamiento y se manifiesta como actividad motivada.

En la motivación participan los procesos afectivos (emociones y sentimientos), las tendencias (voluntarias e impulsivas) y los procesos cognoscitivos (sensopercepción, pensamiento, memoria, entre otras); los afectivos y las tendencias ocupan la función más importante en la motivación. Los estímulos y situaciones que actúan sobre el sujeto se reflejan a través de las condiciones internas de la personalidad, por ello, la motivación es una expresión y manifestación de las propiedades y del estado de la personalidad: del carácter, de las capacidades cognoscitivas y del temperamento, pero las propiedades del carácter son las que ocupan en ella la función principal (González, 2005).

A su vez, Palmero et al. (2011) define a la motivación como un proceso básico relacionado con la consecución de objetivos que tienen que ver con el mantenimiento o la mejora de la vida de un organismo. El proceso se inicia con la presencia de algún estímulo que desencadena en el individuo la necesidad o el deseo de llevar a cabo una conducta para conseguir el objeto implicado en la situación; tras la evaluación y valoración pertinentes, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos, la dificultad y el valor de incentivo referidos al objetivo a conseguir, más el estado actual del organismo, el individuo decide llevar a cabo una conducta dirigida a la consecución de un determinado objetivo; la conducta motivada propiamente dicha consiste en fases de aproximación y ejecución –apetitiva y consumatoria- y, tras su ejecución, el individuo llevará a cabo la verificación de la congruencia, la atribución de causas y la generalización.

La motivación se encuentra relacionada con la supervivencia y con el crecimiento en general, que puede ser considerado como un incremento exponencial en la probabilidad de que un individuo consiga los objetivos que persigue, entre ellos, la supervivencia, entendida no sólo como la distinción de vida o muerte, sino también en su dimensión social (Palmero et al., 2011).

Sanz y colaboradores (2013) definen la motivación como el proceso adaptativo que energiza, dirige el comportamiento hacia un objetivo o meta de una actividad, a la que instiga y mantiene; los autores hacen un análisis acerca de esta definición, considerando lo siguiente:

- La motivación es más un proceso adaptativo que un producto, que no puede ser observado directamente y que tiene que ser inferido respecto a conductas manifiestas.
- Es el concepto que es utilizado para describir las fuerzas que actúan sobre el organismo para que inicie, active y dirija la conducta.
- Implica la existencia de unos objetivos y metas que dan ímpetu y dirección a la acción.
- Requiere cierta actividad física o mental.
- Es un proceso que instiga y mantiene la conducta motivada.

a. Funciones de los conceptos motivacionales

Según Gerring & Zimbardo (2005), los psicólogos utilizan el concepto de motivación con los siguientes propósitos básicos:

- Para relacionar la biología con el comportamiento
- Para explicar la variabilidad del comportamiento
- Para inferir estados privados a partir de actos públicos
- Para asignar la responsabilidad de los actos
- Para explicar la perseverancia, a pesar de la adversidad

B. Principales Teorías de la Motivación

a. Teorías del Instinto

Las conductas que tienen determinantes genéticos han sido conceptualizadas como instintos, que son considerados como un conjunto de respuestas programadas genéticamente que ocurren en una circunstancia apropiada, sin la intervención del aprendizaje (Palmero et al., 2011). Luego del impacto de las teorías evolucionistas en las ciencias de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, se empieza a investigar la conducta animal para poder hallar las bases del comportamiento humano que deja de ser considerado como voluntario en su totalidad, debido a que los estudiosos consideraban que la conducta animal era fundamentalmente instintiva y suponían que algo de ello tenía que haber quedado en los humanos (Sanz & colaboradores, 2013). A pesar de ello, la popularidad alcanzada por el concepto de Instinto llevó al intento de explicar todas las conductas como instintivas, entre las aproximaciones más importantes destacan James y McDougall.

William James considera el instinto como sinónimo de reflejo, siendo ambas conductas obtenidas a causa de estímulos sensoriales, para James cada instinto debe ser considerado como un impulso, que es una fuerza que actúa sobre o en el interior de un organismo para iniciar una conducta (Palmero et al., 2011).

McDougall fue el defensor acérrimo de los instintos, a los que consideraba como fuentes irracionales y apremiantes de la conducta; eran el motor de la acción a través de fuerzas motivacionales, consideradas como los factores internos que son capaces de desencadenar la conducta y que orientan a una persona en una meta particular (Reeve, 2003, citado en Sanz & colaboradores, 2013). Según McDougall toda conducta es básicamente instintiva; los instintos son algo más que simples disposiciones para reaccionar de un modo concreto, son como una disposición psicológica innata o heredada para percibir y prestar atención a los estímulos, así como para actuar respecto a ellos de una manera determinada, o para experimentar un impulso relacionado con dicha acción (Palmero et al., 2011).

b. Teorías de la Homeostasis y la Regulación

Dichos planteamientos se enfocan en la localización y el conocimiento de los mecanismos que controlan las conductas motivadas, colocando como categoría central: la homeostasis; concepto introducido en psicología por Cannon (1932) en sus estudios acerca del estrés, como

respuesta adaptativa a las amenazas del medio ambiente, esta respuesta de lucha o huida, es considerada como un mecanismo lógico y efectivo, con la finalidad de defender y mantener la integridad física del organismo ante la amenaza eventual a la homeostasis o equilibrio interno (Palmero et al. 2011).

c. Teoría de la Activación

Algunos especialistas sugieren que la motivación tiene que ver más con la activación o estado de alerta, es así que la activación cae en un continuo que va desde el estado de alerta máximo al sueño. La teoría de la activación menciona que cada individuo tiene un nivel óptimo de activación que varía de una situación a otra y en el curso del día, en consonancia con esta teoría, la conducta es motivada por el deseo de mantener el nivel óptimo de activación para un momento dado. En este modelo teórico establece la ley de Yerkes-Dodson que plantea: “cuanto más compleja es la tarea, menor es el nivel de activación que puede tolerarse sin que interfiera con el desempeño. De esta forma niveles más altos de activación son óptimos cuando se requiere realizar tareas simples, y niveles relativamente menores de activación son mejores al realizar tareas complejas” (Morris y Maisto, 2005).

d. Teorías del Aprendizaje

Una de las aproximaciones de las teorías del aprendizaje, es la teoría de los reflejos condicionados de Iván Pavlov, considerada por éste mismo como la base refleja de la ciencia psicológica, se empezó a estudiar la posibilidad de alterar la frecuencia y dirección de la conducta ejerciendo una gran influencia en la psicología de la motivación. El logro del condicionamiento de respuestas innatas mediante asociación temporal con estímulos neutros, es aceptado en la psicología de nuestros días; es así que estímulos que las personas no controlan conscientemente pueden determinar su conducta, por cuanto los estados de motivación les susciten (Sanz y colaboradores, 2013).

El proceso motivacional que subyace a una conducta motivada puede adquirirse o ser eliminado mediante este aprendizaje reflejocondicionado; Pavlov abordó el estudio de la conducta en términos de excitación e inhibición del sistema nervioso, por lo que se puede considerar que esta idea tiene relación con las teorías de la activación; asimismo, los procesos de excitación activan una conducta, tienen una función energizante, por lo que se podría

considerar como un planteamiento de la concepción clásica de la motivación (Palmero et al., 2011).

Asimismo, Thorndike inició sus estudios sobre la relación entre aprendizaje y motivación en distintos animales; con su ley del efecto consideró que el aprendizaje de una respuesta dependerá de las consecuencias contingentes de la misma, además Thorndike utilizó el término impulso en lugar de motivo para describir la causa de la respuesta del animal, este concepto tiene tres funciones: energiza la conducta, la orienta hacia el objetivo y selecciona las respuestas que conducen al éxito (Sanz y colaboradores, 2013).

En la teoría del conductismo operante, cuya principal figura fue B. F. Skinner, el sujeto opera sobre el ambiente y en él la respuesta se emite voluntariamente para obtener premios o castigos, en esta teoría la contingencia entre la conducta y sus consecuencias se hacen pilares fundamentales; respecto a la motivación, el estímulo reforzador o reforzador simplemente es el elemento motivador del condicionamiento, por eso antes de emplear un estímulo como reforzador, se comprueba que actúa como tal, ya que depende en gran medida de la historia del sujeto y sus necesidades biológicas y motivacionales (Sanz y colaboradores, 2013).

Bandura, en su teoría del aprendizaje social por observación, sostiene que gran parte de la conducta motivada se adquiere mediante la observación de las conductas de los otros; es así que en la conducta motivada intervienen los procesos de atención, almacenamiento, recuperación y motivación (Palmero et al., 2011; Sanz y colaboradores, 2013). Desde esta perspectiva, para aprender una conducta no es necesario reproducirla, es decir no todo lo que se observa se ejecuta, pero sí se puede aprender. Los refuerzos y los castigos tienen propiedades motivadoras porque permiten el desarrollo de expectativas en un individuo, las conductas pueden controlarse tanto por las consecuencias obtenidas por los refuerzos o castigos observados en el aprendizaje social vicario (Palmero et al., 2011).

e. Teoría de la Expectativa – Valor

Los antecedentes de este tipo de teorías se encuentran en los trabajos de Tolman y Lewin, los cuales estudiaron la conducta motivada dirigida hacia la consecución de metas (Sanz y colaboradores, 2013); así los modelos de expectativa-valor explican que las consecuencias, positivas y/o negativas de las acciones realizadas para conseguir una determinada meta, y la

importancia que dichas consecuencias puedan tener en la persona, contribuyen a la elección y/o abandono de determinadas alternativas de acuerdo al valor y la utilidad subjetiva otorgada para alcanzar un resultado deseado (Edwards, 1954, citado en Palmero et al., 2011).

Las expectativas son definidas como las estimaciones que hacen las personas sobre la probabilidad de lograr una meta concreta mediante la realización de una conducta, ello hará que el sujeto se forme una representación cognitiva sobre cómo esa conducta le llevará hacia la meta, que es la que mueve la acción y que funcionará como un incentivo. Julian Rotter, que ha sido uno de los principales teóricos del aprendizaje, cuyos trabajos fueron la base del modelo cognitivo conductual, plantea en su teoría del aprendizaje cognoscitivo, que los modelos básicos de comportamiento se aprenden en situaciones de interacción del sujeto con el ambiente, y que para satisfacer sus necesidades, se requiere de la mediación e interacción con otras personas. Su teoría consta de 4 variables: El potencial de conducta o fuerza motivacional, el valor del refuerzo, los factores situacionales y las expectativas generalizadas; en definitiva para Rotter, la tendencia motivacional para aproximarse o alejarse de algo en una situación específica, estará en función de las expectativas que tiene el sujeto de los resultados que obtendrá de dicha conducta, y del valor del refuerzo o grado en el que la resolución de dicha tarea es importante para éste (Sanz y colaboradores, 2013).

f. Teoría de la Motivación Humana de McClelland

En 1985, David McClelland desarrolló una teoría acerca de la motivación humana, basándose en la teoría de las necesidades previamente propuesta por Murray. McClelland considera que la motivación de una persona podría deberse a la búsqueda de tres necesidades dominantes: la necesidad de logro, de poder y de afiliación. La necesidad de logro es el grado de éxito que tiene el sujeto en relación con una norma de excelencia de la que se parte (Sanz y colaboradores, 2013) y refleja las diferencias individuales en la importancia de planear y trabajar hacia la obtención de las propias metas (Gerring y Zimbardo, 2005); la necesidad de afiliación es el grado en que una persona necesita establecer relaciones interpersonales amistosas y ser aceptado por los demás y finalmente, las necesidades de poder se manifiestan por el deseo de control e influencia sobre el comportamiento o los pensamientos de los demás, y por el deseo de producir impacto en las personas de alrededor; el autor considera que una

misma conducta puede desencadenarse por motivos muy diferentes, o incluso para satisfacer varios motivos o necesidades a la vez (Sanz y colaboradores, 2013).

g. Teoría de la Jerarquía de Necesidades de Maslow

Maslow (1991) propone que el estudio de la motivación humana requiere considerar la complejidad de cada individuo como un todo integrado y organizado, en palabras de Maslow, significa que todo el individuo está motivado y no sólo una parte de él. Este autor diseñó una teoría psicológica sobre la motivación humana, explicada mediante una jerarquía de necesidades o motivaciones que afectan a todos los sujetos (Sanz y colaboradores, 2013); que usa un modelo piramidal o jerárquico para describir las interacciones entre las necesidades, conocida como la Pirámide de Maslow; en la base de la pirámide se encuentran las motivaciones fisiológicas básicas, tales como hambre, sed, evitación del dolor, todas ellas primarias. Posteriormente y en orden ascendente se sitúan las necesidades de seguridad y pertenencia, continuando arriba la necesidad de autoestima y culminando la cúspide de la pirámide se ubican las necesidades de autorrealización (Cosacov, 2010); de acuerdo con la teoría de Maslow, los motivos superiores sólo surgen después que se han satisfecho los más básicos (Morris y Maisto, 2005), es decir que existe un orden de prioridad en las necesidades.

En la teoría de Maslow, las necesidades fisiológicas constituyen la primera prioridad del sujeto, son innatas y heredadas, y están íntimamente ligadas a la supervivencia del organismo; la necesidad de seguridad se relaciona con la tendencia a sentirse seguro y protegido frente a situaciones de peligro físico y/o psicológico; asimismo la necesidad de afiliación tiene que ver con el desarrollo afectivo y de interacción entre las personas, con la necesidad de amistad, afecto y aceptación social; a su vez, la necesidad de estima o reconocimiento radica fundamentalmente en la necesidad de todo ser humano por sentirse valorado por sí mismo; finalmente las de autorrealización es el ideal al que todo ser humano debe llegar, persigue como objetivo desarrollar hasta el culmen todo el potencial y talento que se tenga disponible y progresar en la vida al máximo para llegar a la perfección o autorrealización (Sanz y colaboradores, 2013).

h. Motivación Intrínseca y Extrínseca

El concepto de motivación es capaz de responder al porqué las personas actúan de una u otra forma, también a la persecución de una meta con una persistencia que puede hacernos pensar

que esa persona “motivada” no se cansa, ni se rinde ante nada; se conoce que por medio del aprendizaje se aprende qué respuesta se debe dar en cada momento, pero es a través de la motivación cómo se obtiene la fuerza para emitir tales respuestas. De los estudios sobre motivación se concluye que ésta es capaz de dirigir, energizar o instigar la conducta de manera que cuando estemos más motivados, nuestro comportamiento va a ser más frecuente o persistente; cuando son las características de los estímulos externos los que determinan la dirección de la conducta, se habla de motivación extrínseca, según ello la motivación regulada por el ambiente es fruto del aprendizaje, asimismo cuando una persona persiste en una conducta sin un estímulo exterior que lo justifique, se habla de la motivación intrínseca, de tal manera que una conducta está intrínsecamente motivada si se realiza en ausencia de alguna contingencia aparente (Sanz y colaboradores, 2013).

Este enfoque fue desarrollado principalmente por Hunt en 1965, que centra la distinción entre motivación extrínseca e intrínseca; tal distinción hace referencia a las situaciones en las que, en ausencia de necesidades internas (motivación intrínseca), este todavía tiene la capacidad para sentirse motivado por factores externos (motivación extrínseca), de esta manera la conducta intrínsecamente motivada representa la causalidad interna, mientras que la conducta extrínsecamente motivada representa la causalidad externa (Palmero et al., 2011).

Se pensaba que la motivación extrínseca e intrínseca eran dos polos de un continuo, es decir que a mayor motivación intrínseca menor motivación extrínseca y viceversa, sin embargo, actualmente los estudiosos defienden que no existe una relación automática entre ellas, más bien que son dos dimensiones separadas; la principal diferencia en ellas radica en la fuente que energiza la conducta, intrínsecamente la motivación emana de fuentes internas y extrínsecamente, de fuentes externas; asimismo el nivel de ambos tipos de motivación nos lleva a realizar un comportamiento, depende del momento y de la actividad (Sanz y colaboradores, 2013).

C. Motivación y Adicciones

La problemática de las adicciones constituye un serio y complejo problema cuya comprensión, explicación y abordaje necesita un enfoque interdisciplinario; dentro del abordaje de la Psicología, la motivación ocupa un lugar central en el estudio y análisis de esta problemática,

dado que interviene en el inicio, mantenimiento y consolidación de la conducta adictiva; las conductas adictivas son aprendidas, es así, que se adquieren mediante los mismos mecanismos o procesos que otras formas de conducta.

El término adicción es empleado para designar una gran diversidad de conductas de carácter apetitivo, cuya característica más destacable es su aproximación hacia un objeto o situación que se debe a la asociación de dicho objeto o situación con la satisfacción de necesidades y deseos (Mayor y Cortés, 2003, citado por Sanz y colaboradores, 2013). Las adicciones como la ludopatía, compra compulsiva, al sexo, al alcohol y las drogas, presentan un patrón común de conductas compulsivas y con graves problemas de autocontrol, las cuales ponen en marcha los mismos circuitos de recompensa que los motivos más básicos, también las señales asociadas a ellas pasan a ser incentivos cuando crean el deseo irrefrenable de realizar dichas conductas; psicológicamente la adicción se caracteriza por una gran disminución o pérdida del propio control, así como la obsesión por lo que constituye el objeto o situación de la propia adicción (Sanz y colaboradores, 2013).

Para responder a la pregunta sobre qué causa la conducta adictiva, Mayor y Cortés, (2003, citado por Sanz y colaboradores, 2013) sugieren algunos tipos básicos de motivaciones para la iniciación de la conducta adictiva:

- Motivaciones que responden a lo que se denomina inadaptación social, esto es, a un desacuerdo con el contexto sociocultural frente al cual el sujeto adopta una actitud.
- Motivaciones que expresan problemas emocionales y la necesidad de adaptación del sujeto a determinados grupos o condiciones sociales.
- Motivaciones que implican una tendencia hedonista y experimentadora de los sujetos.
- Motivaciones vinculadas a necesidades provenientes a dolencias físicas o psicológicas.

Al señalar que las conductas adictivas son conductas aprendidas, se considera que los principios básicos del aprendizaje le son válidos; es por ello que el condicionamiento clásico, condicionamiento operante y el aprendizaje observacional, son modelos para explicar sobre todo el inicio de la conducta adictiva (Elzo, 2003; citado en Sanz y colaboradores, 2013). Por lo general se admite que una droga funciona como reforzador cuando es capaz de incrementar

o mantener la probabilidad de que aparezca la conducta de ingesta, es decir, se habla de un refuerzo positivo cuando el sujeto consume la droga para sentir el efecto buscado de la misma (estar bien), mientras que el refuerzo negativo tiene que ver con la búsqueda de la droga para evitar el placer que conlleva su ausencia (dejar de estar mal); si bien la teoría del condicionamiento ha permitido avanzar en la explicación del desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, avances recientes en el estudio de las adicciones en el marco de la investigación básica inciden en la necesidad de efectuar un análisis en profundidad del componente motivador del refuerzo, esto es, el incentivo (Sanz y colaboradores, 2013).

D. Modelo Motivacional del uso del alcohol de Cox y Klinger

Uno de los modelos biopsicosociales del uso y abuso del alcohol con mayor aceptación en la actualidad es el modelo motivacional del uso del alcohol, planteado por Cox y Klinger (1988); que representa un marco integrador de diferentes variables biológicas, psicológicas y socioculturales que se ha relacionado con el uso y abuso de alcohol; los autores intentan mostrar cómo cada variable se interrelaciona y contribuye al consumo a través de vías motivacionales, y además tiene un gran valor heurístico ya que pretende generar hipótesis que pueden ser comprobadas de manera empírica (Mezquita, 2012).

De forma general, para este modelo, la vía común para el consumo de alcohol es motivacional, es decir que una persona decide consciente o inconscientemente beber o no hacerlo, como resultado de la combinación de procesos emocionales y racionales; la decisión final se tomaría en función del cambio afectivo positivo que la persona espera obtener si consumiera, en comparación con el estado afectivo que espera si no consumiera; por lo tanto la motivación neta para beber, está estrechamente ligada a los incentivos de las personas en otras áreas de su vida y a los cambios afectivos que son generados por estos incentivos (Cox & Klinger, 1988). En este modelo, la ingesta de bebidas alcohólicas en sí es un acto voluntario, aunque los bebedores pueden percibir que son incapaces de controlar su ingesta, el modelo motivacional sostiene que consumir alcohol es un acto volitivo que es precedido por un proceso de toma decisiones, que tiene componentes emocionales y racionales (Cox & Klinger, 2011).

Según los autores, las variables más proximales que antecederían a la decisión de consumir o no consumir serían los motivos de consumo, y estos a su vez estarían precedidos por las

expectativas sobre los efectos del alcohol (Mezquita, 2012); las expectativas sobre los efectos del alcohol se definen como las creencias sobre los efectos que produce la ingesta de bebidas alcohólicas sobre los procesos cognitivos, conductuales y emocionales; mientras que los motivos son el valor que se le da a un efecto particular que se pretende conseguir, el cual motiva al individuo a consumir (Cox & Klinger, 2011), por lo tanto el tener un motivo particular para consumir bebidas alcohólicas es una condición necesaria para beber (Cox & Klinger, 1988), mientras que tener una determinada expectativa sobre los efectos del alcohol no determina necesariamente que las personas consuman para conseguir el efecto que consideran (Cooper, 1994).

Sin embargo, diferentes variables biopsicosociales más distales influirían por vías motivacionales en la decisión de consumir alcohol a través de las expectativas y motivos. Los factores históricos determinarían la naturaleza de las experiencias pasadas de las personas con la bebida y su influencia en la motivación actual para consumir, entre ellos se diferenciarían; los factores relacionados con la reactividad bioquímica al alcohol, las características de la personalidad, los factores socioculturales o “macroambientales” y los refuerzos pasados de la conducta de consumo, estas variables además de promover el consumo de las personas en el pasado, promoverían el condicionamiento de las respuestas emocionales a los efectos del alcohol y a los estímulos asociados al consumo, por ello, los factores históricos contribuirían, tanto al hábito de consumir, como al valor del incentivo del alcohol. Los factores actuales que influirían en la decisión de consumir alcohol se dividen en: factores situacionales, e incentivos actuales positivos y negativos, los factores situacionales incluyen factores “microambientales” como estar solo, acompañado, la presencia de alcohol en un lugar determinado. Los incentivos y negativos influirían en el ánimo haciendo más probable que se consumiera alcohol con el objetivo de modificar el afecto (Mezquita, 2012). (Ver anexo I)

El consumo de alcohol es un comportamiento racional y con propósito, donde el individuo elige consumirlo porque espera que se realce un efecto positivo (motivaciones positivas internas y externas) o un efecto negativo (motivaciones negativas internas y externas) (Cox & Klinger, 1988).

Por lo tanto las motivaciones para el consumo de alcohol tienen dos dimensiones fundamentales: el valor o la valencia del refuerzo (motivaciones positivas y negativas) y la

fuente del refuerzo, interna y externa, dependiendo de los resultados que el individuo quiera alcanzar; del cruce de estas dos dimensiones surgen cuatro motivos de consumo: Motivos sociales (refuerzo positivo externo), motivos para sobresalir o de realce (refuerzo positivo interno), motivos para tener conformidad con su vida (refuerzo negativo externo) y motivos para manejar los problemas o de afrontamiento (refuerzo negativo interno) (Ávila, 2012; Mezquita, 2012).

Los motivos sociales y de realce o para sobresalir son conceptualizados como representativos de motivaciones positivas y los motivos para afrontar o manejar problemas y de conformidad con su vida son representativos de motivaciones negativas (Ávila, 2012). Asimismo, los motivos sociales serían informados por personas que consumen alcohol para mejorar los encuentros sociales o aumentar la diversión en una fiesta. Aquellas personas que dicen consumir alcohol porque les gusta la sensación o porque es divertido beberían por motivos de realce. Los motivos de conformidad harían referencia a en qué medida las personas consumen para evitar la exclusión del grupo de los amigos. Finalmente, los motivos de afrontamiento, se refieren a consumir alcohol para hacer frente a estados emocionales negativos; así mientras los motivos de afrontamiento y de realce se relacionarían más estrechamente con los sistemas biológicos que influyen a la hora de consumir alcohol, los motivos de conformidad y sociales estarían más influenciados por variables ambientales (Mezquita, 2012).

2. EL CONSUMO DE ALCOHOL

A. El alcohol como droga.

El consumo de alcohol fue inicialmente una manifestación social de las primeras civilizaciones de la humanidad, así los primeros humanos bebían de los frutos macerados, y gradualmente aprendieron a realizar el proceso de fermentación de los carbohidratos; los egipcios, griegos, romanos y hebreos han vinculado el consumo de alcohol a ceremonias religiosas, los griegos tenían un dios del vino -Dionisos- y los romanos rendían culto a Baco -también dios del vino- a quién veneraban mediante danzas y estados de embriaguez con el objetivo de unión con la deidad romana. En el Perú desde la antigüedad hasta antes de la conquista por los españoles, también se consumían bebidas alcohólicas a base de la

fermentación del maíz y otros productos, la graduación alcohólica dependía mucho de los días de fermentación; las bebidas alcohólicas, así como en otras culturas, eran destinadas para ritos religiosos, ceremonias y celebraciones; posterior a la conquista de los españoles, importaron muchos productos dentro de ellos la vid, para la elaboración de vinos y pisco, aprovechando el clima cálido, la calidad de las tierras y el guano, llegando a producir un vino de excelente calidad, que fue exportado a colonias españolas por parte de los Jesuitas (Pons y Berjano, 1999).

Han surgido distintos cambios en el matiz de la utilización de alcohol, desde su uso para ceremonias religiosas hasta la actualidad, que es considerada en nuestra sociedad como un facilitador de la interacción social, como un medicamento y como un producto que genera divisas, mueve un gran mercado de consumidores y es internacionalmente consumido. Su proceso de elaboración con el transcurso del tiempo y el avance de la tecnología, se ha ido masificando de acuerdo a los objetivos de grandes organizaciones lucrativas y así las bebidas alcohólicas han venido produciéndose de manera industrial a grandes escalas para una sociedad capitalista, cuya principal característica es el consumismo.

La Organización Mundial de la Salud (2008) cataloga como droga a toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

El término droga puede ser usado para referirse a muchas sustancias, pero sólo parecen serlo aquellas que culturalmente son calificadas como tales (Comas, 1985, citado por Pons y Berjano, 1999); por lo tanto la conceptualización del término droga, tiene una mayor influencia en las circunstancias socioculturales de un determinado momento histórico que por las cualidades y efectos de las sustancias en el organismo, dentro de la sociedad una droga es vista como una sustancia extraña al propio grupo sociocultural de referencia, que es consumida de forma clandestina o semiclandestina por elementos marginales de la sociedad, sin embargo si se trata de ubicar al alcohol en esta premisa, habrían notables dificultades teóricas y metodológicas.

