

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



**"ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y CONSUMO DE
ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE CAYMA-AREQUIPA"**

Tesis presentada por las bachilleres:
Yowana Araujo Turpo
Rosario Maritza Arapa Quispe

Para obtener el título Profesional de
Psicólogas

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres Román y Martina por todo su amor, trabajo y apoyo todos estos año de estudio.

A mis hermanos por demostrarme su cariño y apoyo incondicional.

Rosario Maritza Arapa Quispe

AGRADECIMIENTO

A nuestros catedráticos, así como a los profesionales expertos, quienes 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 a nuestra investigación, así también sobre nuestras vidas.

Yowana Araujo Turpo

Rosario Maritza Arapa Quispe

PRESENTACION

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN

**SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA,
RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
PSICOLOGIA**

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

**SEÑORES CATEDRATICOS MIEMBROS DEL JURADO
DICTAMINADOR**

Nos dirigimos ante ustedes con el propósito de presentar a vuestra consideración el trabajo de tesis titulado **“RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE CAYMA-AREQUIPA”** llevado a cabo con los adolescentes de las Instituciones Educativas José Cornejo Acosta y José Trinidad Morán del distrito de Cayma, ciudad de Arequipa, con el cual pretendemos obtener nuestro Título Profesional de Psicología.

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

Bachilleres:

Yowana Araujo Turpo

Rosario Maritza Arapa Quispe

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar la relación entre los estilos de socialización parental y el consumo de alcohol en adolescentes de dos instituciones educativas del distrito de Cayma. Participaron 262 adolescentes de Tercer, Cuarto y Quinto grado de secundaria con edades comprendidas de 13 a 20 años de edad de las Instituciones Educativas “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” del distrito de Cayma, Arequipa. Se ha seguido un enfoque cuantitativo, la investigación es de tipo correlacional y corresponde a un diseño no experimental-transaccional, asimismo el muestreo es de tipo no probabilístico-intencional. Se aplicó dos instrumentos psicológicos de evaluación: Escala de Socialización Parental para Adolescentes (ESPA 29) y el Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado, mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias (SPSSv22). Se encontró que no existe relación entre los estilos de socialización parental y consumo de alcohol en adolescentes de las 2 instituciones educativas del distrito de Cayma,

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the purpose of determining the relationship between the parental socialization styles and the alcohol consumption in adolescents of two educational institutions of the district of Cayma. There were 262 teens in the Third, Fourth and Fifth grades of secondary school aged between 13 and 20 years of age from the Educational Institutions "José Cornejo Acosta" and "José Trinidad Morán" from the district of Cayma, Arequipa. A quantitative approach has been followed, the research is correlational and corresponds to a non-experimental-transactional design, and the sampling is non-probabilistic-intentional. Two psychological assessment instruments were applied: Parental Socialization Scale for Adolescents (ESPA 29) and the Questionnaire for the identification of disorders due to alcohol consumption (AUDIT). For the statistical analysis, the Chi Square statistical test was used, through the Statistical Package for Science (SPSSv22). It was found that the relationship between the styles of parental socialization and alcohol consumption in adolescents of the 2 educational institutions of the district of Cayma is minimal.

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	III
PRESENTACIÓN	IV
RESUMEN	V
ABSTRAC	VI
INDICE DE CONTENIDO	VII
INDICE DE TABLAS	XI
INTRODUCCIÓN	XII

CAPITULO I PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. OBJETIVOS	4
A. OBJETIVOS GENERAL	4
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3. HIPOTESIS GENERAL.....	4
4. JUSTIFICACION	5
5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	5
6. DEFINICION DE TERMINOS	8
A. Socialización parental.....	8
B. Estilos de socialización parental.....	8
C. Adolescencia.....	9
D. Consumo de Alcohol	9
7. VARIABLES E INDICADORES	10

CAPITULO II
MARCO TEORICO
ESTILOS DE SOCIALIZACION PARENTAL

1.	Socialización.....	11
2.	La socialización parental	11
3.	Teorías sobre Estilos de Socialización Parental	12
4.	Dimensiones de la socialización parental	14
	A. Dimensión implicación /aceptación:	14
5.	ESTILOS DE SOCIALIZACION PARENTAL	16
	A. Estilo autorizativo:.....	17
	B. Estilo indulgente:.....	17
	C. Estilo autoritario	18
	D. Estilo negligente:	18

ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO

1.	DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.....	19
	A. La maduración sexual.....	21
3.	DESARROLLO PSICOLÓGICO.....	22
4.	DESARROLLO SOCIAL.....	23
5.	ALGUNAS TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA	25
	A. TEORÍA SOCIOCULTURAL DE LEV SEMYNOVICH VYGOTSKY (1896-1934).....	25
	B. TEORÍA DE EDUARD SPRANGER (1882-1963). PSICOLOGÍA DE LA COMPRENSION	25
	C. TEORÍA SOCIOLOGICA	26
6.	RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS PARES Y LA SOCIEDAD ADULTA	27
7.	PROBLEMAS QUE PUEDEN ATRAVESAR LOS ADOLESCENTES	28

8.	ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA	31
----	--------------------------------------	----

CONSUMO DE ALCOHOL

1.	El Alcohol como Droga	31
2.	Conceptos Fundamentales	33
	A. Consumo de Alcohol	33
	B. Consumo de Riesgo	34
	C. Consumo Perjudicial y Abuso de Alcohol	34
	D. Tolerancia	35
	E. Dependencia y Adicción.....	36
3.	Factores de Riesgo	38
	A. Asociados a la droga.....	39
	B. Asociados a la persona	39
	C. Asociados al ámbito familiar.....	39
	D. Asociados al contexto social	40
	E. Asociados al medio escolar	40
4.	Modelos explicativos del consumo de alcohol: Principios básicos de la teoría del aprendizaje sobre el consumo de bebidas alcohólicas	40
	A. Condicionamiento clásico	40
	B. Condicionamiento operante.....	41
	C. Teoría del aprendizaje social	42
5.	Alcoholismo en la Adolescencia.....	46
6.	Consecuencias del consumo del alcohol en adolescentes.....	47
	A. Efectos del alcohol en el organismo	47
	B. Conductas de riesgos	48
	C. Fracaso escolar	49
	D. Problemas legales	49
7.	Consumo de Alcohol y Otros Factores Influyentes	49

CAPITULO III

METODOLOGIA

1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	51
A.	TIPO DE INVESTIGACION	51
B.	DISEÑO DE INVESTIGACION	51
2.	SUJETOS.....	52
A.	POBLACION	52
B.	MUESTRA	52
C.	CRITERIOS DE INCLUSION.....	52
D.	CRITERIOS DE EXCLUSION	53
E.	INSTRUMENTOS Y TECNICAS	53

CAPITULO IV

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

CASO CLINICO N°1

CASO CLINICO N°2

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" SEGÚN SEXO.....	62
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" SEGÚN EDAD.....	63
TABLA 3. CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" EN FUNCIÓN AL SEXO.	64
TABLA 4. CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" EN FUNCIÓN A LA EDAD. ..	65
TABLA 5. PRESENCIA DE USO, ABUSO O DEPENDENCIA AL ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN".	66
TABLA 6. ESTILO DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL PREVALENTE DE LAS MADRES DE ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" QUE PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL.	67
TABLA 7. ESTILO DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL PREVALENTE DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" QUE PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL.	68
TABLA 8. ESTILO DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL PREVALENTE DE LAS MADRES DE ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" QUE NO CONSUMEN ALCOHOL.	69
TABLA 9. ESTILO DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL PREVALENTE DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" QUE NO CONSUMEN ALCOHOL.	70
TABLA 10. ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" EN FUNCIÓN A LA MADRE.	71
TABLA 11. CORRELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LAS I.E. EN FUNCIÓN A LA MADRE.	72
TABLA 12. ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES DE LAS I.E. "JOSÉ CORNEJO ACOSTA" Y "JOSÉ TRINIDAD MORÁN" EN FUNCIÓN AL PADRE.	73
TABLA 13. CORRELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LAS I.E. EN FUNCIÓN AL PADRE.	74

INTRODUCCION

El crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida. Cada factor del ambiente familiar (relación entre los padres como pareja y con los hijos, creencias, estilos y formas de educar, conflictos, etc.) puede interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la formación de un estilo particular de interpretar la realidad, definir quiénes somos y cómo nos relacionamos con los demás. Estos ambientes se organizan mediante diferentes estilos parentales que influirán de forma directa en el desarrollo normal o patológico del adolescente (Fantin, 2011).

Asimismo, la familia es el contexto donde se van adquiriendo los primeros hábitos, las primeras habilidades y las conductas que nos acompañarán a lo largo de nuestra vida. Los adultos que le rodean tienen un papel muy importante en la socialización de los niños, pero esta influencia no es decisiva, ya que la educación no es un proceso unidireccional, sino un proceso en el que influyen múltiples factores.

Los estilos educativos son la forma de actuar de los adultos respecto a los niños en su día a día, en la toma de decisiones y en la resolución de conflictos. Esto supone que se crean expectativas y modelos con los que se regulan las conductas y se marcan los límites que serán el referente de los menores. Esto hace que sea de gran importancia desarrollar programas de educación para padres que, en algunos casos, supongan cambios en la forma de educar, en la manera de establecer límites y en la atención que se presta a los hijos.

Pons (1997) destaca la influencia de la familia como uno de los factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones sobre adicciones. Los problemas de relación en la familia y la alteración del clima familiar, se han señalado como uno de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.

Las investigaciones de Elzo *et al.* (1987) y Cano y Berjano (1988), encontraron que a medida que el adolescente va percibiendo deterioro de las relaciones con

sus padres, aumenta la probabilidad de convertirse en un consumidor abusivo de bebidas alcohólicas; por lo cual, nos da a entender la posible relación existente entre la percepción negativa de las relaciones familiares y el consumo indiscriminado de alcohol. En este sentido, la bebida puede ser un indicador de la existencia de problemas, disfunciones y desajustes en la familia que, a su vez, han podido desencadenar una forma abusiva de consumo de alcohol en algunos de sus miembros.

Por otro lado, Pons y Berjano (1999) encuentran que, aunque la escasa calidez emocional, el control extremo de los padres y la cantidad y la frecuencia de castigos físicos se han relacionado de forma inconsistente con el consumo de alcohol, parece que la falta de muestras de cariño, la sobreprotección y el castigo físico como medio educativo, se asocian al elevado consumo de alcohol en los adolescentes. Además, un ambiente familiar poco disciplinario, en el que no existen normas claras y estrictas de lo que pueden y no pueden hacer los hijos y un elevado nivel de rechazo percibido también se han asociado con mayores índices de consumo de alcohol.

Por ende, el objetivo que persigue esta investigación permitirá establecer a través de un análisis de varianza, la relación de los estilos educativos parentales prevalecientes con el consumo de alcohol en adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Cayma, además de identificar en qué punto de asocian los mismos.

En el primer capítulo se realizará un análisis de problema de estudio, además se mencionan estudios nacionales e internacionales que relacionan el consumo de alcohol con el estilo de socialización parental.

En el capítulo II se profundizará en las diversas teorías acerca de los estilos de socialización parental, las características de la adolescencia iniciando con las teorías psicológicas más conocidas. Por ultimo de abordará el consumo de alcohol y sus múltiples consecuencias así como también la situación de nuestro país con respecto a esta temática.

En los dos últimos capítulos se da a conocer la metodología utilizada, el proceso de análisis de datos, los resultados obtenidos así como también las conclusiones a las que se llegó al finalizar la presente investigación.

Motiva la realización de esta investigación la necesidad de propiciar la modificación de aquellos estilos de socialización parental que representen riesgo y favorecer aquellos que contribuyan a la resiliencia de los adolescentes; como estrategia de prevención del consumo de alcohol factible para los diferentes ámbitos como son los colegios, familias y profesionales de la salud.

CAPITULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol es un problema social de suma importancia puesto que se ha ido incrementando, con el paso del tiempo, el número de casos en poblaciones más jóvenes. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que Perú es el sexto país de América Latina con mayor consumo de alcohol (...) no solo lleva a una nociva dependencia, y a un aumento de la violencia y por ende de la posibilidad de herir y herirse, sino que está relacionado con el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluidas la cirrosis y algunos tipos de cáncer (Fajardo, 2014).

El consumo de alcohol también es un problema de salud con consecuencias nocivas a corto y largo plazo

Se agrava más la situación en nuestro país al confirmar que el consumo de alcohol se inicia a edades cada vez más tempranas y el exceso de cantidad de consumo del mismo. Así lo confirma la publicación del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) en la portada del diario Radio

Programas del Perú (RPP) Noticias al afirmar que el 20% de alcohólicos en el Perú son jóvenes e inician a los 13 años (...) según el psicólogo de CEDRO Milton Rojas, en el Perú hay medio millón de peruanos alcohólicos de los cuales el 20% son jóvenes que han iniciado su adicción desde los 11 años aproximadamente (...) Se ha visto que el consumo de alcohol está normalizado entre los padres y alientan a sus hijos a que se inicien en el consumo de alcohol. Incluso algunos lo hacen bajo el pretexto de que los hijos se hagan 'hombres" (Rojas, 2015).

Así mismo en el año 2016 la Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) señala que el consumo de alcohol en menores se inicia a partir de los 11 años de edad... siendo los adolescentes de entre 12 y 17 años los que representan más de la mitad de los casos en el Perú entre el 2013 y el 2015" (America Noticias, 2016), este hecho confirma una vez más nuestra preocupación por descubrir qué factores influyen fuertemente en el inicio del consumo de alcohol.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que "El uso nocivo del alcohol desafía al desarrollo social y económico de muchos países, incluidos los de las Américas. El consumo de alcohol en las Américas es de aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial. En general, la población en las Américas consume alcohol en un patrón que es peligroso para la salud. Este tipo de consumo de riesgo se asocia con diversos daños a la salud y sociales, que incluyen más de 200 condiciones (enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, las lesiones y el VIH), así como la violencia doméstica, la pérdida de productividad, y muchos costos ocultos. El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol. Las personas de bajo nivel socioeconómico son más vulnerables a las consecuencias negativas del consumo nocivo" (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

Para los adolescentes parece no existir consecuencias negativas relacionadas al consumo de alcohol, todo es positivo para ellos, quienes viven los efectos momentáneos y placenteros de la sustancia, motivados por su curiosidad e influencia de pares de esta manera se revelan de la sociedad en donde se desenvuelven, rechazando valores y normas de conducta preestablecidas (Espada y Botvin, 2003).

La doctora Carmen González en el programa 'De frente y sin máscaras' de RPP Noticias explicaron que "uno de los factores son los vacíos o ausencia de padres en la niñez". (González, 2015).

La familia es el contexto donde se van adquiriendo los primeros hábitos, las primeras habilidades y las conductas que nos acompañarán a lo largo de nuestra vida. Los adultos que le rodean tienen un papel muy importante en la socialización de los niños, pero esta influencia no es decisiva, ya que la educación no es un proceso unidireccional, sino un proceso en el que influyen múltiples factores (Jiménez, 2010). Es así que se desarrollaron investigaciones acerca los factores que posiblemente influyen en el consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas.

En la investigación realizada en Ecuador por Karla Suarez y Sandra Ulloa titulada "Análisis de varianza entre consumo de alcohol y estilos parentales en adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014" cuyo objetivo fue indagar la relación existente entre los diferentes estilos parentales y el consumo de alcohol en los adolescentes, sus resultados señalan que los adolescentes varones, en comparación con las mujeres, presentaban un mayor consumo de alcohol y en cuanto a los factores familiares se encontró que el estilo parental predominante es el indulgente, el mismo que no se encuentra asociado al consumo de alcohol, donde además señalan que los adolescentes no consumidores tienen el mismo estilo parental que los que sí presentan consumo, es decir el estilo parental no se asocia con el consumo de alcohol (Suarez y Ulloa, 2014a).

Por lo anteriormente mencionado y por nuestro interés por conocer si los estilos de socialización parental de los padres tienen una influencia significativa en el consumo de alcohol de los estudiantes, surge la siguiente pregunta: **¿Existe**

relación significativa entre el consumo de alcohol y los estilos de socialización parental en los adolescentes de las 2 instituciones educativas del distrito de Cayma?

2. OBJETIVOS

A. OBJETIVOS GENERAL

Determinar la relación existente entre el consumo de alcohol y los estilos de socialización parental en los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Identificar la presencia de uso, abuso o dependencia al alcohol en los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma.
- b) Determinar el estilo de socialización parental prevalente del padre y la madre de los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma que presenten consumo de alcohol.
- c) Identificar el estilo de socialización parental prevalente de los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma que no consumen alcohol.
- d) Establecer la relación de los estilos de socialización parental y el consumo de alcohol de los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma.

3. HIPOTESIS GENERAL

H1: Los estilos de socialización parental están relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma.

Ho: Los estilos de socialización parental no están relacionados el consumo de alcohol en los adolescentes de las instituciones educativas “José Trinidad Moran” y “José Cornejo Acosta” del distrito de Cayma.

4. JUSTIFICACION

En el Perú, las consecuencias del consumo de alcohol genera una pérdida al Estado de al menos 245 millones de dólares al año, sin embargo, al ser una de las características del alcohol el hecho de que sus consecuencias no se reducen solo a quienes lo consumen directamente, sino también a las personas del entorno directo y sociedad en general, como son los casos de accidentes vehiculares, homicidios, violencia familiar, entre otras situaciones aumentan considerablemente los costos ocasionados por este (Fiestas, 2011).

También encontramos, que en nuestro país existe un policonsumo excesivo de sustancias psicoactivas, principalmente el alcohol que socialmente se consume en gran medida, con prevalencia e incidencia con tendencias al incremento y cronificación que incrementa la discapacidad y por ende la carga de enfermedad, por ende es importante y conviene conocer la asociación de algunas características de estilos de crianza, como factor ambiental importante para el desarrollo de riesgo o prevención para esta patología.

El presente estudio es importante en la medida que nos va permitir conocer la relación de los estilos de socialización parental prevalecientes con el consumo de alcohol en adolescentes de las instituciones educativas del distrito de Cayma, asimismo identificar en qué punto se asocian los mismos. Asimismo nuestro estudio se justifica en el hecho que los resultados servirán para propiciar la modificación de aquellos estilos de socialización parental que representan riesgo y favorecer aquellos que contribuyan a la resiliencia de los adolescentes; como estrategia de prevención en el consumo de alcohol en los diferentes ámbitos donde la familia cumple un papel importante.

5. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

En valencia (Pons, J & Berjano, E., 1997). En su investigación “*Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso del alcohol en*

adolescentes”. Para este estudio se tomó una muestra de 1100 estudiantes de edades comprendidas entre 15 y 19 años, de los cuales el 46,9% corresponde a varones y el 53,1% a mujeres, escolarizados en centros públicos y privados de la ciudad de Valencia. Para la investigación los autores utilizaron dos instrumentos: Escala EMBU (Egna Minnen Av Barndons Uppfortran) y la escala Habicol (Pons, 1997).

La escala EMBU consta de 81 ítems los mismos que evalúan 6 estrategias de socialización parental: sobreprotección, comprensión/apoyo, castigo, presión hacia el logro y rechazo y reprobación, en tanto que la escala Habicol, es un test elaborado por autores de este estudio para medir el consumo de alcohol durante los fines de semana, consta de 17 interrogantes que arrojan como resultado tres posibles opciones: abstemio, moderado y excesivo (Pons, 1997).

Los autores concluyen que: “el abuso abusivo de alcohol entre los adolescentes se encuentra relacionado con la percepción filial de estrategias paternas basadas en la reprobación, la crítica, el castigo disciplinario y en ocasiones físico, así como en la ausencia de canales comunicativos que posibiliten la transmisión y expresión de afectos en el sistema familiar, por otro lado las prácticas parentales que facilitan la comunicación y expresión de afecto, apoyo y comprensión, juegan un papel decisivo en el ajuste social y emocional del hijo”. (Pons, 1997, p. 615).