B. Conceptos fundamentales

a. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es considerado por la OMS (2008) como la autoadministración de una sustancia psicoactiva; se entiende que una sustancia psicoactiva es aquella de origen natural o sintético que tiene efectos sobre el sistema nervioso central, además de la definición que hace la OMS se colige que la utilización de dicha sustancia es voluntaria; asimismo Pons y Berjano (1999) consideran al consumo de alcohol como la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del cual se experimentan unos efectos característicos; para los autores el consumo de alcohol lo realiza tanto el alcohólico como el bebedor habitual, sea este moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, así como la persona que ingiere bebidas alcohólicas por primera vez.

b. Consumo de riesgo

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno (Babor et al., 2001).

El consumo de alcohol puede considerarse de riesgo cuando se bebe antes de los 18 años, durante los fines de semana aunque en el transcurso de la semana no se beba, al conducir un vehículo, durante el embarazo, cuando se mezcla el alcohol con otras drogas, entre otras (DEVIDA, 2005).

c. Consumo perjudicial y Abuso de alcohol

El consumo perjudicial es considerado como un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p. ej., hepatitis por inyección de drogas) o mental (p. ej., episodios depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol). El consumo perjudicial trae consigo a menudo, aunque no siempre, consecuencias sociales adversas; sin embargo, estas consecuencias por sí solas no son suficientes para justificar un diagnóstico de consumo perjudicial. El equivalente más aproximado en otros sistemas

diagnósticos es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales (Organización mundial de la Salud, 2008).

Babor et al. (2001) consideran al consumo perjudicial de alcohol como aquél que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

En una revisión del concepto de abuso, Pons y Berjano (1999) señalan que puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originalmente, pudiendo ser esta desviación de carácter cualitativo, por ejemplo conductas que pueden ser peligrosas, o cuantitativo tal como consumo de grandes cantidades de alcohol de manera frecuente.

Entonces, existen diferencias fundamentales entre los conceptos de consumo perjudicial y abuso de alcohol, esencialmente dentro del marco social, tales como las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol y la desviación respecto del uso habitual de un grupo sociocultural determinado, los cuales se encuentran dentro del concepto de abuso de alcohol, mientras que en el concepto de consumo perjudicial hace énfasis en el daño a nivel físico y mental.

d. Tolerancia

La tolerancia a una droga es un concepto esencialmente de carácter biológico, que proviene del campo de la medicina, el cual hace referencia a los componentes químicos de la sustancia así como al metabolismo del individuo que se autoadministra una droga.

En términos generales la tolerancia es entendida como el proceso que facilita que el organismo admita cada vez una mayor cantidad de alcohol. A pesar de ello, la instauración de este proceso no evita los efectos perjudiciales del alcohol sobre el organismo; únicamente reduce la expresión de la intoxicación aguda, es decir de la embriaguez (Freixa, 1993, citado por Pons y Berjano, 1999).

Es importante resaltar también la conceptualización que hace la Organización Mundial de la Salud (2008) respecto a la tolerancia, la cual es considerada como la disminución de la

respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado; se necesitan dosis más altas de alcohol para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas.

Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido.

e. Dependencia y adicción

La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso de las diferentes sustancias con fines de intoxicación. Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo, y se miden a través de indicadores tales como la ingestión por persona, los patrones de consumo y los problemas asociados (enfermedades, accidentes, conductas antisociales, etc.).

La adicción es la dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

Freixa (1993, citado por Pons y Berjano, 1999) denomina “adicción” al proceso físico y “dependencia” al proceso psicológico. El primero de estos conceptos se explica en términos de lo que este autor denomina unión biometabólica, en la que existe una necesidad metabólica real de la sustancia; el segundo de ellos lo explica como la “ligazón comportamental” que facilita el uso continuado.

La adicción física supone un estado caracterizado por la necesidad imprescindible de aportar al organismo una determinada cantidad de alcohol para el mantenimiento de su propia

normalidad; la ausencia de la droga podría provocar una serie de trastornos de índole física y mental denominado síndrome de abstinencia.

Las bebidas alcohólicas son capaces de crear efectos psicoactivos inmediatos y que fundamentalmente son de 3 tipos: desinhibidores, euforizantes y ansiolíticos. La dependencia psicológica estaría caracterizada por la aparición en el sujeto de un deseo incontrolable de ingerir determinadas dosis de alcohol, con el fin de experimentar de nuevo sus efectos, que pudieran resultar placenteros por si mismos –refuerzo positivo- o por el estado de evitación de situaciones y estímulos displacenteros –refuerzo negativo-.

El término dependencia es definido por Kramer y Cameron (1975), como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación.

Los criterios diagnósticos para las enfermedades psíquicas pueden ser hallados en un texto de uso general denominado Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-5 (APA, 2013) donde señala como criterios para definir la existencia de una dependencia del alcohol como un modelo problemático que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado a lo previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.

5. Consumo recurrente de alcohol que conlleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en la escuela, en el trabajo o en el hogar.
 6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
- a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por algunos de los siguientes hechos:
- a) Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b) Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como las benzodiacepinas) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

C. El consumo de alcohol en estudiantes universitarios

La ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios es un fenómeno que ha sido estudiado en prácticamente todos los continentes (Chau y Oblitas, 2007), nuestro país no es una excepción; se han realizado diversas investigaciones de corte epidemiológico, así como estudios que relacionan aspectos sociales y psicológicos con la ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes de diferentes universidades de nuestro país. A continuación se expondrá los

principales estudios sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios realizados en nuestro país.

En el II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de drogas en la Población Universitaria realizado por la Comunidad Andina de Naciones (2013) cuya muestra fue de 12 universidades; se reportó que un 87.1% de los estudiantes declararon haber consumido alcohol alguna vez en su vida, asimismo el 71.7% de los estudiantes declaró haber consumido bebidas alcohólicas durante los últimos doce meses, encontrándose diferencias significativas por género; siendo la edad promedio de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas a los 16 años. También se obtuvo que aproximadamente 1 de cada 3 estudiantes hombres que refirieron haber consumido alcohol durante el último año, presentan un consumo de riesgo o perjudicial, en el caso de las mujeres esta situación se presenta en 1 de cada 6.

Por su parte DEVIDA (2005) que realizó su estudio en Lima Metropolitana y El Callao, encontró que la prevalencia en el consumo de alcohol en la población universitaria es de 90%, solamente el 10% indicó que no bebió aún; además el estudio nos indica que el 37% de los estudiantes inició el consumo de alcohol en el transcurso entre los 15 y 16 años. Esta investigación también revela que las personas presentes en la primera ocasión de consumo fueron compañeros de estudio (35.4%), familiares cercanos (33.2%) y amigos del barrio (23.6%); la principal ocasión para el consumo de bebidas que contienen alcohol son las fiestas y las reuniones (83.9%) y los lugares frecuentes para ingerir bebidas alcohólicas son la casa de los amigos, en casa propia o en los alrededores de la universidad.

En una investigación realizada en estudiantes de los primeros años de tres universidades de Lima (Chau y Oblitas, 2007) se obtuvo que el 82% de estudiantes habían consumido alcohol durante los últimos 6 meses, con diferencias significativas entre varones y mujeres; además se refiere que durante la semana los estudiantes beben de manera frecuente desde 1 a 4 bebidas por día; siendo una de las bebidas preferidas la cerveza, asimismo la cantidad se incrementa durante los fines de semana. Los jóvenes que participaron en el estudio reportaron que beben siempre en compañía de otros, por ejemplo en fiestas o reuniones, en casas de amigos, bares y en sus casas. También se encontraron diferencias en el consumo de alcohol entre los estudiantes de universidades públicas y privadas, siendo éstos últimos los que beben más frecuentemente y son clasificados en un mayor porcentaje como bebedores de riesgo.

Otras publicaciones sobre la ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios han obtenido cifras similares; Figueroa, Vallejos, Cárdenas y Ramírez (2010) revelan que, los universitarios refieren una prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas durante alguna vez en su vida del 92%, es decir 9 de cada 10 estudiantes universitarios, han consumido alcohol; respecto a la prevalencia anual un 74.9% de estudiantes han bebido alcohol. Asimismo, Arana (2013) reporta que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes fue de 75%, además el 56.6% de los encuestados tuvo episodios de exceso de consumo de alcohol y el 34,2% realizó un consumo por atracón, dentro de lo cual los hombres reportaron mayor consumo en exceso y por atracón; además el 78.9% de los participantes que consumieron alcohol durante el último mes, lo hicieron acompañados.

Chau y Van der Broucke (2005) realizaron una investigación cualitativa respecto a los principales determinantes del consumo de alcohol en estudiantes universitarios, donde señalan que la universidad y los estudios son experimentados como generadores de estrés, debido a que elevan la responsabilidad y presionan por la consecución de un buen desempeño y elevadas calificaciones, a consecuencia salir y tomar unos tragos con los amigos es reservado para ocasiones especiales como una manera de afrontamiento al estresor. Asimismo, los autores detallan aspectos del consumo de alcohol en los estudiantes, entre ellos: el alcohol es consumido con mayor frecuencia los jueves o viernes o en los cumpleaños, cuando terminan los exámenes o cuando hay una fiesta universitaria, asimismo la decisión sobre el tipo de bebida alcohólica a ingerir depende de la cantidad de dinero disponible y del grupo de amigos, cuando es poco el dinero con el que se cuenta, el ron es la bebida preferida debido a que puede ser compartida por más gente e intoxica con mayor rapidez. El alcohol es utilizado como un medio que aumenta la interacción entre los pares, ya que mientras no hay alcohol, difícilmente los jóvenes hablan o interactúan; la presión que ejercen los amigos sobre el consumo de alcohol se hace presente cuando se espera que si alguien debe celebrar algo, los demás deben beber junto a él.

En conclusión, la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios es elevada, supera el 70% en aquellos que han bebido entre los últimos 6 a 12 meses, asimismo en la población de jóvenes alrededor de un 90% de ellos han consumido alcohol en alguna ocasión pasada. Usualmente los estudiantes beben entre pares, en fiestas, reuniones, en casas o en

discotecas. El consumir alcohol en esta población tiene un fuerte predominio a nivel social, de interacción con coetáneos, para afrontar estresores de la vida universitaria y en el peor de los casos por entidades clínicas.

D. Modelos Explicativos del consumo de alcohol: Principios básicos de la teoría del aprendizaje sobre el consumo de bebidas alcohólicas

La teoría del aprendizaje es aquella que se ocupa de entender el proceso por medio del cual los individuos desarrollan nuevas conductas como resultado de su experiencia. Con el fin de explicar el inicio, uso y abuso del consumo de sustancias; esta teoría, marcada por un estricto apego a la investigación científica, se ha abocado en profundidad a estudiar este fenómeno.

a) Condicionamiento clásico

Modelo de aprendizaje cuya característica más resaltante en la adquisición de nuevas conductas es la asociación de estímulos. Se postuló que el condicionamiento clásico ofrecía una explicación plausible a la aparición de los deseos intensos o ansias irrefrenables de consumo. Para esto, los teóricos del aprendizaje basados en la observación terapéutica, llegaron a la conclusión de que las personas con dependencia a sustancias tienden a consumir con mayor facilidad en ambientes previamente asociados al consumo (Acuña, 2009).

Al asociar repetidas veces la presencia de determinados objetos (jeringas, pipas, etc.) u otros estímulos (personas, lugares, olores, sonidos), estos adquieren la capacidad de provocar deseos intensos.

Este modelo está fundamentado en 2 estrategias terapéuticas utilizadas para el tratamiento y recaídas: una de ellas es el control de estímulos, donde el paciente procura evitar todo contacto posible con aquellos estímulos asociados al consumo. La segunda estrategia es la exposición a estímulos, donde a diferencia del primero se busca que el paciente enfrente progresivamente a los estímulos que estaban ligados al consumo, pero sin desarrollar la respuesta del consumo. La extinción de la respuesta se encuentra facilitada por una estricta supervisión o en contextos donde no es posible el acceso a las sustancias que generan su adicción (Acuña, 2009).

b) Condicionamiento Operante

El principio central de este modelo es que la conducta de los individuos es regulada por la consecuencia. Definimos refuerzo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de incrementar la probabilidad de su ocurrencia a futuro. Un refuerzo positivo supone una recompensa, mientras que un refuerzo negativo implica la remoción de un estímulo aversivo. Como opuesto a refuerzo, se entiende por castigo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de disminuir la probabilidad de su presentación futura (Acuña, 2009).

Dentro de los refuerzos positivos del consumo de sustancias que son un medio para la socialización, cabe mencionar que los adolescentes y jóvenes que consumen tabaco o ingieren bebidas alcohólicas, tienen una mayor probabilidad de que sean fácilmente aceptados en determinados grupos de pares; además tiene influencia en el inicio de su vida sexual (Andrade, 2014; Acuña, 2009).

Con relación al refuerzo negativo es importante recalcar la remoción y búsqueda de ciertas emociones específicas (disminuir la tensión, la euforia, disminuir el estrés). Es posible observar a largo plazo, cuando el sujeto ha entrado en un estado de dependencia física, la búsqueda de extinguir o minorizar la sintomatología del síndrome de abstinencia por medio del consumo de la sustancia, donde mantiene la conducta adictiva como un círculo vicioso (Martínez & Rubio, 2002; Acuña, 2009).

A la luz de este modelo de condicionamiento operante, se han realizado cuestionamientos acerca del porqué las personas adictas siguen consumiendo estas sustancias si saben que a largo plazo traen malas consecuencias para su vida. La respuesta es dada apelando al principio de que la influencia que tienen los refuerzos o castigos sobre una determinada conducta es directamente proporcional a su proximidad temporal a dicha conducta (Acuña, 2009).

Podemos mencionar que un programa de prevención desde la perspectiva del condicionamiento operante requiere considerar que el cambio del paciente a un nuevo estilo de vida debe comprender suficientes elementos recompensantes para que sea atractivo. En este sentido Marlatt y Gordon proponen que los pacientes cultiven “sanas adicciones”, tales como deportes o pasatiempos (Acuña, 2009).

c) Teoría del Aprendizaje Social

Una de las teorías que más aplicación tienen en el campo del alcoholismo es la teoría del aprendizaje social; la misma ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los distintos elementos que llevan a su inicio, mantenimiento como al abandono de las mismas (Becoña, 1999).

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Albert Bandura a la que posteriormente redenominó bajo el nombre de teoría cognitiva social. Este enfoque rechaza las explicaciones de la conducta humana basadas únicamente en el condicionamiento clásico, en el operante o en la teoría del aprendizaje de respuesta estricta a estímulos. La teoría del aprendizaje social según Abrams y Naura (1978) introduce el determinismo recíproco como concepto que explica la relación multicausal entre factores personales, el ambiente y la conducta en la génesis de las decisiones humanas y en la efectividad con la que el individuo hace frente a demandas ambientales (Hernández & De la Cruz, 2007).

De acuerdo con Becoña (1999), el consumo de alcohol estaría determinado, según la teoría del aprendizaje social por:

- Indicios ambientales antecedentes, que pueden a través del condicionamiento clásico, eliciar la urgencia a beber;
- Las consecuencias conductuales de beber, que pueden actuar como reforzamiento positivo, reforzamiento negativo o estímulo aversivo;
- El aprendizaje vicario, en el que la persona sirve de modelo de la conducta de beber de otros;
- Variables personales, tales como habilidades sociales o competencia en el afrontamiento de conflictos interpersonales;
- Procesos autorregulatorios; y,
- Factores cognitivos, tales como las expectativas aprendidas.

El modelado juega un papel importante tanto en el inicio, consumo e intensidad. El uso de alcohol entre los jóvenes no es una actividad solitaria, sino parte de un proceso amplio de desarrollo psicosocial. Esta teoría asume que la familia y los congéneres influyen en el inicio y mantenimiento de la conducta de beber. El modelamiento es un determinante proximal de consumo, si el modelo es percibido como un compañero o congénere, el efecto puede ser de mayor significación como lo menciona Abrams y Niaura (citados por Hernández & De la Cruz, 2007).

Esta teoría se asienta en principios centrales sobre el uso y abuso de alcohol revisado por Abrams y Niaura (citados por Becoña, 1999; Hernández & De la Cruz, 2007).

- Aprender a beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y socialización dentro de la cultura. Gran parte de este aprendizaje se inicia incluso antes de que el niño o el adolescente comience a consumir alcohol, ejerciéndose esta influencia de modo indirecto a través de las actitudes, expectativas y creencias, así como de modo directo por medio del modelado, los medios de comunicación y el refuerzo social de la conducta de bebida. Sin embargo, aun siendo necesaria, esta influencia no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.
- Factores predisponentes de diferencias individuales interaccionan con agentes socializantes y situaciones específicas en el momento en que se determinan los patrones iniciales del consumo del alcohol. Dicho de otro modo, los factores diferenciales de predisposición individual pueden interaccionar con la influencia de los agentes y situaciones socializantes. Entre los elementos que contribuyen al riesgo de abuso de alcohol se incluyen los de tipo genético, farmacológico, psicosocial (déficit de habilidades o exceso de conductas inadecuadas), así como la ausencia de modelos normativos o la presencia de modelos de consumo abusivo de alcohol.
- Las experiencias directas con el alcohol van cobrando mayor importancia conforme se desarrolla y continúa la experimentación con el alcohol mismo.
- Cuando los factores predisponentes de diferencias individuales interaccionan con una demanda situacional actual abrumando la capacidad individual de enfrentamiento, la

percepción de eficacia de la persona se ve disminuida; lo que puede derivar en un abuso de alcohol más que en un consumo normal. Esto es, los déficits en habilidades psicosociales de enfrentamiento, a la hora de hacer frente a ciertas demandas situacionales, producen una percepción de ineeficacia personal que conduce a la utilización del alcohol, y a una disminución de la frecuencia e intensidad con la que se ejecutan respuestas de enfrentamiento alternativas. Por consiguiente, se establece que los principales determinantes próximos de la conducta de la bebida son: los estresores ambientales que superan la capacidad de enfrentamiento de la persona, la baja autoeficacia para llevar a cabo conductas de enfrentamiento alternativas, las elevadas expectativas de que el alcohol producirá los efectos deseados y la minimización de las consecuencias a largo plazo.

- Si se sostiene el consumo, la tolerancia adquirida a las propiedades directamente reforzantes del alcohol actuará como un promotor en la ingesta de cantidades cada vez más grandes de alcohol con el fin de alcanzar los mismos efectos que anteriormente se lograban con pequeñas cantidades. Por tanto, esta tolerancia puede actuar como un mediador secundario del consumo posterior de alcohol, y asimismo, estar determinada por factores biológicos heredados.
- Si aumenta el nivel de consumo y éste se sostiene en el tiempo, aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psicológica. Éste es el momento en el que aparece el consumo reforzado negativamente para evitar los síntomas de abstinencia. Asimismo, la persona suele utilizar únicamente el alcohol como mecanismo de enfrentamiento a sus problemas psicosociales, por ejemplo los cambios de humor, la ansiedad social y los déficits de habilidades sociales.
- El abuso de alcohol, sin embargo, no solo es resultante de variables proximales de tipos biológicos, ambientales o psicológicos. El determinismo recíproco entre los factores biológicos (euforia, reducción de tensión, etc.), ambientales (restricción del círculo de amistades, pérdida de apoyo social, de empleo, etc.) y las variables psicológicas (disminución de la autoeficacia y de métodos alternativos de enfrentamiento) explica el círculo vicioso de las interacciones negativas entre persona y ambiente, que conducen a la intervención de mecanismos de control social (policía,

programa sanitario, programas de rehabilitación). Es importante resaltar que este determinismo recíproco puede explicar la “pérdida de control” sin necesidad de recurrir a la mención de un proceso de enfermedad biológica subyacente.

- La influencia de estos factores de tipo situacional, social e intraindividual en el consumo de alcohol es variable de un individuo a otro y en un individuo mismo a través del tiempo, por lo que se asume que no existen “etapas” inexorables hacia el alcoholismo, ni “personalidades alcohólicas”, etc., y se acepta que existen múltiples vías biopsicosociales en el consumo, abuso y recuperación, estando todas ellas sujetas a los mismos principios del aprendizaje social.
- La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para poder escoger entre diferentes alternativas de enfrentamiento. En este sentido, se requieren tanto habilidades generales de enfrentamiento cotidianas como específicas de autocontrol necesario para regular el consumo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo, método y diseño de investigación

A. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional. Es descriptivo, ya que se describen los motivos para el consumo, así como los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas de los participantes de la investigación; y correlacional debido a que se determina el grado de relación existente entre los motivos de consumo con los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas de los estudiantes universitarios respectivamente.

B. Método

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

C. Diseño de investigación

El diseño utilizado en el estudio fue: no experimental, transeccional descriptivo de tipo correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010); no experimental debido a que no se manipularon las variables, ni se usaron grupos experimental y control; transeccional, 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, ya que se estableció el grado de relación presente entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas.,

2. Sujetos

A. Población:

La población está compuesta por un total de 300 estudiantes de ambos sexos del primer y segundo años de la Escuela Profesional Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

B. Muestra:

El tipo de muestreo aplicado fue no probabilístico-intencional, ya que la elección de los sujetos de la muestra no dependió de la probabilidad, sino de los criterios de la presente investigación.

Descripción de la muestra según género y grados

	Primer año			Segundo año			Total
	A	B	C	A	B	C	
Varones	9	12	16	11	8	11	67
Mujeres	34	30	27	34	24	27	176
Total	43	42	43	45	32	38	243

La muestra estuvo constituida por 243 estudiantes de 3 secciones (A, B y C) de primer y segundo años respectivamente, de la Escuela Profesional Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, de los cuales 67 fueron varones y 176 fueron mujeres, cuyas edades oscilan entre 16 años hasta los 28 años; asimismo la edad promedio de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas de los estudiantes participantes en esta investigación fue de 13,58 años.

C. Criterios de Inclusión

- a) Estudiantes que se encuentren matriculados en el primer y segundo año de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- b) Estudiantes con asistencia regular a la universidad.

D. Criterios de exclusión

- a) Estudiantes universitarios que no concluyan con todo el proceso de las evaluaciones.
- b) Estudiantes universitarios que se rehúsen a participar en la investigación.
- c) Estudiantes universitarios de años superiores que lleven segunda matrícula a más.

3. Material

Para medir las variables de esta investigación se utilizaron instrumentos psicométricos, tales como el cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC), que evalúa los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas y el cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT), que mide los niveles de riesgo de ingesta de bebidas alcohólicas; ambos instrumentos cuentan con la validez y confiabilidad necesarias para medir y evaluar las variables de esta investigación.

A. Cuestionario de Motivos de Consumo de alcohol

- a. **Autores:** Cooper (1994)
- b. **Año de publicación:** 1994
- c. **Adaptación:** Cecilia Chau (1999)
- d. **Aplicación:** Individual o colectiva.
- e. **Ámbito de Aplicación:** Personas de 16 años en adelante con nivel lector a partir de 6º grado de primaria.

- f. Duración:** Sin límite de tiempo. Aproximadamente de 15 a 25 minutos.
- g. Finalidad:** Evaluación de los motivos de consumo alcohol mediante 4 cuatro subescalas.
- h. Descripción:**

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

Este instrumento identifica 5 subescalas de motivos de consumo de alcohol:

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

- i. Normas de Aplicación y Corrección:**

El cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC) puede ser administrado de manera individual o colectiva; previamente la razón fundamental para aplicar el cuestionario debe ser explicada antes de iniciar la evaluación. Para evaluar grupos mayores a quince personas se necesitan varios administradores.

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

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

Interpretación del cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC)

	Bajo	Medio	Alto
Motivos para manejar los problemas	5 – 55	60 – 75	80 – 99
Motivos para tener conformidad	5 – 55	60 – 75	80 – 99
Motivos sociales	5 – 35	40 – 75	80 – 99
Motivos para sobresalir	5 – 45	50 – 75	80 – 99
Motivos de consumo de alcohol	5 – 30	35 – 75	80 – 99

j. Confiabilidad y Validez:

El cuestionario de motivos de consumo de alcohol ha sido utilizado en investigaciones con diversas poblaciones universitarias, principalmente en Estados Unidos y México; la versión original del cuestionario fue aplicada en la ciudad de Buffalo, Nueva York, habiendo obtenido un Alpha de Cronbach que oscilaba entre 0.76 y 0.90.

En México se han realizado investigaciones que han utilizado el cuestionario de motivos de consumo de alcohol (Terán, 2005; Puebla, 2007) cuyo índice de Alpha de Cronbach se encuentra entre 0.89 y 0.91.

En el Perú, Chau, C. (1999) utiliza este cuestionario y lo adapta para el estudio que realizó; encontró en la subescala de motivos de estimulación un alfa de Cronbach de 0.89; en la subescala de motivos de afrontamiento, un alfa de Cronbach de 0.87; en la subescala de motivos de conformidad, un alfa de

Cronbach de 0.90 y finalmente en la subescala de motivos sociales, un alfa de Cronbach de 0.88.

En el presente estudio se validó el instrumento mediante el criterio de siete jueces expertos en las áreas de psicología clínica, social, psicometría e investigación psicológica; quienes revisaron la validez ítem/área y efectuaron las correcciones lingüísticas en los ítems que consideraron pertinentes; luego se aplicó una prueba piloto a 140 estudiantes universitarios, para verificar la comprensión de los reactivos, así como el tiempo de ejecución del cuestionario.

B. Cuestionario de identificación de los trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)

- a. Autores:** Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro.
- b. Año de publicación:** 2001
- c. Aplicación:** Individual - Grupal.
- d. Ámbito de Aplicación:** Grupos considerados por un Comité de Expertos de la OMS como de alto riesgo para desarrollar problemas relacionados con el alcohol: varones de mediana edad, adolescentes, trabajadores emigrantes y otros grupos específicos de trabajadores.
- e. Duración:** 3 a 15 minutos.
- f. Finalidad:** Identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol.
- g. Descripción:** El cuestionario consta de 10 preguntas de opción múltiple (escala de tipo Likert). Está dividido en tres dominios, las 3 primeras preguntas tienen como dominio al “Consumo de Riesgo de Alcohol” y hacen referencia a la cuantificación del consumo de alcohol (frecuencia del consumo, cantidad típica, frecuencia del consumo elevado); de la 4 a la 6 corresponden al segundo dominio “Síntomas de dependencia” que hacen referencia al comportamiento o actitud ante la bebida (pérdida del control sobre el consumo, aumento de la relevancia del consumo, consumo matutino); de la 7 a la 10 corresponden al tercer dominio “Consumo perjudicial de alcohol” que incluye las reacciones

adversas y problemas relacionados al consumo de alcohol (sentimientos de culpa tras el consumo, lagunas de la memoria, lesiones relacionadas con el alcohol).

h. Normas de Aplicación y Corrección: El AUDIT puede ser administrado bien mediante una entrevista oral o como un cuestionario de autoinforme; se aplica por separado o combinándolo con otras preguntas como parte de una entrevista en general, un cuestionario sobre el estilo de vida o una historia clínica. El AUDIT se utiliza como una entrevista oral o como un cuestionario escrito, se recomienda dar una explicación a los evaluados sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente.

Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

Se puede obtener un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 40, catalogados en la siguiente escala:

- Consumo de bajo riesgo (0-5 mujeres, 0-7 varones).
- Consumo de riesgo (6-12 mujeres, 8-12 varones).
- Consumo Perjudicial o Dependencia (13-40 mujeres y varones).

i. Confiabilidad y Validez:

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT) muestra adecuadas propiedades estadísticas, consistencia interna, validez concurrente y test *re-test*. En los estudios realizados por Seguel, F.; Santander, G. y Alexandre, O. (2013), en estudiantes universitarios chilenos, el análisis de confiabilidad mostró un alfa de Cronbach de 0,828. La medida de adecuación muestral de Kaiser - Meyer - Olkin (0,88), la prueba de esfericidad de Bartlet ($p<0,000$) y el determinante (0,048) muestran la suficiente correlación entre las variables para realizar un análisis factorial.

4. Procedimiento

Antes de iniciar la aplicación del estudio, se contactó al Decanato de la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, para obtener la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Comisión de Investigación en el área de Psicología social, para así poder gestionar los permisos necesarios para la aplicación de la investigación.

Posteriormente se coordinó con el Director de la Escuela Profesional de Psicología acerca de los recursos institucionales, académicos y humanos necesarios para la presente investigación, solicitando documentos oficiales que nos permitan la coordinación con los docentes pertinentes, a quienes se les expuso los objetivos y los alcances de la investigación a realizar, coordinando fechas y horarios de aplicación de los instrumentos.

Asimismo, se aplicó una prueba piloto en el 2015 a una muestra independiente de 140 estudiantes universitarios de los primeros años de ambos sexos de universidades públicas y privadas de la ciudad de Arequipa, mejorando la calidad de los instrumentos.

Subsecuentemente, se les brindó a los estudiantes una breve exposición de la investigación, así como sus alcances, objetivos e importancia; además se les solicitó su participación consentida, para finalmente proceder a aplicar los instrumentos, previamente coordinados con el docente; la aplicación fue grupal, se les entregó ambas pruebas y una ficha de consentimiento informado (Véase en Anexo C) con el respectivo cargo.

Las pruebas fueron calificadas manualmente, posteriormente los datos reunidos se procesaron en la Hoja de Cálculo Excel, creando codificaciones por alumno y grupo para un mayor orden y control, finalmente con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22, se realizaron los análisis descriptivos

pertinentes, mediante tablas y gráficas estadísticas, y el análisis correlacional necesario.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los hallazgos de la investigación de acuerdo a la información recogida mediante las técnicas e instrumentos de recolección de datos, éstos fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial y son expuestos a través de tablas estadísticas; en primer lugar se presentan los cuadros descriptivos respecto a los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios, luego se describen los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas y finalmente se muestran las correlaciones entre las principales variables de este estudio.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, determinando que la distribución de los resultados fue de carácter no paramétrico (véase ANEXO E), por lo que se procedió a utilizar la correlación de Spearman entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas, asimismo la U de Mann Whitney fue utilizada para revelar las diferencias según género en los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas respectivamente.

1. Rango de edades y edad de inicio de consumo de alcohol

Tabla N° 1
Rango de edades y edad de inicio de consumo en estudiantes universitarios

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	243	16	28	19,51	2,181
Edad de inicio	243	0	24	13,58	6,053

Los estudiantes que participaron en la investigación fueron 243, de los cuales el rango mínimo de edad fue de 16 años y el rango máximo, 28 años, siendo la edad media de 19,5 años; respecto a la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue antes de cumplir el año de vida, debido a circunstancias y factores culturales, familiares y sociales; y la edad más tardía de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue de 24 años.

2. Motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios

Tabla N° 2
Motivación para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios

Género		Frecuencia (f)	Motivos de consumo de alcohol			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Mujer	Frecuencia (f)	63	89	25	177	
	Porcentaje (%)	35,6%	50,3%	14,1%	100,0%	
Varón	Frecuencia (f)	13	33	20	66	
	Porcentaje (%)	19,7%	50,0%	30,3%	100,0%	
Total	Frecuencia (f)	76	122	45	243	
	Porcentaje (%)	31,3%	50,2%	18,5%	100,0%	

En la tabla N° 2 puede observarse de manera general que el 50.2% de los evaluados se sienten medianamente motivados para consumir bebidas alcohólicas, el 31.3% se siente poco motivado y el 18.5% altamente motivado; asimismo la mayoría de mujeres (50.3%) y varones (50%) que participaron en la investigación presentan una mediana motivación hacia el consumo de alcohol, mientras que el 30.3% de varones se siente altamente motivado hacia el consumo de alcohol y por otro lado el 35.6% de mujeres se siente muy poco motivada.

Tabla N° 3
Motivos para manejar los problemas en estudiantes universitarios

Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento					
		Bajo	Medio	Alto	Total
Género	Mujer	Frecuencia (f)	109	32	36
		Porcentaje (%)	61,6%	18,1%	20,3%
Varón		Frecuencia (f)	31	13	22
		Porcentaje (%)	47,0%	19,7%	33,3%
Total		Frecuencia (f)	140	45	58
		Porcentaje (%)	57,6%	18,5%	23,9%

Respecto a la ingesta de bebidas alcohólicas por motivos para manejar los problemas o de afrontamiento, el 23.9% del total de evaluados refieren que se sienten altamente motivados para consumir bebidas alcohólicas, mientras que el 18.5% están medianamente motivados y el 57.6% de los estudiantes universitarios (61.6% de mujeres y 47% de varones) presentan una baja motivación de consumo de alcohol por esta razón; cabe resaltar que el 20.3% de mujeres y 33.3% de varones se sienten altamente motivados hacia el consumo de alcohol, es decir que las principales razones por las que éstos sujetos ingieren bebidas alcohólicas, son para olvidarse de sus problemas y preocupaciones, para animarse cuando se encuentran de mal humor, para que puedan sentirse más seguros de sí mismos y para afrontar momentos tristes.

Tabla N° 4
Motivos para tener conformidad con su vida en estudiantes universitarios

Género	Mujer	Motivos para tener conformidad con su vida				Total
		Bajo	Medio	Alto		
Varón		108	38	31	177	
	Porcentaje (%)	61,0%	21,5%	17,5%	100,0%	
Varón		35	12	19	66	
	Porcentaje (%)	53,0%	18,2%	28,8%	100,0%	
Total	Frecuencia (f)	143	50	50	243	
	Porcentaje (%)	58,8%	20,6%	20,6%	100,0%	

Los participantes de este estudio en un 58.8% (53% varones y 61% mujeres) presentan un nivel bajo respecto a la motivación de consumir bebidas alcohólicas para tener conformidad con sus vidas, el 20.6% refiere que se siente motivado en un nivel medio y el 20.6% en un nivel alto por estas razones; es decir que el 17.5% de las mujeres y 28.8% de los varones se sienten altamente motivados hacia el consumo de alcohol con el fin de no sentirse excluidos de sus grupos de interacción social.

Tabla N° 5
Motivos sociales en estudiantes universitarios

Género		Frecuencia (f)	Motivos sociales			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Mujer	Frecuencia (f)	47	112	18	177	
	Porcentaje (%)	26,6%	63,3%	10,2%	100,0%	
Varón	Frecuencia (f)	12	38	16	66	
	Porcentaje (%)	18,2%	57,6%	24,2%	100,0%	
Total	Frecuencia (f)	59	150	34	243	
	Porcentaje (%)	24,3%	61,7%	14,0%	100,0%	

En la Tabla N° 5, se observó que el 61,7% de evaluados (63.3% mujeres y 57.6% varones) presentan una mediana motivación hacia el consumo de bebidas alcohólicas por motivos sociales (para celebrar, disfrutar mejor de las reuniones y conseguir más amigos), el 24,3% presenta baja motivación hacia el consumo de bebidas alcohólicas por estos motivos, mientras que el 14% presenta alta motivación hacia el consumo de bebidas alcohólicas por motivos sociales. Asimismo, el 10.2% de mujeres y 24.2% de varones se siente altamente motivado hacia el consumo de bebidas alcohólicas por motivos sociales.

Tabla N° 6
Motivos de realce en estudiantes universitarios

		Motivos para sobresalir o de realce				
Género	Mujer	Bajo	Medio	Alto	Total	
		Frecuencia (f)	93	60	24	
Varón	Varón	Porcentaje (%)	52,5%	33,9%	13,6%	
		Frecuencia (f)	19	26	21	
Total	Total	Porcentaje (%)	28,8%	39,4%	31,8%	
		Frecuencia (f)	112	86	45	
		Porcentaje (%)	46,1%	35,4%	18,5%	
					100,0%	

En la Tabla N° 6 se halló que el 46,1% de los evaluados presenta baja motivación hacia el consumo de bebidas alcohólicas por motivos para sobresalir o realce (para embriagarse, sentir sensaciones placenteras y diversión), el 35,4% se siente medianamente motivado hacia el consumo de bebidas alcohólicas por estos motivos, por último el 18,5% de estudiantes presenta alta motivación hacia el consumo de bebidas alcohólicas por motivos para sobresalir. Cabe resaltar que la mayoría de mujeres (52.5%) presenta baja motivación hacia el consumo de bebidas alcohólicas por motivos de realce, mientras que el 31.8% de varones se siente altamente motivado hacia el consumo de bebidas alcohólicas por este tipo de motivos.

Tabla N° 7

Diferencias entre los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios según género

	Género	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Motivos de consumo de alcohol	Mujer	177	113,14	4273,500	-3,234	,001
	Varón	66	145,75			
	Total	243				
Motivos para manejar los problemas	Mujer	177	116,02	4782,500	-2,419	,016
	Varón	66	138,04			
	Total	243				
Motivos para tener conformidad	Mujer	177	118,26	5179,500	-1,525	,127
	Varón	66	132,02			
	Total	243				
Motivos sociales	Mujer	177	114,29	4477,000	-2,827	,005
	Varón	66	142,67			
	Total	243				
Motivos para sobresalir	Mujer	177	111,61	4002,500	-3,979	,000
	Varón	66	149,86			
	Total	243				

Se encontró que tanto mujeres como varones presentan diferencias significativas en su motivación en general hacia el consumo de bebidas alcohólicas ($Z = -3.234$; $p < 0.05$), en los motivos para manejar los problemas ($Z = -2.419$; $p < 0.05$), los motivos sociales ($Z = -2.827$; $p < 0.05$) y los motivos para sobresalir ($Z = -3.979$; $p < 0.05$), en todos los casos encontramos que los varones tienen una mayor motivación para el consumo de bebidas alcohólicas que las mujeres evaluadas.

3. Niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios

Tabla N° 8
Niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios

Género	Mujer	Consumo de alcohol				Total
		Bajo riesgo	riesgo	Consumo perjudicial		
		Frecuencia (f)	149	26	2	
Varón	Frecuencia (f)	47	13	6	66	66
	Porcentaje (%)	71,2%	19,7%	9,1%	100,0%	
Total	Frecuencia (f)	196	39	8	243	243
	Porcentaje (%)	80,7%	16,0%	3,3%	100,0%	

En la Tabla N° 8 se halló que el 80% de estudiantes presentan un consumo de bajo riesgo de bebidas alcohólicas, seguido del 16% de evaluados que presenta consumo de riesgo, y el 3,3% de estudiantes presenta consumo perjudicial. Además, se observa que el 9.1% de varones presenta consumo perjudicial de bebidas alcohólicas, así mismo el 19.7% de varones presenta un consumo de riesgo mayor al 14.7% de mujeres en la misma condición.

Tabla N° 9
Diferencias entre los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios según género

Género	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Z	Sig.
Consumo de alcohol					
Mujer	177	111,63	4005,500	-3,835	,000
Varón	66	149,81			
Total	243				

Se obtuvo que los varones presentan mayores niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en comparación con sus pares del sexo opuesto, evidenciándose diferencias significativas ($Z = -3.835$; $p < 0.05$).

4. Correlación entre motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios

Tabla N° 10

Correlación entre los motivos de consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios

Rho de Spearman	Motivos						
		de consumo de alcohol	Motivos para manejar los problemas	Motivos para tener conformidad	Motivos sociales	Motivos para sobresalir	Consumo de alcohol
	Motivos de consumo de alcohol	Coef. de correlación	1,000	,798**	,702**	,934**	,880** ,772**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000
	Motivos para manejar los problemas	Coef. de correlación		1,000	,590**	,655**	,693** ,549**
		Sig. (bilateral)	.	,	,000	,000	,000
Motivos para tener conformidad	Coef. de correlación			1,000	,562**	,519**	,522**
	Sig. (bilateral)		.	,	,000	,000	,000
Motivos sociales	Coef. de correlación				1,000	,802**	,738**
	Sig. (bilateral)		.	,	,	,000	,000
Motivos para sobresalir	Coef. de correlación					1,000	,753**
	Sig. (bilateral)		.	,	,	,	,000

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Encontramos que el consumo de alcohol se relaciona significativamente de manera positiva con los motivos sociales ($r= 0.738$; $p<0.01$), los motivos para sobresalir ($r= 0.753$; $p<0.01$), además de los motivos para manejar los problemas ($r= 0.549$; $p<0.01$) y los motivos para tener conformidad ($r= 0.522$; $p<0.01$). Es decir que, a mayor intensidad de los motivos para el consumo, se presentarán mayores niveles de ingesta de bebidas alcohólicas.

DISCUSIÓN

Los motivos para el consumo de alcohol son considerados como los factores más proximales a la conducta, además son las razones que una persona construye en su pensamiento para satisfacer una necesidad y así obtener un resultado placentero o disminuir algún estado negativo (Terán, 2005); en ello radica la importancia del estudio acerca de la motivación, y más específicamente de los motivos que llevan a una persona a consumir alcohol; si bien es cierto distintos investigadores han demostrado su preocupación por los elevados índices de consumo de bebidas alcohólicas y los factores relacionados a éstos, la aproximación a investigaciones acerca de los motivos para el consumo y la ingesta de bebidas alcohólicas revela que existen escasos estudios sobre el tema en nuestra localidad y país; debido a ello, el objetivo general de la presente tesis fue determinar la relación entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas que presentan los estudiantes universitarios.

Los resultados que se obtuvieron están enfocados desde la perspectiva del modelo motivacional del consumo de alcohol, desarrollado por Cox y Klinger (1988), que representa un marco integrador de diferentes variables biológicas, psicológicas y socioculturales relacionadas con el uso y abuso de alcohol, cada una de estas variables se interrelaciona y

contribuye al inicio y consecución de la ingesta de bebidas alcohólicas a través de vías motivacionales; por tanto, el valor heurístico de esta teoría nos permite generar hipótesis que pueden ser comprobadas empíricamente.

Dentro de los principales motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, tenemos en primer lugar a los motivos sociales, cuya relación con la ingesta de bebidas alcohólicas es positiva, fuerte y significativa, este motivo hace referencia a aquellas personas que consumen bebidas alcohólicas con el fin de mejorar los encuentros sociales o para aumentar la diversión en una fiesta (Mezquita, 2012). Álvarez (2004; citado por Medina, 2010), detalla que los estudiantes incursionan a los roles sociales como fiestas, reuniones de socialización con los amigos, donde el alcohol es considerado como vehículo de socialización; por su parte, Chau (1999) refiere los estudiantes estarían bebiendo con la finalidad de obtener un resultado positivo del medio o recompensas sociales; en este sentido Kelling et al. (1996, citado por Chau, 1999), en un estudio prospectivo sobre el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol en adolescentes, plantearon que el principal predictor del inicio tanto en varones como en mujeres fue la expectativa de que el alcohol elevaba o mejoraba el funcionamiento social. Bandura (1997, citado por Chau, 1999) afirma que el moldeamiento social de la conducta de beber es un poderoso instigador y regulador del consumo de alcohol.

En concordancia con los resultados de la presente investigación, en México, Terán (2005), encuentra correlación positiva y significativa entre los motivos para el consumo de alcohol y los niveles de ingesta; además remarca la importancia sobre los motivos sociales y para sobresalir, que resultaron ser los más altos en su muestra; asimismo Ávila (2012) señala que existe correlación significativa y positiva de los motivos de afrontamiento, reforzamiento, conformidad y motivos sociales con el consumo de alcohol, que implica que la ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios responde a las necesidades de socialización y convivencia, y da forma a lo que se conoce como la cultura del alcohol.

En España, Mezquita (2012) en contra de la hipótesis planteada en su estudio y en contraposición a nuestros resultados, indica que los motivos sociales no se asociaron con el consumo de alcohol.

Uno de los principales motivos para el consumo de bebidas alcohólicas, junto con los motivos sociales, son los motivos para sobresalir o de realce, cuya relación con la ingesta de bebidas alcohólicas es positiva, fuerte y significativa, estos motivos hacen referencia a situaciones que el individuo considera como divertidas o porque encuentran satisfacción al experimentar sensaciones de embriaguez, ubicándose en un eje de reforzamiento de carácter positivo e interno; en concordancia con el estudio realizado en estudiantes universitarios limeños por Chau (1999), los motivos más importantes para beber fueron sociales y de estimulación o realce, los cuales se presentaron tanto en varones como en mujeres; existiendo relaciones entre los motivos de estimulación con la cantidad de alcohol consumido en los últimos 6 meses y 30 días, también la investigadora halló que los motivos de realce pueden incrementar el afecto positivo, disminuir el aburrimiento y aumentar el humor disfórico, asimismo entre los estudiantes que bebían por motivos de estimulación, los hombres consumían ligeramente más bebidas alcohólicas que las mujeres. Del mismo modo, en similitud con la presente investigación, Figueroa, Vallejos, Cárdenas & Ramírez (2010), encontraron que las motivaciones por estimulación representan factores de riesgo para el consumo de drogas en estudiantes de psicología limeños, además hallaron que los motivos de estimulación y el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, presentan una relación positiva siendo este motivo de mayor capacidad explicativa en el consumo de drogas y además estos motivos representarían importantes valores de riesgo.

En México, en concordancia a los resultados de la presente investigación, Terán (2005) concluye que existe una relación positiva y significativa entre los motivos de realce con el consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios; además los motivos para sobresalir son uno de los más altos y frecuentes en los universitarios; Ávila (2005) también halló una correlación positiva significativa entre los motivos de realce con el consumo de alcohol en los estudiantes participantes de su investigación, llega a la conclusión que los motivos de realce son capaces de predecir el consumo de alcohol.

Mezquita (2012) realizó una investigación en jóvenes universitarios españoles, la autora señala que los motivos para sobresalir (animación) predijeron los problemas derivados del consumo de alcohol de forma significativa, además estos motivos se relacionarían con mayores niveles de ingesta de bebidas alcohólicas durante los fines de semana.

Es evidente que estos motivos tienen un papel importante en el comportamiento de ingesta de bebidas alcohólicas; es así que la obtención de un refuerzo positivo es la motivación principal de los jóvenes universitarios, siendo también la que se relaciona con un mayor número de índices de consumo (frecuencia de consumo, cantidad de bebidas consumidas y problemas con el alcohol), este refuerzo positivo de carácter interno tiene como fin el mantenimiento y aumento de la frecuencia del comportamiento de consumo de alcohol (Torres y Luengo, 2012).

En torno a la relación entre los motivos de conformidad y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas, se halló una relación positiva y significativa entre ambas variables, que indica que habrá elevados niveles de ingesta de bebidas alcohólicas a medida que la motivación para tener conformidad sea mayor; este motivo refiere que las personas pueden consumir alcohol para evitar la exclusión del grupo, de los pares y de sus amigos; respecto a este motivo se han encontrado resultados contradictorios en distintos estudios; en la capital de nuestro país, Chau (1999) halló que los motivos de conformidad no presentaron relación con el alcohol consumido en los últimos seis meses, ni en los últimos 30 días, sin embargo estos motivos si presentaron correlación significativa con la cantidad de alcohol consumido cuando fue considerado frente a los otros motivos; es decir este motivo por sí solo no tiene un valor significativo; asimismo, Figueroa, Vallejos, Cárdenas & Ramírez (2010) refieren que la motivación de conformidad se relaciona positivamente al consumo de alcohol y otras drogas. Los estudios realizados en México también muestran ser contradictorios, Terán (2005) halló que existe correlación positiva y significativa entre los motivos de conformidad con el consumo de alcohol y que estos motivos tienen un mayor peso en las mujeres que en los varones, siendo significativamente menor en hombres; Ávila (2005) concluyó también que existe un relación significativa entre los motivos de conformidad con el consumo de alcohol, mas esta relación no fue tan fuerte como la que se presentó con los motivos sociales y de realce. En España, Mezquita (2012) sostiene que los motivos de conformidad -en contra de la hipótesis planteada en su estudio- no se asocian con los problemas que son derivados de la ingesta de bebidas alcohólicas, sin embargo la correlación entre el consumo de bebidas alcohólicas y motivos de conformidad es significativa, a pesar de ello esta relación desaparece cuando se hace un control del resto de variables, por lo que Mezquita concluye la posibilidad

que las asociaciones previas encontradas entre ambas variables se deben a la varianza compartida que ambas presentan con otra variable no incluida en estudios predecesores. Torres y Luengo (2012) sostienen que son motivos infrecuentes aquellos que están centrados en evitar la presión social de grupo de pares (motivos de conformidad) en mitigar estados emocionales negativos (motivos de afrontamiento). Estas diferencias pueden ser explicadas debido a la naturaleza de la fuente de refuerzo de los motivos de conformidad, los cuales son predominantemente externos, estos motivos son más propensos a variar a través de las situaciones que enfrente la persona frente a un grupo de pares (Cooper, 1994); además estas diferencias pueden explicarse por medio de factores situacionales, referidos al contexto sociocultural inmediato en la que se encuentra una persona, determinando su decisión para beber o no hacerlo (Cox & Klinger, 1988).

En referencia a los motivos de afrontamiento (o para manejar problemas) y los niveles de consumo de alcohol se halló relación positiva y significativa entre las variables, la cual indica que los estudiantes consumen bebidas alcohólicas para hacer frente a estados emocionales negativos (Mezquita, 2012). La tipología del bebedor y el género influyen en la relación entre los estilos de afrontamiento y los problemas relacionados con el consumo, siendo relevante señalar que en general los jóvenes que tienen un consumo problemático y que utilizan otros estilos de afrontamiento, reportan más problemas (Chau, 1999). Reforzando nuestra hipótesis y de acuerdo con nuestros hallazgos, Chau (1999) coincide en la relación positiva y significativa entre los motivos de afrontamiento y los niveles de consumo, además nos lleva a cuestionar si los estudiantes universitarios no poseen o no encuentran otras respuestas de afrontamiento disponibles y menciona que los jóvenes, cuyo patrón de ingesta de bebidas alcohólicas es de riesgo, generalmente no cuentan con un repertorio adecuado de conductas que les permita evitar buscar en el alcohol una forma de hallar soluciones a sus problemas.

Haciendo referencia a investigaciones en México, Terán (2005), en similitud con nuestros resultados encuentra correlación significativa positiva entre los motivos de consumo con los niveles de ingesta, siendo los motivos para manejar problemas los de menor relevancia a diferencia de los motivos sociales que considera tienen gran significancia en el consumo de alcohol. Ávila (2012), reforzando nuestros hallazgos encuentra correlación significativa positiva entre los motivos de afrontamiento y el consumo de alcohol. En la muestra obtenida,

los predictores del consumo de alcohol fueron del género masculino influenciados por motivos de afrontamiento, es decir, utilizan el consumo de alcohol como vehículo para lidiar con problemas y desafíos que la vida le presenta y para los cuales no cuenta con recursos y estrategias de afrontamiento saludables. Además, Mezquita (2012) menciona a los motivos de afrontamiento como predictores del consumo entresemana y una asociación leve en el fin de semana.

Los resultados obtenidos respecto a la variable ingesta de bebidas alcohólicas, revelan que la mayoría de los estudiantes universitarios son bebedores de bajo riesgo y un grupo menor presenta consumo de riesgo; Chau (1999) los denomina consumidores ligeros y moderados, ello estaría ligado a la etapa de vida que atraviesan, en la cual la socialización, por los ritos de iniciación tanto en la adultez como en la vida universitaria favorecen el consumo de alcohol y/o drogas. También se ha encontrado un pequeño grupo de estudiantes que su nivel de ingesta de bebidas alcohólicas es perjudicial, lo que puede conllevar a presentar un cuadro problemático en edades posteriores. Cabe resaltar la notoria diferencia de consumo de bebidas alcohólicas por género, siendo el grupo de varones quienes tuvieron mayor nivel de ingesta que las mujeres.

Los resultados de la presente investigación concuerdan con los hallados en distintas investigaciones, es así que Chau (1999), refiere los varones consumen mayor cantidad de alcohol en relación a las mujeres, obteniendo resultados similares a la presente investigación. En México, en similitud con los resultados obtenidos, Terán (2005), encontró diferencias significativas en el consumo de bebidas alcohólicas por sexo, en su estudio halló que las mujeres presentaron un consumo de alcohol de bajo riesgo y los varones presentaron un mayor consumo de tipo perjudicial, la investigadora explica que las normas sociales para el hombre son más permisivas hacia el consumo de alcohol. Además, Medina (2010) haciendo uso de la encuesta nacional de adicciones en el 2008 halló consistentes sus resultados con los hallazgos de dicha encuesta, donde se halla un incremento notorio en el nivel de consumo de alcohol y documentándose que el sexo masculino consume bebidas alcohólicas en mayor proporción que las mujeres.

En España, Mezquita (2012), encontró que los varones consumen, de forma significativa y en mayor cantidad de alcohol que las mujeres, con mayor frecuencia que conllevan a problemas

derivados del consumo de alcohol. Asimismo, en este estudio se informa que la frecuencia de consumo por los varones seguía siendo prácticamente el doble que de las mujeres.

En torno a las diferencias encontradas en la motivación para el consumo de alcohol según género en los estudiantes universitarios, existen diferencias significativas entre la motivación general hacia el consumo de bebidas alcohólicas siendo mayor en varones que en mujeres, asimismo respecto a los motivos para manejar los problemas, sociales y para sobresalir, los estudiantes varones presentan una motivación mayor que las mujeres, estos resultados coinciden con los hallados por Terán (2005), que encontró una diferencia significativa de las motivaciones para el consumo de alcohol según sexo, donde los estudiantes varones reportaron medias y medianas más altas de motivos para consumir bebidas alcohólicas que sus similares del sexo femenino. Estas diferencias entre las motivaciones entre género se pueden explicar debido a varios factores, entre ellos se considera que las mujeres muestran una mayor percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas que los hombres, además aunque muchas mujeres comparten con los hombres hábitos de consumo, en general mantienen un patrón de consumo menos nocivo para su salud: consumen con menor frecuencia y menores cantidades que los hombres; asimismo aunque el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas son menos frecuentes entre las mujeres, éstas son más vulnerables a sus efectos biológicos (Sánchez, 2012).