En Ecuador-Cuenca, (Vanegas K. V., 2014). En su investigación “Análisis de varianza entre el consumo de alcohol y estilos parentales en los adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014.” El presente estudio tiene como objetivo indagar la relación existente entre los diferentes estilos parentales y el consumo de alcohol en los adolescentes del Cantón Gualaceo. La población a la que se dirigió el estudio estuvo compuesta por 712 estudiantes de bachillerato superior, comprendidos entre las edades de 15 a 18 años, de los centros educativos del sector urbano. Se aplicaron dos instrumentos: la prueba para identificar trastornos por el Uso de alcohol (AUDIT) y la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29). Los resultados señalan que los adolescentes varones, en comparación con las mujeres, presentan mayor consumo de alcohol. En cuanto a los factores familiares se encontró, que el estilo parental predominante en el Cantón es el indulgente, mismo que no se

encuentra asociado al consumo de alcohol. Los adolescentes no consumidores tienen el mismo estilo parental que los que sí presentan consumo.

En Perú-Lima, (Luna León F., 2013a) . En su investigación “Asociación entre algunos estilos de crianza y consumo perjudicial/dependencia de alcohol, en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao 2012”. El estudio tuvo como objetivo describir la asociación entre algunas características de los estilos de crianza durante la infancia y la presencia clínica de consumo perjudicial/dependencia de alcohol en la población adulta de Lima y Callao. Se utilizó la base de datos del estudio Epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana y el Callao en 2002. Con 2077 adultos encuestados (de 18 años y más). El estudio integra a los estilos de crianza y la presencia del consumo perjudicial/dependencia de alcohol. Se utilizó una adaptación del EMBU (acrónimo sueco para: menoría de la propia crianza en la infancia). Se midió tres dimensiones: a) Afecto: positivo y negativo b) favoritismo en relación con los hermanos c) control e interés. Para la presencia del consumo nocivo de alcohol/dependencia del alcohol se utilizó la encuesta MINI (Entrevista Neuropsiquiátrico Internacional, Versión española CIE 10).

Los resultados señalan: los estilos de crianza están fuertemente asociados con el riesgo de enfermarse de consumo perjudicial/ dependencia al alcohol, siendo necesario favorecer una expresión afectiva positiva, control e interés, sumado a una equidad en el trato con los hijos, ya que su percepción en los individuos se asocia a un menor riesgo para presentar consumo perjudicial/dependencia al alcohol (Luna León F., 2013b)

En Arequipa, (Postigo, V., Pinto J., 2017) en su investigación “*Estilos de socialización parental y consumo de riesgo de alcohol en adolescentes*”. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de socialización parental con el consumo de riesgo de alcohol en 336 adolescentes escolares a quienes se les aplicó el cuestionario de Estilos de Socialización Parental ESPA 29 (Musitu & García, 2001) y el test para la identificación de trastornos por uso de alcohol AUDIT (Babor *et al.*, 2001). Los resultados indicaron que los estilos de

socialización parental autoritario y negligente se relaciona positivamente con la aparición de consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes escolares.

6. DEFINICION DE TERMINOS

A. Socialización parental

Musitu y García (2004), definen la socialización parental como el proceso mediante el cual se transmite la cultura de una generación a la siguiente. Es un proceso interactivo mediante el cual se transmiten los contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos. También se define como un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran parte no consciente, en el que a través de un entrampado y complejo proceso de interacciones, el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y demás patrones culturales que caracterizarán para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente.

B. Estilos de socialización parental

a) Estilo autorizativo

Interiorizan y acatan las normas sociales, son respetuosos con los valores humanos y de la naturaleza, son hábiles socialmente, tienen elevado autocontrol y autoconfianza, son competentes académicamente, tienen un buen ajuste psicosocial, tienen un elevado autoconcepto familiar y académico.

b) Estilo indulgente

Se comunican bien con los hijos, también utilizan con más frecuencia la razón que otras técnicas disciplinares para obtener la complacencia y fomentan el diálogo para lograr un acuerdo con los hijos. No suelen utilizar la coerción/imposición cuando los hijos se comportan de manera incorrecta, sino el dialogo y razonamiento. Tienen una imagen de sus hijos más simétrica que los autorizativos, actúan con sus hijos como si se tratase de personas maduras, que son capaces de regular por sí mismos su comportamiento.

c) Estilo autoritario

Muestran cierto resentimiento hacia los padres, menor autoestima familiar, se someten a las normas sociales sin interiorizarlas, manifiestan mayor predominio de valores hedonistas, muestran más problemas de ansiedad y depresión.

d) Estilo negligente

Son más testarudos y se implican en más discusiones, actúan impulsivamente y mienten más, tienen más problemas de consumo de drogas y alcohol, bajo logro académico, tienen más problemas emocionales (miedo al abandono, falta de confianza en los demás, pensamientos suicidas, pobre autoestima, miedos irracionales, ansiedad y pobres habilidades sociales).

C. Adolescencia

La adolescencia constituye una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, que inicia con los cambios puberales. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales-anatómicos y modificaciones en el perfil psicológico como en la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (Espinosa, 2004a).

D. Consumo de Alcohol

Según la OMS el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta que se manifiesta por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y por abarcar interfiriendo en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor.

7. VARIABLES E INDICADORES

a) Variable 1: ESTILOS DE SOCIALIZACION PARENTAL

VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES
ESTILOS DE SOCIALIZACION PARENTAL	ACEPTACION / IMPLICACION	AFECTO	ESTILO SOCIAL NEGIGENTE (baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición)
		INDIFERENCIA	
		DIALOGO	ESTILO SOCIAL AUTORIZATIVO
		DISPLICENCIA	(Alta aceptación/implicación y alta coerción/imposición)
	COERSION / IMPOSICION	PRIVACION	ESTILO SOCIAL AUTORITARIO baja aceptación/implicación y alta coerción/imposición)
		COERCION VERBAL	ESTILO SOCIAL INDULGENTE
		COERCION FISICA	(alta aceptación /implicación y baja coerción/imposición)

b) Variable 2: CONSUMO DE ALCOHOL

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
CONSUMO DE ALCOHOL	Consumo peligroso de alcohol	ítems 1 a 3
	Possible dependencia alcohólica (abuso)	ítems 4 a 6
	Consumo perjudicial (dependencia)	ítems 7 a 10

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL

1. SOCIALIZACIÓN

Para Arnett (1995), citado por Musitu (2001a), la socialización es un “proceso interactivo mediante el cual se transmiten los contenidos culturales que se incorporan en forma de conductas y creencias a la personalidad de los seres humanos”.

La socialización es el proceso de asimilación de las prácticas de un grupo por medio de las relaciones interpersonales, las representaciones sociales y profesionales (Saavedra 2004a:20)

2. LA SOCIALIZACIÓN PARENTAL

Para Musitu y Allatt (1994) la socialización parental es aquel proceso de interacción entre padres e hijos, un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran parte no consciente en el que a través de un complejo proceso de interacciones, el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, costumbres, necesidades, sentimientos y

demás patrones culturales que caracterizaran para toda la vida su estilo de adaptación al ambiente (Musitu & García, 2001b:12).

3. TEORÍAS SOBRE ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL

Existe una importante fijación en la búsqueda de patrones estables en la socialización parental. Uno de los primeros estudios es el de Orlansky (1949) que intentando establecer una relación entre las prácticas de socialización parental, y los posibles efectos que éstas tienen sobre la personalidad de los hijos, determinó que no existe un estilo parental específico que ejerciera una influencia absoluta en los niños, y que, de ser así era necesario relacionar dicha influencia con las actitudes parentales que pudieran presentar una asociación. Diez años después, Schaefer (citado por Esteve, 2005) establece una serie de categorías con el objetivo de clasificar los estilos de socialización parental: (a) autonomía económica, (b) ignorancia, (c) castigo, (d) percepción del niño como una carga, (e) severidad, (f) empleo del miedo, y (g) expresión del afecto.

Después, diversos autores (Sears, Maccoby & Levin, 1957; Whiting & Child, 1953) mediante análisis factoriales, identificaron el factor control que relacionaba las prácticas de los padres relacionados al castigo físico y sanciones. Mientras que McDonald & Pien (1982), al estudiar los tipos de socialización, cuyo propósito de la madre es conducir la conducta del niño utilizando imperativos, monólogos y reguladores de la atención; y el estilo conversacional, donde la madre promueve la participación del niño mediante preguntas, organizando los turnos e intervenciones.

Al respecto Alarcón (2012) citando a Beavers & Hampton quienes desde un enfoque clínico, y basándose en los estudios que Erikson desarrolló sobre las tribus norteamericanas, y las investigaciones de Stierlin en 1972 acerca de la separación de los adolescentes del grupo familiar, habla de los tipos de patrones familiares (familias centrípetas vs. Familias centrífugas); surgiendo que las familias más sanas son aquellas que adecúan sus estilos de relación en función del momento familiar.

Es así, que se fueron desarrollando múltiples investigaciones sobre lo que serían los estilos de socialización parental, eventualmente dando lugar al Modelo de Baumrid

en 1991, que formuló la existencia de dos dimensiones en las relaciones padre-hijo: la aceptación y el control parental, que influyeron en tres estilos básicos de control parental: democrático. Autoritario y permisivo. Tiempo después Berger & Lukmann (1995a) extienden lo propuesto por Baumrid, agregando la existencia de un proceso de socialización: la socialización primaria que es experimentado en la niñez con el objetivo de convertirse en un miembro vital de la sociedad y la socialización secundaria que exhorta al individuo a nuevas experiencias en su sociedad. Sistematizándola de forma que la socialización primaria, es originada en la conciencia, yendo desde los roles y actitudes específicos a los generales.

“La formación, dentro de la conciencia, del otro generalizado señala una fase decisiva en la socialización. Implica la internalización de la sociedad en cuanto tal y de la realidad objetiva en ella establecida, y al mismo tiempo, el establecimiento subjetivo de una identidad coherente y continua” (Berger & Lukmann, 1995b). Además agrega que el proceso de socialización primaria termina cuando se establece dentro de la conciencia el concepto del otro; en cambio, la socialización secundaria se origina en la complejidad de la sociedad, y exige el aprendizaje de conductas que posibiliten la participación en la sociedad (Ovejero, 1998).

Es así que Berger & Lukmann (1995c) intentan explicar la importancia de la familia como agente primario de socialización, dándose de forma implícita a través de la observación, inferencia, modelado, y el ensayo y error; experimenta y somete a prueba los distintos elementos culturales y sociales que posteriormente permitirán su integración en la sociedad y ejercerán influencia en la conducta de los demás (Musitu, Roman & Gracia, 1988; Molpeceres, Musitu & Lila en Musitu & Allatt, 1994). Molpoceres (1994), además menciona a la familia, como grupo primario donde nace la socialización, a partir de la relación interna de sus miembros, y basándose en una organización social, donde ésta funciona como eje fundamental sobre el que da forma a la vida intrafamiliar, el contexto sociocultural, y sus roles, expectativas, creencias y valores. “La familia es el primer marco de referencia, socializa, integra en la sociedad, activa los controles sociales, y muestra cómo se desempeñan los roles sociales” (Pons, 1998). Ante esto Lila & Marchetti (1995) consideran a la familia como el centro que crea en el adolescente las bases de su identidad y autoestima.

Bleichmar (1997) al tratar de explicar el proceso de socialización desarrolla lo que denomina creencias pasionales, conformada por las ideas y pensamientos, expresados de padres a hijos durante los primeros años, acerca de sí mismo y el mundo exterior, y que posteriormente se darán direcciona la psicología del sujeto: en gran parte por las emociones, afectividad y sentimientos puestos en el hijo; estructurando el autoconcepto y la autoestima, durante todas las etapas del desarrollo infantil, que posteriormente guiarán la vida del adulto.

Por último, Musitu & García (2001c) identificaron pautas de comportamientos paternales en múltiples situaciones que se podrían definir como estilos de socialización; los cuales Ramírez (2007) conceptualizó como “las pautas de comportamiento de los padres con los hijos y múltiples y diferentes situaciones”. Dicha relación es factible de analizar desde la perspectiva de ambos padres y en el contexto en el que se da, donde el estilo de esta relación es que determinará los comportamientos potenciales, y de donde será posible determinar el estilo que la caracteriza. Se trata de dos dimensiones independientes (aceptación/implicación y la coerción/imposición), cuya interacción posibilita generar cuatro estilos donde cada una de estas dimensiones constituye un determinado estilo de socialización en sí. Esteve (2005) citando a Musitu & García menciona que “El estilo de socialización de aceptación/implicación es aquel en el que se producen, redundante y congruentemente, expresiones paternas de reacciones de satisfacción, aprobación y afecto cuando los hijos desarrollan conductas y comportamientos ajustados a las normas de funcionamiento familiar. El polo opuesto de esta dimensión estará constituido por reacciones paternas de indiferencia ante conductas y comportamientos de los hijos adecuados a las normas familiares”.

4. DIMENSIONES DE LA SOCIALIZACIÓN PARENTAL

Existen dos dimensiones en la que se fundamentan los estilos de socialización parental (Musitu & García, 2001d:12).

A. Dimensión implicación /aceptación:

Los estilos que caen dentro de esta dimensión se relacionan positivamente con las muestras parentales de afecto y cariño cuando el hijo se comporta de manera adecuada. A su vez cuando el comportamiento del hijo viola las

normas, este estilo se relacionará positivamente con el diálogo. Si el estilo de los padres se caracteriza por una alta implicación/aceptación, los hijos perciben que sus conductas acordes con la norma son estimadas por sus padres, mientras que cuando no lo son, los padres utilizan, predominantemente el razonamiento y el diálogo. Por el contrario, si el estilo de los padres se caracteriza como de baja implicación/aceptación, actuarán con indiferencia cuando los hijos de comporten de acuerdo con las normas, y actuarán de forma displicente cuando las quebranten. (Musitu & García, 2001:12).

Los estilos que están dentro de esta dimensión se caracterizan por reforzar positiva y afectivamente el comportamiento ajustado del hijo, prestarle atención y expresarle cariño cuando éste se ajusta a las normas de comportamiento social. Asimismo, cuando los hijos se comportan de manera incorrecta, estos padres dialogan y razonan con ellos, indicándole los motivos por los que consideran que su comportamiento ha sido inadecuado y las razones por las que deben cambiar la forma de comportarse. En esta línea de actuación básicamente se reconoce los méritos de los hijos, cuando éstos se produzcan, y corregir mediante el diálogo y el razonamiento las conductas inapropiadas (Musitu & García, 2001d:12).

En esta dimensión encontramos cuatro principales características:

- ✓ **Afecto:** grado en el que el padre o la madre expresan cariño a su hijo cuando éste se comporta de manera correcta.
- ✓ **Indiferencia:** grado en que el padre o la madre no refuerzan las actuaciones correctas de su hijo, permaneciendo inexpresivos e insensibles.
- ✓ **Diálogo:** grado en que el padre o la madre acuden a una comunicación bidireccional cuando la actuación del hijo no se considera adecuada.
- ✓ **Displicencia:** grado en que el padre o la madre reconocen las conductas incorrectas o inadecuadas del hijo, pero no establecen de manera consciente y deliberada un diálogo o comunicación con él.

B. Dimensión Coerción/imposición

Este estilo es una dimensión independiente de la anterior, es un estilo de socialización que sólo puede tener lugar cuando el comportamiento del hijo se considere discrepante con las normas de funcionamiento familiar. Esta forma de actuación pretende, normalmente, suprimir las conductas inadecuadas utilizando la privación, la coerción verbal y la física, es decir que los padres imponen a sus hijos, mediante otros recursos diferentes al diálogo y al razonamiento, las normas de comportamiento que los padres consideran correctas. Este estilo de socialización implica acciones, en general agresivas con gran contenido emocional que pueden generar resentimiento en los hijos hacia los padres, problemas de conducta, de personalidad, etc., especialmente cuando se utiliza el castigo físico.

En esta dimensión encontramos tres características principales:

- ✓ **Privación:** grado en que el padre o la madre utilizan el procedimiento de retirar al hijo un objeto o de privarle de una vivencia gratificante que de forma habitual disfruta, con la finalidad de corregir comportamientos no adecuados a las normas. Estas actuaciones pueden consistir en impedirles ver la televisión, prohibirle que salga de su cuarto, retirarle su propina, no permitirle salir de casa, etc.
- ✓ **Coerción verbal:** grado en que el padre o la madre regañan, reprochan o increpan a su hijo cuando se comporta de manera incorrecta.
- ✓ **Coerción física:** grado en que el padre o la madre recurren al castigo físico, golpeando a su hijo con la mano o cualquier objeto, cuando éste se comporta de manera incorrecta.

5. ESTILOS DE SOCIALIZACION PARENTAL

Son pautas de comportamiento de los padres con los hijos en múltiples y diferentes situaciones, que permite definir un estilo de actuación de los padres. Los estilos de socialización parental se definen por la persistencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que esos patrones tiene para la relación paterno-filial (Musito y García, 2004b).

Son las estrategias utilizadas por los padres en la interrelación con sus hijos y son las siguientes:

A. Estilo autorizativo:

Se caracteriza por alta Aceptación/implicación y alta coerción/imposición. Los padres se esfuerzan en dirigir las actividades del hijo, pero de una manera racional; sin embargo, cuando los hijos se comportan de manera incorrecta, junto con el diálogo también utilizan la coerción física, verbal y las privaciones; afirman las cualidades presentes del hijo, pero también establecen líneas para la conducta futura, recurriendo tanto a la razón como al poder para lograr sus objetivos. Tienen una buena disposición para aceptar los argumentos del hijo para retirar una orden o una demanda, argumentan bien, utilizan con más frecuencia la razón que la coerción para obtener la complacencia y fomentan más el diálogo que la imposición para lograr un acuerdo con el hijo. Los padres en este modelo muestran un equilibrio en la relación con sus hijos entre la alta afectividad con el alto autocontrol y entre las altas demandas con una comunicación clara sobre lo que se exige del hijo.

Efectos sobre los hijos: los jóvenes de estos hogares se han criado en la obediencia a la autoridad, puesto que cuando sus comportamientos han sido inadecuados los padres han impuesto su autoridad para evitar que se repitan, es previsible que sus normas de actuación estén internalizadas porque junto con ese ejercicio de la autoridad paterna han recibido las correspondientes explicaciones y justificaciones, y han mantenido un diálogo con sus padres. Su ajuste psicológico es bueno, desarrollan la autoconfianza y el autocontrol, tiene mejor competencia social, desarrollo social, auto concepto y salud mental.

B. Estilo indulgente:

Se caracteriza por alta Aceptación/implicación y baja Coerción/implicación. Los padres de este estilo se comportan de una manera afectiva, aceptando los impulsos, deseos y acciones del hijo. Permiten a sus hijos regular sus propias actividades tanto como sea posible, ayudándoles con las explicaciones y razonamientos, evita el ejercicio del control impositivo y coercitivo y no les

obliga a obedecer ciegamente las pautas impuestas por las figuras de autoridad, a no ser que estas sean razonadas.

Efectos en los hijos: debido a que los padres de este estilo de socialización no imponen sanciones, sino que razonan sobre las conductas adecuadas, es muy probable que los hijos de estos hogares internalicen sólidamente las normas de comportamiento social, así mismo las relaciones con sus iguales y sus padres poseen mayor horizontalidad. Los hijos de estos hogares se encuentran especialmente orientados hacia sus iguales y hacia las actividades sociales valoradas por los adolescentes.

C. Estilo autoritario

Se caracteriza por una baja aceptación/implicación y alta coerción /imposición, predomina la imposición de normas de conducta utilizando medidas punitivas y de fuerza para doblegar la voluntad frente a las conductas de los hijos considerados incorrectas.

Efectos en los hijos: los jóvenes criados en estos hogares muestran un alto resentimiento hacia sus padres y un menor autoconcepto familiar, asimismo no adquieren la suficiente responsabilidad y no tienen buenos resultados académicos. El clima familiar de estos adolescentes no permite la internalización de normas y comportamientos sociales, puesto que la obediencia está impregnada de miedo y no de razón y afecto como sucede en otros estilos disciplinarios.

D. Estilo negligente:

Se caracteriza por una baja aceptación /implicación y baja coerción/imposición. En este estilo parental predomina la falta de supervisión, control y cuidado de los hijos, existe carencia de límites, así como también falta de afecto y apoyo. Los padres se muestran indiferentes ante las conductas adecuadas e inadecuadas de los hijos.

Efectos en los hijos: sus efectos son negativos en la conducta de los hijos, los cuales son testarudos, actúan impulsivamente, son también ofensivos,

mienten y engañan con más facilidad que los hijos educados en los otros estilos parentales; también son más agresivos y se implican con más frecuencia en actos delictivos; tienen una pobre orientación al trabajo y hacia las labores escolares.

ADOLESCENCIA Y ALCOHOLISMO

La adolescencia se ha convertido en un fenómeno global aunque puede adoptar distintas formas en diferentes culturas, en casi todo el mundo la entrada a la adultez insume más tiempo y menos clara que en el pasado, la pubertad empieza más temprano que antes y el ingreso a una vocación ocurre más tarde y a menudo requiere periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional como preparación para responsabilidades adultas. (Beltrán, 2012)

Herrera Santi (1999) nos dice que la adolescencia se considera un periodo de riesgo ya que pueden darse las bases para la generación de enfermedades y/o cambios en la personalidad debido a que es un periodo del desarrollo donde el ser humano se somete a grandes cambios en su desarrollo físico, social y psíquico. Así lo afirman también Reyna y Calero(1999) citadas por Mathews y Pillon (2004) al definir al adolescente como el grupo más propenso a desarrollar conductas de riesgo activas o pasivas, que puedan involucrar un peligro, y que traerían con ello consecuencias negativas comprometiendo el normal funcionamiento de su desarrollo; es en esta etapa donde el joven es más curioso y disfruta de experimentar, por lo que es probable que se dé la aparición de conductas como relaciones sexuales precoces, uso de alcohol, tabaco y drogas, deserción escolar y hasta delincuencia.

1. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia constituye una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, que inicia con los cambios puberales. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es únicamente el comienzo de un

proceso continuo y más general, tanto sobre el plano somático como el psíquico, y se prosigue por varios años hasta la formación completa. A parte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están completamente influidas por el ambiente social y cultural, de manera de que las transiciones entre la pubertad y la edad adulta pueden presentar los matices más inusitados, según el medio, la clase social y la cultura (John W. Santrock, 2013).

Esta etapa implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales. En la mayoría de las culturas la adolescencia se inicia aproximadamente entre los 10 y los 13 años y finaliza entre los 18 y 22 en la mayoría de los individuos. (Merani, 1984).

La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico, cambios estructurales-anatómicos y modificaciones en el perfil psicológico como en la personalidad; sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo (Espinosa, 2004b).

Existen diversas culturas en las cuales se prepara al adolescente para su incursión a la vida adulta, dicho proceso conlleva ritos de iniciación cuya superación le permitirá ser admitido entre sus congéneres adultos, lo mismo sucede con sus pares quienes exigen al cumplimiento de ciertas pruebas de admisión al grupo; es conocido que muchas de estas pruebas pueden llegar a ser duras y crueles, lo que nos da una idea de las dificultades que siente el joven para alcanzar su madurez (Espinoza, 2004c).

2. DESARROLLO FÍSICO: PUBERTAD

El desarrollo implica cambios físicos en el cuerpo del adolescente. Los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento de peso y de estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales de la pubertad, todos ellos

reflejan el papel que desempeñan los procesos biológicos en el desarrollo adolescente. (W. Santrock, 2003)

La pubertad es disparada por cambios hormonales, dura alrededor de 4 años por lo general, empieza antes en las niñas que en los varones y termina cuando la persona puede reproducirse, sin embargo el tiempo en que se presentan esos eventos varía de manera considerable. (Beltrán, 2012)

A. La maduración sexual

La naturaleza de los cambios fisiológicos de la pubertad implica dos tipos de procesos, en función de su relación con las funciones reproductoras. Así se denominan *características sexuales primarias* a aquellos cambios directamente relacionados con la reproducción, afectan a órganos como los ovarios, el útero y la vagina en las chicas. Y a la próstata, las vesículas seminales, los testículos y el pene en los chicos. Por su parte, las *características sexuales secundarias* implican a los procesos de maduración sexual, pero no directamente relacionados con los órganos reproductores: en ambos sexos, el aumento de peso estatura y fuerza (más usado en los chicos), la aparición del vello en el pubis y otras partes del cuerpo, cambios en la voz y en la piel. En las chicas, el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de los huesos pélvicos. En los chicos el crecimiento de vello facial y el ensanchamiento de los hombros. (Adrián y Rangel, 2012:8)

López (2013) menciona que tanto los niños como niñas pasan por el estirón del crecimiento adolescente, los órganos reproductivos se agrandan y maduran, aparecen las características sexuales secundarias que ayudan también a la diferenciación de los dos性. Por ejemplo:

En las niñas

- Se produce un aumento de tamaño de los órganos sexuales (ovarios, útero, vagina y labios).
- Ensanchamiento de las caderas.
- Se desarrollan los senos y los pezones.
- Crece el vello en el pubis y en las axilas.

- Aumenta el tejido adiposo.
- Aparece el acné.

En los varones

- Los órganos sexuales aumentan de tamaño (pene y testículos).
- La voz se hace más grave.
- Se produce un desarrollo muscular que lleva consigo un desarrollo corporal.
- Crece el vello en el pubis y en las axilas, y generalmente en todo el cuerpo.
- Crece la barba.
- Aparece el acné.

3. DESARROLLO PSICOLÓGICO

En esta etapa termina de desarrollarse la conciencia social y se empieza a dedicar mucho tiempo a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se puede ver, oír y tocar en el entorno inmediato. Es una renuncia al egocentrismo típico de las etapas anteriores, si bien no desaparece del todo. Los planes a largo plazo pasan a ocupar un papel mucho más importante que antes, y la imagen que se da, aunque sigue siendo relevante, empieza a dejar de ser uno de los principales pilares de la propia identidad. (Torres, sf)

Los adolescentes viven con gran curiosidad/preocupación por los cambios que se presentan en el cuerpo, la apariencia física se vuelve una de las principales inquietudes y a veces cuesta trabajo aceptar la nueva imagen, se experimentan cambios en la forma de ser y de pensar. Los adolescentes ya no aceptan tan fácilmente todo lo que dicen los adultos y se sienten incomprendidos, el estado de ánimo cambia rápidamente, algunas veces son alegres, entusiastas y activos. En otras, se sienten solos, triste, aburridos y no tienen ganas de hacer nada. (Rodríguez, 2014)

Es sabido desde los trabajos de Piaget que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Gogtay et al., (2004a), citado por Hidalgo y Ceñal, (2014). Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los

15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal. Giedd en 2004 (citado por Hidalgo y Ceñal en 2014b) demostró que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza pre frontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), la maduración definitiva, esto explica la implicación del joven, hasta entonces, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto, que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas(Dulanto, 2000 y Radzik et. al. 2008, citados por Hidalgo y Ceñal, 2014c) .

Durante la adolescencia las aptitudes o habilidades cognitivas experimentan un extraordinario desarrollo, tanto cuantitativo como cualitativo. En esta fase del desarrollo el ser humano alcanza lo que en términos de Piaget se denomina fase o estadio de operaciones formales. Esta fase se inicia hacia los 11-12 años de edad, pero probablemente no alcanza su máximo desarrollo hasta los 14-15 años. Su capacidad para resolver problemas experimenta un notable progreso, utiliza diversas operaciones y estrategias cognitivas para resolver problemas, pensando y razonando de manera versátil y flexible. Estos progresos le suponen el alcanzar la capacidad para el razonamiento abstracto, ya son capaces de elaborar meta cogniciones, es decir, de “pensar sobre pensar”. (Toro, 2010a: párr. 2)

La función ejecutiva, posibilitada por el desarrollo de la corteza pre frontal, puede definirse como el conjunto de procesos cognitivos que permiten desarrollar habilidades para resolver problemas en orden a alcanzar objetivos futuros. Estos procesos incluyen pasar de una tarea a otra, controlar interferencias, inhibir respuestas, planificar y memoria de trabajo. Son habilidades cognitivas que constituyen el eje central del desarrollo psicológico adolescente. (Toro, 2010b: párr. 2)

4. DESARROLLO SOCIAL

La relación de amistad con personas del mismo sexo les ayuda a identificarse con ellos mismos y eso les permite conocerse mejor. Los amigos toman un rol más importante que la familia. El interés por la sexualidad aumenta, se presentan juegos

sexuales, masturbación y orgasmos. Se da la consolidación de la propia identidad, elección de una profesión (Rodríguez, 2014).

- **Adquirir independencia familiar.** Durante la adolescencia temprana existe menor interés en actividades paternas y recelo para aceptar sus consejos; se produce un vacío emocional que puede crear problemas de comportamiento y disminución del rendimiento escolar. Búsqueda de otras personas para amar. El comportamiento y el humor son inestables. En la adolescencia media aumentan los conflictos con los padres y se dedican a los amigos. Al final de la adolescencia se integra con la familia y es capaz de apreciar sus consejos y valores. Algunos dudan en aceptar responsabilidades, tienen dificultad para conseguir independencia económica y continúan dependiendo de su familia.
- **Relación con amigos, se establecen las parejas.** En la fase temprana existe gran interés por amigos del propio sexo, adquiriendo gran influencia sus opiniones y relegando a los padres. Puede suponer un estímulo positivo (deporte, lectura) o negativo (alcohol, drogas). Sensaciones de ternura hacia sus iguales, y puede conducirles a miedos y relaciones homosexuales. En la adolescencia media es poderoso el papel de los amigos, la intensa integración en la subcultura de estos, la conformidad con valores, reglas y forma de vestir, separándose más de la familia (piercing, tatuajes, conductas). Integración creciente en relaciones heterosexuales y en clubes. En la fase tardía, el grupo pierde interés, hay menos exploración y experimentación y se establecen relaciones íntimas (parejas).
- **Identidad.** En la fase precoz, empieza a mejorar la capacidad cognitiva: evolución del pensamiento concreto al pensamiento abstracto flexible, con creciente autointerés y fantasías. Se establecen objetivos vocacionales irreales (estrella del rock, piloto...), mayor necesidad de intimidad (diario), emergen sentimientos sexuales, existe falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado. En la fase media, hay mayor capacidad intelectual, creatividad, sentimientos y empatía. Aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarle a conductas arriesgadas (accidentes, drogadicción, embarazos, infecciones). En la adolescencia tardía, el pensamiento ya es abstracto con proyección de futuro, se

establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad para comprometerse y establecer límites, independencia financiera. (Hidalgo y Ceñal, 2014d)

5. ALGUNAS TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

A. TEORÍA SOCIOCULTURAL DE LEV SEMYNOVICH VYGOTSKY (1896-1934)

Vygotsky, citado por Gustavo Reyes (2006:60), propone una teoría psicológica del desarrollo, en ella pone en relieve las relaciones del individuo con la sociedad, postula que no se puede entender el desarrollo del niño si no se conoce la cultura donde se cría. Deduce que los patrones del pensamiento del individuo no se deben a factores innatos, sino que son producto de las instituciones de la sociedad y de las actividades culturales. A través de las actividades sociales el niño adquiere el lenguaje, la escritura, el arte, etc.

Vygotsky, al igual que Piaget, destaca la participación activa de los niños con su entorno; pero, mientras Piaget describía la mente como un ente solitario que toma e interpreta la información sobre el mundo, Vygotsky veía el crecimiento cognoscitivo como un proceso *colaborativo*. Decía que los niños aprenden en la interacción social. En las actividades compartidas los niños internalizan los modos de pensar y actuar de su sociedad y se apropián de sus usos, agregó también que el lenguaje no solo era una expresión del conocimiento y el pensamiento, sino un medio esencial para aprender y pensar en el mundo. (Papalia, 2012:34)

B. TEORÍA DE EDUARD SPRANGER (1882-1963). PSICOLOGÍA DE LA COMPRENSIÓN

Es un estudioso de la adolescencia de Europa Central, cree que cada individuo es único e inefable, elabora la Psicología de la Comprensión, llamada así porque pretende comprender la psique del joven en desarrollo. Realiza su investigación básicamente en jóvenes varones de clase media. Uno de los

postulados de su teoría (psicología de la comprensión) sostiene que los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia no pueden explicarse como una consecuencia de los cambios endocrinológicos de la pubertad. (García, 2006:45)

La comprensión para Spranger, es “la actividad mental que atribuye a los acontecimientos una carga de significación con respecto a una totalidad” (Muuss, 1984:45)

C. TEORÍA SOCIOLOGICA

Esta teoría explica los cambios en la adolescencia a partir de factores sociales externos, los roles que el adolescente desempeña en el seno familiar y en su entorno social, la asimilación de valores, de patrones de la cultura en que vive y, más específicamente, las interacciones que experimenta. Según esta teoría, en el periodo entre la infancia y la adolescencia se define la identidad del sujeto, pues asume una independencia creciente respecto de quienes representan la autoridad, amplía sus espacios grupales y se interesa por su autoimagen y su heteroimagen; ello lo hace dependiente de la aceptación de los demás y modifica sus roles porque va cambiando de espacios escolares y de experiencias sociales. (Saavedra, 2004b:19)

Según Elder (1968),citado por Saavedra (2004c), los cambios son intrarol, cuando el propio adolescente se siente expuesto a nuevas expectativas ante sí mismo, y extra rol, cuando tiene conciencia de que los demás también esperan de él nuevos roles por cumplir. El autor sustenta que el adolescente, al enfrentarse a situaciones sociales nuevas, necesita aprender el desempeño de nuevos papeles o roles, los cuales están determinados por las situaciones históricas sociales en que se inserta el adolescente:

- Los sujetos son clasificados conforme a criterios sociales.
- De la clasificación depende su posición social o estatus (comportamientos legítimos esperados de los demás).

- La posición social condiciona las relaciones interindividuales o roles y papeles (comportamiento y actitudes a desarrollar).
- El papel o rol es lo que los demás esperan de un sujeto dada su posición social.
- En la adolescencia los papeles, roles y la posición social no son invariantes, sino conflictivos y dinámicos, tanto en la autopercepción, como ante la de los demás.
- La conflictividad se produce cuando el adolescente debe cumplir distintos roles en un espacio, por discontinuidad de un rol asumido o por incongruencia al desempeñar roles que no asume.

6. RELACIONES CON LA FAMILIA, LOS PARES Y LA SOCIEDAD ADULTA

La familia con hijos adolescentes.

La importancia de la familia en nuestra sociedad actual es indiscutible, la mayoría de las personas compartimos fuertes vínculos con distintos miembros de nuestro núcleo familiar y mantenemos frecuentes contactos con ellos. A continuación mencionamos las funciones de la familia para el bienestar de sus integrantes:

- Función de administración, orden, limpieza y cuidado del hogar
- Función de proveedor de recursos materiales y personales a sus integrantes.
- Función de cuidado de los hijos y promoción de su salud tanto física como psicológica
- Función de socialización de los hijos y promoción de su desarrollo psicológico y social
- Función de parentesco/afinidad y desarrollo del sentido de identidad a través de la comunicación y el apoyo mutuo.
- Función terapéutica de asistencia y afecto cuando algún miembro de la familia tiene algún problema
- Función recreativa y de organización y de puesta en marcha de actividades de tiempo libre
- Función sexual y de expresión de afectos y gratificaciones sexuales.

La función socializadora de la familia es una de las más importantes para el desarrollo de una persona, a través de ella aprendemos los códigos de conducta de la sociedad en que vivimos, nos adaptamos a ellos y los cumplimos para un mejor funcionamiento social de nuestro entorno (Estévez et al., 2007a:23)

Aunque los adolescentes muestran un interés importante por establecer nuevas relaciones con otras personas ajenas al contexto familiar, los padres siguen jugando un papel crítico en su desarrollo, sin embargo si la interacción entre padres e hijos no es adecuada y positiva pueden aparecer problemas que desestabilizarían la dinámica familiar. (Estévez et al., 2007b:33)

El conflicto con los padres suele ser mayor durante la adolescencia temprana. Las amistades en especialmente chicas se vuelven más íntimas estables y brindan más apoyo en la adolescencia. Las relaciones románticas satisfacen diversas necesidades y se desarrollan con la edad y la experiencia. (Beltrán, 2012).

Por otro lado, Castro (2001) citado por Otoya (2011:5) menciona que “en nuestro país muchos niños viven dentro de familias disfuncionales; donde la violencia, la indiferencia y el desamparo conviven con ellos y afectan su normal desarrollo”.

7. PROBLEMAS QUE PUEDEN ATRAVESAR LOS ADOLESCENTES

Adolescencia, momento de la vida donde se pueden sentir tormentos y fuertes emociones así como frecuentes enfrentamientos entre las generaciones jóvenes y la de los adultos. Los conflictos y discusiones, aunque sean frecuentes, no tienen que ver con la personalidad de los padres ni con el que ellos. No es que no los aprecien o no los quieran más, sino que está relacionado con la necesidad de los adolescentes de independizarse y construir su propio proyecto de vida (Burgos, sf)

Los problemas más frecuentes que pueden atravesar los adolescentes son:

A. Problemas emocionales:

Qué adolescente no se ha sentido tan triste que ha llorado y deseado alejarse de todo y de todos; pensando que la vida no merece la pena vivirla. Estos

sentimientos pueden dar lugar a un estado depresivo que puede esconderse bajo excesos alimenticios, problemas para dormir y preocupaciones excesivas sobre su apariencia física. También pueden expresarse estos trastornos en forma de miedos o ataques de pánico.

B. Problemas de conducta

Por un lado los adolescentes desean que sus padres sean claros y les suministren límites precisos pero cuando ésto se realiza, ellos sienten que les quitan la libertad y no le permiten tomar sus propias decisiones. Se producen desacuerdos y muchas veces los padres pierden el control no sabiendo qué les está pasando a sus hijos, ni dónde están.

Por lo tanto, es importante que los padres pregunten y conozcan donde están sus hijos, con quién están y adónde van, y los hijos informen a sus mayores.

C. Problemas escolares:

Muchas veces los adolescentes rechazan ir al colegio expresando así una dificultad en separarse de sus padres. Esto se puede expresar en forma de “dolores de cabeza” o “estómago”.

Otros de los problemas puede ser la dificultad de integración al grupo de pares o conflictos con algún alumno, puede estar siendo acosado por algún compañero. Todas estas situaciones pueden hacer que concurrir al colegio se convierta en una experiencia solitaria y amenazadora.

Otros problemas pueden estar asociados a estados depresivos, ansiosos y a la falta de confianza en sí mismos para encarar los desafíos del aprendizaje escolar y el de hacerse de amigos.

Estos problemas emocionales afectan al rendimiento escolar, pues es difícil poder concentrarse en la tarea cuando se está preocupado por uno mismo, los problemas familiares o de amistades.

D. Problemas sexuales:

A veces los adolescentes son tímidos y están preocupados por su físico y esto lleva a que no hagan preguntas acerca del sexo a sus mayores. En otras oportunidades pueden recibir información errónea de sus amigos y compañeros.

En otras ocasiones, puede ocurrir que sus experiencias sexuales las realicen en situaciones de riesgo de embarazos no deseados o de posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual. El frecuentar situaciones de riesgo puede indicar problemas emocionales o reflejar una necesidad de vivir al límite.

Para prevenir dichos problemas sexuales es importante que los padres, docentes, médicos de cabecera o centros de orientación familiar, ofrezcan a nuestros jóvenes la adecuada información y orientación sexual.

E. Problemas de alimentación:

Pueden sufrir de anorexia o bulimia nerviosa. Con respecto a la primera enfermedad, el sujeto se niega a comer y se ve con sobrepeso aunque realmente esté muy delgado. Con respecto a la bulimia, pueden tener sobrepeso o no pero ellos canalizan sus problemas a través de la ingesta inadecuada de alimentos, esto los deprime y hace que deseen superar este estado de ánimo a través de la comida produciéndose un círculo vicioso difícil de controlar si no se los pone en tratamiento.

F. Problemas con el uso de alcohol, drogas y pegamiento:

El alcohol es la droga que mayor frecuencia causa problemas en los adolescentes. Los padres deben estar atentos a cualquier cambio repentino y grave de conducta de sus hijos.