De manera general, los resultados de la presente investigación demuestran que, existe una correlación fuerte, significativa y positiva entre los motivos sociales y de realce con los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas, asimismo se obtuvo correlaciones positivas entre los motivos de afrontamiento y de conformidad con los niveles de consumo de alcohol en estudiantes universitarios; además se encontraron diferencias significativas entre los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas según género, siendo los estudiantes varones quienes presentaron mayores niveles en motivación para el consumo de alcohol; asimismo existen diferencias significativas en los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas, siendo el género masculino, quiénes presentan mayores niveles de ingesta de bebidas alcohólicas.

CONCLUSIONES

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

PRIMERA:

Los motivos sociales y los motivos de realce son las principales razones que presentan los estudiantes universitarios de nuestra localidad en la ingesta de bebidas alcohólicas; asimismo existen diferencias significativas entre la motivación en general, los motivos sociales, de realce, de afrontamiento y de conformidad hacia el consumo de bebidas alcohólicas según género, donde se evidencia que los estudiantes varones presentan una motivación mayor que las mujeres.

SEGUNDA:

Un elevado porcentaje de estudiantes universitarios presenta niveles de ingesta de alcohol de bajo riesgo (80.7%), asimismo el 16% de éstos evidencia un consumo de riesgo y solamente un 3.3% de los estudiantes consumen bebidas alcohólicas de manera perjudicial; además los estudiantes varones, a pesar de ser un grupo minoritario, muestran mayores niveles de ingesta de bebidas alcohólicas que sus pares del sexo opuesto.

TERCERA:

Existe una correlación fuerte, significativa y positiva entre los motivos sociales y de realce con los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas; además los motivos de afrontamiento y de conformidad se relacionaron con el consumo de alcohol significativamente pero con menor fuerza.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Elaborar y promover talleres, charlas, actividades de promoción y prevención respecto al consumo responsable de bebidas alcohólicas, enfatizando los motivos sociales y de realce, para que el estudiante pueda regular, moderar su ingesta y conocer los efectos perjudiciales de este comportamiento.

SEGUNDA

Ampliar la línea de investigación sobre los motivos y la ingesta de bebidas alcohólicas en universidades privadas, públicas e institutos de nuestra localidad.

TERCERA

Identificar y analizar otras variables que propician la ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes de universidades públicas, privadas e institutos de nuestra localidad.

CUARTO:

Realizar investigaciones sobre motivos, ingesta de bebidas alcohólicas y variables asociadas en estudiantes que cursan cuarto y quinto de secundaria, en instituciones privadas y públicas, para una mayor comprensión y afrontamiento de la problemática actual que presenta nuestro país en torno al consumo de alcohol y drogas en este periodo.

REFERENCIAS

- Acuña, G. (2009). Comprendiendo las adicciones: *La teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas*. Programa de Adicciones Clínica Santa Sofía. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf> [Consultado en: julio del 2016]
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Edition. Washington, DC: APA.
- Andrade, J. ; Nuñez, L. ; Vargas, N. (2014). *Razones psicosociales asociadas al consumo de drogas blandas y duras en estudiantes de FUNDES*. Fundación de estudios superiores Monseñor Abraham Escudero Montoya. Revista Psicología Científica. Espinal, Colombia. Disponible en: <<http://www.psicologiacientifica.com/razones-psicosociales-asociadas-consumo-drogas-blandas-duras-estudiantes/>> [Consultado en: julio del 2016]
- Arana, M. (2013). *Factores de personalidad en estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol*. (Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Ávila, M. (2012). *Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol*. (Tesis para optar el grado de doctor en Enfermería con mención en cultura de los cuidados). Universidad de Alicante. Alicante, España.
- Babor, T. et al (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Arequipa: Gobierno Regional de Arequipa.
- Baron, R. (1997). *Fundamentos de Psicología*. Tercera edición. México D.F.: Pearson Education.
- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

- Camacho, I. (2005). *Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social*. Acta Colombiana de Psicología, 13, 91-119.
- Campos-Arias, A.; Villamil-Vargas, M. & Herazo, E. (2013). *Confiabilidad y dimensionalidad del Audit en estudiantes de medicina*. Psicología desde el Caribe, 30 (1), 21-35. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/>> [Consultado en: junio del 2016]
- Carpio, F. (2012) *Factores sociales relacionados al consumo de alcohol y tabaco en estudiantes del VI, VIII semestres académicos de las facultades de ciencias de la salud de la Universidad Católica de Santa María* (Tesis para obtener el grado de Médico Cirujano). Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
- Castillo, M. (2008) *Prevalencia del abuso de alcohol y factores asociados en estudiantes del primer y sexto año de la Facultad de Medicina* (Tesis para obtener el grado de Médico Cirujano). Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2014). *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: CEDRO.
- Chau, C. (1999). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento*. Revista Persona, 2, 121-161.
- Chau, C. & Oblitas, H. (2007). *Características del consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios*. Revista Peruana de Drogodependencias 5(1): 43 – 70.
- Chau, C. & Van der Broucke, S. (2005). *Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: estudio de focus group*. Revista de Psicología de la PUCP XXIII(2): 267 – 291.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (2013). *IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Lima: DEVIDA.
- Comunidad Andina de Naciones (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria*. Informe Regional, 2012. Lima: CAN.
- Cooper, M. (1994). *Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model*. Psychological Assessment 6(2): 117 – 128

- Cosacov, E. (2010). *Introducción a la Psicología*. Sexta edición. Córdova: Brujas.
- Cox, M. & Klinger, E. (1988). *A motivational model of alcohol use*. Journal of Abnormal Psychology, 97(2): 168 – 180
- Cox, M. & Klinger, E. (2011). *A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change*. *Handbook of Motivational Counseling: Goal-Based Approaches to Assessment and Intervention with Addiction and Other Problems*: Second Edition. In Cox, W. Miles and Eric Klinger (eds). Blackwell Publishing, 2011. Disponible en: <http://www.blackwellreference.com/subscriber/tocnode.html?id=g9780470749265_chunk_g97804707492656> [Consultado en: junio del 2016]
- Grupo Epensa (16 de febrero, 2011). *Crece consumo de alcohol en Arequipa*. Diario Correo. Recuperado de:
<<http://diariocorreo.pe/ciudad/crece-el-consumo-de-alcohol-en-arequipa-424274/>>
[Consultado en: enero del 2016]
- DEVIDA (2005). *Programa de Intervención Preventiva del Consumo de Alcohol para Población Infantil*. Lima. Perú: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.
- DEVIDA (2005). *I Encuesta sobre información, hábitos y actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios de Lima Metropolitana*. Recuperado de: <<http://www.devida.gob.pe/2009/11/i-encuesta-sobre-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-universitarios-de-lima-metropolitana>> [Consultado en: abril del 2016]
- Del Carpo, L. (20 de setiembre, 2014). *Aumento descontrolado del alcoholismo y la drogadicción en Arequipa*. Diario Noticias. Recuperado de: <<http://www.diarionoticias.pe/desarrollo/Opinion/137969797298/aumento-descontrolado-del-alcoholismo-y-la-drogadicci%c3%93n-en-arequipa>> [Consultado en: enero del 2016]
- Fiestas, F. (2011). *Medidas de salud pública para reducir la carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en la sociedad*. Recuperado de <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/Nota%20t%C3%A9cnica-1_Medidas_salud_publica_para_control_uso_alcohol.pdf> [Consultado en: marzo del 2016]

- Figueroa J.; Vallejos, M.; Cárdenas, R. & Ramírez, D. (2010). *Asertividad, motivaciones, personalidad y consumo de drogas en estudiantes universitarios*. Revista Investigaciones Psicológicas. 1(1):12-20
- Gerring, R. & Zimbardo, F. (2005). *Psicología y Vida*. Decimoséptima edición. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación.
- González, D. (2005). *Psicología de la Motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández, N. & De la Cruz, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la Salud*. Mexico DF: Libros en Red
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Kramer, J. & Cameron, D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Lastarria, C. (2010) *Patrón de consumo de alcohol y factores asociados en estudiantes de medicina*. (Tesis para optar el grado de Médico Cirujano). Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
- Londoño, C.; García, Q.; Valencia, S. & Vinacia, S. (2005). *Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos*. Anales de Psicología 21(2): 259-267
- Mamani B., M & Portocarrero V., M. (1999). *Motivaciones psicosociales en dos grupos de personas con ocupación y sin ocupación (Estudio comparativo realizado con personas de la Cooperativa de Trabajo y Fomento del Empleo Unión Laboral*. (Tesis para optar el grado de Psicólogo). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa. Perú.
- Martínez, M. ; Rubio, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para enfermería*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos S.A. Disponible en: <<https://books.google.com.pe/books?id=oOqP9Rek57cC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>> [Consultado en: febrero del 2016]
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Tercera edición. Madrid: Diaz de Santos S.A.

Mezquita, L. (2012). *El papel del Maltrato, la personalidad y los motivos del consumo de alcohol: estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes*. (Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología). Universitat Jaume I. Valencia, España.

Morris, C. & Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Duodécima edición. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación.

Observatorio Peruano de drogas (2010). *Impacto social y económico del consumo de Drogas en el Perú*. Recuperado de:

<<http://www.cicad.oas.org/oid/research/Costs/Estudio%20Impacto%20Social%20Económico%20Peru%202010.pdf>> [Consultado en: marzo del 2016]

Organización Mundial de la Salud (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2001). AUDIT *Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado de
<http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf> [Consultado en: abril del 2016]

Organización Mundial de la Salud (2011). *Global status report on alcohol and health*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Recuperado de:
<http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf> [Consultado en: abril del 2016]

Organización Mundial de la Salud (2014). *Global status reported alcohol and health*. Recuperado de:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf>
[Consultado en: abril del 2016]

Organización Panamericana de la Salud (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. (Segunda edición). Washington D.C.: OPS.

Ospina-Díaz, J.; Manrique-Abril, F. & Ariza, N. (2012). *Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja*. Salud Uninorte, 28 (2), 276-282. Disponible en: <<http://rcientificas.uninorte.edu.co/>> [Consultado en: abril del 2016]

Palmero, F. et al. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castellón: UNE.

Peña, G. (2009). *Motivaciones para el consumo de tabaco y alcohol y consumo de tabaco y alcohol en jóvenes universitarios*. (Tesis para optar el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria). Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León, México.

Pons, J. & Berjano, E. (1999). *El consumo Abusivo de Alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <<http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>> [Consultado en: junio del 2016]

Rodríguez, S. (2015). *Estudio sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la Facultad de Formación del Profesorado: intervención integral en alcoholismo*. Las Palmas de Gran Canaria: proyecto fin de Master. Recuperado de: <http://mdc.ulpgc.es/cdm/ref/collection/POSTULPGC/id/285723#img_view_text_container> [Consultado en: marzo del 2016]

Salamó, A., Gras, M. & Font-Mayolas, S. (2010). *Consumo de alcohol en jóvenes: edad de iniciación*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(2), 743-750.

Salkind, N. (1999). *Métodos de Investigación*. México D.F.: Prentice Hall.

Sánchez, L. (2012). *Género y drogas. Guía informativa*. Alicante: Diputación de alicante.

Sanz, M.; Meléndez, F.; Rivero, M. & Conde, M. (2013). *Psicología de la motivación*. Madrid: Sanz y Torres.

Seguel, F., Santander, G. & Alexandre, O. (2013). *Validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (Audit) en estudiantes de una universidad chilena*. Ciencia y Enfermeria XIX, (1), 23-35. Recuperado de: <<http://www.scielo.cl>> [Consultado en: marzo del 2016]

Tamez, V. et al. (2013). *Evaluación del consumo de alcohol y sus motivaciones en estudiantes del noreste de México*. Medicina Universitaria 15 (58): 3 – 9. Recuperado de:

<<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-evaluacion-del-consumo-alcohol-sus-90194995>> [Consultado en: abril del 2016]

Terán, M. (2005). *Las motivaciones y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios*. (Tesis para optar del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria). Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León.

ANEXOS

- A. Cuestionario de Motivos de Consumo de Alcohol (CMC)**
- B. Cuestionario de Identificación de los trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)**
- C. Formato de Consentimiento Informado**
- D. Matriz de Consistencia**
- E. Prueba de Kolmogorov-Smirnov**
- F. Baremo Cuestionario de Motivos de Consumo de Alcohol (CMC)**
- G. Solicitud de Formato de Validación de Instrumento según criterio de Expertos**
- H. Formato de Validación del Instrumento según criterio de Expertos**
- I. Modelo motivacional del consumo de alcohol**

ANEXO A

Cuestionario de Motivos de consumo de alcohol (CMC)

A continuación se presentan una serie de razones para el consumo de alcohol; por favor marca con una “X” la opción que más se acerque a tu realidad; no dejes ningún espacio en blanco.

Piensa en todas las ocasiones en las que has consumido alcohol, ¿qué tan seguido dirías tu que consumes alcohol a causa de los siguientes motivos?

Opciones de respuesta:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1: Casi nunca / nunca | 4: La mayoría de las veces |
| 2: Pocas veces | 5: Siempre |
| 3: La mitad de las veces | |

Nº	Razones	Nunca	Pocas veces	Mitad de las veces	Mayoría de las veces	Siempre
1	Para olvidarme de mis preocupaciones (personales).	1	2	3	4	5
2	Porque mis amigos me presionan a consumir alcohol.	1	2	3	4	5
3	Porque me ayuda a disfrutar una fiesta.	1	2	3	4	5
4	Porque me ayuda cuando me siento triste o deprimido.	1	2	3	4	5
5	Para ser sociable y hacer más amigos.	1	2	3	4	5
6	Para animarme cuando ando de mal humor.	1	2	3	4	5
7	Porque me gusta cómo me siento consumiendo alcohol.	1	2	3	4	5
8	Para que otros no se burlen de mí por no tomar.	1	2	3	4	5
9	Porque es emocionante.	1	2	3	4	5
10	Para emborracharme (embriagarme).	1	2	3	4	5
11	Porque hace las reuniones sociales más divertidas.	1	2	3	4	5
12	Para pertenecer al grupo que quiero.	1	2	3	4	5
13	Porque me da una sensación placentera.	1	2	3	4	5
14	Porque mejora las fiestas y las celebraciones.	1	2	3	4	5
15	Porque me siento más seguro de mí mismo.	1	2	3	4	5
16	Para celebrar una ocasión especial con mis amigos.	1	2	3	4	5
17	Para olvidarme de mis problemas (general).	1	2	3	4	5
18	Porque es divertido.	1	2	3	4	5
19	Para caerles bien a los demás.	1	2	3	4	5
20	Para no sentirme excluido por mis amigos o compañeros.	1	2	3	4	5

ANEXO B

AUDIT

Cuando la oración se refiera a beber alcohol, puedes pensar en términos de tomar cualquier bebida alcohólica, tales como, cerveza, vino, whisky, ron, vodka, pisco o cocteles.

Marca con un X el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	Respuestas				
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de los que consume?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas que contienen alcohol en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento tiene el propósito de informarle e invitarle a participar en el proyecto de investigación: “MOTIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (Investigación realizada en los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín)”, que tiene como objetivo conocer los motivos relacionados con el consumo de alcohol en nuestra casa universitaria.

El procedimiento a realizar consiste en la aplicación de pruebas psicométricas que evalúan los motivos de consumo de alcohol, así como los niveles de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas, por consiguiente solicitamos su participación voluntaria. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de la Psicología de la Motivación.

Le exhortamos que la información que Usted nos brinde será sólo para fines de la investigación y completamente confidencial, solamente tendrán acceso a los datos el equipo de investigación y no se compartirá la información con otros interesados.

Si Usted desea mayor información sobre el proyecto de investigación, puede ponerse en contacto con los Bachilleres Raúl César Solís Endara y Mauro Alberto Vega Quispe en la siguiente dirección de correo electrónico ps_vegamauro@hotmail.com

Por lo tanto:

Yo, de años, **acepto participar voluntariamente en el proyecto.** He sido informado acerca de los alcances de la investigación, asimismo los Bachilleres han absuelto las dudas que tenía acerca de su trabajo.

Arequipa, noviembre 2015

ANEXO D
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “MOTIVOS Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (Investigación realizada en los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín)”

PROBLEMA	OBJETIVOS	SISTEMA DE HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Qué relación existe entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cuáles son los niveles de consumo de alcohol de los estudiantes universitarios de los primeros años de la Universidad Nacional de San Agustín?</p> <p>¿Cuáles son los motivos relacionados al consumo de alcohol en los estudiantes universitarios de los primeros años de la Universidad Nacional de San Agustín?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas que presentan los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>a. Identificar los motivos para el consumo de alcohol de los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, por género.</p>	<p>H₁: Existe una relación significativa positiva entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.</p> <p>H₀: No existe una relación significativa entre los motivos para el consumo y los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.</p>	<p>Variable 1: Motivos para el consumo de Alcohol. Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento • Motivos para tener conformidad con su vida. • Motivos sociales. • Motivos para sobresalir o de realce. 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo correlacional</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Transeccional descriptivo de tipo correlacional</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA: Población: 300 estudiantes Muestra: 300 estudiantes</p> <p>TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Evaluación</p> <p>INSTRUMENTO Cuestionario de motivos de consumo de Alcohol (CMC). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo</p>

	<p>b. Identificar los niveles de ingesta de bebidas alcohólicas en los estudiantes universitarios de los primeros años de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, por género.</p>		<p>Variable 2:</p> <p>Consumo de riesgo de Alcohol</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Niveles de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de bajo riesgo - Consumo de Riesgo - Consumo perjudicial o dependencia. 	<p>de alcohol (AUDIT).</p>
--	---	--	---	----------------------------

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
V1: MOTIVOS DE CONSUMO DE ALCOHOL	Son las razones que un individuo refiere tener para consumir alcohol, estos motivos pueden ser positivos o negativos. Los primeros incluyen motivos para sobresalir y motivos sociales; en los segundos se incluyen motivos para manejar los problemas y motivos de conformidad con la vida (Terán, 2005).	Estará determinada por las puntuaciones obtenidas de la aplicación del Cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC).	Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento Motivos para tener conformidad con su vida Motivos sociales Motivos para sobresalir o de realce	(1) Casi nunca o nunca (2) Pocas veces (3) La mitad de las veces (4) La mayoría de las veces (5) siempre
V2: CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el Consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).	Estará determinada por las puntuaciones obtenidas de la aplicación del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT).	Consumo de Bajo Riesgo Consumo de Riesgo Consumo Perjudicial o Dependencia	0-5 mujeres 0-7 varones 6-12 mujeres 8-12 varones 13-40 mujeres y varones

ANEXO E
PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Motivos de consumo de alcohol	Motivos para manejar los problemas	Motivos para tener conformidad	Motivos sociales	Motivos para sobresalir	Consumo de alcohol
N		243	243	243	243	243	243
Parámetros normales ^{a,b}	Media	29,60	6,66	6,41	8,98	7,56	3,29
	Desviación típica	11,227	2,875	2,531	4,023	3,667	4,237
Diferencias más extremas	Absoluta	,196	,294	,305	,161	,249	,219
	Positiva	,165	,294	,305	,158	,249	,216
	Negativa	-,196	-,282	-,289	-,161	-,243	-,219
Z de Kolmogorov-Smirnov		3,057	4,584	4,759	2,514	3,876	3,407
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

ANEXO F
Baremo Cuestionario de Motivos de Consumo de alcohol (CMC)

Percentiles	Motivos para manejar los problemas	Motivos para tener conformidad	Motivos sociales	Motivos Para sobresalir	Motivos de consumo de alcohol
5	5,00	5,00	5,00	5,00	20,00
10	5,00	5,00	5,00	5,00	20,00
15	5,00	5,00	5,00	5,00	20,00
20	5,00	5,00	5,00	5,00	20,00
25	5,00	5,00	6,00	5,00	21,00
30	5,00	5,00	6,00	5,00	21,00
35	5,00	5,00	6,00	5,00	22,00
40	5,00	5,00	7,00	5,00	23,00
45	5,00	5,00	7,00	5,00	24,00
50	5,00	5,00	8,00	6,00	26,00
55	5,00	5,00	9,00	6,00	27,00
60	6,00	6,00	9,40	7,00	29,00
65	6,00	6,00	10,00	7,00	31,00
70	6,80	6,00	11,00	8,00	33,00
75	7,00	7,00	11,00	9,00	35,00
80	8,00	8,00	12,00	10,00	38,00
85	9,00	9,00	13,00	11,40	40,40
90	11,00	10,00	15,00	13,60	45,60
95	13,00	11,80	18,00	16,00	51,60
N	Válidos	243	243	243	243
	Perdidos	0	0	0	0

ANEXO G

SOLICITUD DE FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO SEGÚN CRITERIO DE EXPERTOS

Arequipa, 15 de octubre 2015

.....
Presente.-

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. cordialmente para hacer de su conocimiento que como parte del proceso de titulación, estamos llevado a cabo la investigación: “ Motivos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios (Investigación realizada en los primeros años de la escuela profesional de psicología de la Universidad Nacional de San Agustín)”, en el cual pretendemos hacer uso del Cuestionario de Motivos de Consumo de Alcohol (CMC), que fue creado por Cooper en 1994, a partir de la teoría motivacional de Cox y Klinger, utilizado y adaptado en México por Lodoño et al, asimismo en Lima, por Cecilia Chau; por tal motivo y conocedores de su gran experiencia profesional, es que requerimos de su valiosa colaboración para realizar la revisión lingüística y de contenido para obtener validación del cuestionario por Criterio de Jueces Expertos.

Sin otro particular, y confiando plenamente en la generosidad de su apoyo, quedamos de usted muy agradecidos.

Atentamente,

Bach. Raúl Solís Endara

Bach. Mauro Vega Quispe

ANEXO H

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN CRITERIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto:
- 1.2. Cargo e Institución donde labora:
- 1.3. Especialidad del experto:
- 1.4. Tiempo de experiencia laboral:
- 1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación:
- 1.6. Variable medida:
- 1.7. Autor del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.					
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa					
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....
.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: *Luis Portugal Patiño Vaca*
 1.2. Cargo e Institución donde labora: *Profesor U.N.S.P.*
 1.3. Especialidad del experto: *Psicología Social*
 1.4. Tiempo de experiencia laboral: *25 años*
 1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: *Evaluación CMC*.
 1.6. Variable medida: *Máritos u Corrumpos*
 1.7. Autor del instrumento: *COXIKLSTN G&R*

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.					✓
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

*Después de haber analizado
el instrumento puedo afirmar que se adapta adecuado
a su fin.*

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

80. %

Arequipa, 2 de octubre 2015

Luis Portugal c.
NOMBRE:

FIRMA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Villarante Benavides Guillermo
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Docente UVS4
 1.3. Especialidad del experto: Psicología Social
 1.4. Tiempo de experiencia laboral: 16 años
 1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: Mushrooms & Motives of Common Alcohol
 1.6. Variable medida: Motivo de consumo de alcohol
 1.7. Autor del instrumento: Coprop 1994

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado			X		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			X		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.			X		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			X		

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Modifican términos de la escala. Modifican y lo marcaran los ítems 20 - 18 - 17 - 1

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

41-60 %

Arequipa, 02 de Octubre 2015

Pd Guillermo Villasante Benavides

NOMBRE:

WV
FIRMA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Añan Camero, Marco Antonio
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Hospital Regional Huanuc Díaz
 1.3. Especialidad del experto: Psicólogo
 1.4. Tiempo de experiencia laboral: 13 años
 1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: Questionnaire d' Motivation
 1.6. Variable medida: Motivación de consumo de alcohol
 1.7. Autor del instrumento: C. Añan

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Mejorar y cumplir algunos ítems que padecen inconsistencias.

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

75 - 80

Arequipa, 05 de octubre 2015


DEVIDA
Marco Añan Camero
 NOMBRE: Marco Añan Camero
 FIRMA: Marco Añan Camero
PSICOLOGO
C.Ps.P. 11729

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: BELLIDO LARE VENONICA MIGUEL.
1.2. Cargo e Institución donde labora: DOCENTE.
1.3. Especialidad del experto: PS. EDUCATIVA Y CLINICA.
1.4. Tiempo de experiencia laboral: 10 AÑOS.
1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: QUESTIONARIO DE MOTIVOS DE CONS. DE ALC.
1.6. Variable medida: MOTIVOS DE CONSUMO.
1.7. Autor del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

CONFiable

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

75%

Arequipa, 06 de Octubre 2015

NOMBRE: VERONICA BELLIDO LARE

FIRMA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Dosso, Rivero Alvarado
 1.2. Cargo e Institución donde labora: Docente
 1.3. Especialidad del experto: Ps. Clínica - Social
 1.4. Tiempo de experiencia laboral: 18 años
 1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: "Cuestionario de motivos de consumo de alcohol"
 1.6. Variable medida: Motivos de consumo de alcohol
 1.7. Autor del instrumento: Coo-Pey 1994

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado			X		
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables		X			
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			X		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.			X		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa			X		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			X		

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Si es aplicable: el cuestionario "coo-nivel", mejora el tema 20

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Bueno

Arequipa, 7 de octubre 2015

NOMBRE: Dosso Rivero Alvarado

FIRMA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: MENDOZA BELTRÁN AMPARO PATRICIA
1.2. Cargo e Institución donde labora: DOCENTE
1.3. Especialidad del experto: Ps. CLINICA
1.4. Tiempo de experiencia laboral: 20 AÑOS
1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: EVALUACIÓN DE MOTIVOS DE CONSUMO DE ALCOHOL
1.6. Variable medida:
1.7. Autor del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado		X			
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables			X		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología			X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			XX		
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			XX		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.			X		
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa			XX		
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones			X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			XX		

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Modificar Términos en las afirmaciones 19 y 20.