La mayoría de las dificultades en la adolescencia no son ni graves ni duraderas, pero el adolescente tiene que pasar por alguna de ellas para constituirse en un ser libre e independiente con un proyecto de vida.

Los padres todavía cumplen un papel importante brindando una base segura a sus hijos. Para ello tienen que ponerse de acuerdo entre sí sobre cómo están manejando las cosas y apoyarse el uno al otro. No hay que realizar alianzas con el hijo, contra el otro progenitor.

Los padres son los que mantienen a sus hijos, por eso ellos tienen que decidir cuáles son las reglas del juego aunque a veces puedan ser negociadas y acordadas entre padres e hijos. Dichas reglas deben ser razonables y serán menos restrictivas cuando el adolescente se haga más responsable.

8. ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA

El alcohol, marihuana y tabaco, las tres drogas más populares entre los adolescentes, se les conoce como *drogas de entrada* porque su consumo suele conducir al uso de sustancias más adictivas, como cocaína y heroína. Las investigaciones de Elzo, Amatria, Gonzales de Audicana, Echeburua & Ayestarán (1987) y de Cano & Berjano (citados por Gazquez et al., 2016) encontraron que a medida que el adolescente va percibiendo deterioro de las relaciones con sus padres, aumenta la probabilidad de convertirse en un consumidor abusivo de bebidas alcohólicas; por lo cual nos da a entender la posible relación existente entre la percepción negativa de las relaciones familiares y el consumo indiscriminado de alcohol. Podemos afirmar que las dificultades en la relación familiar actúan como predisponentes para el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. En este sentido la bebida puede ser un indicador de existencia de problemas, disfunciones y desajustes en la familia que, a su vez, han podido desencadenar una forma abusiva de consumo de alcohol en alguno de sus miembros.

CONSUMO DE ALCOHOL

1. EL ALCOHOL COMO DROGA

El consumo de alcohol fue inicialmente una manifestación social de las primeras civilizaciones de la humanidad, así los primeros humanos debían de los frutos macerados, y gradualmente aprendieron a realizar 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 quien 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 guamo, 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 trascurso del tiempo y el avance de la tecnología, de ha ido manifestando 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.

2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

A. Consumo de Alcohol

Consumo de alcohol en el Perú

El consumo de alcohol está profundamente enraizado en la sociedad, se estima que a nivel mundial existen alrededor de 2000 millones de personas que lo beben, además de ocupar el tercer lugar entre los factores de riesgo (OMS, 2011).

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), aproximadamente un millón 500 mil personas manifiestan problemas de abuso o dependencia de alcohol. Las consecuencias que se generan por el consumo nocivo de alcohol son variadas no solo abarcan problemas de alcohol, sino también índices elevados de violencia familiar, ausentismo laboral, accidentes de tránsito, desintegración familiar entre otros (MINSA, 2008).

Un informe de la organización mundial de la salud (OMS, 2011) reveló que el Perú ocupa el sexto lugar en el ranking de consumo de alcohol en América Latina, según este estudio, cada 'peruano consume en promedio 8,1 litros de alcohol al año; indicando además sobre los efectos nocivos que estas bebidas generan en los más jóvenes. En el Perú hay 75 mil alcohólicos de entre 14 y 25 años, según datos de CEDRO (2013a). El informe revela también que solo en el año 2012 el alcoholismo provocó más de 3,3 millones de muertes en el mundo y advierte sobre el aumento del consumo de alcohol entre los más jóvenes.

En los últimos estudios realizados por CEDRO (2013b) se observó un patrón de consumo que se identifica por el uso generalizado de bebidas alcohólicas y en segundo plano el uso de tabaco, además según DEVIDA (2003a) el

alcoholismo en nuestro país, constituye la principal dependencia a sustancias psicoactivas y que a su vez produce los mayores estragos tanto a nivel personal y familiar como social y comunitario. A esto se tendría que agregar que de forma mayoritaria la población peruana de 12 a 64 años, manifestó haber consumo alcohol en algún momento de su vida y que más de 1 millón de personas (8,1) declara un uso reciente y actual de alcohol, encontrándose signos de dependencia.

Un estudio ejecutado en población escolar de nivel secundario se encontró que en los 30 días previos a la encuesta realizada, una cuarta parte de los estudiantes consumió bebidas alcohólicas y que cuatro de cada diez estudiantes ha reportado haber consumido en algún momento de su vida. Este mismo estudio establece un promedio de edad de inicio para el consumo de alcohol es de 13 años (DEVIDA, 2013b).

Así en otro estudio epidemiológico realizado por CEDRO, detalla que en el Perú existe una tendencia a iniciar el consumo de bebidas alcohólicas a edades cada vez más tempranas.

B. Consumo de Riesgo

Es un patrón o nivel de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud 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. La organización mundial de la salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40 g. diarios de alcohol en mujeres y de 20 a 60 g. en varones.

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 (por ejemplo, hepatitis por inyección de drogas) o mental (p.eje., episodios depresivos secundario a una ingesta 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. Los equivalentes más aproximados en otros sistemas diagnósticos es “abuso de sustancias”, que normalmente incluye las consecuencias sociales (OMS, 2008).

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

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 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 de 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 de una dosis de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuo; se necesita dosis más altas de alcohol para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajos.

Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que pueden 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

Es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden parecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseos intensos de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones que tuvieron mayor valor, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

La distinción entre uso y abuso depende en gran medida del carácter legal del a producción, adquisición y uso de la diferentes sustancias con fines de intoxicación. Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencia del consumo, y se miden a través de indicaciones 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 término de lo que este autor denomina unión biometabolica, en la que existe una necesidad metabólico 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 está 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 sí mismo-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 el 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 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.

3. FACTORES DE RIESGO

Se entiende por factor de riesgo “un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que increpa la probabilidad del uso o abuso de

sustancias psicoactivas” (Clayton, 1992) generalmente, se señalan como factores de riesgo más frecuentes:

A. Asociados a la droga

- Fácil acceso y micro comercialización de la droga
- Bajo consto
- Nuevos patrones de consumo
- Efectos en el organismo

B. Asociados a la persona

- Escasa tolerancia a la frustración
- Baja autoestima
- Rebeldía
- Escasa asertividad
- Marcada necesidad de aprobación social
- Momentos críticos en alguna etapa
- Carencia de metas y proyecto de vida
- Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad
- Trastornos emocionales
- No practica de valores
- Pobre autocontrol
- Inadecuada administración del tiempo
- Curiosidad por experimentar con lo desconocido y peligroso

C. Asociados al ámbito familiar

- Historia familiar de conducta de riesgo
- Conflicto familiar
- Familia disfuncional
- Actitudes parentales vinculadas con el consumo de drogas
- Modelos familiares inadecuados
- Pobre clima afectivo en el hogar
- Estilos de crianza inadecuados o rígidos
- Reglas de convivencia familiar inconsistentes
- Problemas para el manejo familiar e incumplimiento de roles

D. Asociados al contexto social

- Actitudes favorables hacia el consumo
- Vulnerabilidad a la presión de grupo
- Asociación con iguales que consumen o valoran la sustancia
- Asociación con quienes rechazan el empleo, deportes y actividades productivas.

E. Asociados al medio escolar

- Promoción del individualismo y la competencia
- Alumnos que no se identifican con la escuela
- Conductas negativas por parte de algunos docentes
- Temprana y persistente conducta antisocial
- Bajo rendimiento académico

**4. MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL:
PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOBRE EL
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

La teoría del aprendizaje es aquélla que se ocupa en 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 ese 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 posible a la aparición de los deseos internos 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 a 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 al acceso a las sustancias que genera su adicción (Acuña, 2009a).

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 posibilidad de su ocurrencia a futuro. Un refuerzo positivo supone de 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, 2009b).

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 tienen influencia en el inicio de su vida sexual (Andrade, 2014; Acuña, 2009).

Con relación al refuerzo negativo es importantes recalcar la remoción y búsqueda de ciertas emociones específicas (disminuir la tensión, la euforia, disminuir el estrés). Es imposible observar a largo plazo, cuando el sujeto ha entrado en un estado de dependencia física, la búsqueda de extinguir o memorizar la sintomatología del síndrome de abstinencia por medio del consumo de la sustancia, donde mantiene la conducta adictiva como un círculo vicioso (Martínez & Rubio, 2012; 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 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, considerante los distintos elementos que llevan a su inicio, manteniendo como al abandono de las mismas (Becoña, 1999).

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Albert Bandura a la que posteriormente se denominó 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 Niaura (1987) introduce el determinismo reciproco 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 (1999b), el consumo de alcohol estaría determinado, según la teoría del aprendizaje social por:

- Indicios ambientales antecedentes, que pueden a través del condicionamiento clásico, elicitar 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 arte 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 congéneres, el efecto puede ser de mayor significación como lo menciona Abrams y Niaura (citados por Hernández & De la Cruz. 2007b).

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, 2007c).

- 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 ante 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 las 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 situaciones, 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 e 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 actuara 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 al alcohol, u asimismo, está 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 reciproco 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 circulo vicioso de las interacciones negativas entre persona y ambiente, que conducen a la intervención de mecanismo de control social (policía, programa sanitario, programas de rehabilitación). Es importante resaltar que este determinismo reciproco 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 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 mismo 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.

5. ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA

Para los adolescentes parece no existir consecuencias negativas relacionadas al consumo de alcohol, todo es positivo para ellos, quienes viven los efectos momentáneos y placentero de la sustancia, motivados por su curiosidad e influencia de pares, de esta manera se revelan de la sociedad en donde se desenvuelven rechazando valores y normas de conducta preestablecidas (Espada, 2003c).

El consumo de alcohol en adolescentes varones es socialmente visto como parte de un proceso natural durante su desarrollo que le permite el paso a la vida adulta, en lo que respecta al consumo en adolescentes mujeres, a pesar del estigma social todavía existente, se evidencia una ingesta cada vez mayor, motivada por su deseo de independencia y como una manera de demostrar que ya no son el “sexo débil” (Espada, 2003d).

Señalaremos a continuación algunas de las causas que motiva a los adolescentes al consumo (Domínguez, 2008).

- Formar parte de un grupo de amigos, para sentirse integrado socialmente, lo que involucra imitar conductas que en mucho de los casos son negativas.
- Divertirse y sentirse bien.
- Desinhibirse para aumentar su seguridad.
- Poder conquistar al sexo opuesto
- Olvidarse de los problemas.
- Poder hacer cosas que de otra manera no lo harían.
- Afirmar y expresar su identidad y demostrar que ya no son niños.

Herrera (1999b) nos dice que la adolescencia, se considera un periodo de riesgo ya que pueden darse las bases para la generación de enfermedades y/o cambios en la personalidad debido a que es un periodo del desarrollo donde el ser humano se somete a grandes cambios en su desarrollo físico, social y psíquico. Mathews & Pillon (2004) citando a Reyna & Calero definen a los adolescentes como el grupo más propenso a desarrollar conductas de riesgo activas o pasivas, que pueden involucrar un peligro, y que traerían con ellos consecuencias negativas

comprometiendo el normal funcionamiento de su desarrollo; es en esta etapa donde el joven es más curioso y disfruta de experimentar, por lo que es probable que se dé la aparición de conductas como relaciones sexuales precoces, usos de alcohol, tabaco y drogas, deserción escolar y hasta delincuencia.

6. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL EN ADOLESCENTES

A. Efectos del alcohol en el organismo

Los efectos del alcohol sobre el cuerpo son numerosos y diversos. El alcohol, específicamente el etanol, es una potente droga psicoactiva con un número elevado de efectos negativos que puede afectar de manera grave a nuestro organismo. El alcohol tiene un efecto bifásico sobre el cuerpo, es decir, que sus efectos cambian con el tiempo. Inicialmente, produce sensaciones de relajación y alegría, pero el consumo sostenido puede producir daños en los aparatos y sistemas del organismo (Lillo, 2004).

A continuación se enumera los diferentes efectos del alcohol:

Sistema nervioso

- Inhibición progresiva de las funciones cerebrales: emociones, procesos de pensamiento y el juicio.
- Alteración en el control motor.
- Disminución del estado de alerta.
- Disminución de los reflejos.
- Problemas de visión.
- Perdida de coordinación muscular.
- Temblores.
- Alucinaciones.
- Problemas de memoria, la capacidad de concentración y las funciones motoras.
- Trastornos de sueño (Lillo, 2004).

Aparato circulatorio

- Aumento de la actividad cardiaca.
- Hipertensión arterial y daño en el músculo cardíaco por sus efectos tóxicos.
- Miocarditis.
- Insuficiencia cardíaca.
- Vasodilatación periférica (Mena, 2010)

Aparato digestivo

- Molestias gástricas, acidez o ardor estomacal.
- Ulceras, hemorragias y perforaciones de la pared del estómago.
- Cáncer de estómago, cáncer de laringe, esófago y páncreas.
- Pancreatitis aguda.
- Pancreatitis crónica.
- Diabetes de tipo II.
- Peritonitis.
- Hepatitis alcohólica y cirrosis hepática, cáncer de hígado.
- Aparición de edemas (Mena, 2010).

Aparato reproductor

- Disminuye la libido y actividad sexual.
- Puede causar infertilidad e impotencia.
- Ginecomastia en los hombres
- Altera las hormonas (Mena, 2010).

B. Conductas de riesgos

Los adolescentes se caracterizan por conductas que ponen en riesgo no solo su vida sino de las personas que lo rodean motivados por su curiosidad y la búsqueda de nuevas sensaciones, muchas de estas conductas de cierta forma les llevan a alcanzar la madurez ya que les permiten enfrentarse a escenarios de la vida adulta, sin embargo estas pueden llegar a ser negativas para el individuo incrementando el índice de mortalidad durante esta etapa, como es conocido es aquí en donde se producen un alto porcentaje de suicidios, homicidios y accidentes (Estrada, 2012).

Otra problemática que se puede dar a esta edad y bajo los efectos del alcohol es la sexualidad irresponsable que en mucho de los casos puede llevar a embarazos no deseados o a contraer enfermedades de transmisión sexual, además se debe recalcar que el adolescente no se encuentran emocional ni psicológicamente preparado para tomar decisiones responsables en este ámbito (Espada, 2003).

C. Fracaso escolar

El alcohol y las drogas en general tienen efectos físicos y psíquicos en el organismo y en el cerebro, algo que influye directamente en la capacidad de aprendizaje y de comprensión, sobre todo en edades tempranas. El alcohol estará presente en el cerebro del adolescente, impidiendo su progreso cognitivo, de esta manera lo empuja hacia un cúmulo de pequeños fracasos, que culminarán en la autoexpulsión del sistema escolar, por su parte el estudiante pondrá fuera de su responsabilidad esos fracasos, tratando de mostrar que el docente es el culpable de los mismos (Espada, 2003).

D. Problemas legales

Los adolescentes bajo los efectos del alcohol presentan mayor riesgo de verse involucrados en conductas delictivas que acarrean conflictos legales, entre los principales encontramos: conductas disruptivas, alteraciones en su capacidad de juicio, episodios de violencia dentro y fuera del hogar, falta de control de impulsos que lleva a los jóvenes a verse involucrados en provocaciones y desacato a la autoridad, además de accidentes de tránsito que pueden llevar al encarcelamiento o la muerte (Estrada, 2012).

7. CONSUMO DE ALCOHOL Y OTROS FACTORES INFLUYENTES

El grupo de pares, el sistema educativo y los medios de comunicación, son factores que influyen en el consumo de alcohol durante la adolescencia. El grupo provee nuevas reglas diferentes a las que hasta ahora el adolescente había conocido en el núcleo familiar, la presión que ejercen los amigos, el deseo de formar parte del grupo y no ser rechazados, hacen que el adolescente se vea involucrado en conductas orientadas al consumo. Por otro lado, los medios de comunicación juegan

un papel primordial durante esta etapa, ya que proporcionan en muchas ocasiones información que promueven el consumo (Fernández, 1998).

No se puede dejar de mencionar el impacto ocasionado por el internet y las redes sociales, las mismas que permiten interactuar simultáneamente con varias personas de diferentes lugares, lo que posibilita el intercambio de intereses, creencias y opiniones y sirven además para gestionar la vida con amigos y familiares. Un número alarmante de adolescentes utiliza estos medios para publicar miles de mensajes relacionados con el consumo de sustancias. Haciendo ver el mismo como atractivo y minimizando las consecuencias negativas. Otro punto importante que debemos recalcar es que a través de las redes sociales se comparte información sobre experiencias relacionadas con el consumo de drogas, dando también consejos sobre productos específicos y cómo y dónde conseguirlos. Los padres son quienes deben regular el uso responsable que se dé a estos medios (Fernández, 1998).

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

La presente investigación presenta un enfoque cuantitativo ya que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández Sampieri, 2014).

A. TIPO DE INVESTIGACION

Es de tipo correlacional ya que “tiene como finalidad conocer la relación o grado de relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (Sampieri, 2014: 4)

B. DISEÑO DE INVESTIGACION

Según Hernández Sampieri et al. (2014: 154-158), en esta investigación aplicamos el diseño de tipo no experimental, transversal correlacional. No

experimental, porque el estudio se realizó “sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”; transaccional ya que se “recopilan datos en un momento único” y correlacional ya que se “describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto”.

2. SUJETOS

A. POBLACION

La población para la presente investigación estuvo conformada por 262 estudiantes varones y mujeres pertenecientes al 3er, 4to y 5to grado del nivel secundaria de las Instituciones Educativas Nacionales “José Cornejo Acosta”, “José Trinidad Morán” del distrito de Cayma, Arequipa.

B. MUESTRA

Para el presente estudio se utilizó un muestreo no probabilístico o dirigido ya que la investigación se realizó “con un subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación”. Hernández Sampieri, 2014:176)

La muestra total estuvo conformada por 262 estudiantes de los cuales 129 correspondientes al sexo masculino y 133 pertenecientes al sexo femenino, cuyas edades están comprendidas entre 13 y 20 años de edad, de condición socioeconómica medio-baja, para determinar la condición socioeconómica de los estudiantes se les aplicó una ficha de datos personales con la cual hallamos datos sobre este aspecto.

C. CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Estudiantes adolescentes de edades comprendidas entre 13 a 20 años
- ✓ Grado de instrucción secundaria
- ✓ Idioma castellano

- ✓ Participación voluntaria en la investigación.

D. CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Estudiantes con necesidades educativas especiales (NEE)

E. INSTRUMENTOS Y TECNICAS

a) PRUEBA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (AUDIT)

FICHA TÉCNICA

Nombre: Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol.

Nombre original: Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Autores: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente J, Grant M.

Año: 1992

Adaptación española: Rubio, G. (1998).

DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: Cuestionario auto administrado o hereoaplicado.

Objetivos: Detectar problemas relacionados con el comienzo del consumo de alcohol, antes de que se presenten dependencia física y otros problemas crónicos asociados.

Población: Varones y mujeres.

Número de ítems: 10

Este instrumento fue diseñado como parte de un proyecto multinacional auspiciado por la OMS y aplicado a una muestra de 1900 bebedores de alcohol. El análisis de los resultados demostró que el AUDIT es un instrumento de tamizaje altamente sensible (80%) y específico (89%), con un valor promedio predictivo positivo de 60% y un valor promedio

predictivo negativo de 95%. Se trata de una prueba útil y con validez transcultural para identificar el consumo excesivo de alcohol. Además, explora la frecuencia y la cantidad del consumo de alcohol, tomando en cuenta lo que podría considerarse consumo excesivo, además explora la posibilidad de que haya dependencia al alcohol y un consumo dañino del mismo. Se trata de una prueba útil y con validez transcultural para identificar el consumo excesivo de alcohol. Además, explora la frecuencia y la cantidad del consumo de alcohol, tomando en cuenta lo que podría considerarse consumo excesivo, también explora la posibilidad de que haya dependencia al alcohol y un consumo dañino del mismo (Ramírez, 2007).

Se trata de un cuestionario auto administrado que investiga los hechos durante el último año, consta de 10 preguntas (OMS, 1992):

- 1-2-3: Cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia)
- 4-5-6: Comportamiento o actitud ante la bebida.
- 7-8: Reacciones adversas frente a la bebida.
- 9-10: Problemas relacionados con el consumo de alcohol.

A las primeras ocho preguntas se dan cinco opciones de respuesta, mismas que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas se puntúan con 0-2-4. El rango es de 0 a 40.

Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos, si bien con las instrucciones apropiadas puede ser auto administrado o utilizado por profesionales no sanitarios (OMS, 1992).

Puntuación e Interpretación

El AUDIT es fácil de puntuar. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el formato de entrevista el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total».

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (Una puntuación de corte 10 proporciona una mayor especificidad a expensas de una menor sensibilidad). Debido a que los efectos del alcohol varían según el peso medio y diferencias en el metabolismo, al reducir el corte en un punto, a una puntuación de 7 para todas las mujeres y a los varones mayores de 65, se incrementa la sensibilidad para estos grupos poblacionales. La selección de los valores de corte debería estar en función de los estándares culturales y nacionales, así como del juicio clínico que también determinará el consumo máximo recomendado. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas simplemente indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial. Sin embargo, tales puntuaciones también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, así como de una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol. Tanto la puntuación total, el nivel de consumo, los signos de dependencia, así como el daño presente deberían tenerse en cuenta en el abordaje de un paciente. Las dos preguntas finales también deberían revisarse para determinar si los pacientes muestran evidencia de un problema pasado (esto es, «sí, pero no en el último año»). Incluso ante la ausencia de consumo de riesgo actual, las respuestas positivas en estos items deberían utilizarse para discutir la necesidad de vigilancia por parte del paciente.

A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en este y otros estudios de investigación, se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT (OMS, 1992).

Puntuaciones	Diagnóstico	Intervención
8 y 15	Uso	Asesoría enfocada en la reducción del consumo de riesgo.
16 y 19	Probable dependencia(abuso)	Terapia breve y un abordaje continuado.
Iguales o mayores a 20	Consumo perjudicial(dependencia)	evaluación diagnóstica más amplia y tratamiento de la dependencia de alcohol

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 mostro 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.

b) ESCALA DE ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL EN LA ADOLESCENCIA (ESPA29)

FICHA TÉCNICA

Procedencia: Madrid

TEA Ediciones, 2004

Autores: Musitu Ochoa, Gonzalo. García Pérez, José Fernando.

Título: Escala De Estilos De Socialización Parental En La Adolescencia (Espa29)

Aplicación: Individual o Colectiva.

Tiempo: 20 minutos aproximadamente (aplicación y corrección).

Edad: 10 a 18 años.

Este instrumento evalúa los estilos de socialización de los dos padres en distintos escenarios representativos de la vida cotidiana familiar en la cultura occidental. Un hijo valora separadamente la actuación de su padre y de su madre en 29 situaciones significativas, obteniendo una medida global para cada parente en las dimensiones de Aceptación / Implicación y Coerción / Imposición. A partir de las puntuaciones en las dos dimensiones se tipifica el estilo de socialización de cada parente como: Autorizativo, Indulgente, Autoritario o Negligente (Ramírez, 2007).

El cuestionario SPA 29 ha surgido en el contexto de la investigación de los estilos de socialización paterno-filiales, y se ha diseñado con la finalidad específica de evaluar esos estilos. En el entorno familiar el proceso de socialización supone la presencia de al menos dos personas que interactúan desempeñando un rol complementario: un hijo, que es el objeto de la socialización, y un parente, que actúa como agente socializador y, a su vez, los dos participando del proceso (Musitu, 2004).

Dimensiones del SPA 29

Aceptación/implicación: evalúa un estilo de socialización parental consistente en reforzar positiva y afectivamente el comportamiento ajustado de su hijo, en prestarle atención y expresarle cariño cuando hace lo que los padres esperan de él. Cuando los hijos se comportan de manera incorrecta estos padres dialogan y razonan con ellos (Musitu, 2004).

El SPA 29 mide la dimensión de aceptación/implicación con cuatro subescalas:

- **Afecto:** grado en que los padres expresan cariño a su hijo cuando éste se comporta de manera adecuada.
- **Indiferencia:** grado en que los padres no refuerzan las actuaciones correctas de su hijo, permaneciendo inexpresivos e insensibles.
- **Dialogo:** grado en que los padres acuden a una comunicación bidireccional, cuando la actuación del hijo no se considera adecuada.
- **Displicencia:** grado en que los padres reconocen las conductas incorrectas del hijo, pero no establecen de forma consciente un diálogo con él.

Coerción/imposición: evalúa un estilo de socialización parental que consiste en recurrir a la coerción verbal, la coerción física y a la privación, o alguna combinación de estas, cuando los hijos se comportan de manera inadecuada. El grado en que la actuación de los padres se caracteriza por la coerción/imposición de evalúa en el ESPA 29 con tres subescalas (Musitu, 2004):

- **Privación:** grado en que los padres utilizan el procedimiento de retirar al hijo un objeto o de privarle una vivencia gratificante, teniendo como fin corregir conductas inadecuadas.
- **Coerción verbal:** grado en que los padres regañan, reprochan o increpan a su hijo cuando se comporta de manera incorrecta.
- **Coerción física:** grado en que los padres recurren al castigo físico ante comportamientos inadecuados.

Confiabilidad y validez

Respecto a la confiabilidad de la Escala de estilo de socialización parental, pudo ser determinada mediante el método de consistencia interna con el coeficiente Alpha de Cronbach, que según Hernández, et al. 2006, indica que los resultados obtenidos dan indicios a una consistencia elevada, es decir, la covariación establecida se debe a una situación real y que estos ítems miden una única variable y si lo aplicamos por más de una vez a un mismo elemento entonces obtendríamos iguales resultados.

Aplicación

Consigna:

“A continuación encontrarás una serie de situaciones que pueden tener lugar en tu familia. Estas situaciones se refieren a las formas en que tus padres responden cuando tú haces algo. Lee atentamente las situaciones y contesta cada una de ellas con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas, lo que más vale es la sinceridad” (Musitu, 2004). Las puntuaciones que vas utilizar van de 1 hasta 4. Utiliza aquellas puntuaciones que tú crees, responde mejor a la situación que vives en tu casa:

1 Nunca

2 Algunas veces

3 Muchas veces

4 Siempre

Las situaciones que pueden suceder en tu familia se encuentran en el centro de la página. En primer lugar deberás leer cada situación y contestar en el bloque de la derecha destinado a las reacciones que tiene tu padre. Cuando acabes de valorar las reacciones de tu padre a todas las situaciones, deberás volver a leer las situaciones y contestar en el bloque de la izquierda destinado a las reacciones que producen en tu madre.

Corrección

1. Se suman las respuestas que ha dado el sujeto a cada subescala para ese progenitor y se anota el total en la parte inferior en la casilla correspondiente a esa subescala.
2. La puntuación anotada se divide por el número que aparece a su derecha, y el resultado se anota en el recuadro que aparece debajo, a lado de PD (puntuación directa), en cada caso la PD aparecerá con el número otorgado a esa subescala.
3. Consultando los baremos para cada subescala se podrá obtener la puntuación centil y anotarla en el cuadro que aparece debajo. Se debe elegir la tabla adecuada según edad y sexo del sujeto y si es el padre o la madre al que se está valorando.
4. Traslade las PD al cuadro de fórmulas del progenitor correspondiente y realice los cálculos que de indican.
5. Al realizar estas operaciones habrá obtenido las PD de cada escala, luego de lo cal debe obtener el centil correspondiente.
6. Una vez obtenidos los centiles en las dos dimensiones aceptación/ implicación y coerción/ imposición de cada progenitor, se determina el tipo de socialización. Para ellos se deberá trasladar los centiles al eje correspondiente (Musitu, 2004).

A. PROCEDIMIENTOS

Antes de iniciar la aplicación del estudio, se envió una solicitud al decano 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 directores de las instituciones educativas para la aplicación de los cuestionarios a los adolescentes, a quienes se les expuso los objetivos y los alcances de la investigación a realizarse, coordinando fechas y horarios de aplicación.

Seguidamente, 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 cada tutor de aula. La aplicación fue por secciones de 3ro a 5to grado del nivel secundario, se les entregó ambas pruebas, el cual tuvo una duración en la aplicación de 40 minutos.

Las pruebas fueron calificadas manualmente, posteriormente se procesó una base de datos en la hoja de cálculo de Excel, creando modificaciones por alumno para un mayor orden y control. Finalmente con el paquete estadístico Chi- Cuadrado, se realizaron los análisis descriptivos pertinentes, mediante tablas y graficas estadísticas, y el análisis correlacional necesario.

CAPITULO 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, estos son expuestos a continuación.

1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

TABLA 1. Distribución de los adolescentes de las I.E. "José Cornejo Acosta" y "José Trinidad Morán" según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	129	49.2 %
Femenino	133	50.8 %
TOTAL	262	100 %

Interpretación:

Al observar la tabla 1 se puede notar que el total de estudiantes encuestados es de 262, de los cuales 129 son varones y 133 son mujeres, lo que corresponde a 49.2% y 50.8% respectivamente. Deducimos entonces que la muestra está conformada por mujeres en su mayoría, pero a la vez la diferencia entre ambos grupos es mínima.

TABLA 2. Distribución de los adolescentes de las I.E. "José Cornejo Acosta" y "José Trinidad Morán" según Edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	1	0.4 %
13	5	1.9 %
14	47	17.9 %
15	96	36.6 %
16	85	32.4 %
17	22	8.4 %
18	3	1.1 %
19	2	0.8 %
20	1	0.4 %
TOTAL	262	100 %

Interpretación:

En la tabla 2 se describe claramente que la mayoría de adolescentes están en un rango de edad entre 14 y 16 años, existiendo seis alumnos con edad por debajo de 14 años y 28 alumnos por encima de 16 años, encontrándose en este caso en particular alumnos mayores de 18 años

2. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS A LOS SUJETOS EN LA MUESTRA

A. Resultados de la prueba del AUDIT

TABLA 3. Consumo de alcohol de los adolescentes de las I.E. "José Cornejo Acosta" y "José Trinidad Morán" en función al sexo.

Consumo de Alcohol	Sexo		TOTAL	Porcentaje
	Masculino	Femenino		
Nunca ha consumido	50	54	104	40%
Uso	61	63	124	47%
Abuso	13	12	25	10%
Dependencia	5	4	9	3%
TOTAL	129	133	262	100%

Interpretación:

En la tabla 3 se muestra que el USO DE ALCOHOL es MAYOR en las MUJERES que en los varones, mientras que en el caso de abuso no hay mucha diferencia entre ambos sexos, asimismo, se observa una cantidad de 9 personas entre hombres y mujeres que presentan dependencia al alcohol.

TABLA 4. Consumo de alcohol de los adolescentes de las I.E. "José Cornejo Acosta" y "José Trinidad Morán" en función a la edad.

EDAD	CONSUMO DE ALCOHOL				TOTAL
	Nunca	Uso	Abuso	Dependencia	
12	1	0	0	0	1
13	3	2	0	0	5
14	22	24	1	0	47
15	38	47	8	3	96
16	29	39	12	5	85
17	9	8	4	1	22
18	1	2	0	0	3
19	1	1	0	0	2
20	0	1	0	0	1
TOTAL	104	124	25	9	262

Interpretación:

En la tabla 4 se demuestra que el uso, abuso y dependencia al alcohol es mayor en los adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 14 y 16 años.

TABLA 5. Presencia de uso, abuso o dependencia al alcohol de los adolescentes de las I.E. "José Cornejo Acosta" y "José Trinidad Morán".

Consumo de Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha consumido	104	39.7%
Uso	124	47.3%
Abuso	25	9.5%
Dependencia	9	3.4%
TOTAL	262	100.0%

Interpretación:

Como se observa en la tabla 5, el 39.7% de los adolescentes no consumen alcohol, mientras que por otro lado, se puede identificar que un 47.3% de los adolescentes encuestados ya presentan un consumo de alcohol de bajo riesgo (uso); el 9.5% presentan abuso en el consumo de alcohol y en un porcentaje de 3,4% de adolescentes ya existe una dependencia en el consumo de alcohol.

3. RESULTADOS DE LA ESCALA DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL PARA ADOLESCENTES (ESPA- 29)

TABLA 6. *Estilo de Socialización Parental prevalente de las madres de adolescentes de las I.E. “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” que presentan consumo de alcohol.*

Estilo de Socialización	Frecuencia	Porcentaje
Parental		
Autorizativo	57	36.1%
Indulgente	34	21.5%
Autoritario	33	20.9%
Negligente	24	15.2%
TOTAL	148	93.7%

Interpretación:

Observando la tabla 6 se describe claramente que el estilo de socialización parental prevalente de las MADRES de los adolescentes que consumen alcohol es AUTORIZATIVO, ya que éste está presente en un 36.1%, siendo el estilo de socialización parental negligente el menos practicado por las madres con un 15.2%. En este caso, cabe destacar que el total de las madres no llega a ser el 100%, esto quiere decir que existe un porcentaje de 6.3% de adolescentes que no viven con la madre o ha fallecido, esto equivalente a 10 madres ausentes.

TABLA 7. Estilo de Socialización Parental prevalente de los padres de adolescentes de las I.E. “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” que presentan consumo de alcohol.

Estilo de Socialización Parental	Frecuencia	Porcentaje
Autorizativo	31	19.6%
Indulgente	21	13.3%
Autoritario	33	20.9%
Negligente	37	23.4%
TOTAL	122	77.2%

Interpretación:

En La tabla 7 podemos observar que el Estilo de Socialización Parental prevalente de los PADRES de los adolescentes que consumen alcohol es NEGLIGENTE, estando presente en un 23.4%, por otro lado se observa que el Estilo de Socialización Parental Indulgente con un porcentaje de 13.3% es el menos practicado por los padres. En este caso, cabe destacar que el total de los padres no llega a ser el 100%, esto quiere decir que existe un porcentaje de 22.8% de adolescentes, es decir 36, que no viven con su padre o falleció el mismo.

TABLA 8. Estilo de Socialización Parental prevalente de las madres de adolescentes de las I.E. “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” que no consumen alcohol.

Estilo de Socialización Parental	Frecuencia	Porcentaje
Autorizativo	44	42.3%
Indulgente	20	19.2%
Autoritario	24	23.1%
Negligente	10	9.6%
TOTAL	98	94.2%

Interpretación:

En la tabla 8 se presenta los estilos de socialización parental practicados por las madres de adolescentes que no consumen alcohol. De manera que el Estilo de Socialización Parental prevalente de las madres de los adolescente que NO CONSUMEN alcohol es el AUTORIZATIVO con un 42.3%, siendo el Estilo de Socialización Parental negligente el que menos se practica con un porcentaje de 9.6%. Del mismo modo se reitera que Existe un porcentaje menor de 5.8% de adolescentes, es decir 6, que no viven con su madre o que ha fallecido la misma.

TABLA 9. Estilo de Socialización Parental prevalente de los padres de adolescentes de las I.E. “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” que no consumen alcohol.

Estilo de Socialización Parental	Frecuencia	Porcentaje
Autorizativo	32	30.8%
Indulgente	14	13.5%
Autoritario	15	14.4%
Negligente	14	13.5%
TOTAL	75	72.1%

Interpretación:

En la tabla 9 se expone que el Estilo de Socialización Parental prevalente de los padres de los adolescente que NO consumen alcohol, es el AUTORIZATIVO con un porcentaje de 30.8%, siendo muy parecidos los resultados de los estilos indulgente, autoritario y negligente con un porcentaje de 13.5%, 14.4% y 13.5% respectivamente. No obstante, aclaramos que Existe un 27.9% de adolescentes que no tienen o no viven con su padre, es decir 29.

4. CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

TABLA 10. *Estilos de Socialización Parental y Consumo de Alcohol de los Adolescentes de las I.E. “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” en función a la madre.*

Estilo de Socialización Parental	Consumo de Alcohol		
	Uso	Abuso	Dependencia
Autorizativo	48	7	2
Indulgente	26	5	3
Autoritario	22	10	1
Negligente	19	2	3

Interpretación:

Con los resultados mostrados en la tabla 10, se procedió a realizar la prueba de chi-cuadrado para determinar la relación del estilo de socialización parental con el consumo de alcohol de los adolescentes en función a la madre.

TABLA 11. Correlación entre los estilos de socialización parental y consumo de alcohol en adolescentes de las I.E. en función a la madre.

	Valor	Gl	Significancia asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11.009	10	0.357
Razón de verosimilitud	10.629	10	0.387
Asociación lineal por lineal	0.068	1	0.795
N de casos validos	158		

Interpretación:

En la tabla 11, al observar el chi-cuadrado de Pearson, se puede notar que la significancia (0.357), es mayor al nivel de significación establecido para el estudio (0.05), lo que quiere decir que las variables analizadas son independientes, es decir, que el estilo de socialización parental de la MADRE NO tiene relación con el consumo de alcohol en los adolescentes de las Instituciones Educativas del distrito de Cayma.

TABLA 12. *Estilos de Socialización Parental y Consumo de Alcohol de los Adolescentes de las I.E. “José Cornejo Acosta” y “José Trinidad Morán” en función al padre.*

Estilo de Socialización Parental	Consumo de Alcohol		
	Uso	Abuso	Dependencia
Autorizativo	26	4	1
Indulgente	19	0	2
Autoritario	22	9	2
Negligente	30	6	1

Interpretación:

Con los resultados mostrados en la tabla 12 se procedió a realizar la prueba de chi-cuadrado para determinar la dependencia del estilo parental con el consumo de alcohol de los adolescentes en función al padre.

TABLA 13. Correlación entre los estilos de socialización parental y consumo de alcohol en adolescentes de las I.E. en función al padre.

	Valor	gl	Significancia asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9.320	8	0.316
Razón de verosimilitud	12.231	8	0.141
Asociación lineal por lineal	0.184	1	0.668
N de casos validos	158		

Interpretación:

Observando el chi-cuadrado de Pearson en la tabla 13, se puede apreciar que la significancia (0.316), es mayor al nivel de significación establecido para el estudio (0.05), lo que quiere decir que las variables analizadas son independientes, es decir, que el estilo de socialización parental del PADRE NO tiene relación con el consumo de alcohol en los adolescentes.

CAPITULO V

DISCUSION

Pons (1997) destaca la influencia de la familia como uno de los factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones sobre adicciones. Los problemas de relación en la familia y la alteración del clima familiar, se han señalado, como uno de los principales desencadenantes del aumento de la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, en ello radica la importancia del estudio acerca de los estilos de socialización parental y su relación con el consumo de alcohol. Si bien es cierto distintos investigadores han demostrado su preocupación por los elevados índices de consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes y los factores relacionados a éstos, la aproximación a las investigaciones acerca de los estilos de socialización parental y el consumo 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 estilos de socialización parental y el consumo de alcohol en adolescentes de dos instituciones educativas del distrito de Cayma – Arequipa, luego de la revisión y procesamiento de datos encontramos diferentes resultados, los cuales nos sirven para contrastar la investigación y confirmar o refutar las hipótesis planteadas respecto a otras investigaciones con características

similares respecto al consumo de alcohol en la adolescencia y estilos de socialización parental, sin embargo cabe recalcar que dichos estudios fueron realizados en épocas y contextos culturales diferentes.

La hipótesis de partida fue que los estilos de socialización parental están relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes, por otro lado, hipotetizamos, que los estilos de socialización parental no están relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes de las dos instituciones educativas del distrito de Cayma. Los resultados niegan la primera hipótesis, es decir, no existe diferencias significativas entre las medidas de los cuatro estilos de socialización parentales, por lo que el tipo de estilo de socialización parental no se considera un factor que predispone al consumo de alcohol en los adolescentes.