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

55%

Arequipa, 27 de Octubre, 2015

AMPARO MENDOZA BELTRÁN
NOMBRE: Amparo Mendoz R
FIRMA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: Valdivia Cárpio, Edwin Ricardo
1.2. Cargo e Institución donde labora: Docente, UNSA
1.3. Especialidad del experto: Ps. clínico-educativa, infantil y adolescente
1.4. Tiempo de experiencia laboral: 23 años
1.5. Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: *Euestionario de Motivos de consumo de drogas*
1.6. Variable medida: MOTIVOS de consumo de drogas
1.7. Autor del instrumento: Cox, W. M. y Klinger, E.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulada con lenguaje apropiado				✓	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al alcance de Ciencia y tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			✓		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y desarrollo de capacidad cognoscitivas.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos científicos de la tecnología educativa				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.			✓		

II. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Favorable de acuerdo a lo investigación que...
...pretende realizar

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

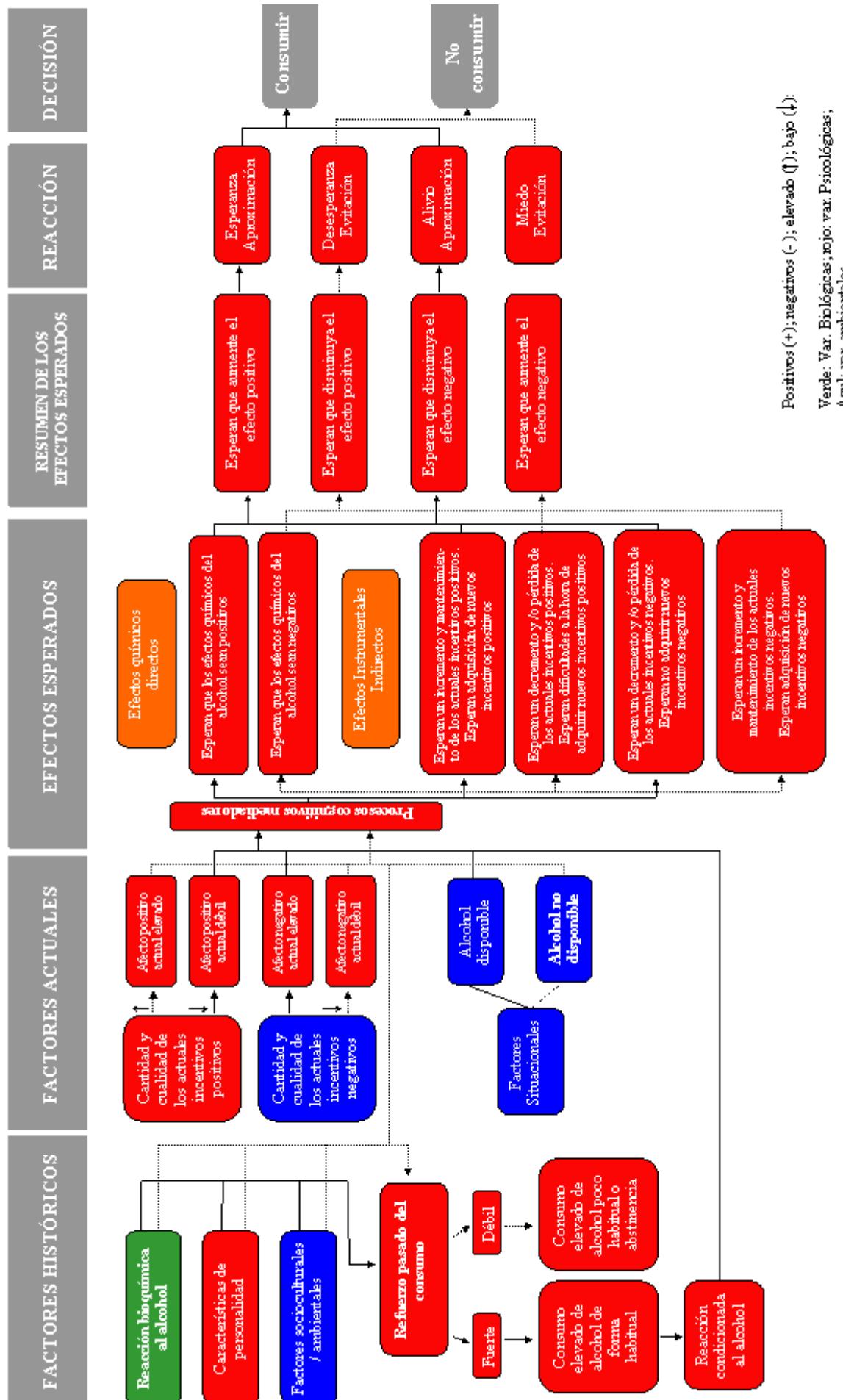
61 - 80%

Arequipa, 30 de octubre 2015

NOMBRE: *Edwin Valdivia Cárpio*
FIRMA

ANEXO I

MODELO MOTIVACIONAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE COX Y KLINGER



Positivos (+); negativos (-); elevado (↑); bajo (↓)

Verde: Var. Biológicas; rojo: var. Psicológicas;
Azul: var. ambientales

Tomado de Mezquita (2012)

**CASO
CLÍNICO**

N° 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Nombres y Apellidos | : M. |
| 2. Edad | : 43 años. |
| 3. Sexo | : Masculino. |
| 4. Fecha de Nacimiento | : 01 / 12 / 1972. |
| 5. Lugar de Nacimiento | : Arequipa. |
| 6. Lugar de Procedencia | : Arequipa. |
| 7. Grado de Instrucción | : Superior incompleto. |
| 8. Estado Civil | : Soltero. |
| 9. Religión | : Católico. |
| 10. Informante | : Paciente. |
| 11. Lugar de Evaluación | : Institución de salud |
| 12. Fecha de evaluación | : 27 y 28/ 05 / 2015 |
| 13. Examinador | : Raúl César Solís Endara.
Bachiller en Psicología. |

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente fue ingresado al servicio de Psiquiatría derivado del área de emergencia de la institución de salud presentando signos de abstinencia, tales como irritabilidad, ansiedad generalizada, ideación suicida, debido a haber dejado de consumir drogas (Alcohol, tabaco, PBC y cocaína) desde hace 1 mes; paciente refiere estar presentando “pánico, debido a que siente que no puede estar más tiempo sin consumir drogas; ansiedad, evidenciando sudoración, pensamientos perseverativos por la ingestión de drogas, falta de control de impulsos y agresividad”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Paciente refiere que siente “miedo y pánico” por haber dejado de consumir sustancias psicoactivas, desde hace 8 años siente el deseo de cambiar y dejar las

drogas, mas no puede lograrlo a pesar del tratamiento psiquiátrico. Hasta hace un mes antes de su hospitalización había consumido, alcohol, tabaco, PBC y cocaína de forma continua y persistente.

M. menciona que desde los 12 años ha tomado antidepresivos no indicando el motivo del consumo, desde que cursaba el cuarto de secundaria empezó con la ingesta de alcohol y tabaco en fiestas, luego al ingresar a la universidad - a los 20 años - empezó con el uso de marihuana, PBC y cocaína en las fiestas y reuniones con sus amigos y compañeros universitarios.

En el 2001 estuvo internado durante un año en un centro de rehabilitación, en el que recibió ayuda y consejo espiritual; estuvo sin consumir drogas durante un año, al salir presentó recaídas constantes, reingresando a dicha institución en dos ocasiones cada una por 3 meses. Así mismo estuvo internado en el Servicio de Psiquiatría de la institución de salud en 2 ocasiones anteriores.

El paciente habitualmente consume 30 cigarrillos de marihuana al día y refiere que llegó a consumir hasta 80 cigarros de PBC, después de ello estuvo sucio, perdió el conocimiento, no recordaba dónde se encontraba y estaba totalmente desorientado.

El paciente fue hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría, siendo él que le solicita a su madre, debido que se sentía muy mal, “ansioso, con ganas de moverse de un lado a otro, con mucho temblor, fiebre”, falto de control de sí mismo y de sus pensamientos, además refiere sentir un deseo irrefrenable de volver a consumir drogas, a causa de la abstinencia de casi un mes y que debía ir a hospitalizarse; dentro del servicio presenta deseos de consumo, flashbacks y ensueños, ansiedad permanente de consumo.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. Etapa prenatal

El paciente fue no planificado, deseado y esperado por los padres, aparentemente su madre tuvo una gestación sin riesgos y sin accidentes.

B. Etapa Natal

Nació de parto eutócico, lloró al nacer y no requirió de incubadora, no se pudieron recabar datos acerca del peso y talla, y al parecer no existieron complicaciones.

C. Etapa postnatal

La madre del paciente estuvo presente en su cuidado y atención, irguió la cabeza a los 4 meses, se sentó a los 6 meses, gateó a los 9 meses, se paró sin ayuda a los 11 meses, dio sus primeros pasos al año y un 1 mes. Empezó a balbucear a los 4 meses, dijo sus primeras palabras al año y 2 meses. Seguía los estímulos con sus ojos desde los 2 meses y medio aproximadamente. Recibió lactancia materna hasta el año y medio. Aparentemente el desarrollo del paciente fue sin particularidades.

D. Etapa escolar y Académica

Paciente que ingresa al jardín a los 5 años, al principio le fue muy problemático ir al colegio, debido a que no quería separarse de su mamá; luego tras ingresar a primer grado se desenvolvió como un alumno regular, durante esa etapa presentó miedos a la noche y oscuridad así como a las enfermedades.

En el transcurso de su educación secundaria, sus temores se mitigaron; al tercer año ingresó a una institución militar, no soportaba el encierro, tenía peleas con algunos de sus compañeros; luego cursó los años siguientes en su colegio anterior; en el cuarto año empezó a ir a fiestas en las cuales consumía alcohol y fumaba cigarrillos.

Dentro de los cursos que le eran de más agrado se encuentran la literatura, geografía e historia, terminó la secundaria con bajas notas debido a que se escapaba de clases para ir a jugar fútbol y comer en la cafetería.

A los 20 años ingresa a Economía en la universidad, que abandona en el segundo año; a los 21 años empieza con el consumo de marihuana, PBC, cocaína, siguiendo con el consumo de alcohol y tabaco. Luego ingresa a Filosofía en 1994 abandonándola también luego de haber cursado el tercer año.

E. Desarrollo y función sexual

El paciente se ha percibido del género masculino desde los 6 años, no habló de sexo y sexualidad con sus padres hasta adulto; asistía a las fiestas de quince años durante los estudios secundarios, no estableció relaciones amorosas durante su adolescencia.

Empezó sus primeras relaciones sexuales a los 21 años con una prostituta, debido a que sus compañeros de la universidad le incitaron, pero afirma “no haber sentido gran placer y no entendía la razón de la exacerbación de sus compañeros”. El paciente refiere haber sentido alegría al presentar los cambios corporales, tuvo 4 enamoradas, con 2 de ellas mantuvo relaciones sexuales. La última vez que tuvo coito fue hace 2 meses con una de sus amigas.

F. Historia de la Recreación

El paciente en su niñez jugaba con sus primos, recuerda con nitidez momentos en los cuales aprendió a manejar bicicleta con sus primos, refiere que jugaba con sus amigos del jardín y de su barrio; luego empezó a jugar fútbol en la primaria y secundaria. Era una de las personas que cuando era necesario tomaba la iniciativa de los juegos.

G. Actividad Laboral

Se desempeñó desde los 20 años como ayudante en la ferretería de su familia, ayudante de albañilería y trabajó ulteriormente en una fábrica de pintura en el área de embolsado, habiendo tenido algunos problemas con su jefa, debido a que era muy estricta con él, y por ello dejó el trabajo. Desde el 2012 ha empezado a trabajar como vendedor de libros debido a que le parecía un trabajo más interesante y de acuerdo a sus expectativas, antes de ser hospitalizado el paciente se dedicaba a trabajar en la ferretería de su familia y en la venta de libros.

H. Religión

M. profesa la religión católica, sin embargo no asiste regularmente a misa y reuniones de su congregación.

I. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas

M. usualmente se alimenta de vegetales y carne, refiere no haber dejado de alimentarse, tampoco haber presentado periodos de atracones de comida y restricción de su alimentación.

Actualmente, su sueño es irregular se despierta cada tres horas, presenta pesadillas y sueños respecto al consumo de sustancias psicotrópicas.

El paciente empezó a consumir alcohol y tabaco desde los 17 años, de una manera recurrente hasta mayo del presente año. Durante su permanencia en el centro de rehabilitación dejó de consumir drogas, anteriormente el tiempo de cese de consumo fue menos de 2 semanas. Las primeras veces el consumo se presentaba en las fiestas de sus amigos del colegio, luego se volvieron más frecuentes.

Del mismo modo, consumió marihuana, PBC y cocaína desde los 21 años cuando cursaba el primer año de Economía, en la universidad hasta la actualidad no ha dejado de consumirla hasta hace 20 días antes de su hospitalización en el Servicio de Psiquiatría, usualmente la consume en su casa y en fiestas con sus amigos.

Llegó a consumir hasta 80 cigarros de PBC, después de ello estuvo sucio, no recordaba dónde estaba y se encontraba totalmente desorientado. Hasta hace 1 mes el paciente consumía habitualmente alrededor de 30 cigarrillos de PBC en su domicilio, encerrado en su habitación, así mismo durante las fiestas llega a consumir alcohol, marihuana, PBC, cocaína y sustancias mixtas.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

A. ENFERMEDADES Y ACCIDENTES:

El paciente cuando era niño tuvo bocio, fiebre tifoidea, resfriados y gripes estacionales, no refiere haber tenido otras enfermedades considerables. Actualmente presenta una hepatopatía de primer grado. No hay referencia de accidentes graves, ni antecedentes de intentos de suicidio.

B. PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Cuando era niño le gustaba jugar con sus amigos del barrio y primos, especialmente el montar bicicleta; era muy amigable, sencillo, al empezar el jardín no tuvo una adaptación correcta, ya que le fue muy difícil separarse de su madre; en primaria era un estudiante promedio, le tenía miedo a la oscuridad y a las enfermedades. Cuando cursó los estudios secundarios se mostró rebelde, escapaba de clases, no respetaba las reglas de convivencia en el aula, salía a la cafetería. A los 17 años empezó a consumir alcohol y cigarrillos con mucha frecuencia en las fiestas. Cuando estuvo en la universidad presentaba dificultades, era irresponsable, no llegaba a la hora, con bajo rendimiento, motivos por los cuales abandona la carrera de Economía y de Filosofía. Ha presentado conductas agresivas hacia sus padres y familiares por las críticas hacia su persona.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

A. Composición familiar

Paciente vive actualmente con sus padres y sus hermanos, los cuales son dos varones y una mujer; un hermano de 39 años, una hermana de 37 años y otro hermano de 24 años. La familia de M. sólo le llaman la atención por su conducta, le dejan de hablar como castigo y su madre trata de llevarlo a la iglesia.

B. Condición socioeconómica

Su familia cuenta con una situación económica estable, poseen una ferretería, su casa cuenta con todos los servicios básicos.

C. Antecedentes familiares patológicos

La abuela materna del paciente falleció debido a un “cáncer de vesícula biliar”, asimismo su abuelo materno también murió por un cáncer de estómago. El paciente refiere no tener otros familiares con antecedentes de enfermedades de ningún tipo.

D. Dinámica Familiar

Sus padres tienen una buena relación con sus hijos, tratan de sobrellevar y apoyar al paciente, ayudándolo económicamente en los tratamientos requeridos.

VII. RESUMEN

Paciente de 43 años, fue deseado y esperado por los padres, aparentemente su madre tuvo una gestación sin riesgos y sin accidentes, nacimiento sin particularidades, desarrollo psicomotor adecuado. Inicia el jardín a los 5 años, donde inicialmente no quería separarse de su madre, durante la primaria mejoró su ajuste y su rendimiento escolar fue adecuado, no repitiendo; en 3º de secundaria lo llevan al colegio militar y no se adapta por lo que regresa a su antiguo colegio para terminar 4º y 5º de secundaria, durante esos años empieza a ir a fiestas donde fuma e ingiere licor. Ingresa a la universidad a estudiar Economía abandonando los estudios al 2º año por iniciar el consumo de PBC y cocaína. Es atendido en una institución dedicada a problemas con adicciones durante un año; asimismo ingresa a Hospitalización de Psiquiatría durante 4 veces. Sale, recae y vuelve a ingresar, durante ese tiempo en sus salidas, incrementa su consumo llegar a fumar más de 80 cigarrillos de PBC, lo hace con amigos o solo.

Ha realizado diversas ocupaciones pero no ha sido constante en ellos; de niño era alegre y sociable, con temores a la oscuridad; en su adolescencia cambia, se

muestra impulsivo, rebelde; durante la adultez es agresivo con sus familiares, desordenado, impuntual.

Raúl César Solís Endara

Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| 1. Nombres y Apellidos | : | M. |
| 2. Edad | : | 43 años |
| 3. Sexo | : | Masculino |
| 4. Fecha de Nacimiento | : | 01 / 12 / 1972 |
| 5. Lugar de Nacimiento | : | Arequipa |
| 6. Lugar de Procedencia | : | Arequipa |
| 7. Grado de Instrucción | : | Superior incompleto |
| 8. Estado Civil | : | Soltero |
| 9. Religión | : | Católico |
| 10. Informante | : | Paciente |
| 11. Lugar de Evaluación | : | Institución de salud |
| 12. Fecha de evaluación | : | 28 / 05 / 2015 |
| 13. Examinador | : | Raúl César Solís Endara
Bachiller en Psicología. |

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente aparenta la edad referida, se encuentra parcialmente aliñado, con su polo puesto de revés y sucio, de cabello largo y desordenado, mide aproximadamente 1.74 m, de ojos cafés oscuros, no usa anteojos, sin presencia de tatuajes, de lenguaje monótono, postura encorvada, marcha rígida. El paciente se mostró suspicaz y poco colaborador en las primeras evaluaciones, en las siguientes fue amistoso y participó activamente, durante la evaluación solía racionalizar sus problemas refiriendo normalidad y evitando ahondar acerca de su vida personal.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

Paciente capaz de focalizar y concentrar su atención por un tiempo prudente para evaluar situaciones, comprender sus relaciones y planificar objetivos.

Durante las primeras evaluaciones el paciente se presentaba ligeramente entumecido y soñoliento debido a las medicaciones, posteriormente se mostró equilibrado en la vigilia y atento a las instrucciones.

Orientado en tiempo, persona y espacio, así como respecto a las demás personas, consciente de que se encuentra en un hospital y de su internamiento.

IV. LENGUAJE

Paciente presenta lenguaje comprensible, de tono y curso normales, velocidad promedio, de contenido coherente, sin presencia de alteraciones en la coherencia de palabras, tiempos gramaticales y sintaxis.

V. PENSAMIENTO

Pensamiento de curso normal, con tendencias a la abstracción, de carácter rumiante, sin presencia de ideas autolíticas, ausencia de ideas de referencia y delirios; de contenido caracterizado por preocupaciones acerca de seguir trabajando y dejar las drogas, miedo a seguir envejeciendo e ideas de fracaso sobre su rehabilitación.

VI. PERCEPCIÓN

Paciente niega alucinaciones de algún tipo, tampoco refiere presentar ilusiones perceptivas; presenta deseos y ensoñaciones de consumo, flashbacks; no se encuentra a gusto con su cuerpo, considera que “estoy muy delgado, que no me agrada ver mi imagen en el espejo, no me siento capaz de ver mi imagen de derrota frente a las drogas”.

VII. MEMORIA

Es capaz de recordar hechos de su infancia y realizar con habilidad ejercicios de memoria, memoria de largo y corto plazo conservados, sin presencia de alteraciones mnémicas.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

M. es capaz de focalizar y concentrar su atención en los reactivos de las evaluaciones, orientado en las tres esferas, cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto; lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información, relaciones entre los objetos y fenómenos, diferencias entre éstas, así como juicio conservado.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Paciente con sentimientos de minusvalía, pesimismo acerca de su situación, capacidades y metas, de ánimo decaído; refiere sentirse triste debido a su difícil situación. M. normalmente muestra un rostro inexpresivo, de voz monótona; se observa una reducción de su energía, falta de motivación y pérdida del interés.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

M. presenta sentimientos de culpa, es consciente que necesita ayuda, debido a que siente que no tiene control de su situación, sin embargo, en ocasiones se muestra reticente a algunos consejos que implican una organización de actividades en su vida diaria; con parcial conciencia de enfermedad, sin embargo aún no se ha propuesto mejorar, ni hacer algo para cambiar ello.

XI. RESUMEN

Paciente aparenta la edad referida, se encuentra parcialmente aliñado; se mostró suspicaz y poco colaborador en las primeras evaluaciones, en las siguientes fue amistoso y participó activamente. Orientado en tiempo, persona y espacio; de

lenguaje comprensible, tono, curso y velocidad normales; pensamiento de curso normal, con tendencias a la abstracción, de carácter rumiante, caracterizado por preocupaciones acerca de seguir trabajando y dejar las drogas, miedo a seguir envejeciendo e ideas de fracaso sobre su rehabilitación. Capaz de focalizar y concentrar su atención por un tiempo prudente, comprender sus relaciones y planificar objetivos. Memoria de largo y corto plazo conservados. Niega alucinaciones de algún tipo, presenta deseos y ensueños de consumo, flashbacks; no se encuentra a gusto con su cuerpo considera que “está muy delgado, que no le agrada ver su imagen en el espejo, no se siente capaz de ver su imagen de derrota frente a las drogas”. Lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información, relaciones entre los objetos y fenómenos, diferencias entre éstas, así como juicio conservado. Con sentimientos de minusvalía, pesimismo acerca de su situación, capacidades y metas, de ánimo decaído, rostro inexpresivo, de voz monótona; se observa una reducción de su energía, falta de motivación y pérdida del interés. Presenta sentimientos de culpa, con parcial conciencia de enfermedad.

Raúl César Solís Endara

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN.

1. Nombres y Apellidos : M.
2. Edad : 43 años.
3. Sexo : Masculino.
4. Fecha de Nacimiento : 01 / 12 / 1972
5. Lugar de Nacimiento : Arequipa.
6. Lugar de Procedencia : Arequipa.
7. Grado de Instrucción : Superior incompleto.
8. Estado Civil : Soltero.
9. Religión : Católico.
10. Informante : Paciente.
11. Lugar de Evaluación : Institución de salud
12. Fecha de evaluación : 29 / 05 / 2015
01 / 06 / 2015
13. Examinador : Raúl César Solís Endara
Bachiller en Psicología.

II. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA.

El paciente al inicio de las evaluaciones se mostró poco colaborador, con desconfianza y posteriormente en las siguientes evaluaciones, el paciente pudo colaborar frente a los reactivos de las pruebas, escuchando atentamente las instrucciones y ejecutándolas adecuadamente.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- A. Observación
- B. Entrevista
- C. Pruebas Psicométricas
 - 1. Test de Inteligencia No Verbal. TONI – 2.
 - 2. Test Guestáltico Visomotor (Bender).

3. Test Proyectivo de la Figura Humana (Karen Machover).
4. Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI – MULT).

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Test de Inteligencia No Verbal. TONI – 2.

El paciente alcanzó un Puntaje Directo de 22, obteniendo un CI de 88, que lo ubica dentro del rango de Normal Inferior.

M. es capaz de entender las relaciones entre los objetos que le rodean, planificar y así dirigir su conducta hacia un objetivo y una meta, buscando una solución hacia los problemas que se le puedan presentar.

2. Test Guestáltico Visomotor (Bender).

Paciente organizado, con tendencia al perfeccionismo, con falta de control sobre sí mismo, rasgos de agresividad encubierta; sin presencia de indicadores de lesión cerebral.

3. Test Proyectivo de la Figura Humana (Karen Machover).

Dentro de los reactivos evaluados, el paciente denotó principalmente: reacciones de sobrevigilancia a las situaciones problemáticas, rasgos y arranques ocasionales de agresividad y contacto social defensivo.

Con grandes preocupaciones por lograr el control interno, sobre su cuerpo y mente. Sus relaciones se caracterizan por ser dependientes, tendencias hacia la introversión y retraimiento social.

Paciente caracterizado por ser rumiante, falto de espontaneidad, descontento con su figura y persona.

4. *Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI – MULT).*

a. Análisis Cuantitativo.

ESCALAS	Puntaje Directo	Puntaje Equivalente	Puntaje Corregido	Puntajes T
L: Mentira	1	4	4	50
F: Validez	5	14	14	76
K: Corrección	1	5	5	36
1 HS: Hipochondría	7	16	19	70
2 D: Depresión	12	35	35	94
3 HI: Histeria	14	32	32	78
4 DP: Desviación Psicopática	11	28	30	76
6 PA: Paranoia	6	15	15	70
7 PT: Psicastenia	13	32	37	79
8 ES: Esquizofrenia	14	40	45	94
9 MA: Hipomanía	8	22	23	65

b. Análisis cualitativo.

El paciente presenta una fuerte tensión interna, tendencia a la exageración de su problemática ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismo, admitiendo muchas experiencias, vivencias y síntomas no usuales.

Existen sentimientos de incapacidad para enfrentar y resolver sus problemas por sí mismo; el paciente se preocupa por las funciones corporales y molestias físicas como necesidad de elaborar una defensa contra sus fallas; con su supuesta enfermedad pretende dar una explicación sobre sus fracasos a sí mismo y los demás, de quiénes busca tolerancia y aceptación incondicional. Con tendencia a posponer el enfrentamiento de las situaciones conflictivas utilizando alguna sintomatología física.

Con intensos sentimientos de inseguridad ante una actitud autocrítica, sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas; presencia de sentimientos e ideas de culpa, originando la reducción de la energía, falta de motivación y pérdida general del interés.

M. ostenta rasgos de inmadurez emocional, egocentrismo, baja tolerancia a la frustración y al rechazo. Tendencia a la dependencia a las personas por las que se siente aceptado.

Altamente rebelde e inconformista, caprichoso, poco serio, de sentimientos y lealtades superficiales. Existe una perturbación en sus relaciones familiares y sociales debido a que tiende a evitar responsabilidades y compromisos; con problemas para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, dificultades para someterse a disposiciones. Trata de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos, y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades.

Paciente con actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada. Se dirige principalmente por el mecanismo de proyección, percibiendo a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, problemas y fallas.

Incapacidad para tomar decisiones rápidas, exigencia hacia sí mismo, tendencia al perfeccionismo, tendencia hacia el aislamiento y la fantasía - confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad -, falto de energía y motivación para realizar cualquier actividad.

V. RESUMEN.

Paciente con un CI de 88 que corresponde a una categoría de Normal Bajo, no presenta indicadores de lesión cerebral, así mismo presenta una fuerte tensión interna con tendencia a la exageración de sus problemas, con sentimientos de incapacidad para enfrentar y resolver sus problemas por sí mismo; tendencias a posponer el enfrentamiento de las situaciones conflictivas utilizando alguna sintomatología física. De intensos sentimientos de inseguridad, pesimismo hacia sus actividades, capacidades y metas, presencia de ideas de culpa, baja tolerancia a la frustración y al rechazo, propenso a la dependencia de las personas por las que se siente aceptado. Proclive a evitar responsabilidades y compromisos; el paciente trata de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar sobre las consecuencias. Rumiant, con tendencias hacia el perfeccionismo, al aislamiento y la fantasía.

M. es capaz de entender las relaciones entre los objetos que le rodean, planificar y así dirigir su conducta hacia un objetivo y una meta, buscando una solución hacia los problemas que se le puedan presentar.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- 1. Nombres y Apellidos** : M.
- 2. Edad** : 43 años
- 3. Sexo** : Masculino
- 4. Fecha de Nacimiento** : 01 / 12 / 1972
- 5. Lugar de Nacimiento** : Arequipa
- 6. Lugar de Procedencia** : Arequipa
- 7. Grado de Instrucción** : Superior incompleto
- 8. Estado Civil** : Soltero
- 9. Religión** : Católico
- 10. Informante** : Paciente
- 11. Lugar de Evaluación** : Institución de salud
- 12. Fecha de evaluación** : 11 / 06 / 2015
- 13. Examinador** : Raúl César Solís Endara
Bachiller en Psicología.