Los resultados encontrados en la investigación de Vanegas k. V. (2014) en Ecuador-Cuenca, su investigación titula “*Análisis de varianza entre el consumo de alcohol y estilos parentales en los adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014*”. El presente estudio tiene como objetivo indagar la relación existente entre los diferentes estilos parentales y el consumo de alcohol en los adolescentes del Cantón Gualaceo. La población a la que se dirigió el estudio estuvo compuesta por 712 estudiantes de bachillerato superior, comprendidos entre las edades de 15 a 18 años, de los centros educativos del sector urbano. Se aplicaron dos instrumentos: la prueba para identificar trastornos por el Uso de alcohol (AUDIT) y la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA29). Los resultados señalan que los adolescentes varones, en comparación con las mujeres, presentan mayor consumo de alcohol. En cuanto a los factores familiares se encontró, que el estilo parental predominante en el cantón es el indulgente, mismo que no se encuentra asociado al consumo de alcohol. Los adolescentes no consumidores tienen el mismo estilo parental que los que sí presentan consumo. Contrastando con nuestra investigación, los datos anteriores no coinciden con los resultados de la investigación realizada en el distrito de Cayma, a excepción de que en ambas investigaciones no hay relación significativa entre los estilos de socialización parental y el consumo de alcohol. Respecto a los demás resultados sí se observan diferencias ya que el “uso” de alcohol es mayor en mujeres que en varones, aunque la diferencia no es muy significativa, además de que no hay predominio significativo de uno de los sexos

en cuanto a la “dependencia” al alcohol. Por otro lado, El estilo de socialización parental prevalente de los padres de adolescentes que presentan consumo de alcohol es el negligente, con un 23.4% mientras que en las madres el estilo de socialización parental prevalente es el autorizativo con un 36.1%. En cuanto al estilo de socialización parental prevalente de los padres y madres de los adolescentes que no consumen alcohol, es el autorizativo. Es curioso notar que el estilo de socialización parental autoritativo se encuentra presente en los consumidores y no consumidores.

En Perú-Lima, Luna León (2013), en su investigación “*Asociación entre algunos estilos de crianza y consumo perjudicial/dependencia de alcohol, en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao 20012*”, el estudio tuvo como objetivo describir la asociación entre algunas características de los estilos de acianza durante la infancia y la presencia clínica de consumo perjudicial/dependencia de alcohol en la población adulta de Lima y Callao. Se utilizó la base de datos del estudio Epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana y el Callao en 2002. Con 2077 adultos encuestados (DE 18 AÑOS Y más). El estudio integra a los estilos de crianza y la presencia del consumo perjudicial/dependencia de alcohol. Se utilizó una adaptación del EMBU (acrónimo sueco para: menoría de la propia crianza en la infancia). Se midió tres dimensiones: a) afecto: positivo y negativo b) favoritismo en relación con los hermanos c) control e interés. Para la presencia del consumo nocivo de alcohol/dependencia del alcohol se utilizó la encuesta MINI. Los resultados señalan: los estilos de crianza están fuertemente asociados con el riesgo de enfermarse de consumo perjudicial/ dependencia al alcohol, siendo necesario favorecer una expresión afectiva positiva, control e interés, sumado a una equidad en el trato con los hijos, ya que su percepción en los individuos se asocia a un menor riesgo para presentar consumo perjudicial/dependencia al alcohol. Estos resultados encontrados son diferentes a los de Vanegas en su investigación sobre “*Análisis de varianza entre el consumo de alcohol y estilos parentales en los adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014*” en el cual se concluye que el estilo parental indulgente, que es el prevalente, no se encuentra asociado al consumo de alcohol. Asimismo cabe mencionar que los instrumentos de evaluación utilizados

en la investigación realizada en lima son diferentes. Del mismo modo a pesar de que Luna León (2013) trabajó con una población que tiene una cultura y costumbres más cercanas al lugar de nuestra muestra de investigación, tampoco coinciden los resultados, siendo totalmente opuestos. Creemos que otra razón por la cual los resultados son opuestos seria porque al ser Lima, la capital, el lugar más concurrido donde habitan muchos inmigrantes en su mayoría jóvenes, los cuales muchas veces van en busca de mejores oportunidades, que tienen que dejar a su familia y vivir solos o en casa de familiares, se ven más propensos a desarrollar conductas de riesgo. Además de que la condición económica de los habitantes limeños en su mayoría es media y baja, se ven en la obligaciones trabajar mucho más tiempo para generar ingresos al hogar y por lo tanto dejan sin control a los hijos en casa, claro que esta situación se da en todas partes, pero en la capital, son más frecuentes estos casos.

En Arequipa, Postigo, V. y Pinto J. (2017) en su investigación “*Estilos de socialización parental y consumo de riesgo de alcohol en adolescentes*”. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de socialización parental con el consumo de riesgo de alcohol en 336 adolescentes escolares a quienes se les aplicó el cuestionario de estilos de socialización parental ESPA 29 y el test para la identificación de trastornos por uso de alcohol AUDIT. Los resultados indicaron que los estilos de socialización parental negativos se relacionan con la aparición de consumo de riesgo de alcohol en los adolescentes escolares, sin embargo esta relación es mínima, asimismo los adolescentes varones presentan mayores problemas de consumo de alcohol, mientras que en las mujeres se evidencia inicios de “abuso” de alcohol. Los resultados hallados en este estudio, en comparación al nuestro, de relación entre los estilos de socialización parental y consumo de alcohol, recalca que sólo los estilos de socialización parental negativos tienen una correlación, pero en grado mínimo, con el consumo de alcohol, el cual discrepa con nuestro estudio, ya que afirma que no hay relación entre el consumo de alcohol y los estilos de socialización parental, sean positivos o negativos, esto se hace evidente en nuestros resultados de estilos de socialización parental donde se expone que tanto las madres de

adolescentes que consumen como de los que no consumen alcohol presentan un estilo de socialización parental autorizativo.

Finalmente se menciona el porcentaje alarmante de adolescentes con inicios y problemas serios de consumo de alcohol, donde el 60 % del total de adolescentes consumen y/o han consumido alcohol frecuentemente, lo que coincide con las estadísticas de la OMS y el INEI que indican que la adolescencia es la etapa del ciclo vital donde se presenta mayor cantidad de conductas relacionadas al consumo de alcohol; además es importante agregar que en la población adolescente masculina es donde se presenta una mayor incidencia de problemas serios de alcohol , pero sin dejar de lado también el alto porcentaje de adolescentes mujeres que se encuentran a la par con el abuso de alcohol en comparación a los varones.

Con los resultados obtenidos se puede inferir que el estilo de socialización parental prevalente percibido por los adolescentes hacia sus madres es el autorizativo, mientras que el estilo de socialización parental prevalente percibido de sus padres es el negligente. Pero cabe recalcar que al ser el ESPA 29 una escala que recoge datos de cómo perciben los adolescentes a sus padres, estos tienden a distorsionar o confundir las características del estilo de socialización parental autorizativo con los estilos negligente e indulgente.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Los resultados del análisis estadístico de chi-cuadrado de Pearson muestran la existencia de diferencias significativas entre la media de los cuatro estilos de socialización parental, es decir, el valor calcula 0.357 en función a la madre y 0.316 en función al padre, los cuales son mayores al valor critico de 0.05. Por tanto el tipo de estilo de socialización parental no se relaciona con el consumo de alcohol, por consiguiente no se considera un factor que predispone al mismo.

SEGUNDA.- En cuanto a los diferentes niveles de alcohol obtenidos a través del test AUDIT los resultados son los siguientes: uso con un 47%; abuso 10% y consumo perjudicial o dependencia 3% del total de la población de consumidores.

TERCERA.- En lo referente al género, se evidencia que existe un mayor consumo en mujeres con un 51% en comparación con los varones que representa el 49 %.

CUARTA.- La edad de mayor consumo tanto en mujeres como en varones es a los 15 y 16 años. El mayor porcentaje de estos estudiantes se encuentran cursando el 4to año de secundaria.

QUINTA.- En lo que respecta a los estilos de socialización parental, el estilo que predomina en las dos instituciones educativas tanto en los consumidores como en los que no consumen alcohol, es el estilo autorizativo en la madres y negligente en padres.

SEXTA.- Los resultados cuantitativos señalan que en los adolescentes de 13 a 20 años, estudiantes de secundaria de la Institución Educativa “José Cornejo Acosta”, los estilos parentales positivos y negativos no se relaciona con el consumo de alcohol, debido a que en los estudiantes que no presentan consumo se evidencia el mismo estilo parental, lo que lleva a inferir que los factores que influyen en el consumo de alcohol se relacionan con otras causas.

RECOMENDACIONES

Primero- Ampliar la línea de investigación sobre los estilos de socialización parental y el consumo de alcohol en adolescentes en instituciones educativas privadas, públicas; asimismo en sectores urbanos y rurales de Arequipa.

Segundo- Realizar nuevos estudios epidemiológicos que relacionen los estresores de salud mental, estados anímicos y factores familiares con la prevalencia de abuso y dependencia de alcohol.

Tercero- Identificar y analizar otros factores que propician la ingesta de bebidas alcohólicas en estudiantes de instituciones educativas privadas, públicas; asimismo en sectores urbanos y rurales.

Cuarto- 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.

REFERENCIAS

- Acuña, G. (2009abc). *Comprendiendo las adicciones: La teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas*. Programa de Adicciones Clínica Santa Sofía. Santiago. Chile. Recuperado de http://www.schilesaludmntal.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf [consultado en: septiembre del 2017].
- Adrián, J., & Rangel, E. (2012). *La transición adolescente y la educación*. Recuperado de <http://www3.uji.es/~betoret/Instrucion/Aprendizaje%20y%20DPersonalidad/Curso%201213/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Alarcón, A. (2002). *Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: Un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización*. Valencia, España: Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://mobiroderic.uv.es/itstream/handle/19550/25041/TESIS&20DOCTORAL%20ANTONIO%20ALARCON.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychiatric Association (2013). DMS-5. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 5ta Edition Washington. DC: APA.
- Andrade. J.; Núñez, L. & Vargas, N. (2014). Razones psicosociales asociados al consumo de drogas blandas y duras en estudiantes de FUNDES. Fundación de estudios superiores Monseñor Abraham Escudero Montoya. *Revista Psicología Científica*. Espinal. Colombia. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/razones-psicosociales-asociados-consumo-drogas-blandas-duras-estudiantes/> [consultado en: septiembre del 2017].
- America Noticias. (08-05-2016). Consumo de alcohol en menores inicia desde los 11 años, según ANAR. *America Noticias*. Recuperado de <http://www.americatv.com.pe/noticias/actualidad/consumo-alcohol-menores-puede-iniciarse-11-anos-segun-anar-n230321>
- American Psychiatric Association. APA. (2013). DMS-5. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*. 5ta Edición Washington. DC: APA.

Babor, T. et al (2001). AUDIT *Cuestionario de Identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol. Putas para su utilización en atención primaria*. Arequipa: gobierno regional de Arequipa.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*. (11).56-95. Recuperado de: <http://www.researchgate.net/publication/233896559> The Infuence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use

Becoña, E. (1999ab). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.

Berger, P. & Luckmann, T. (1995abc). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, argentina: Amorrortu Editores.

Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona. España: Paidós.

Burgos (na) <http://psicopedagogias.blogspot.pe/2008/03/problemas-que-pueden-atravesar-los.html>

CEDRO (2013ab). *Abuso de drogas en adolescencia y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Extraído el 30 de agosto de 2017.Recuperado de https://www.unode.org/documentos/peruandecuador/publicaciones/publicacioness2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAS_UNODC-CEDRO.pdf

Clayton R. (1992). *Transitions in drug use: risk and protective factors: Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC, US: American Psychological Association. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/10107-001>

DEVIDA- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2003ab). II Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas 2002. Lima. Extraído el 30 de agosto de 2017. Recuperado de https://www.unodoc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/II_ENCUESTA_2002.pdf.

DEVIDA. (2005). *Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Lima, Perú. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Domínguez, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76. Recuperado de: <http://www.conductitlan.net/50adolescencia y juventud.pdf>

Elzo, J., Amatria, M., Gonzales de Audicana, M., Echeburun, E. & Ayestarán, S. (1987). *Drogas y escuela III*. San Sebastián, España: Escuela Universitaria de Trabajo social.

Espada, J. P. & Botvin, G. J. (2003ab). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *redalyc, papeles del psicólogo*, 23(84).pp13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/778/77808402/>

Espinosa, & J. L. (2004ab). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Revista de la Asociacion Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=en&nrm=iso&tlang=en

Espinosa, L., & Luis, J. (2004c). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 57-71. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&Ing=es&nrm=iso

Esteve, J. (2005). Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10184/esteve.pdf?sequence=1>

Estévez (2007ab) *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. recuperado de: https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fbooks.google.com.pe%2Fbooks%3Fid%3DT9XaFGC6VZ8C%26printsec%3Dfrontcover%26fref%3Dgc%26dti%3D1445396085747197%23v%3Donepage%26q%26f%3Dfalse&h=ATMoEtaziMagzgwkYw94zpgIr58COfYUij_m9xTtecgnGkysqPwtCFZ-rrbdMBpP9PGdclO8QPQc83kXBMsYdk56jYMoOafiJD5aTVZv2RiSUcamnEo4qKINp6IfpR6ZLXDUSXoBa2U

- Espada, J., Méndez, X., Kenneth, W. & Gilbert, J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del psicólogo, 23(84), 9-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/778808402.pdf?origin=publicationdetail>
- Estrada, M. & Pasquel, M. (2012). Presión social en los adolescentes del CEAM. XXIV CONGRESO DE INVESTIGACION CUAM- ACMor.
- Fajardo, C. (12-05-2014). OMS: Perú es el sexto país de América Latina con mayor consumo de alcohol. *Perú 21*. Recuperado de [Phttp://peru21.pe/actualidad/oms-peru-sexto-pais-america-latina-mayor-consumo-alcohol-2182897](http://peru21.pe/actualidad/oms-peru-sexto-pais-america-latina-mayor-consumo-alcohol-2182897)
- Fantin, M. (2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 9(2), 193-214. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612011008000001&script=sciarttext&tlang=en>.
- Fiestas, F., (2011). Medidas de salud pública para reducir la carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en la sociedad. Lima. Perú: *Instituto Nacional de Salud*. 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
- García, G.R. (2006). *La importancia del conocimiento sobre el desarrollo del adolescente en el nivel medio superior* (Doctoral dissertation, UPN-95). Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/23752.pdf> .
- Gazquez, M., García, J. & García, A. (2016) *Prevención de las adicciones en el contexto escolar*. Universidad Miguel Hernández de Elche. Recuperado de <https://books.google.com.pe/> https://books.google.com.pe/books?id=O04jDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=prevencion+de+las+adicciones+en+el+contexto+escolar&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=prevencion%20de%20las%20adicciones%20en%20el%20contexto%20escolar&f=false
- González, C. (2015). Cedro: El 20% de alcohólicos en el Perú son jóvenes e inician a los 13 años. *RPP noticias*. Recuperado de <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/cedro-el->

20-de-alcoholicos-en-el-peru-son-jovenes-e-inician-a-los-13-anos-noticia-792992

- Hernández, J. (1998). *Consumo de alcohol y drogas en estudiantes de Pachoca, Hidalgo.* Salud pública. México. Recuperado de: <http://docplayer.es/7163035-Consumo-de-alcohol-y-drogas-y-factores-psicosociales-asociados-en-adolescentes-de-lima.html>.
- Hernández, N. & De la Cruz, J. (2007abc). *Manual de Psicoterapia Cognitivo- Conductual para Trastornos de la Salud.* México DF: Libros en Red.
- Hernández S., R. H. (2014). Metodología de la Investigación. En c. H. Roberto Hernandez Sampieri, *Metodología de la Investigacion* (págs. 92-93). Mexico: McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.
- Hernández S., R., C. F. (2014). Metodología de la Investigación. En C. F. Roberto Hernández Sampieri, *Metodología de la Investigación* (pág. 176). México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández S., R. C. F. (2014). Metodología de la investigación. En C. F. Roberto Hernández Sampieri, *Metodología de la investigacion* (págs. 154-158. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Herrera S., P. (1999ab). Principales Factores de Riesgo Psicológicos y Sociales en el Adolescente. *Revista Cubana Pediátrica*, 71(1) ,39-42. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000100006&script=sci_arttext&tlang=pt
- Hidalgo y Ceñal (2014abcd). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Asociación española de Pediatría. Vol. (12) Recuperado de <http://www.apcontinuada.com/es/adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales/articulo/90274223/?fref=gc&dti=1445396085747197>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. (2014). *Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014.* Recuperado de http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf

Jiménez, M. J. (2010). Estilos Educativos Parentales y su implicacion en diferentes trastornos. Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>

Kramer, J. & Cameron, D. (1975). Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Lillo, J. (2004). Crecimiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 90(2), 57-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&nrm=iso

Martínez, M.; Rubio, G. (2002). *Manual de drogodependencia para enfermería*. Madrid, España: ediciones Díaz de Santos S.A. 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

Mathews, I., & Pillon, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico en el Perú. *Revista latinoamericana de enfermería*, vol. (12) pp. 359-368. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700010>

McDonald, L. & Pien, D. (1982). Mother conversational behavior as a function of interaction intent. *Journal of child language*. Vol. (9). pp. 337-358. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.107/S030500090000475X>

Mena, M. & Muñoz, S. (2010). *Presión social y consumo de alcohol en los adolescentes*. (Tesis de pregrado). Universidad De Cuenca. Ecuador.

Merani, A. (1984). Psicología Genética. México: Editorial Grijalbo.

MINSA (2008). *Plan nacional de lucha contra el consumo nocivo de alcohol: Plan de comunicación*. Lima, Perú. Recuperado de: https://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2008/amorycontrol/archivos/Plan_de_Comunicaciones.pdf.

Musito, G. y García, F. (2004). *Consecuencias de la Socialización Familiar en la Cultura Española*. Revista Psicothema. N° 16, pp. 288-293.

Musitu, G. & García, F. (1994). *Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid. España: TEA.

Musitu, G. & García, F. (2001ab). *Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid. España: TEA.

Musitu G. & García, G. M. (2001cd). *ESPA 29*. En G. M. García, *ESPA 29* (pág. 12). Madrid: TEA Ediciones S.A

Musitu, G. & García, F. (2004). *Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia*. (2 Ed.). Madrid.

Musitu, G. & García, F. (2011). *Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid, España: TEA.

Muuss Rodolf, E. (1984). Teorías de la adolescencia. Buenos Aires: Editorial Paidós,

Luna León F. & M. J. (2013ab). MINSA. Obtenido de MINSA: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5TIuGt5CmxsJ:bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2655.pdf+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria*.

OMS. (2011). *Child and adolescent health and development*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/288401044/OMS-Alcohol>.

OMS. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid.

OMS. (2004). *Progress Report 2004-2005. Child and Adolescent Health and Development*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43458/1/9789241594226_eng.pdf

Organizacion Panamericana de la Salud. (s.f.). *Alcohol*. Washington. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=197&Itemid=40861&lang=es

- Orlansky, H. (1949). Infant care and personality. *Psychologica Bulletin*. Vol. (46), pp. 1-48. Recuperado de-. <http://dx.doi.org/10.1037/h0058106>
- 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.
- Postigo, V., Pinto J., (2017). *Estilos de socialización parental y consumo de riesgo de alcohol en adolescentes*. Universidad Católica de Santa María. Arequipa.
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada*. Madrid. España: Biblioteca Nueva.
- Otoya G. C. S. (2011). *Funcionamiento psicológico de niños que acuden a un hospital psiquiátrico*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de: file:///C:/Users/ANA%20GABRIEL/Downloads/OTOYA_GUTIERREZ_CARLA_FUNCIONAMIENTO%20PSICOL%C3%93GICO%20DE%20NI%C3%93OS.pdf
- Papalia D. E., Duskin F. R. y Martorell G. (2012). *Desarrollo Humano*. 12ºedición. México: Editorial McGraw-Hill/interamericana editores, S.A.
- Pons, J. & Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. Universidad de Valencia. *Psicothema*. Vol.(3), pp. 609-617. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3ZNeDd_1pBIJ:www.psicothema.com/psicothema.asp%3Fid%3D131+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec
- Pons, J. & Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Ramírez, A. (2007). *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes (un análisis etnográfico)*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Madrid.
- Reyes García, G. (2006). *La importancia del conocimiento sobre el desarrollo del adolescente en el nivel medio superior* (Doctoral dissertation, UPN-95). Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/23752.pdf> .
- Rojas, P. M. (2015). Cedro: El 20% de alcohólicos en el Perú son jóvenes e inician a los 13 años. *RPP noticias*. Recuperado de <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/cedro-el->

20-de-alcoholicos-en-el-peru-son-jovenes-e-inician-a-los-13-anos-noticia-792992

Saavedra R., Manuel S. (2004abc). *cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor, pedagogía dinámica.* México: Pax México. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=wXyu_pCig4gC&pg=PA13&lpg=PA13&dq=eduard%20spranger%20y%20adolescencia&source=bl&ots=TZBO7sm9T&sig=ZqYDXDHyBrVKj_xZSzBOIHZZFPk&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjewdjM1KTVAhXGZCYKHWQEDNAQ6AEIJzAB&fref=gc&dti=1445396085747197#v=onepage&q=eduard%20spranger%20y%20adolescencia&f=false

Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. & Loayza, J. (2004). Consumo de alcohol y Drogas y Factores Psicosociales Asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina* vol. 65(3), pp. 179-187. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v65n3/a04v65n3.pdf>

Santrock, J. W. (9^a edición). (2003). *Adolescencia: Psicología del desarrollo en la adolescencia.* Madrid, España: Editorial McGraw-Hill Companies.

Serars, R., MacCoby, E. & Levin, H. (1957). Patterns of child rearing. Evanston: Row-Peterson.

Silva, I.M., & Pillon, S.C. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. (12), pp. 359-368. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700010>

Suárez P., K. V., & Ulloa Vanegas, S. M. (2014a). *Análisis de varianza entre consumo de alcohol y estilos parentales en los adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014.* (Tesis de bachillerato). Universidad del Azuay. Ecuador Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4050/1/10649.pdf>

Suárez P., K. V., & Ulloa Vanegas, S. M. (2014b). *Análisis de varianza entre consumo de alcohol y estilos parentales en los adolescentes de los centros educativos de la zona urbana del cantón Gualaceo, 2014* (Tesis de bachillerato). Universidad del

Azuay). Recuperado de
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xznKtitJZkMJ:dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4050+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

Silva, I.M., & Pillon, S.C. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* Vol., (12), pp.359-368. Recuperado de
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700010>

Saavedra R., Manuel S. (2004 ab).*cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor, pedagogía dinámica.* Mexico: Pax México.

Saavedra R., Manuel S. (2004c).*cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor, pedagogía dinámica.* Mexico: Pax México.

Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. & Loayza, J. (2004). Consumo de alcohol y Drogas y Factores Psicosociales Asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina* Vol. 65(3), pp. 179-187. Recuperado de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v65n3/a04v65n3.pdf>

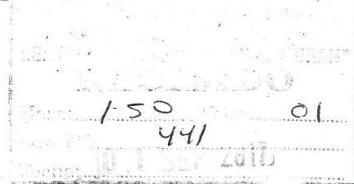
Torres, A. (sf). *Psicología y mente: las tres etapas de la adolescencia.* Recuperado de
<https://psicologiaymente.net/desarrollo/etapas-adolescencia>

ANEXOS

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Arequipa, 2017 setiembre

OFICIO N° 341-2017-EP.PS.



**SEÑOR IGNACIO REINALDO NUÑEZ TIÑA
DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N° 40040 JOSÉ TRINIDAD MORAN
PRESENTE**

Por el presente lo saludo cordialmente para manifestar a usted que nuestras egresadas de la Escuela Profesional de Psicología, que se detalla a continuación, se encuentran realizando el trabajo de Tesis para obtener el Título Profesional, con el tema "Asociación entre estilos de socialización parental y consumo de alcohol en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Cayma- Arequipa" por lo que nos dirigimos a su despacho para solicitar su valioso apoyo en disponer a quien corresponda se les brinde las facilidades necesarias, para la aplicación de pruebas psicológicas. Dichas estudiantes serán asesoradas por el docente Adalberto Ascuña Rivera.

- ARAUJO TURPO YOWANA
- ARAPA QUISPE ROSARIO MARITZA

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



/mpah

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Arequipa, 2017 setiembre

OFICIO N° 342-2017-EP.PS.

SEÑORA NOELIA BEDREGAL ALBORADIN

**DIRECTORA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N° 40046 JOSÉ CORNEJO ACOSTA
PRESENTE**

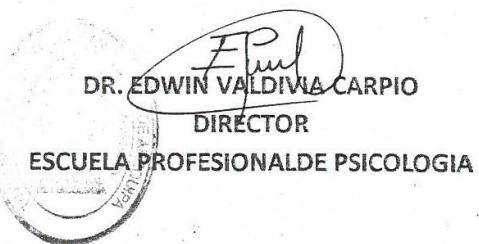
IE 40046 JOSÉ CORNEJO ACOSTA	RECEPCIONADA
MESA DE PAPERS	
Expediente N°	586
Fotos :	01
Fecha :	01-09-17
Hora :	10: PM

Por el presente lo saludo cordialmente para manifestar a usted que nuestras egresadas de la Escuela Profesional de Psicología, que se detalla a continuación, se encuentran realizando el trabajo de Tesis para obtener el Título Profesional, con el tema "Asociación entre estilos de socialización parental y consumo de alcohol en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Cayma- Arequipa" por lo que nos dirigimos a su despacho para solicitar su valioso apoyo en disponer a quien corresponda se les brinde las facilidades necesarias, para la aplicación de pruebas psicológicas. Dichas estudiantes serán asesoradas por el docente Adalberto Ascuña Rivera.

- ARAUJO TURPO YOWANA
- ARAPA QUISPE ROSARIO MARITZA

Agradeciendo su gentil atención al presente, hago propicia la ocasión para expresar a usted las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



/mpah

AUDIT

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

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

Preguntas	Respuestas				
	0	1	2	3	4
Frecuencia	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	Cuatro o más veces a la semana
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?					
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	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 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 han resultado heridos 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 ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

Mi madre...

POR FAVOR, COMPLETUE A QUE HAS
CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.
MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

CASO

CLINICO 1

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : P. E. T.V.

Edad : 29 años

Sexo : Masculino

Fecha de Nacimiento : 22 de octubre de 1987

Lugar de Nacimiento : Arequipa

Grado de Instrucción : Superior

Ocupación : Desocupado

Estado civil : Soltero

Religión : Católico

Informantes : Madre, padre y paciente

Lugar de Evaluación : Servicio de psicología

Evaluadora : Yowana Araujo Turpo

Bachiller en Psicología

Bachiller en Psicología

Fechas de evaluación : 17 y 20 de Enero del año 2017

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es traído por sus padres al servicio de psicología, refieren buscar apoyo para su hijo, quien en los últimos años realiza un consumo excesivo de alcohol, no pudiendo controlar el mismo; al punto de consumir alcohol durante cinco días consecutivas, por lo que actualmente se encuentra con tratamiento médico.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Paul, inicia su consumo de alcohol a los 18 años de edad. Cuando comienza a salir con sus amigos y realizar encuentros de futbol durante los fines de semana. Comenta que: “después de cada partido teníamos que pagar la jugada con alguna bebida alcohólica (whisky, vodka o cerveza) para celebrar el triunfo”. Posteriormente durante el estudio de su carrera en la universidad, se apuntaba a todas las fiestas de la facultad (como excusa para poder beber más, ya que dice: “yo puedo permanecer sobrio aun tomando más cantidades que los demás”).

En la universidad fue entonces cuando su consumo se volvió excesivo, llegando a beber hasta 5 días consecutivos y con alguna intoxicación de forma esporádica, a parte que tenía desmedida libertad para salir de casa, puesto que en su hogar no existen normas ni horarios establecidos, además de tener dinero suficiente a su disposición. Como consecuencia de este consumo exacerbado de alcohol le produjo; alteraciones en su conducta, rebeldía hacia sus padres, se tornaba violento, problemas en sus estudios académicos y ausencias a la misma.

A los 25 años el consumo era ya diario, la cantidad y la frecuencia de consumo de alcohol aumentó con el paso de los años. En el último año venía realizando consumos de 310 g/día de alcohol, que aumentaba a 340 g/día los fines de semana, últimamente de forma más habitual. Por lo que los padres deciden llevarlo a la institución psiquiátrica, donde anteriormente recibía un tratamiento médico. Llega a consulta en compañía de sus padres y refiere no consumir alcohol desde hace 24 h., A la exploración el paciente se encuentra en estado de abstinencia presentando (ansiedad e inquietud psicomotriz, sudoración profunda en manos y cara, irritabilidad, nerviosismo, labios cianóticos, cansancio y malestar general).

Ante su situación los padres deciden internarlo en el centro con objeto de finalizar su historia clínica y continuar su tratamiento de deshabituación y rehabilitación posterior.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

A. Etapa Prenatal:

El embarazo no fue planificado, pero si deseado; aparentemente no se registran complicaciones durante el mismo. La madre recibió todos los controles durante el embarazo, sin embargo el padre no estuvo presente en este periodo debido a su trabajo, en el cual debía viajar constantemente. El parto se realizó en una clínica particular con las atenciones adecuadas.

B. Etapa Natal:

Parto eutóxico de atención en una clínica particular, sin complicaciones. Recibió lactancia materna hasta los 2 años aproximadamente. Tuvo todas sus vacunas.

C. Etapa Post Natal:

El paciente se sentó sin apoyo aproximadamente a los 8 meses de edad. Caminó y hablo cerca del año y siente meses. Controló esfínteres cerca de los 4 años y 7 meses aproximadamente, fue un niño tímido, retraído con dificultades de comunicación.

D. Etapa Pre Escolar y Escolar

Inicia el jardín a los 4 años en la ciudad de Arequipa, etapa aparentemente normal. Ingresa a educación primaria a los 6 años, siendo un niño con rendimiento académico regular, sin embargo, presentaba dificultades para interactuar con sus compañeros, tenía pocos amigos.

Estudio en un colegio particular de varones la mayor parte de su escolaridad. Cuando cursaba 3ro de secundaria, tuvo problemas de conducta; tenía amistades, quienes lo influenciaban para realizar actividades como; no asistir a clases para ir a los videojuegos, o asistir a partidos de futbol hasta altas horas de la noche, por lo cual empieza a bajar

en su rendimiento académico, llegando casi a jalar algunas materias como matemáticas y ciencias naturales.

Realiza sus estudios superiores de derecho en una universidad privada, siendo un alumno regular, asimismo conoce amistades que le inducen más al consumo de alcohol, el cual afecta su rendimiento académico al punto de no asistir a clases por irse a beber con sus amigos. Al cabo de 5 años se gradúa de la universidad y logra obtener el grado de bachiller, refiere que no desea titularse en derecho, porque no desea desempeñar tal profesión.

E. Desarrollo y Función Sexual

El paciente percibió la diferencia entre sexos a los 6 años, puesto que comenzó a relacionarse con algunas niñas que vivían cerca de su hogar, asimismo percibía diferencias entre sus padres y en su forma de comportarse.

El paciente presentó la conducta de masturbarse al promediar los 15 años, esto siendo descubierto por sus padres, del cual sentía mucha vergüenza.

A los 18 años conoce a una muchacha que vivía cerca de su casa, de quien se siente atraído, que a poco tiempo se hicieron enamorados, sin embargo, la relación acaba 2 años después; debido a las frecuentes salidas a discotecas con sus amigos, y el poco tiempo que dedicaba a la relación. El paciente refiere que, esta ruptura de pareja fue el motivo para que empezará a beber alcohol en exceso para según él “el licor me ayuda a olvidar a mi ex enamorada y lida el dolor que siento por haberla perdido por mis malas decisiones”. De ahí en adelante siempre ha estado sólo y como consecuencia de ello su consumo de alcohol se hizo más frecuente, no pudiendo controlar. Asimismo, la junta con malas amistades en la universidad, incrementaron su consumo, siendo cada vez más frecuente las salidas a las discotecas y encuentros de futbol para libar licor.

F. Historia de la Recreación y de la vida

El paciente siempre ha sido un niño esquivo, de pocos amigos, participaba de los juegos con su hermano y primos, pero siempre terminaban peleados.

Retraído, con problemas de socialización, no asiste a reuniones familiares; los considera aburrido y prefiere irse a jugar videojuegos.

G. Actividad Laboral

El paciente nunca ha trabajado independientemente, solo apoya esporádicamente a su padre, quien tiene una empresa privada. Asimismo refiere que no ejerce su carrera profesional, por considerar que no tiene la necesidad de trabajar porque heredará y se hará cargo de la empresa.

H. Religión

Profesa la religión católica, no asiste a misas, pero cree en Dios.

I. Hábitos E Influencias Nocivas O Tóxicas

Consumo alcohol desde los 18 años aproximadamente, no existiendo un control sobre ésta, descuidaba sus estudios y responsabilidades en el trabajo que su padre le asignaba, todo ello trayéndole problemas a nivel personal y social. No ha consumido drogas psicoactivas. En cuanto a su sueño, éste es excesivo, debido a que pasar días libando licor y cuando se hecha a dormir lo hace todo una noche y día, en ocasiones experimenta algunos periodos de insomnio. Su apetito es aparentemente adecuado, tiene un correcto hábito de aseo personal, pues siempre está pendiente de su imagen personal.

1. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

A. Enfermedades Y Accidentes

Aparentemente no presentó enfermedades eruptivas en la infancia, de la misma forma no posee alergias medicamentosas. Actualmente, recibe tratamiento médico para controlar su abstinencia.

B. Personalidad Premórbida

El paciente desde muy pequeño se mostró una persona tímida y con dificultades para relacionarse socialmente, poco participativo en las reuniones familiares, con actitudes de egoísmo, carente de motivaciones y expectativas en torno a su futuro. No ha tenido muchos amigos en la escuela. Sin embargo, en la secundaria se relacionó con compañeros que le inducían a realizar faltas en su conducta.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. COMPOSICIÓN FAMILIAR

El paciente es el menor de 2 hermanos, actualmente vive con su madre y su padres.

A. Padre: Emilio de 58 años, aparentemente sano. La relación con el paciente es buena, además éste siempre satisface las necesidades económicas o gastos personales. Siendo una persona de carácter enérgica, con fuerte preocupación por su familia. Siempre le ha interesado el aspecto educacional de sus hijos.

B. Madre: Juana de 57 años, aparentemente sana. La relación con el paciente es muy cercana, puesto que, ella es muy maternal y cariñosa con sus hijos; refiere que nunca les ha golpeado o regañado. Es de carácter dócil y pasivo.

C. Hermano: Rafael de 30 años, ingeniero agrónomo, aparentemente sano, trabaja en una empresa privada en Camaná. La relación con el paciente es buena, siempre basada en el cariño y comprensión. De carácter dócil y amigable.

2. DINÁMICA FAMILIAR

El paciente proviene de un hogar estable, donde ambos padres tiene una buena relación, siempre evitando discusiones o peleas. El padre es quien dirige el hogar y la madre siempre está de acuerdo con él, a veces expresa sus puntos de vista. La relación entre hermanos es buena, se llevan bien y se respetan entre ambos, asimismo el hermano demuestra su preocupación por el consumo excesivo de alcohol del paciente; llevándolo consigo a Camaná y brindándole ayuda para que reciba ayuda médica y psicológica.

3. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

El paciente proviene de un nivel socioeconómico alto. El ingreso económico en casa es por parte de la empresa de la familia. Vive en casa propia con todos los servicios básicos, ubicada en una residencia.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

Sus familiares directos son aparentemente sanos. Su primo, hijo de una de las hermanas de su madre, consume alcohol, pero de manera moderada, no teniendo problemas con ésta.

VI. RESUMEN

Paciente que desde los 18 años de edad comienza a consumir diferentes bebidas alcohólicas, al inicio esporádicamente, pero en los últimos años se hace más frecuente, siendo esta causa de problemas familiares, laborales y personales, motivo por el cual sus padres deciden internar al centro para su recuperación.

La madre al momento del parto no tuvo complicaciones. Aparentemente el desarrollo de su lenguaje y psicomotricidad se da dentro de los límites de normalidad.

Ingresa a educación inicial a los 4 años, sin dificultades para cursar los grados, se mostró como un niño tímido. A los 6 años pasa a educación primaria, siendo un alumno con rendimiento académico promedio. Estudia en un colegio particular de varones la mayor parte de su escolaridad; estando en la secundaria tuvo problemas de conducta, en su rendimiento académico, llegando casi a jalar algunas materias como matemáticas y ciencias naturales. Logra graduarse en derecho en una universidad privada, siendo un alumno regular, y logra obtener su grado de bachiller, sin embargo actualmente no la ejerce.

Proviene de un hogar estable, donde ambos padres tiene una buena relación, siempre evitando discusiones o peleas. El padre es de carácter enérgico y autoritario, por el contrario la madre es dócil y sumisa. La relación entre hermanos es buena, se llevan bien y se respetan entre ambos, asimismo el hermano demuestra su preocupación por el consumo excesivo de alcohol del paciente. Su nivel socioeconómico es alto, ingreso económico en casa es por parte de la empresa de la familia. Aparentemente en la familia todos son saludables. Sin embargo, tiene un primo, consume alcohol, pero de manera moderada, no teniendo problemas con ésta.

En cuanto a su personalidad el paciente, desde muy pequeño se mostró una persona tímida y con dificultades para relacionarse socialmente, poco participativo en las reuniones familiares, con actitudes de egoísmo, carente de motivaciones y expectativas en torno a su futuro.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : P. E. T.V.

Edad : 29 años

Sexo : Masculino

Fecha de Nacimiento : 22 de octubre de 1987

Lugar de Nacimiento : Arequipa

Grado de Instrucción : Superior

Ocupación : Desocupado

Estado civil : Soltero

Religión : Católico

Informantes : Madre, padre y paciente

Lugar de Evaluación : Servicio de psicología

Evaluadora : Yowana Araujo Turpo

Bachiller en Psicología

Fechas de evaluación : 30 y 31 de Enero del año 2017

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

El paciente aparenta la edad referida, es de tez blanca, contextura delgada y una estatura de 1.80 aprox., ojos marrones y sus cabellos son negros y lacios. Su arreglo y aseo personal se encuentran parcialmente adecuados. Su

expresión facial denota cansancio, apatía e irritabilidad por el lugar donde se encuentra, su habla es fuerte con cambios bruscos en su tono de voz; su postura es erguida y su marcha lenta.

Paul muestra sus emociones hacia sus padres con cólera, resentimiento y angustia; mostrándose en todo momento inquieto por salir del centro, siendo ya que en una ocasión estuvo internado y salió con excusas de que no le trataban bien ahí.

Su actitud hacia la evaluación fue al inicio de incomodidad, irritabilidad y evasiva, con el trascurso de la entrevista cambio a ser de disposición e interés, respondiendo adecuadamente a las preguntas planteadas.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

A. Atención

Los procesos atencionales se encuentran conservados, con un ligero predominio de la atención involuntaria sobre la voluntaria, distrayéndose por intervalos cortos de tiempo frente a otros estímulos del ambiente.

B. Conciencia y estado de alerta

El paciente se encuentra en un estado de lucidez y alerta adecuado, siendo capaz de mantener la conversación, dando respuestas coherentes y atingentes a las preguntas planteadas durante el proceso de entrevista. Su relativa distraibilidad no influyó de manera significativa en la interpretación y respuestas los estímulos.

C. Orientación

El paciente se encuentra orientado en tiempo, puesto que evoca fechas importantes sin ninguna dificultad.

Con respecto a lugar y espacio reconoce el lugar donde se ubica, donde vive, en qué país se encuentra. Con respecto a su persona, refiere adecuadamente su nombre, edad, ocupación y su estado civil.

IV. LENGUAJE

El lenguaje expresivo del paciente es adecuado, de contenido normal. Su velocidad es lenta, la entonación de sus palabras es monótona. Construye oraciones con sentido así como también nombra objetos.

Su lenguaje comprensivo se encuentra conservado, el paciente comprende las instrucciones que se le proporciona, no presentando dificultades en la realización de las tareas.

V. PENSAMIENTO

En cuanto al curso del pensamiento es adecuada. Respecto al contenido no contiene ideas patológicas.

VI. PERCEPCIÓN

No presenta ninguna alteración perceptiva, sin embargo hace uso de anteojos para la lectura y escritura.

VII. MEMORIA

La memoria a corto, mediano y largo plazo se encuentran conservadas. El paciente es capaz de retener y evocar números, nombres de objetos, asimismo refiere datos autobiográficos y fechas sin inconvenientes.