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente fue ingresado al servicio de Psiquiatría derivado del área de emergencia de la institución de salud, presentando signos de abstinencia, tales como irritabilidad, ansiedad generalizada, ideación suicida, debido a haber dejado de consumir drogas (Alcohol, tabaco, PBC y cocaína) desde hace 1 mes; paciente refiere estar presentando “pánico debido a que siente que no puede estar más tiempo sin consumir drogas; ansiedad, evidenciando sudoración, pensamientos perseverativos por la ingesta de drogas, falta de control de impulsos y agresividad”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- A. Observación.
- B. Entrevista.
- C. Pruebas Psicométricas.
 - 1. Test de Inteligencia No Verbal. TONI – 2
 - 2. Test Guestáltico Visomotor (Bender).
 - 3. Test Proyectivo de la Figura Humana (Karen Machover).
 - 4. Inventario Multifásico de la Personalidad (MINI – MULT).

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

Paciente de 43 años, fue deseado y esperado por los padres, aparentemente su madre tuvo una gestación sin riesgos y sin accidentes, nacimiento sin particularidades, desarrollo psicomotor adecuado. Inicia el jardín a los 5 años, donde inicialmente no quería separarse de su madre, durante la primaria mejoró su ajuste y su rendimiento escolar fue adecuado, no repitiendo; en 3º de secundaria lo llevan al colegio militar y no se adapta por lo que regresa a su antiguo colegio para terminar 4º y 5º de secundaria, durante esos años empieza a ir a fiestas donde fuma e ingiere licor. Ingresa a la Universidad a estudiar Economía abandonando los estudios al 2º año por iniciar el consumo de PBC y cocaína. Es atendido en una institución dedicada a problemas con adicciones durante un año; asimismo ingresa a Hospitalización de Psiquiatría durante 4 veces. Sale, recae y vuelve a ingresar, durante ese tiempo en sus salidas, incrementa su consumo llegar a consumir más de 80 cigarrillos de PBC, lo hace con amigos o solo.

Ha realizado diversas ocupaciones, pero no ha sido constante en ellos; de niño era alegre y sociable, con temores a la oscuridad; en su adolescencia cambia, se muestra impulsivo, rebelde; durante la adultez es agresivo con sus familiares, desordenado, impuntual.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES.

Paciente aparenta la edad referida, se encuentra parcialmente aliñado; se mostró suspicaz y poco colaborador en las primeras evaluaciones, en las siguientes fue amistoso y participó activamente. Orientado en tiempo, persona y espacio; de lenguaje comprensible, tono, curso y velocidad normales; pensamiento de curso normal, con tendencias a la abstracción, de carácter rumiante, caracterizado por preocupaciones acerca de seguir trabajando y dejar las drogas, miedo a seguir envejeciendo e ideas de fracaso sobre su rehabilitación. Capaz de focalizar y concentrar su atención por un tiempo prudente, comprender sus relaciones y planificar objetivos. Memoria de largo y corto plazo conservados. Niega alucinaciones de algún tipo, presenta deseos y ensoñaciones de consumo, flashbacks; no se encuentra a gusto con su cuerpo.

Lee y escribe correctamente, interpreta información, relaciones entre los objetos y fenómenos, diferencias entre éstas. Juicio conservado. Con sentimientos de minusvalía, pesimismo acerca de su situación, capacidades y metas, de ánimo decaído, rostro inexpresivo, de voz monótona; se observa una reducción de su energía, falta de motivación y pérdida del interés. Presenta sentimientos de culpa, con parcial conciencia de enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Paciente con un CI de 88 que corresponde a una categoría Normal Bajo, no presenta indicadores de lesión cerebral, así mismo presenta una fuerte tensión interna con tendencia a la exageración de sus problemas, con sentimientos de incapacidad para enfrentar y resolver sus problemas por sí mismo; tendencias a posponer el enfrentamiento de las situaciones conflictivas utilizando alguna sintomatología física. De intensos sentimientos de inseguridad, pesimismo hacia sus actividades, capacidades y metas, presencia de ideas de culpa, baja tolerancia a la frustración y al rechazo, propenso a la dependencia de las personas por las que se

siente aceptado. Proclive a evitar responsabilidades y compromisos; el paciente trata de conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar sobre las consecuencias. Rumiant, con tendencias hacia el perfeccionismo, al aislamiento y la fantasía. M. es capaz de entender las relaciones entre los objetos que le rodean, planificar y así dirigir su conducta hacia un objetivo y una meta, buscando una solución hacia los problemas que se le puedan presentar.

VII. DIAGNÓSTICO.

Paciente se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio; lenguaje, juicio, atención y memoria conservadas; con tendencia a la rumiación de ideas, de afecto congruente, con ideas de minusvalía. Paciente con un CI de 88 y sin indicadores de lesión cerebral, con sentimientos de incapacidad para enfrentar y resolver sus problemas, de intensos sentimientos de inseguridad, baja tolerancia a la frustración; proclive a evitar responsabilidades y compromisos, baja capacidad de *insight* y parcial conciencia de enfermedad.

M. presenta **trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas (F.19)**, debido al consumo ininterrumpido durante 25 años aproximadamente de Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, PBC.

VIII. PRONÓSTICO.

Reservado, debido a características de personalidad, parcial conciencia de enfermedad, el tiempo de consumo de drogas y sus constantes recaídas.

IX. RECOMENDACIONES.

- a. Seguir el tratamiento farmacológico para contrarrestar la sintomatología orgánica derivada de la abstinencia.
- b. Terapia Individual.
- c. Terapia familiar.

Raúl César Solís Endara

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN.

1. Nombres y Apellidos : M.
2. Edad : 43 años
3. Sexo : Masculino.
4. Fecha de Nacimiento : 01 / 12 / 1972
5. Lugar de Nacimiento : Arequipa.
6. Lugar de Procedencia : Arequipa.
7. Grado de Instrucción : Superior incompleto.
8. Estado Civil : Soltero.
9. Religión : Católico.
10. Informante : Paciente.
11. Lugar de Evaluación : Institución de salud
12. Fecha de evaluación : 15, 19, 22, 26 / 06 / 2015
6, 10 / 07 / 2015
13. Examinador : Raúl César Solís Endara.
Bachiller en Psicología

II. DIAGNÓSTICO.

Paciente se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio; lenguaje, juicio, atención y memoria conservadas; con tendencia a la rumiación de ideas, de afecto congruente, con ideas de minusvalía. Paciente con un CI de 88 y sin indicadores de lesión cerebral, con sentimientos de incapacidad para enfrentar y resolver sus problemas, de intensos sentimientos de inseguridad, baja tolerancia a la frustración; proclive a evitar responsabilidades y compromisos, baja capacidad de *insight* y parcial conciencia de enfermedad.

M. presenta **trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas (F.19)**, debido al consumo ininterrumpido durante 25 años aproximadamente de Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, PBC.

III. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Propiciar la conciencia de enfermedad del paciente.
- Otorgar al paciente herramientas de control de impulsos.
- Proveer técnicas del control de la ansiedad.
- Promover la reinserción laboral del paciente.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO.

A. PRIMERA SESIÓN.

- 1. Terapéutica** : Cognitivo – Conductual.
- 2. Técnicas** : Entrevista Motivacional.
- 3. Objetivo** : Propiciar la conciencia de enfermedad del paciente.
- 4. Tiempo** : 45 minutos.
- 5. Materiales** : Una silla cómoda.
- 6. Descripción**

Se dio la bienvenida al paciente y se dialogó acerca de las actividades agradables que ha realizado últimamente, así como las que más le gustaba realizar cuando tenía menos edad; luego de establecer el clima de confianza se llevará a cabo sin confrontar al paciente, sin hacerle sentir interrogado, evitando etiquetar y hacer un juego de preguntas – respuestas cortas; se empezó haciendo preguntas abiertas acerca de la problemática del paciente, mostrando apertura y escucha reflexiva, procurando que el paciente sea el que hable la mayor parte del tiempo; luego hacer afirmaciones motivadoras sobre la necesidad de mejora de la situación actual del paciente, así mismo resumir el relato del paciente en oraciones sencillas y comprensivas.

Se le indicó al paciente que cualquier cosa o comportamiento que deseé cambiar estará siempre en sus manos, que el paciente requiere trabajar en su “dificultad” (en el caso que lo desee) para poder mejorar y que el terapeuta está para brindarle todo su apoyo, siempre y cuando el cambio sea deseado (motivación personal) y consentido. Al final de la sesión se le hizo un resumen

del trabajo terapéutico a seguir, relatándole algunos alcances sobre la siguiente sesión.

B. SEGUNDA SESIÓN.

- 1. Terapéutica** : Reflexología.
- 2. Técnicas** : Respiración y Relajación Muscular.
- 3. Objetivo** : Permitir al paciente que pueda relajarse y respirar adecuadamente para poder controlar las reacciones de ansiedad y estrés.
- 4. Tiempo** : 45 minutos.
- 5. Materiales** : Una silla cómoda.
- 6. Descripción.**

Se dio la bienvenida al paciente y se le habló de la importancia que tiene la respiración en el afrontamiento de las circunstancias de la vida diaria, y cómo ésta repercute en la salud de las personas y que después de practicarla sentirá sus efectos casi inmediatamente, y ello acompañado de una relajación completa, le hará recuperar el equilibrio del cuerpo y con ello podrá afrontar, pensar eficazmente acerca de lo que le está pasando.

Se le indicó que se siente lo más cómodamente posible, y que empiece a respirar lenta y profundamente (respiraciones diafrágmáticas completas), se acompañó y realizó las mismas con el paciente. Una vez que esté correctamente oxigenado se procederá a realizar la sesión de relajamiento muscular progresivo de Jacobson, terminada la relajación se volverá a hacer respirar y se le darán órdenes sugestivas “ya me siento mucho mejor, me siento capaz de superar todo, puedo hacerlo”, luego se hará un pequeño diálogo dirigiendo la conversación a que “ya está mucho mejor”, “su cuerpo está equilibrado” y que tiene que practicar ello una vez al día hasta la siguiente sesión.

C. TERCERA SESIÓN.

- 1. Terapéutica :** Conductual.
- 2. Técnicas :** Relajación por medio de señales.
- 3. Objetivo :** Proveer técnicas para el control de la ansiedad.
- 4. Tiempo :** 45 minutos.
- 5. Materiales :** Una Silla cómoda y una liga.
- 6. Descripción :**

Se dio la bienvenida al paciente y se estableció un diálogo coloquial sobre cómo le fue en la semana, y cómo le resultó practicar la relajación, luego de ya haber dominado la relajación progresiva, se le pedirá al paciente que empiece a relajarse y cuando ya se encuentre más tranquilo y respirando adecuadamente, se le dirá la palabra “calma” cada vez que el paciente exhale, con voz baja y tranquila, luego se le pedirá a la paciente que repita junto con el terapeuta, “Calma”, luego de haber practicado esta técnica el terapeuta le presentó los estímulos frente a los cuales la paciente muestra signos de ansiedad, es decir, hacerle recordar sus trabajos, la presión de sus padres, para lo cual la paciente seguirá respirando y repitiéndose en forma sosegada “Calma”.

Luego se le exhortó al paciente que aplique esta técnica en circunstancias de su vida.

D. CUARTA SESIÓN

- 1. Terapéutica :** Psicología Individual de Alfred Adler.
- 2. Técnicas :** Apretar el botón.
- 3. Objetivo :** Otorgar al paciente el sentimiento de control sobre sus emociones y pensamientos.
- 4. Tiempo:** 45 minutos.
- 5. Materiales:** Una Silla cómoda.
- 6. Descripción:**

Se dio la bienvenida al paciente y se estableció un diálogo coloquial sobre cómo le fue en la semana, y qué bien le resultó practicar la relajación, se hablará de los recuerdos más bonitos y agradables que el paciente tuvo durante su vida, así como del pensamiento que en este momento causa mayor angustia, se le hizo una breve explicación al paciente la metodología de la técnica. Se realizó una serie de respiraciones para relajar al paciente e imaginaremos uno de los momentos más felices de nuestra vida, luego intempestivamente haremos que venga uno de los pensamientos negativos, complicamos la circunstancia, luego el terapeuta hará salir de la situación escabrosa con la palabra “**Basta**”, y el paciente repitió con él, y redirigirá su pensamiento hacia esa situación tranquila y feliz, ello se repitió un número prudente de veces, y se asociará con la liga, diciéndole que cada vez que no pueda gritar use la liga y ello funcionará como un basta.

E. QUINTA SESIÓN.

- 1. Terapéutica :** Psicoterapia Dialéctica.
- 2. Técnicas :** Reestructuración de la utilización del tiempo real.
- 3. Objetivo :** Otorgar al paciente orientación acerca del uso de su tiempo libre, las actividades que le satisfagan.
- 4. Tiempo :** 45 minutos.
- 5. Materiales :** Una silla cómoda.
- 6. Descripción :**

Se dio la bienvenida al paciente, luego se le preguntó por las actividades que más le guste, y las que le gustaría realizar, se indagó acerca de los deportes que practica el paciente, así como el tipo de libros que lee, exceptuando la televisión.

Luego se le planteó establecer un horario de actividades, en las cuales se incluyan los deportes que más le agradan, una cantidad de tiempo diaria de lectura de entretenimiento e inscribirse en una academia de idiomas.

F. SEXTA SESIÓN

- 1. Terapéutica :** Psicoterapia Dialéctica
- 2. Técnicas :** Psicoterapia Superestructural - Biblioterapia
- 3. Objetivo :** Reestructurar el proyecto de vida y el sentido de existencia del paciente.
Instaurar la automotivación en el paciente mediante la biblioterapia
- 4. Tiempo :** 45 minutos
- 5. Materiales :** Una silla cómoda

Libros: **Miguel Strogoff** (Julio Verne)

Así se Templó el Acero (Nikolai Ovstrovsky)

Crimen y Castigo (Fiódor Dostoievsky)

6. Descripción :

Se le dio la bienvenida al paciente, se le preguntó acerca de su trabajo como vendedor de libros, y cuántos de ellos ha leído; se le indicó que se trabajará con bibliografía (literatura) de la cual se hizo una discusión semanal. Se establecerá un programa de los capítulos a discutirse, y se comentó los pasajes que el paciente haya considerado más interesantes, así como los pasajes que el terapeuta ha elegido para la motivación para el cambio en el paciente. Luego de haber concluido por los textos sugeridos por el terapeuta, el paciente podrá sugerir algunos textos que desea leer, y se hará una programación de los siguientes textos.

G. SÉPTIMA SESIÓN.

- 1. Terapéutica :** Cognitivo – Conductual
- 2. Técnicas :** Persuación y consejería
- 3. Objetivo :** Promover la reinserción laboral del paciente
- 4. Tiempo :** 45 minutos

5. Materiales : Una silla cómoda

6. Descripción :

Se le dará la bienvenida al paciente, se le preguntará acerca de su trabajo como vendedor de libros, como ayudante de ferretería en la empresa de sus padres y otras ocupaciones que haya tenido con el objetivo de crear un clima de confianza propicio para entablar la entrevista. Se le preguntará sobre las actividades laborales en las cuáles tuvo mayor éxito y satisfacción, así como las cosas que le gusta hacer, se le propondrá realizar la búsqueda de un trabajo, donde el paciente considere que le irá mejor, asimismo se le exhortará a que nuevamente apoye en la ferretería de sus padres.

V. LOGROS OBTENIDOS

A. Primera Sesión

Se logró motivar al paciente a realizar el trabajo terapéutico hasta antes de su salida de alta del Servicio de Psiquiatría, realizando las siguientes sesiones con normalidad y apertura por parte del paciente.

B. Segunda Sesión

Los ejercicios de la primera sesión fueron satisfactorios, el paciente logró concentrarse y relajarse; se le dejó encargado que practique antes de dormir, luego se hicieron 3 sesiones adicionales de relajación, mostrando notable mejoría en el aspecto del paciente (menos ojeras, más calmado y con mayor predisposición para las sesiones posteriores.)

C. Tercera Sesión

Hubo una notable mejoría debido al uso de las señales, el paciente cada vez que trabajaba la relajación, se repetía la palabra clave “calma” y conseguía con mayor rapidez el estado de relajación. Esta técnica se aplicó en todas las sesiones de relajación.

D. Cuarta Sesión

Se realizó satisfactoriamente las actividades involucradas en esta sesión, el primer entrenamiento hizo que el paciente se sienta con mayor mejoría, se le explicó con posterioridad que mediante esa técnica podía sentir el control de las emociones y de impulsos con la sola palabra “Basta”. El paciente refiere haber sentido la angustia de recordar los problemas de consumo y cuando se dejaba llevar por sus impulsos, y luego cuando recibe el estremecimiento de la palabra señal, se traslada a la sensación bienhechora del recuerdo alegre y feliz.

E. Quinta Sesión

Se le indica al paciente que es necesario estructurar su tiempo, persuadiéndole de la necesidad mantenerse el mayor tiempo posible; consultándole qué actividades preferiría hacer, se lleva a cabo un esbozo de horario de actividades; lamentablemente no se puede hacer el seguimiento de dicho horario a causa de la salida de alta del paciente.

F. Sexta Sesión

Se le otorga al paciente el texto de Miguel Strogoff de Julio Verne, se le explica al paciente el objetivo de la actividad, se programa discusiones y comentarios, sin embargo no se puede concluir el libro debido a la alta del paciente.

G. Séptima sesión.

No se pudo realizar esta sesión debido a que el paciente fue dado de alta.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Continuar con el tratamiento farmacológico para contrarrestar la sintomatología orgánica derivada de la abstinencia.
- b. Brindar mayor soporte emocional y conductual a los miembros de la familia, para lograr la mejora del paciente.
- c. Continuar con las sesiones terapéuticas inconclusas

Raúl César Solís Endara
Bachiller en Psicología

**ANEXOS
CASO
CLÍNICO**

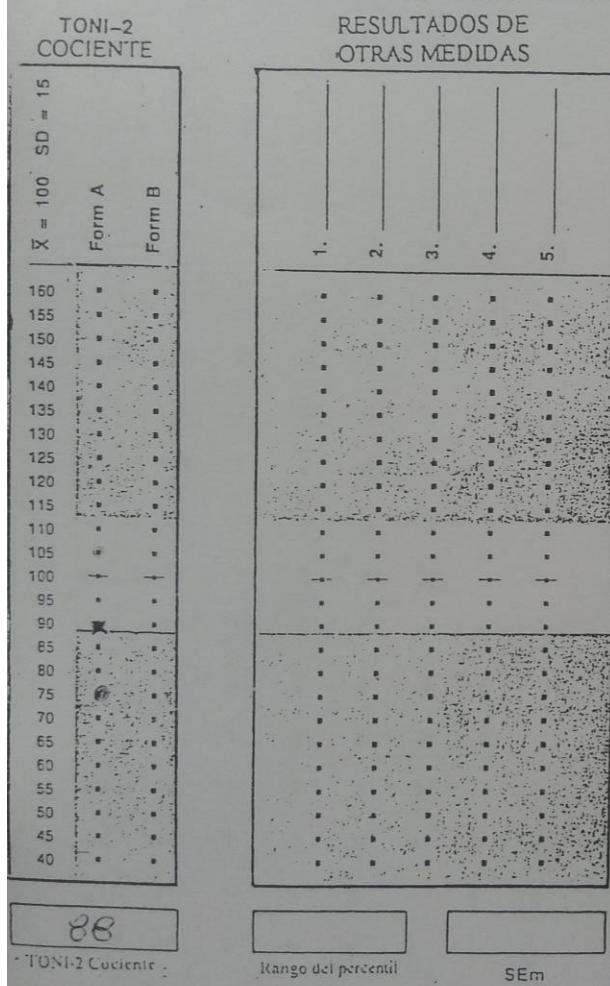
N° 1

TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba



Sección III. Datos de Pruebas adicionales

Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: Mario

Nombre del padre o tutor del examinado: _____

Colegio: _____ Grado: _____

Nombre del Examinador: Raúl Solís Endara

Título del Examinador: Bachiller en Psicología

Año _____ Mes _____

Fecha de Evaluación: 2015

06

Fecha de Nacimiento: 1972

12

Edad Actual: 42

6

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? Servicio de Emergencias

¿Cuál fue el motivo de referencia? _____

¿Con quién se discutió la referencia del examinado?

Servicio de Preparatoria del Hospital Regional Montero Delgado

Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.

Administración Grupal (G) ó Individual (I) I

Variables de Ubicación:

Interferente (I) ó No interferente (N)

Nivel de ruido

N

Interrupciones, distracciones

N

Luz, temperatura

N

Privacidad

N

Otros _____

Variables de Evaluación:

Interferente (I) ó No interferente (N)

Comprensión del contenido de la prueba

N

Comprensión del formato de la prueba

N

Nivel de Energía

N

Actitud frente a la prueba

N

Salud

N

Rapport

N

Oídos _____

Marco Antonio

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

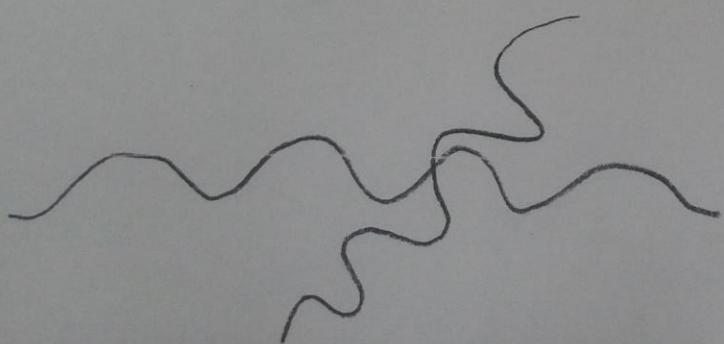
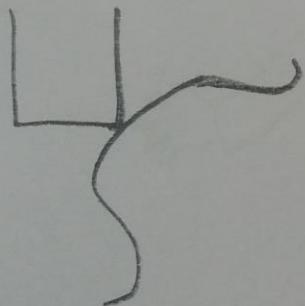
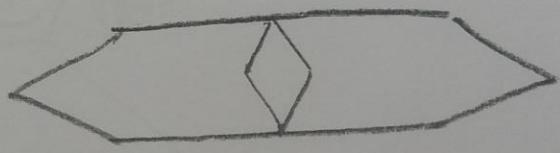
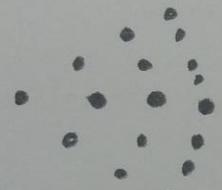
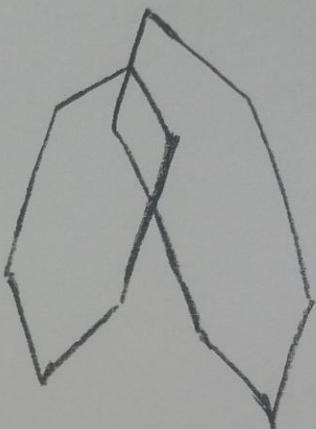
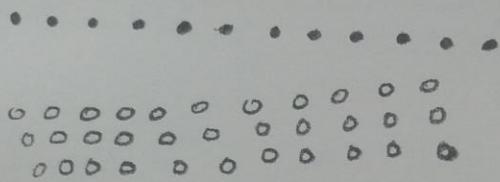
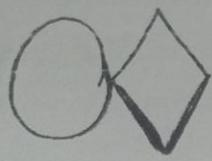
yrs. > <u>1</u>	1. 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6	29. 1 2 3 4 5 6
	1. 2. 1 2 3 4 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6	30. 1 2 3 4 5 6
	1. 3. 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6	31. 1 2 3 4 5 6
	1. 4. 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5 6	32. 1 2 3 4 5 6
rs. > <u>1</u>	5. 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5 6	33. 1 2 3 4 5 6
	1. 6. 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6	34. 1 2 3 4 5 6
	1. 7. <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6	35. 1 2 3 4 5 6
	1. 8. 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6	36. 1 2 3 4 5 6
	1. 9. 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5 6	37. 1 2 3 4 5 6
is. > <u>1</u>	10. 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 6	38. 1 2 3 4 5 6
	0. 11. <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6	39. 1 2 3 4 5 6
	1. 12. 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3 4 5 6	40. 1 2 3 4
2	1. 13. 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6	41. 1 2 3 4
	1. 14. 1 2 3 4 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6	42. 1 2 3 4 5 6
> <u>1</u>	15. 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/>	43. 1 2 3 4 5 6
	1. 16. <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5 6	44. 1 2 3 4 5 6
	1. 17. 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5 6	45. 1 2 3 4
	0. 18. 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5 6	46. 1 2 3 4 5 6
	1. 19. 1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/>	47. 1 2 3 4
> <u>1</u>	20. 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5 6	48. 1 2 3 4 5 6
	1. 21. 1 2 3 4 5 6	49. 1 2 3 4 5 6
	0. 22. 1 2 3 4 5 6	50. 1 2 3 4 5 6
	1. 23. 1 2 3 4 5 6	51. 1 2 3 4 5 6
	0. 24. 1 2 3 4 5 6	52. 1 2 3 4 5 6
> <u>1</u>	25. 1 2 3 4 5 6	53. 1 2 3 4 5 6
	0. 26. 1 2 3 4	54. 1 2 3 4 5 6
	0. 27. 1 2 3 4 5 6	55. 1 2 3 4 5 6
	20. 1 2 3 4	

PD = 22

CJ 88 % K. 21

Mario Antonio

12.00



Allen Adams

S. Black



**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT
HOJA DE RESPUESTA**

APELLIDO PATERNO	NOMBRES	
		<i>Raúl Antonio</i>

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

ESCUELA

M	X	F
---	---	---

AÑO	1972	MES	12	DIA	01
-----	------	-----	----	-----	----

FECHA DE APLICACIÓN *29 oct 15*

Marque con un aspa (X) LA LETRA V (Verdadero) o F (falso), según sea su respuesta

01	X	F
02	V	X
03	V	X
04	X	F
05	X	F

16	X	F
17	X	F
18	X	F
19	V	X
20	X	F

31	X	F
32	X	F
33	X	F
34	X	F
35	V	X

46	X	F
47	X	F
48	V	X
49	X	F
50	V	X

61	X	F
62	X	F
63	X	F
64	V	X
65	X	F

06	X	F
07	X	F
08	X	F
09	X	F
10	X	F

21	X	F
22	X	F
23	X	F
24	X	F
25	V	X

36	X	F
37	V	X
38	X	F
39	X	F
40	X	F

51	X	F
52	X	F
53	X	F
54	X	F
55	X	F

66	X	F
67	X	F
68	V	X
69	X	F
70	X	F

11	V	X
12	X	F
13	X	F
14	X	F
15	V	X

26	V	X
27	X	F
28	X	F
29	V	X
30	V	X

41	X	F
42	X	F
43	X	F
44	X	F
45	V	X

56	X	F
57	X	F
58	X	F
59	X	F
60	V	X

71	V	X
L1		
F	□	
K		
HS		
1+5K		
D	2	
H1	3	
Dp	4+4K	
Pa	6	
Pt	7+1K	
Es	8+1K	
Ma	9+2K	

Pa □
 P+□□□
 K
 HS □□
 D □□
 L1 □□□
 F □□□
 Ma □□

	L	F	K	HS 1+5K	D 2	H1 3	Dp 4+4K	Pa 6	Pt 7+1K	Es 8+1K	Ma 9+2K
Puntuación directa	7	S	1	7	12	14	11	6	13	14	8
Puntuación MM	4	14	5	16	35	32	28	15	32	40	22
Añadir K				3			2		5	5	1
Puntaje T	4	14	5	19	35	32	30	15	37	45	23
	50	76	36	70	94	78	76	70	79	94	65

Examinador (a) *Raúl César Asturias Enderezo.....* Fecha *29 oct 15*

**CASO
CLÍNICO**

Nº 2

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	S
Edad	:	20 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	09-05-1996
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Grado de Instrucción	:	Superior
Estado Civil	:	Soltero
Procedencia	:	Arequipa
Ocupación	:	Estudiante
Religión	:	Católico
Lugar de Evaluación	:	Consultorio de Psicología-PS Villa Jesús
Fecha de evaluación	:	05-07-16
Informantes	:	La Madre, y el paciente
Evaluador	:	Mauro Alberto Vega Quispe Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta en compañía de su madre, refiriendo: “tengo problemas con los videojuegos y siento que me ocasiona problemas”. Siempre se ha considerado una persona introvertida, que le cuesta hacer amigos, tiene problemas para socializar. Este año ha dejado los estudios por sus bajas notas debido a que siente que no puede controlar el impulso de salir a jugar a las cabinas de internet y frecuentemente presenta irritabilidad, apatía, e incluso agresividad verbal dirigida hacia sus padres.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Desde la infancia el paciente fue un niño tímido, no tenía muchos amigos, es a partir de 13 años que empieza a asistir a lugares donde alquilan juegos de video indicando que lo llevó uno de sus compañeros; cada tarde saliendo del colegio concurría a esos lugares por un lapso de media a una hora, asimismo evidenciaba una tendencia a sentirse nervioso, inquieto cuando no tenía dinero para satisfacer sus ansias de jugar, no le gustaba salir a reuniones sociales ni a fiestas donde haya mucha concurrencia de personas. Trascurrido un tiempo, las horas de juego fueron incrementándose llegando inclusive a faltar a clases y a coger dinero de los padres para seguir con sus juegos. Para evitar ello su padre le compró una consola de juegos de video (Play Station 2) para que pudiese jugar en casa y no salga por prolongados tiempos fuera de su hogar por los peligros que tiene la zona de residencia. No obstante, al pasar el tiempo S empezó a salir de nuevo indicando que era para hacer trabajos propios de la universidad por lo que los padres le compran una computadora y adquieren el servicio de internet, lo que originó que se encierre en su habitación, inclusive pernoctar jugando el popular juego en red “DOTA”. Sus padres son comerciantes, y el ritmo de trabajo que llevan no les permite permanecer mucho tiempo al lado de sus hijos y llevar un control como ellos quisieran, por lo que fue difícil darse cuenta de lo ocurrido, sobre todo en el paciente ya que es el hijo mayor y tenía mayor responsabilidad dentro de su hogar. El paciente tenía la libertad para reforzar sus conductas enfocadas hacia el ocio y una probable adicción hacia los juegos de video.

En las últimas semanas, ante el control y restricción de sus padres, Saúl huyó de su casa por un lapso de 3 días, indicando que todo el tiempo estuvo en unas cabinas de internet jugando, y que solo salía de ese lugar para comer, al quedarse sin dinero regresa a su casa, generando varias discusiones con sus padres. Ante estos sucesos y después de una extensa discusión con sus padres decide asistir a terapia.

Tiempo de enfermedad: aproximadamente siete años, aunque el paciente refiere tres años que considera como un problema.

Síntomas principales: ansiedad, agresividad, cambios repentinos de humor, conductas evitativas, poca tolerancia a la frustración.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Etapa Prenatal

Embarazo no planificado, pero aceptado por la madre desde un inicio, más no por el padre, quien consideraba que aún no estaba listo para asumir la responsabilidad de educar a un hijo, pero la aceptación vino culminando el último mes de embarazo. El tiempo de gestación fue de 9 meses aproximadamente, el embarazo no presentó riesgos, durante este periodo se presentaron problemas de pareja que lograron superar. No obstante, la madre acudió a todos los controles muchas veces en ausencia del padre.

Etapa Post- Natal

Nacido de parto Natural sin complicaciones, pesó al nacer 3.700 kg., Talla 48 cm., recibió vacunas completas, el tiempo de lactancia materna exclusiva hasta el año y medio aproximadamente. Con respecto a su desarrollo psicomotor se llevó a cabo dentro de los parámetros normales.

Niñez

Tranquilo, tímido, caprichoso, poco sociable; rodeado de un ambiente de libertades, donde su limitado control por parte de los padres, por motivos laborales, le permitía manejar su tiempo a su antojo; los padres buscaron subsanar todo ello con incentivos (juguetes, golosinas) mas no enseñarle que todo lo que quería obtener tenía que ganárselo, puede ser el origen de su rebeldía. La situación es diferente con su hermano menor en cuatro años a quien los padres ejercen mayor control y comunicación.

Etapa Escolar

S cursó el nivel inicial a la edad de 4 años sin dificultad alguna. A la edad de 6 años estudió el nivel primario, en el Colegio José María Arguedas. A los 12 años, sus estudios secundarios los realizó en el Colegio Manuel Muñoz Najar. De rendimiento académico promedio, responsable en sus tareas, pero poco exigente consigo mismo. Desde la secundaria ya evidencia conductas ansiosas, y de aislamiento, le costaba interactuar con muchos de sus compañeros, que inclusive lo molestaban por no ser sociable. Mostraba ansiedad y nerviosismo a la hora de

exponer y no era participativo en actividades propias del centro educativo. No mostraba señales de competitividad en actividades académicas.

Concluye sus estudios secundarios sin alterar su rendimiento académico, sin metas profesionales en su pensar. En un primer intento postula a una universidad pública donde no logra ingresar a la carrera profesional de Ingeniería Civil, por lo que se matricula en una academia preuniversitaria, y en un segundo intento logra ingresar a dicha carrera y decide iniciar los estudios sin mostrar entusiasmo, por ello se ausentaba en reiteradas veces para ir a jugar en cabinas de internet, por ello empezó a reprobar cursos, provocando discusiones con la madre quien alentaba a que concluya la carrera. Es en junio del presente año, que abandona la universidad por problemas de bajo rendimiento y ausentismo. El paciente refiere que le gustaría estudiar computación, diseño gráfico, pero que no tiene la aprobación de los padres por ser carrera no profesional.

Desarrollo y función sexual

El paciente no recibió información sobre sexualidad y roles de género por parte de sus padres, por lo que todo su aprendizaje fue influenciado por su limitado grupo amical. En el ámbito sentimental precisa que sólo ha tenido una enamorada, asimismo afirma no haber iniciado su vida sexual hasta el momento.

Hábitos e influencia nocivos

A los 16 años empieza el consumo de alcohol en la fiesta de promoción, siendo esta la única vez que lo hizo. No evidencia consumo de tabaco, ni drogas, ni otra sustancia psicoactiva. A la edad de 13 años empieza con los juegos de video hasta la actualidad donde inclusive prefiere pernoctar jugando.

Personalidad Pre-mórbida

El paciente fue un niño tímido, tranquilo, jugaba con otros niños de su misma edad, aunque prefería jugar solo en su casa o en el puesto de sus padres cuando estaba con ellos, en su pubertad da inicio a conductas de rebeldía, sobre todo cuando le hacían reclamos, por lo que se hace notoria su poca expresividad, mostrándose evitativo, impaciente, poco tolerante a la frustración y a correctivos por parte de los padres o familiares.

Composición Familiar

S es el primero de dos hijos, la familia está integrada por su padre de 45años, con secundaria completa, quien trabaja como comerciante en su negocio propio, con horario de 12 horas. La madre de 40 años, con secundaria completa, trabaja junto con su pareja. El hermano menor de 12 años cursa actualmente el nivel secundario.

Dinámica Familiar

Desde la infancia existía mayor apego hacia el padre, quien siempre fue el consentidor, mas no así con la madre a quien consideraba como muy rígida, y poco comprensiva. Es a partir de los 13 años, a raíz de las conductas antes mencionadas por el paciente, incrementa el distanciamiento con ambos padres, sobre todo con la madre, llegando la convivencia a tornarse dificultosa. El paciente mantiene buena relación con su hermano menor, procurando ayudarle en lo que pueda.

Condición Socioeconómica

El paciente y su familia viven en una zona urbana, la vivienda es propia, de material noble, cuenta con servicios de luz, agua, desagüe e internet. El sostenimiento del hogar está a cargo de ambos padres; la condición económica del hogar es media. Saúl es económicamente dependiente.

Antecedentes patológicos familiares

Su abuelo materno padece de diabetes, su abuelo paterno con hipertensión, su tío paterno falleció de cáncer.

VI. RESUMEN

El paciente, es el primero de dos hijos, de una familia nuclear de condición económica media. De embarazo no planificado, pero si aceptado por la madre y después por padre, el tiempo de gestación fue de 9 meses aproximadamente, sin complicaciones, hubo presencia de problemas de pareja, nació de parto natural con un peso de 3.700 kg y de talla 48 cm., el tiempo de lactancia materna exclusiva hasta el año y medio aproximadamente. De desarrollo psicomotor dentro de los parámetros normales. Desde la infancia existía mayor apego hacia el padre más no así con su madre a quien consideraba como muy rígida, y poco comprensiva.

De niño era tranquilo, tímido, caprichoso, poco sociable, de rendimiento académico promedio; trascurrida la secundaria empieza a evidenciar conductas ansiosas y de aislamiento, se mostraba nervioso al interactuar con sus amigos y compañeros de clase. Refiere que “solo consumió alcohol en una sola oportunidad a los 16 años”, niega consumo de sustancias psicoactivas; precisa que solo ha tenido una enamorada, asimismo afirma no haber iniciado su vida sexual hasta el momento.

Concluyó su educación secundaria sin objetivos profesionales claros. Ingresa a la universidad en su segundo intento, decide iniciar los estudios sin mostrar entusiasmo, ante las dificultades académicas se ausentaba en reiteradas veces para dedicarse a los juegos de video y empieza a reprobar cursos, provocando discusiones con la madre quien alentaba a que concluya la carrera. Saúl abandona la universidad por problemas de bajo rendimiento y ausentismo, donde evidencia tendencia a la depresión y aislamiento; asimismo incrementa su tiempo libre, conllevándolo a reforzar sus conductas adictivas hacia los juegos de video.

En las últimas semanas, ante el control y restricción de sus padres, el paciente huyó de casa por un lapso de 3 días indicando que todo el tiempo estuvo en unas cabinas de internet jugando, y que solo salía de ese lugar para comer, al quedarse sin dinero regresa a su casa, generando varias discusiones con sus padres.

Mauro Alberto Vega Quispe

Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	S
Edad	:	20 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	09-05-1996
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Grado de Instrucción	:	Superior
Estado Civil	:	Soltero
Procedencia	:	Arequipa
Ocupación	:	Estudiante
Religión	:	Católico
Lugar de Evaluación	:	Consultorio de Psicología-PS Villa Jesús
Fecha de evaluación	:	12-07-16
Informantes	:	El paciente
Evaluador	:	Mauro Alberto Vega Quispe Bachiller en Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta en compañía de su madre, refiriendo: “tengo problemas con los videojuegos y siento que me ocasiona problemas”. Siempre se ha considerado una persona introvertida, que le cuesta hacer amigos, tiene problemas para socializar. Este año ha dejado los estudios por sus bajas notas debido a que siente que no puede controlar el impulso de salir a jugar a las cabinas de internet y frecuentemente presenta irritabilidad, apatía, e incluso agresividad verbal dirigida hacia sus padres.

III. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Apariencia General y Actitud Psicomotora

El paciente es un joven de tez trigueña, ojos pardos, cabello corto castaño oscuro, contextura gruesa, su vestimenta es ordenada, aparenta la edad cronológica que posee, poco contacto visual, aseo y arreglo personal adecuado, de postura encorvada y marcha estable. Entabla una conversación pasiva y gestualmente es poco expresivo. La actitud hacia el examinador fue de aceptación y colaboración, no mostrando oposición para la realización de la entrevista, no obstante, responde con lentitud a preguntas realizadas y en ocasiones evitaba dar más detalles sobre el motivo por el cual fue llevado a consulta.

Molestia General y Manera de Expresarla

Muestra insatisfacción al hablar de la relación con sus padres, suele tener poca tolerancia a la frustración y baja capacidad para resolver problemas relacionados a la interacción con sus pares. Mostró conductas de aislamiento, evitación, nerviosismo, ansiedad, e irritabilidad.

IV. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Consciencia o Estado de Alerta

S se muestra en ocasiones distraído, aunque logra mantener la atención por un tiempo prudente cuando se le pide, lo cual no generó mayores inconvenientes en la entrevista al momento de recabar información y evaluar.

Atención

S logra mantener su atención y concentración por el tiempo requerido, dependiendo del tipo de preguntas presta atención voluntaria, así como desinterés en dar más detalles sobre ciertos episodios biográficos.

Orientación

S se encuentra orientado en persona, tiempo, lugar y espacio, logrando identificar la semana, el mes y el año donde se sitúa, asimismo es consciente de la hora, el día en el que se encuentra, no presenta ninguna dificultad para identificar dicha información. Asimismo, no tiene ninguna dificultad para orientarse en su espacio habitual, tampoco para ubicar el lugar donde vive. El paciente refiere correctamente su nombre, su edad, sin embargo, suele maximizar sus defectos, y minimizar sus cualidades, muestra una marcada impulsividad. Con Respecto a otras Personas, no presenta ninguna complicación para identificar a los demás.

Curso del Lenguaje

Su lenguaje es de velocidad lenta, no presenta ninguna peculiaridad al momento de expresarse, a salvedad de ciertas respuestas aceleradas que suele dar en momentos de tensión. La cantidad es correcta al momento de dar información, no obstante, la información brindada con respecto a la familia era más extensa aludiendo la disconformidad que sentían sus padres sobre las conductas de S, negando inicialmente sobre sus conductas problema y sobre la dificultad de relacionarse con sus familiares.

Pensamiento

En cuanto a su pensamiento, sus oraciones y frases presentan coherencia, pero enfocados hacia los juegos, tiende a minimizar su problema refiriendo: “hay muchas personas que inclusive juegan más y nadie les dice nada”, verbalizándolo efusivamente. Tiende a tomar detalles negativos y minimizarlos, al indicar “no considero que sea un problema, yo puedo estar sin jugar, aunque a veces me aburro”. En situaciones de extrema tensión familiar existe ideación de huida del hogar.

Percepción

Con respecto a su persona, no siente que tenga un problema que pueda afectar su vida, que puede controlar sus impulsos, que no hay nada extraño en él.

Memoria

El paciente conserva su memoria remota en un estado óptimo y acorde a la realidad. Además, su memoria reciente, en cuanto a los hechos cronológicos de su historia personal, no muestra señales de algún trastorno, no se encuentra alterada.

Funcionamiento Intelectual

Respecto a su concentración y Atención, muestra un estado de concentración dirigida a lo que se le va preguntando, no muestra dificultad para mantener su atención en el desarrollo de la entrevista. Cálculo aritmético y abstracción conservados. No muestra alguna alteración en su lectura y escritura; juicio conservado.

Estado de Ánimo y Afectos

El paciente se muestra nervioso, algo pasivo al momento de iniciar la entrevista, sin embargo, a medida que avanzaba la entrevista cambia el desinterés inicial y busca involucrarse en la conversación mostrando cierto optimismo y un mejor estado de ánimo.

Comprensión y Grado de Capacidad de la Enfermedad

El paciente analiza su situación dentro de su ámbito social y familiar, considera que su problema es algo normal en jóvenes de su misma edad, que hasta cierto punto no considera que sea un problema, “que sus padres hacen demasiados problemas por algo que todos hacen”, mencionando que puede controlar sus horas de juego. Sin embargo, se compromete a colaborar para mejorar su ambiente familiar y personal.

V. RESUMEN

El paciente es un joven de tez trigueña, ojos pardos, cabello corto castaño oscuro, contextura delgada, su vestimenta es ordenada, aparenta la edad cronológica que posee, poco contacto visual, aseo y arreglo personal adecuado, entabla una conversación pasiva, con respecto a la actitud hacia el examinador fue de aceptación y colaboración, responde con lentitud a preguntas realizadas y en ocasiones evitaba dar más detalles sobre el motivo por el cual fue llevado a consulta.

Expresa su malestar mediante respuestas agresivas, conductas impulsivas, y baja capacidad para resolver problemas relacionados a la interacción social. Muestra conductas de aislamiento, evitación, nerviosismo, ansiedad, e irritabilidad. Logra mantener su atención y concentración, no presenta alteraciones en el contenido y en el curso del lenguaje. De pensamiento coherente, a salvedad de la no aceptación total de su conducta problema; memoria remota y reciente conservada. Funcionamiento intelectual sin alteración, durante la entrevista suele mostrarse ansioso, por otro lado, S tiene aparente tener de enfermedad, pero lo minimiza señalando que es problema común, por ende, manifiesta compromiso de cambiar y controlar sus impulsos por los juegos de video.

Mauro Alberto Vega Quispe

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	S
Edad	:	20 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	09-05-1996
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Grado de Instrucción	:	Superior
Estado Civil	:	Soltero
Procedencia	:	Arequipa
Ocupación	:	Estudiante
Religión	:	Católico
Lugar de Evaluación	:	Consultorio de Psicología-PS Villa Jesús
Fecha de evaluación	:	19,26-07-16
Informantes	:	El paciente
Evaluador	:	Mauro Alberto Vega Quispe Bachiller en Psicología

II. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El paciente aparenta la edad que tiene, al inicio de las primeras evaluaciones mostró desconfianza hacia el evaluador, observándose mirada evitativa por momentos, durante la aplicación de las pruebas y posteriores sesiones mostró mayor colaboración frente a los reactivos e indicaciones que se le mostraban, realizando preguntas cuando necesitaba aclaración de ítems.

III.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas:

- Observación
- Entrevista

Pruebas psicológicas:

- Test de Inteligencia TONI-2
- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)-Versión Abreviada (Mini-Mult)
- Test proyectivo de Karen Machover (la figura humana)
- Inventario de ansiedad IDARE

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

AREA DE PERSONALIDAD

- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)-Versión Abreviada (Mini-Mult)

	L	F	K	HS 1+5K	D	Hi	Dp 4+4K	Pa	Pt 7+1K	Es 8+1K	Ma 9+2K
Puntuación directa	1	4	3	4	9	10	12	7	10	12	6
Puntuación MM	4	11	8	10	29	25	30	17	25	35	18
Añadir K				4			3		8	8	2
Puntaje T	4	11	8	14	29	25	33	17	33	43	20
	50	68	42	57	80	65	83	76	71	90	58

El paciente refleja una pobre autoestima, probablemente le gustará discutir problemas emocionales. Se encuentra moderadamente deprimido, preocupado y pesimista; además se muestra receloso, reacciona exageradamente a la opinión de los demás, inclinado a culpar a otros por sus propias dificultades; probablemente hay presencia de sentimientos de irrealidad, así como pensamientos y conducta bizarra o confusa que puede conllevar a tener actitudes extrañas y falsas creencias. Es consciente, ordenado y autocrítico; de igual manera rebelde e inconformista, caprichoso, poco serio, de sentimientos y lealtades superficiales, hallándose perturbaciones en sus relaciones familiares y sociales. Probablemente es enérgico y entusiasta, de varios intereses. Así mismo la cantidad de sintomatología física y preocupación acerca de las funciones corporales es semejante y ligeramente típica a la de los pacientes médicos

➤ Test Proyectivo de Karen Machover

Existen rasgos de infantilismo y dependencia, además de notoria expresión de ansiedad, rasgos de agresividad y/o ocultamiento; de igual manera denota falta de confianza en los contactos sociales, en la propia productividad o en ambas cosas. Así mismo existe cierta preocupación con respecto a la masculinidad y masturbación.

➤ Test de Inteligencia TONI-2

El evaluado posee un coeficiente intelectual total de 110, correspondiéndole un nivel de competencia ubicado en la categoría NORMAL. Lo que quiere decir que tiene la capacidad para enfrentarse a los retos que se le presente en la vida.

➤ Inventario de ansiedad IDARE

El paciente muestra rasgos de ansiedad moderada, responde a situaciones percibidas como amenazantes con intensidad, sentimientos de melancolía, excesiva preocupación, asimismo se siente tenso, nervioso y alterado cuando tiene asuntos que resolver lo que conlleva a que pierda oportunidades por no decidirse rápidamente.

V. RESUMEN

El paciente refleja una pobre autoestima, rasgos infantiles y dependencia; se encuentra moderadamente deprimido, preocupado y pesimista; además muestra rasgos de ansiedad moderada con sentimientos de melancolía, nerviosismo, por lo que conlleva a perder oportunidades; usualmente reacciona exageradamente a la opinión de los demás, inclinado a culpar a otros por sus propias dificultades; probablemente hay presencia de sentimientos de irreabilidad, así como pensamientos y conducta bizarra que puede conllevar a tener actitudes extrañas. Es rebelde e inconformista, caprichoso, poco serio, con rasgos de agresividad, de sentimientos y lealtades superficiales, hallándose perturbaciones en sus relaciones familiares y sociales. Probablemente es enérgico y entusiasta, de varios intereses. Asimismo, el paciente cuenta con la capacidad intelectual para enfrentarse a retos que se le presenten en la vida.

Mauro Alberto Vega Quispe

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	S
Edad	:	20 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	09-05-1996
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Grado de Instrucción	:	Superior
Estado Civil	:	Soltero
Procedencia	:	Arequipa
Ocupación	:	Estudiante
Religión	:	Católico
Lugar de Evaluación	:	Consultorio de Psicología-PS Villa Jesús
Fecha de evaluación	:	26-07-16
Informantes	:	La Madre, y el paciente
Evaluador	:	Mauro Alberto Vega Quispe Bachiller en Psicología

II.- MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a consulta en compañía de su madre, refiriendo: “tengo problemas con los videojuegos y siento que me ocasiona problemas”. Siempre se ha considerado una persona introvertida, que le cuesta hacer amigos, tiene problemas para socializar. Este año ha dejado los estudios por sus bajas notas debido a que siente que no puede controlar el impulso de salir a jugar a las cabinas de internet y frecuentemente presenta irritabilidad, apatía, e incluso agresividad verbal dirigida hacia sus padres.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas:

- Observación
- Entrevista

Pruebas psicológicas:

- Test de Inteligencia TONI-2
- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)-Versión Abreviada (Mini-Mult)
- Test proyectivo de Karen Machover (la figura humana)
- Inventario de ansiedad IDARE

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente, es el primero de dos hijos, de una familia nuclear de condición económica media alta. De embarazo no planificado, pero aceptado por la madre y después por padre, el tiempo de gestación fue de 9 meses aproximadamente, sin complicaciones, hubo presencia de problemas de pareja, nació de parto natural con un peso de 3.700 kg y de talla 48 cm., el tiempo de lactancia materna exclusiva hasta el año y medio aproximadamente. De desarrollo psicomotor dentro de los parámetros normales. Desde la infancia existía mayor apego hacia el padre, mas no así con su madre a quien consideraba como muy rígida, y poco comprensiva.

De niño era tranquilo, tímido, caprichoso, poco sociable, de rendimiento académico promedio; trascurrida la secundaria empieza a evidenciar conductas ansiosas y de aislamiento, se mostraba nervioso al interactuar con sus amigos y compañeros de clase. Refiere que “solo consumió alcohol en una sola oportunidad a los 16 años”, niega consumo de sustancias psicoactivas; precisa que solo ha tenido una enamorada, asimismo afirma no haber iniciado su vida sexual hasta el momento.

Concluyó su educación secundaria sin objetivos profesionales claros. Ingresa a la universidad en su segundo intento, decide iniciar los estudios sin mostrar entusiasmo, ante las dificultades

académicas se ausentaba en reiteradas veces para dedicarse a los juegos de video y empieza a reprobar cursos, provocando discusiones con la madre quien alentaba a que concluya la carrera. S abandona la universidad por problemas de bajo rendimiento y ausentismo, donde evidenciaba una tendencia a la depresión y aislamiento; asimismo incrementa su tiempo libre, conllevándolo a reforzar sus conductas adictivas hacia los juegos de video.

En las últimas semanas, ante el control y restricción de sus padres, S huyó de casa por un lapso de 3 días indicando que todo el tiempo estuvo en unas cabinas de internet jugando, y que sólo salía de ese lugar para comer, al quedarse sin dinero regresa a su casa, generando varias discusiones con sus padres.

V. OBSERVACIÓN GENERAL DE LA CONDUCTA

El paciente es un joven de tez trigueña, ojos pardos, cabello corto castaño oscuro, contextura delgada, su vestimenta es ordenada, aparenta la edad cronológica que posee, poco contacto visual, aseo y arreglo personal adecuado, entabla una conversación pasiva, con respecto a la actitud hacia el examinador fue de aceptación y colaboración, responde con lentitud a preguntas realizadas y en ocasiones evitaba dar más detalles sobre el motivo por el cual fue llevado a consulta.

Expresa su malestar mediante respuestas agresivas, conductas impulsivas, y baja capacidad para resolver problemas relacionados a la interacción social. Muestra conductas de aislamiento, evitación, nerviosismo, ansiedad, e irritabilidad. Logra mantener su atención y concentración, no presenta alteraciones en el contenido y en el curso del lenguaje. De pensamiento coherente, a salvedad de la no aceptación total de su conducta problema; memoria remota y reciente conservada. Funcionamiento intelectual sin alteración, durante la entrevista suele mostrarse ansioso, por otro lado, S aparenta tener conciencia de enfermedad, pero lo minimiza señalando que es problema común, por ende, manifiesta compromiso de cambiar y controlar sus impulsos por los juegos de video.

VI.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El paciente refleja una pobre autoestima, rasgos infantiles y dependencia; se encuentra moderadamente deprimido, preocupado y pesimista; además muestra rasgos de ansiedad moderada con sentimientos de melancolía, nerviosismo, por lo que conlleva a perder oportunidades; usualmente reacciona exageradamente a la opinión de los demás, inclinado a culpar a otros por sus propias dificultades; probablemente hay presencia de sentimientos de irreabilidad, así como pensamientos y conducta bizarra que puede conllevar a tener actitudes extrañas. Es rebelde e inconformista, caprichoso, poco serio, con rasgos de agresividad, de sentimientos y lealtades superficiales, hallándose perturbaciones en sus relaciones familiares y sociales. Probablemente es enérgico y entusiasta, de varios intereses. Asimismo, el paciente cuenta con la capacidad intelectual para enfrentarse a retos que se le presenten en la vida.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente posee un nivel de inteligencia promedio, se encuentra orientado en las esferas tiempo, persona y espacio, presenta rasgos de introversión, rebeldía, ansiedad, agresividad, perturbación del sueño, asimismo muestra irritabilidad, perdida de interés social, sin mostrar interés en iniciar y conservar amistades. Además de mostrarse nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego; ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito; miente para ocultar su grado de implicación en el juego; ha puesto en peligro su carrera académica o profesional a causa del juego, llegando a perder un año académico; después de perder, suele volver para intentar ganar, malgastando su tiempo. De acuerdo a los rasgos de personalidad suficientes y síntomas adyacentes el paciente muestra indicadores que nos indica que presenta:

Trastornos no relacionados con sustancias: Juegos Patológicos (DSM V).

VIII.- PRONÓSTICO

Reservado, existen contradicciones sobre el compromiso del paciente que limitan su conciencia de enfermedad, aunque verbalmente refiere buscar mejoras en su situación actual, asimismo logra comprender las consecuencias que sus conductas inadecuadas pueden conllevar. Por otro lado, cuenta con el apoyo familiar y la aceptación de parte de éstos, el paciente va a continuar el tratamiento largo e intenso.

IX.- RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual.
- Psicoterapia Familiar.

Mauro Alberto Vega Quispe

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	:	S
Edad	:	20 años
Sexo	:	Masculino
Fecha de Nacimiento	:	09-05-1996
Lugar de Nacimiento	:	Arequipa
Grado de Instrucción	:	Superior
Estado Civil	:	Soltero
Procedencia	:	Arequipa
Ocupación	:	Estudiante
Religión	:	Católico
Lugar de Evaluación	:	Consultorio de Psicología-PS Villa Jesús
Fecha de evaluación	:	02,09,17-08-16
Informantes	:	El paciente
Evaluador	:	Mauro Alberto Vega Quispe Bachiller en Psicología

II.- CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

El paciente posee un nivel de inteligencia promedio, se encuentra orientado en las esferas tiempo, persona y espacio, presenta rasgos de introversión, rebeldía, ansiedad, agresividad, perturbación del sueño, asimismo muestra irritabilidad, perdida de interés social, sin mostrar interés en iniciar y conservar amistades. Además de mostrarse nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego; ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito; miente para ocultar su grado de implicación en el juego; ha puesto en peligro su carrera académica o profesional a causa del juego, llegando a perder un año académico; después de perder, suele volver para intentar ganar, malgastando su tiempo.

De acuerdo a los rasgos de personalidad suficientes y síntomas adyacentes el paciente muestra indicadores que nos indica que presenta:

Trastornos no relacionados con sustancias: Juegos Patológicos (DSM V).

III.- OBJETIVOS GENERALES

- Propiciar la conciencia plena de enfermedad del paciente para su inserción a su vida cotidiana y académica.
- Otorgar al paciente herramientas de control de impulsos dirigido a los juegos y enfocarlos hacia otras actividades.
- Proveer técnicas del control de la ansiedad.
- Promover la reinserción del paciente a sus estudios universitarios u otra meta laboral.

IV.- TIEMPO DE EJECUCIÓN

La terapia constará de una sesión por semana, cada sesión tendrá una duración aproximada entre 40 y 45 minutos en cuatro sesiones por mes, los cuales se reforzarán al observar retraso en los avances, para posteriormente programar y continuar con la siguiente sesión.

V.- DESARROLLO DE LAS TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

PRIMERA SESIÓN	
Terapéutica	Cognitivo – Conductual
Técnicas	Entrevista Motivacional
Objetivo	Propiciar la conciencia de enfermedad del paciente
Tiempo Aproximado	40 - 45 minutos
Materiales	Una silla cómoda
Descripción: Se dio inicio con la bienvenida al paciente y se realizó un diálogo acerca de las actividades agradables fuera de los juegos de video que ha realizado últimamente, así como las que más le gustaba realizar cuando tenía menos edad; luego de establecer el clima de confianza, se llevó a cabo la sesión sin confrontar al paciente y procurando no sea un interrogatorio, evitando etiquetar y hacer un juego de preguntas – respuestas cortas; se empezó haciendo preguntas abiertas acerca de la problemática del paciente, mostrando apertura y escucha reflexiva, procurando que el paciente hable la mayor parte del tiempo; luego se hizo afirmaciones motivadoras sobre la necesidad de mejorar su situación actual, así mismo resumir el relato del paciente en oraciones sencillas y comprensivas. Se le indicó al paciente que cualquier cosa o comportamiento que desee cambiar estará siempre en sus manos, y que el terapeuta está para brindarle todo su apoyo, siempre y cuando el cambio sea deseado (motivación personal) y consentido. Al final de la sesión se le hizo un breve resumen del trabajo terapéutico a seguir, relatándole algunos alcances sobre la siguiente sesión.	
Logros Obtenidos: El paciente inició la sesión con leve sintomatología ansiosa como palmosudoración, nerviosismo, respondiendo con frases cortas o con un simple “si” o “no”, sin embargo, poco a poco fue cambiando su actitud y empieza a tornarse más activo y colaborador. Al final el paciente sale comprometido con su cambio indicando que le agrado la sesión.	

SEGUNDA SESIÓN	
Terapéutica	Reflexología
Técnicas	Respiración y Relajación Muscular
Objetivo	Permitir al paciente que pueda relajarse y respirar adecuadamente para poder controlar las reacciones de ansiedad y estrés
Tiempo Aproximado	40 - 45 minutos
Materiales	Una silla cómoda
Descripción: Se dio inicio a la sesión con la bienvenida al paciente y se le habló de cómo le fue en el transcurso de la semana, posteriormente se le indicó que haga respiraciones profundas y se le brinda información sobre la importancia que tiene la respiración en el afrontamiento de las circunstancias de la vida diaria, y cómo ésta repercute en la salud de las personas y que después de practicarla sentirá sus efectos casi inmediatamente, y ello acompañado de una relajación completa, le hará recuperar el equilibrio del cuerpo y con ello podrá afrontar eficazmente acerca de lo que piensa y le está pasando, posteriormente evocar mejores respuestas. Se le indicó que se siente lo más cómodamente posible, y que empiece a respirar lenta y profundamente (respiraciones diafrágmáticas completas), se acompañó y realizo las mismas con el paciente. Una vez que mencione sentirse correctamente oxigenado se procedió a realizar la sesión de relajamiento muscular progresivo de Jacobson. Terminada la relajación se vuelve a trabajar con la respiración y se le dio órdenes sugestivas “ <i>ya me siento mucho mejor, me siento capaz de superar todo, puedo hacerlo</i> ”, luego se hizo un pequeño diálogo dirigiendo la conversación a “ <i>ya estoy mucho mejor</i> ”, “ <i>mi cuerpo está equilibrado</i> ” y que tiene que practicar ello una vez al día hasta la siguiente sesión.	
Logros Obtenidos: El paciente inició la sesión con mayor confianza en comparación a la anterior, siendo participativo y colaborador en los ejercicios de respiración, recibe las indicaciones y las realiza con normalidad, aunque por momentos había que realizar el papel de modelo. Al final el paciente sale comprometido con realizar los ejercicios durante la semana.	

TERCERA SESIÓN	
Terapéutica	Psicología Individual de Alfred Adler
Técnicas	Técnica del botón
Objetivo	Otorgar al paciente el sentimiento de control sobre sus emociones y pensamientos
Tiempo Aproximado	40 - 45 minutos
Materiales	Una silla cómoda, una liga
Descripción:	
<p>Se dio la bienvenida al paciente y se entabló una pequeña conversación sobre los avances de la semana, y como le resultó practicar las respiraciones y la relajación; se habló acerca de los pensamientos, aquellos que nos ayudan a superar los impulsos y aquellos que nos hacen sucumbir ante ellas, y que gran parte de los problemas radican en ellos, que no pensamos adecuadamente, hay pensamientos que nos afectan más que otros, y que enfocaremos ello en esta sesión, “<i>identificar pensamientos que nos afectan</i>”. Se enfoca en que pensamientos están rumiando en la cabeza del paciente y cuál de ellos es el que le afecta más y genera las reacciones que ha tenido; nos centramos en los que le afectan más; se realizaron una serie de respiraciones e imaginamos un lugar tranquilo o agradable para el paciente y que, imaginativamente, aparece el “<i>perturbador</i>” o “<i>situación perturbadora</i>”, imaginamos este con la mayor cantidad de detalles, y cuando se vea claramente que no se puede superarlo se sale de esa situación regresando al pensamiento tranquilo; complicamos la circunstancia, ahora el terapeuta será el que haga salir al paciente de esa circunstancia con la palabra “basta”; el terapeuta dirá “basta” y el paciente repetirá con él e inéditamente redirigirá su pensamiento perturbado al pensamiento tranquilo, ello se repitió un numero prudente de veces, luego se dio indicaciones, que cuando tenga pensamientos como ese (perturbadores), él dirá basta y se trasladará a la situación tranquila; se le dará una liga y se le dará la indicación, “<i>que cada vez que esté en lugares públicos donde no pueda gritar, jalara la liga y ello funcionará como un basta</i>”.</p>	
Logros Obtenidos:	
El paciente inició la sesión, tranquilo, siendo colaborador con las indicaciones propuestas por el psicoterapeuta, durante los ejercicios el paciente mostró signos ansiosos lo que hace	

resaltar el compromiso del paciente. Al final de la sesión el paciente comenta sentir reducción de sus pensamientos hacia los juegos de video y que quiere reanudar sus estudios.

CUARTA SESIÓN	
Terapéutica	Reflexología
Técnicas	Respiración/Autoinstrucción
Objetivo	Que el paciente pueda darse instrucciones así mismo de cómo afrontar mejor las circunstancias
Tiempo Aproximado	40 - 45 minutos
Materiales	Una silla cómoda
Descripción: Se dará la bienvenida al paciente y se entablará un dialogo coloquial sobre cómo le fue en la semana, y que también le resultó practicar con el “basta” y con la liga. Luego se procederá a realizar la sesión de respiraciones y una breve relajación muscular. Se hablará acerca de las capacidades de decisiones que tiene cada uno, de cómo afrontar lo que decidimos hacer, y que somos nosotros los que tenemos la última palabra, por ello hay que saber orientarnos tener en cuenta que nos instruimos a nosotros mismos. Hablaremos del problema, que pasó, que se hizo él, y que nos dé una posible explicación de por qué reaccionó así en reiteradas oportunidades, luego se analizará junto con el paciente dicha reacción, y junto con él se verá “ <i>que se pudo haber hecho, que cree que se debió hacer, si se actuará de esa manera (más adecuada) ante circunstancias que generan ansiedad</i> ”, “ <i>que podría pasar, y ello sería mucho mejor, afrontarla más calmado y sesudamente con las decisiones que tomamos</i> ”. Se explicará que los cambios son progresivos y que siempre hay posibilidad de tener recaídas, y que lo importante es saber enfrentar esas recaídas, si nos equivocamos en una algo se puede volver a afrontarlo, pero de otra manera, la manera que se ha pensado, dándonos auto-instrucciones para el afrontamiento. Durante esa semana el Paciente tendrá que darse las auto-instrucciones en el afrontamiento de las circunstancias y que nos comente su experiencia en la siguiente sesión.	
Logros Obtenidos: Con esta sesión se busca concientizar acerca de las propias decisiones y sobre las recaídas que suelen ocurrir, por ello se le brinda herramientas de auto-instrucción para que pueda controlar los pensamientos e impulsos hacia sus conductas problema.	

QUINTA SESIÓN	
Terapéutica	Psicoterapia Dialéctica
Técnicas	Reestructuración de la utilización del tiempo real
Objetivo	Otorgar al paciente orientación acerca del uso de su tiempo libre, las actividades que le satisfagan
Tiempo Aproximado	40 - 45 minutos
Materiales	Una silla cómoda
Descripción: Se dará la bienvenida al paciente, luego se hará una pequeña conversación de cómo le fue con las instrucciones de la sesión anterior, luego de ello se le preguntará por las actividades que más le guste, y las que le gustaría hacer, se indagará acerca de los deportes, música o hábitos que podría realizar el paciente, así como el tipo de libros que lee, exceptuando la televisión y la computadora. Luego se le planteará establecer un horario de actividades, en las cuales se incluyan los deportes que más le agradan, aprender a tocar un instrumento musical, una cantidad de tiempo diaria de lectura de entretenimiento e inscribirse en una academia de idiomas.	
Logros Obtenidos: Con esta sesión se busca en el paciente ocupar su tiempo libre en actividades que le generen satisfacción para posteriormente redirigir a actividades propias de su edad y responsabilidad.	

SEXTA SESIÓN	
Terapéutica	Cognitivo-Conductual
Técnicas	Orientación y Consejería
Objetivo	Propiciar que el paciente retome sus estudios universitarios
Tiempo Aproximado	40 - 45 minutos
Materiales	Una silla cómoda
Descripción:	
<p>Se dará la bienvenida al paciente, luego se hará una pequeña conversación de cómo le fue con las instrucciones de la sesión anterior, si realizó las actividades propuestas por el terapeuta y paciente, si el paciente ha cumplido con las metas propuestas, se le reforzara con incentivos verbales, felicitándolo y haciendo énfasis en los avances y los logros obtenidos, indicándole que si desea conseguir algo puede hacerlo.</p> <p>Luego se le planteará que ocupe parte de su tiempo libre en actividades que puedan favorecer en el retorno a sus estudios académicos, e inclusive disponer parte del tiempo en realizar actividades de mayor responsabilidad como realizar labores en el hogar o ayudar a los padres en el negocio familiar.</p>	
Logros Obtenidos:	
<p>Con esta sesión se busca que el paciente ocupe parte de su tiempo libre en actividades de mayor responsabilidad para que tome conciencia de su rol dentro de la familia y retome sus estudios.</p>	

AVANCES PSICOTERAPÉUTICOS

El paciente fue partícipe de tres sesiones de seis programadas, refiriendo sentir mejorías en la última sesión asistida, donde los avances fueron los siguientes:

En la primera sesión Saúl reduce su sintomatología ansiosa como palmosudoración, nerviosismo, además logra cambiar su actitud y empieza a tornarse más activo y colaborador.

Al final el paciente sale comprometido con su cambio indicando que le agrado la sesión

En la segunda la sesión refleja actitud positiva hacia la psicoterapia, siendo participativo y colaborador en los ejercicios de respiración, recibe las indicaciones y las realiza con normalidad, aunque por momentos había que realizar el papel de modelo. Al final el paciente sale comprometido con realizar los ejercicios durante la semana.

En la tercera sesión el paciente estuvo tranquilo, siendo colaborador con las indicaciones propuestas por el psicoterapeuta, durante los ejercicios el paciente mostró signos ansiosos lo que hace resaltar el compromiso del paciente. Al final de la sesión el paciente comenta sentir reducción de sus pensamientos hacia los juegos de video y que quiere reanudar sus estudios.

El paciente al sentir leves mejorías decidió suspender las sesiones terapéuticas, por motivos personales poco claras, indicando ya contar con el soporte para controlar el problema y carecer de tiempo para las siguientes sesiones.

Se le recomendó continuar con las sesiones psicoterapéuticas, debido a que podría manifestar recaídas y se tendría que empezar y modificar su plan de tratamiento.

Mauro Alberto Vega Quispe

Bachiller en Psicología

**ANEXOS
CASO
CLÍNICO**

N° 2

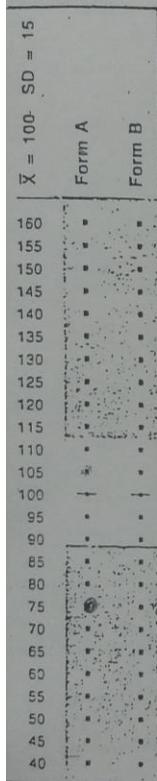
TONI-2

Test of Nonverbal Intelligence

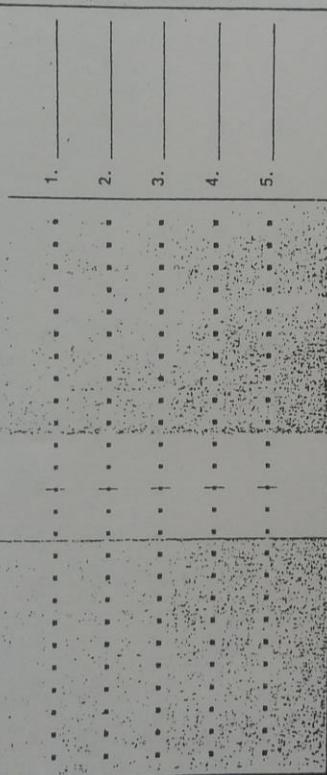
FORMA A
HOJA DE RESPUESTAS
Y FORMA DE REGISTRO

Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba

TONI-2
COCIENTE



RESULTADOS DE
OTRAS MEDIDAS



TONI-2 Coiciente:

Rango del porcén

SEM

Sección III. Datos de Pruebas adicionales

Nombre	Fecha de aplicación	Cociente equiv.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Sección I. Datos de Identificación

Nombre del examinado: Saul

Nombre del padre o tutor del examinado: _____

Colegio: _____ Grado: _____

Nombre del Examinador: Mauro Vega Quispe

Título del Examinador: Bach. en Psicología

Año Mes

2016 07

1996 05

20 2

Sección IV. Condiciones de Evaluación

¿Quién refirió al sujeto? _____

¿Cuál fue el motivo de referencia? _____

¿Con quién se discutió la referencia del examinado? _____

Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.

Administración Grupal (G) ó Individual (I) I

VARIABLES DE UBICACIÓN:

Interferente (I) ó No interferente (N)

Nivel de ruido

N

Interrupciones, distracciones

N

Luz, temperatura

N

Privacidad

N

Otros _____

VARIABLES DE EVALUACIÓN:

Interferente (I) ó No interferente (N)

Comprendió del contenido de la prueba

N

Comprendió del formato de la prueba

N

Nivel de Energía

N

Actitud frente a la prueba

N

Salud

N

Rapport

N

Otros _____

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

yrs. > _____	1.	1	2	3	4	5	6	1	29.	①	2	3	4	5	6
_____	2.	1	2	3	4	5	6	1	30.	①	2	3	4	5	6
_____	3.	1	2	3	4	5	6	1	31.	①	2	3	4	5	6
_____	4.	1	2	3	4	5	6	0	32.	1	②	3	4	5	6
yrs. > _____	5.	1	2	3	4	5	6	1	33.	1	2	③	4	5	6
_____	6.	1	2	3	4	5	6	1	34.	1	②	3	4	5	6
_____	7.	1	2	3	4	5	6	0	35.	1	2	3	④	5	6
_____	8.	1	2	3	4	5	6	1	36.	1	2	3	4	⑤	6
_____	9.	1	2	3	4	5	6	1	37.	1	2	3	4	⑤	6
yrs. > _____	10.	1	2	3	4	5	6	1	38.	1	②	3	4	5	6
_____	11.	1	2	3	4	5	6	1	39.	①	2	3	4	5	6
_____	12.	1	2	3	4	5	6	0	40.	1	2	③	4		
_____	13.	1	2	3	4	5	6	1	41.	1	2	3	④		
_____	14.	1	2	3	4	5	6	1	42.	1	2	3	4	5	6
yrs. > _____	15.	1	2	3	4			1	43.	1	②	③	4	5	6
_____	16.	1	2	3	4	5	6	1	44.	1	2	3	4	5	⑤
_____	17.	1	2	3	4	5	6	0	45.	①	2	3	4		
_____	18.	1	2	3	4	5	6	1	46.	①	2	3	4	5	6
_____	19.	1	2	3	4			1	47.	①	2	3	4		
yrs. > _____	20.	1	2	③	④	5	6	1	48.	1	2	3	④	5	6
_____	21.	①	2	3	4	5	6	0	49.	1	2	3	④	5	6
_____	22.	1	2	3	4	⑤	6	1	50.	①	2	3	4	5	6
_____	23.	1	2	3	④	5	6	0	51.	1	2	3	④	5	6
_____	24.	①	2	3	4	5	6	0	52.	1	2	3	④	5	6
yrs. > _____	25.	①	2	3	4	5	6	—	53.	1	2	3	4	5	6
_____	26.	1	2	3	④			—	54.	1	2	3	4	5	6
_____	27.	1	2	3	④	5	6	—	55.	1	2	3	4	5	6
_____	28.	1	2	③	4										

PD = 43

CA = 110

Percentile: 75

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT
HOJA DE RESPUESTA**

APELLIDO PATERNO

NOMBRES

SAÚL

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

ESCUELA

M	X	F
---	---	---

AÑO	1996	MES	05	DIA	09
-----	------	-----	----	-----	----

FECHA DE APLICACIÓN 16 07 12

Marque con un aspa (X) LA LETRA V (Verdadero) o F (falso), según sea su respuesta

01	X	F
02	V	X
03	V	X
04	V	X
05	X	F

16	X	F
17	X	F
18	X	F
19	X	F
20	V	X

31	X	F
32	V	X
33	X	F
34	X	F
35	V	X

46	X	F
47	X	F
48	V	X
49	X	F
50	V	X

61	X	F
62	V	X
63	V	X
64	V	X
65	X	F

06	X	F
07	X	F
08	X	F
09	V	X
10	X	F

21	X	F
22	X	F
23	X	F
24	X	F
25	V	X

36	X	F
37	X	F
38	V	X
39	X	F
40	V	X

51	V	X
52	X	F
53	V	X
54	V	X
55	V	X

66	X	F
67	X	F
68	V	X
69	X	F
70	V	X

11	X	F
12	V	X
13	X	F
14	X	F
15	V	X

26	X	F
27	X	F
28	V	X
29	X	F
30	V	X

41	X	F
42	X	F
43	X	F
44	V	X
45	X	F

56	X	F
57	V	X
58	X	F
59	X	F
60	V	X

71	V	X
72	X	III
73	H	III
74	Hs	III
75	D ₂	III

	L	F	K	HS 1+5K	D 2	Hi 3	Dp 4+4K	Pa 6	Pt 7+1K	Es 8+1K	Ma 9+2K
Puntuación directa	1	4	3	4	9	10	12	7	10	12	6
Puntuación MM	4	11	8	10	29	25	30	17	25	35	18
Añadir K				4		3		8	8		2
Puntaje T	4	11	8	14	29	25	33	17	33	43	20
	50	68	42	57	80	65	83	76	71	90	58

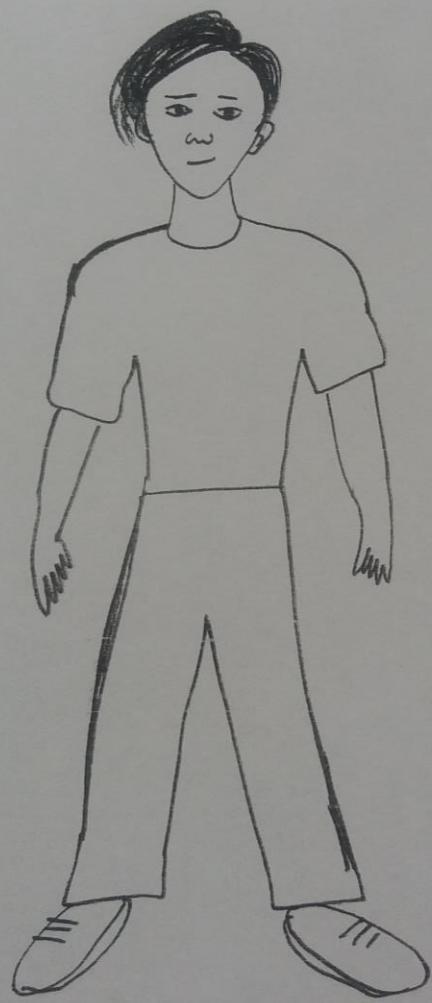
Examinador (a)

Mauro Vega

Fecha

H₁₃ MU MU
D₄ MU MU II
Pac MU II
Pt₂ MU MU
S₂ MU MU II
Mag MU I

Saul.





IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: SAUL

Fecha: 12-07-16

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

		NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1.	Me siento calmado(a)	①	●	③	④	3
2.	Me siento seguro(a)	①	●	③	④	3
3.	Estoy tenso(á)	①	●	③	④	2
4.	Estoy contrariado(a)	①	●	③	④	2
5.	Estoy a gusto	①	●	③	④	3
6.	Me siento alterado(a)	●	②	③	④	1
7.	Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	●	③	④	2
8.	Me siento descansado(a)	①	●	③	④	3
9.	Me siento ansioso(a)	①	●	③	④	2
10.	Me siento cómodo(a)	①	●	③	④	3
11.	Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	●	④	2
12.	Me siento nervioso(a)	①	●	③	④	2
13.	Me siento agitado(a)	●	②	③	④	1
14.	Me siento "a punto de explotar"	①	●	③	④	2
15.	Me siento reposado(a)	①	●	③	④	3
16.	Me siento satisfecho(a)	①	●	③	④	3
17.	Estoy preocupado(a)	①	●	③	④	2
18.	Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	●	②	③	④	1
19.	Me siento alegre	●	②	③	④	4
20.	Me siento bien	①	●	③	④	3

PD : 47

47

Percentil : 61

Range III Ansiedad Moderada

Entropo 6 Ansiedad Media

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
ALGUNAS VECES		
CASI NUNCA		
21. Me siento bien	① ● ③ ④ 3	
22. Me canso rápidamente	① ● ③ ④ 2	
23. Siento ganas de llorar	● ② ③ ④ 1	
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	① ② ③ ④ 3	
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	① ● ③ ④ 2	
26. Me siento descansado(a)	① ② ● ④ 2	
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	● ② ③ ④ 3	
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	① ● ③ ④ 2	
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	① ② ③ ④ 1	
30. Soy feliz	① ● ③ ④ 3	
31. Tomo las cosas muy a pecho	① ② ● ④ 3	
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	① ● ③ ④ 2	
33. Me siento seguro(a)	① ② ● ④ 2	
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	① ● ③ ④ 2	
35. Me siento melancólico(a)	① ● ③ ④ 2	
36. Me siento satisfecho(a)	① ● ③ ④ 3	
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	① ● ③ ④ 2	
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	● ② ③ ④ 1	
39. Soy una persona estable	① ● ③ ④ 3	
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	① ● ③ ④ 2	

44

PD = 44

Percentil = 57

Rango III: Ansiedad Moderada
Encontró 5 Ansiedad Media