VIII. FUNCIONES INTELECTUALES

Sus niveles de cálculo y abstracción se encuentran adecuados. Lo que va acorde con su rendimiento académico alcanzado. Su capacidad de comprensión, razonamiento y resolución de problemas son congruentes.

IX. AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ÁNIMO

Su estado de ánimo generalmente es sereno y aparentemente tranquilo y relajado, sin embargo al tratar sobre el tema de su consumo excesivo de alcohol tiende a reaccionar con rechazo, cólera e irritabilidad, señalando que sus padres están exagerando la situación y que él puede controlar su consumo.

X. GRADO DE COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA

El paciente no tiene conciencia de su enfermedad, reconoce su problemática, pero asume que él solo puede dejar de consumir licor sí se lo propone, asimismo expresa que no está enfermo y que todo el mundo liba licor.

Paul carece de metas y planes definidos, espera iniciar alguna actividad, aún no sabe a qué dirigir sus objetivos.

XI. RESUMEN

El paciente aparenta la edad referida, de contextura delgada, porte alto. Su arreglo y aseo personal se encuentran parcialmente adecuados, postura erguida, marcha lenta, escaso contacto visual, su expresión facial denota cansancio y apatía, mostró disposición para colaborar con la entrevista. Presenta niveles de atención adecuados con ligero predominio de atención involuntaria.

Se encuentra en un estado de lucidez, orientado en tiempo, espacio y persona, lenguaje comprensivo y expresivo conservado. Evidencia niveles de cálculo, abstracción y razonamiento adecuados. Memoria de corto y largo plazo conservados. El curso y contenido de su pensamiento es adecuado, no hay distorsión en su percepción. Su estado de ánimo denota serenidad, tranquilo y relajado, sin embargo al tratar sobre el tema de su consumo excesivo de alcohol tiende a reaccionar con rechazo, cólera y apatía, no posee voluntad para recibir ayuda profesional, asimismo carece de metas próximas y a la largo plazo. No posee conciencia de enfermedad.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P. E. T.V.
Edad	: 29 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 22 de octubre de 1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Desocupado
Estado civil	: Soltero
Religión	: Católico
Informantes	: Madre, padre y paciente
Lugar de Evaluación	: Servicio de psicología
Evaluadora	: Yowana Araujo Turpo Bachiller en Psicología
Fechas de evaluación	: 7, 13 y 14 de Febrero del 2017

II. OBSERVACIONES GENERALES

El paciente que aparenta la edad referida, exhibe un arreglo y aseo personal adecuado y postura erguida.

Al proceso de la evaluación se mostró colaborador, respondía cada una de las interrogantes planteadas a pesar de su poco contacto visual. Su rostro expresa serenidad y tranquilidad. En general su comportamiento frente a la evaluación fue de disposición y cooperación.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Pruebas psicológicas:

- Test No Verbal de Inteligencia (TONI – 2)/Forma A
- Test Proyectivo de la Figura Humana (Karen Machover)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Theodore Millon)

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

❖ Test No Verbal de Inteligencia (TONI – 2)

Análisis Cuantitativo

Puntaje Directo	Rango Percentil	Cociente de Inteligencia	Categoría
36	60	104	Promedio

Análisis Cuantitativo

El paciente obtuvo un puntaje directo de 36 puntos, el cual corresponde a un percentil de 60, lo que indica que su nivel intelectual se ubica al momento en una categoría de Termino Medio, lo que indica que tiene la capacidad para adaptarse a su medio y poder resolver sus problemas sin dificultad, posee buena capacidad de abstracción, capacidad que va acorde con el rendimiento académico alcanzado.

❖ Test Proyectivo de la Figura Humana (Karen Machover)

La figura indica rasgos narcisistas, egocentrismo, conflictos internos., vanidoso (ego inflado). Se esfuerza por ganar la aprobación de los demás y tiene afecto inapropiado, reacciones frente a la crítica, asimismo muestra expresión de poder y perfección física.

Muestra una falta de madurez emocional, dependiente, y presenta ocasionalmente arranques de ira, agresividad e impulsividad.

❖ Inventario Clinico Multiaxial de Millon II (Theodore Millon)
Análisis Cuantitativo

Escalas de Validez				PUNTAJE FINAL
V	Validez	0	=	Válido
X	Sinceridad	268	=	Válido
Y	Deseabilidad Social	15	=	
Z	Autodescalificación	0	=	

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	PUNTAJE BR	FACTOR X X1/2	AJUSTES				Pac.	PUNTAJE FINAL
				DA	DD	DC-1	DC-2		
1 Esquizoide	16	58	58						58
2 Evitativo	8	26	26	26					26
3 Dependiente	31	74	74						74
4 Histriónico	30	66	66						66
5 Narcisita	34	69	69						69
6A Antisocial	13	32	32						32
6B Agresivo-sádico	25	54	54						54
7 Compulsivo	46	86	86						86
8A Pasivo-agresivo	5	0	0						0
8B Autoderrotista	6	35	35	35					35

Patología severa de personalidad								
S	Esquizotípico	9	48	48	54	58	58	58
C	Borderline	4	0	0	0	10	10	10
P	Paranoide	23	60	60	62	62	62	62

Síndromes clínicos								
A	Ansiedad	1	0	0	6	21	21	21
H	Somatoformo	5	40	40	46	59	59	59
N	Bipolar	19	53	53				53
D	Distimia	2	0	0	6	21	21	21
B	Dependencia de alcohol	15	51	51				51
T	Dependencia de drogas	14	37	37				37

Síndromes severos								
SS	Desorden del pensamiento	4	40	40		40	40	SS
CC	Depresión mayor	1	35	35		35	35	CC
PP	Desorden delusional	15	60	60		60	60	PP

Indicador elevado	>=85
Indicador moderado	75-
	84
Indicador sugestivo	60-
	74
Indicador bajo	35-
	59
Indicador nulo	0-34

Análisis cualitativo:

Patología moderada de la personalidad

Escala 3: Dependiente. Ha aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que espera pasivamente que su liderazgo le proteja. Se caracteriza por una búsqueda de relaciones que pueda apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo.

La carencia de esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobre-protección parental. Ha aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histríónica: Se vuelve a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación a los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Su comportamiento social le da la apariencia de autoconfianza engañosa y afecto y deben ser constantemente renovados y lo busca en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista: Se hace notar por su actitud egoísta, experimentando placer simplemente por permanecer pasivo o centrado en sí mismo. Sobrestima su propio valor, presume que los demás reconocerán sus particularidades. Mantiene un aire de autoconfianza arrogante; explota a los demás aun sin intención o propósito conscientes. Tiene confianza en que las cosas saldrán bien lo cual le proporciona pocos incentivos para comprometerse.

Escala 7: Compulsivo. Han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no sólo suprimiendo el resentimiento sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismo y los demás. A esto subyace un enfado intenso y sentimientos oposicionistas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Patología severa de la personalidad

Escala P: Paranoide. Muestra desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresa un temor a la perdida de independencia lo que le conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Existe inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

V. RESUMEN

De acuerdo a las evaluaciones realizadas, Paul posee una capacidad intelectual igual al Término Promedio, lo que indica que debería ser capaz de adaptarse a su medio y resolver sus problemas sin dificultad.

Con respecto a los rasgos de su personalidad es emocionalmente introvertido, con inseguridad y sensación de rechazo, sentimientos de desconfianza, cautela y suspicacia, sensible a la crítica, con poca capacidad para el control de sus impulsos con descargas hostiles y agresivas.

Sus relaciones interpersonales son superficiales, se esfuerza por ganar la aprobación de los demás, utiliza la manipulación de los sucesos para aumentar la atención de los demás y tiene afecto inapropiado. Carente de iniciativa propia en actividades y deficiente autonomía de sí mismo, posee reducida capacidad de autocrítica que le impide el reconocimiento de sus problemas sintiendo la capacidad de poder resolverlos sin ayuda.

Con preocupaciones por su integridad y perfección física, centrado solo en sí mismo y sobreestima su propio valor. Asimismo muestra desconfianza respecto de los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas, se resiste al control y a las influencias externas.

29 de Diciembre del 2017

Yowana Araujo Turpo
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : P. E. T.V.

Edad : 29 años

Sexo : Masculino

Fecha de Nacimiento : 22 de octubre de 1987

Lugar de Nacimiento : Arequipa

Grado de Instrucción : Superior

Ocupación : Desocupado

Estado civil : Soltero

Religión : Católico

Informantes : Madre, padre y paciente

Lugar de Evaluación : Servicio de psicología

Evaluadora : Yowana Araujo Turpo
Bachiller en Psicología

Fechas de evaluación : 17, 20, 30 y 31 de Enero; 7,13 y 14 de Febrero del año 2017

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente es traído por sus padres al servicio de psicología, refieren buscar apoyo para su hijo, quien en los últimos años realiza un consumo excesivo de alcohol, no pudiendo controlar el mismo; al punto de consumir alcohol durante cinco días consecutivas, por lo que actualmente se encuentra con tratamiento médico.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista

Pruebas psicológicas:

- Test No Verbal de Inteligencia (TONI – 2)/Forma A
- Test Proyectivo de la Figura Humana (Karen Machover)
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (Theodore Millon)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente que desde los 18 años de edad comienza a consumir diferentes bebidas alcohólicas, al inicio esporádicamente, pero en los últimos años se hace más frecuente, siendo esta causa de problemas familiares, laborales y personales, motivo por el cual sus padres deciden internar al centro para su recuperación.

La madre al momento del parto no tuvo complicaciones. Aparentemente el desarrollo de su lenguaje y psicomotricidad se da dentro de los límites de normalidad.

Ingresa a educación inicial a los 4 años, sin dificultades para cursar los grados, se mostró como un niño tímido. A los 6 años pasa a educación primaria, siendo un alumno con rendimiento académico promedio. Estudia en un colegio particular de varones la mayor parte de su escolaridad; estando en la secundaria tuvo problemas de conducta, en su rendimiento académico, llegando casi a jalar algunas materias como matemáticas y ciencias naturales. Logra graduarse en derecho en una universidad privada, siendo un alumno regular, y logra obtener su grado de bachiller, sin embargo actualmente no la ejerce.

Proviene de un hogar estable, donde ambos padres tiene una buena relación, siempre evitando discusiones o peleas. El padre es de carácter enérgico y autoritario, por el contrario la madre es dócil y sumisa. La relación entre hermanos es buena, se llevan bien y se respetan entre ambos, asimismo el hermano demuestra su preocupación por el consumo excesivo de alcohol del

paciente. Su nivel socioeconómico es alto, ingreso económico en casa es por parte de la empresa de la familia. Aparentemente en la familia todos son saludables. Sin embargo, tiene un primo, consume alcohol, pero de manera moderada, no teniendo problemas con ésta.

En cuanto a su personalidad el paciente, desde muy pequeño se mostró una persona tímida y con dificultades para relacionarse socialmente, poco participativo en las reuniones familiares, con actitudes de egoísmo, carente de motivaciones y expectativas en torno a su futuro.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

El paciente aparenta la edad referida, es de tez blanca, contextura delgada y una estatura de 1.80 aprox., ojos marrones y sus cabellos son negros y lacos. Su arreglo y aseo personal se encuentran parcialmente adecuados. Su expresión facial denota cansancio, apatía e irritabilidad por el lugar donde se encuentra, su habla es fuerte con cambios bruscos en su tono de voz; su postura es erguida y su marcha lenta. Muestra sus emociones hacia sus padres con cólera, resentimiento y angustia; mostrándose en todo momento inquieto por salir del centro, siendo ya que en una ocasión estuvo internado y salió con excusas de que no le trataban bien ahí.

Su actitud hacia la evaluación fue al inicio de incomodidad, irritabilidad y evasiva, con el transcurso de la entrevista cambio a ser de disposición e interés, respondiendo adecuadamente a las preguntas planteadas.

Se encuentra en un estado de lucidez, orientado en tiempo, espacio y persona, niveles de atención y concentración adecuados, lenguaje comprensivo y expresivo conservado. Evidencia niveles de cálculo, abstracción y razonamiento adecuados. Memoria de corto y largo plazo conservados. El curso y contenido de su pensamiento es adecuado, no hay distorsión en su percepción. Su estado de ánimo denota serenidad, tranquilo y relajado, sin embargo al tratar sobre el tema de su consumo excesivo de alcohol tiende a

reaccionar con rechazo, cólera y apatía, no posee voluntad para recibir ayuda profesional, asimismo carece de metas próximas y a la largo plazo. Sin conciencia de enfermedad.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paul posee una capacidad intelectual igual al Termino Medio, lo que indica que debería ser capaz de adaptarse a su medio y resolver sus problemas sin dificultad, sin embargo por sus problemas de consumo de alcohol no hace uso de sus potenciales en la toma de decisiones.

Emocionalmente introvertido, con inseguridad y sensación de rechazo, sentimientos de desconfianza, cautela y suspicacia, sensible a la crítica, con poca capacidad para el control de sus impulsos, con descargas hostiles y agresivas, los mismos se incrementado por su excesivo consumo de alcohol.

Con preocupaciones por su integridad y perfección física, centrado solo en sí mismo y sobreestima su propio valor. Asimismo muestra desconfianza respecto de los demás y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas, se resiste al control y a las influencias externas.

Sus relaciones interpersonales son superficiales, se esfuerza por ganar la aprobación de los demás, utiliza la manipulación de los sucesos para aumentar la atención de los demás y tiene afecto inapropiado. Carente de iniciativa propia en actividades y deficiente autonomía de sí mismo, posee reducida capacidad de autocrítica que le impide el reconocimiento de sus problemas de consumo, sintiendo la capacidad de poder resolverlos sin ayuda.

Presenta desajustes en sus relaciones familiares; constantes discusiones con sus padres, en el área laboral; trabaja esporádicamente en la empresa familiar, no ejerce su carrera profesional y marital; cortas relaciones con enamoradas, todo éstos problemas derivados por el propio consumo excesivo de alcohol.

VII. DIAGNÓSTICO

El paciente es portador de una capacidad intelectual promedio; emocionalmente introvertido, con inseguridad y sensación de rechazo, sentimientos de desconfianza, cautela y suspicacia, sensible a la crítica, con poca capacidad para el control de sus impulsos con descargas hostiles y agresivas, centrado solo en sí mismo y sobreestima su propio valor. Sus relaciones interpersonales son superficiales, se esfuerza por ganar la aprobación de los demás, carente de iniciativa propia en actividades y deficiente autonomía de sí mismo, posee reducida capacidad de autocrítica que le impide el reconocimiento de sus problemas de consumo, asimismo con disfuncionalidad familiar, laboral y marital.

De acuerdo a todas las evaluaciones, observaciones, entrevista y aplicación de las distintas pruebas, podemos determinar que el paciente presenta a la actualidad un Síndrome de Dependencia al Alcohol (F10.2) CIE-10.

VIII. PRONÓSTICO

Pronóstico reservado, porque no existe conciencia sobre su enfermedad, así como también la sintomatología y cronicidad del trastorno por el que cursa el paciente a pesar que cuenta con el apoyo de su familia.

IX. RECOMENDACIONES

- Continuar con el tratamiento médico.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Grupos de autoayuda.

29 de Diciembre del 2017

Yowana Araujo Turpo
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: P. E. T.V.
Edad	: 29 años
Sexo	: Masculino
Fecha de Nacimiento	: 22 de octubre de 1987
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior
Ocupación	: Desocupado
Estado civil	: Soltero
Religión	: Católico
Informantes	: Madre, padre y paciente
Lugar de Evaluación	: Servicio de psicología
Evaluadora	: Yowana Araujo Turpo Bachiller en Psicología

II. DIAGNÓSTICO

El paciente es portador de una capacidad intelectual promedio; emocionalmente introvertido, con inseguridad y sensación de rechazo, sentimientos de desconfianza, cautela y suspicacia, sensible a la crítica, con poca capacidad para el control de sus impulsos con descargas hostiles y agresivas, centrado solo en sí mismo y sobreestima su propio valor. Sus relaciones interpersonales son superficiales, se esfuerza por ganar la aprobación de los demás, carente de iniciativa propia en actividades y

deficiente autonomía de sí mismo, posee reducida capacidad de autocrítica que le impide el reconocimiento de sus problemas de consumo, asimismo con disfuncionalidad familiar, laboral y marital.

De acuerdo a todas las evaluaciones, observaciones, entrevista y aplicación de las distintas pruebas, podemos determinar que el paciente presenta a la actualidad un Síndrome de Dependencia al Alcohol (F10.2) CIE-10.

III. OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la ejecución interpersonal y desarrollar habilidades sociales en el terreno de sus relaciones interpersonales.
- Aumentar y reforzar las habilidades de control de impulsos para enfrentar situaciones de alto riesgo -ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo.
- Lograr en el paciente la abstinencia a las sustancias perjudiciales y reducir los síntomas y sus repercusiones psico-bio-sociales mediante la utilización de recursos psicológicos (psicoterapia individual y/o familiar).

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Primera Sesión: “Motivación”	
Objetivo:	- Impulsar al paciente para modificar el consumo de alcohol y promover un cambio en él, asimismo resaltar la importancia de la responsabilidad en la conducta.
Técnica de Intervención:	Conductual

Desarrollo:	Exponer los resultados hallados en la evaluación y que son consecuencia directa del consumo, por lo que es necesario reducir o eliminar el consumo de las sustancias. Evaluar los resultados conseguidos y se estimula la motivación del paciente, se continua con la evaluación de los resultados y se estimula al paciente a continuar en la misma dirección.
Tiempo	45 minutos

Segunda Sesión: “Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento”

Objetivo:	- Aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo - ambientales e individuales- que inician y mantienen las conductas de consumo.
Técnica de Intervención:	Cognitivo-conductual
Desarrollo:	Es esta sesión se pretende trabajar las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none">• Ajustar hábitos de autocuidado (alimentación, sueño, ejercicio)• Lograr la deshabituación física; reducir la frecuencia y cantidad de consumo, desarrollar actividades incompatibles y distractoras del deseo de consumo.• Deshabituación psicológica; disminuir el deseo de consumo, mediante la organización del entorno y los hábitos para que ayuden a mantener el control y evitación del mayor número de

	<p>estímulos, cuestionar pensamientos irrationales, suprimir conductas antisociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar las consecuencias de la adicción en diferentes niveles de funcionamiento, asimismo incrementar el procesamiento de las consecuencias negativas del consumo y los beneficios de la abstinencia.
Tiempo:	45 minutos
Tercera Sesión: “Prevención de Recaídas”	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer, prevenir y anticipar las recaídas, manejar adecuadamente una recaída de manera que las consecuencias adversas sean mínimas y sacar provecho de la experiencia y buscar un estilo de vida equilibrado así como reducir los peligros que afectan a la salud.
Técnica de Intervención:	Cognitivo-conductual
Desarrollo:	<p>En esta sesión se le asignan tareas para poder identificar las diferentes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas. • Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída. • Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

Tiempo	45 minutos
Cuarta Sesión: “Manejo de Contingencias”	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de la conducta alcohólica y conseguir la abstinencia, asimismo cumplir con el tratamiento y atender a las consultas establecidas.
Técnica de Intervención:	Cognitivo-conductual
Desarrollo:	<p>Se realiza mediante la formulación de un contrato en el que se especifica el cambio de conducta deseado, la duración del tratamiento, el tipo de monitorización y control que se va realizar y tipo de refuerzos y/o castigos que se establecerán.</p>
Tiempo:	40 minutos
Sexta Sesión: “Técnicas de Autocontrol”	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir o suprimir el consumo y los problemas derivados de éste, asimismo a que aprenda a controlar el deseo de beber y a manejar situaciones que puedan provocarlo.
Técnica de Intervención:	Cognitivo-conductual
Desarrollo:	<p>Para ello se le entrenará en conductas assertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y</p>

	autorrefuerzo/autocastigo y discriminar situaciones donde es más fácil controlar el consumo
Tiempo:	45 minutos

Sexta Sesión: “Entrenamiento en Habilidades Sociales”

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la ejecución interpersonal y desarrollar habilidades sociales en el terreno de resolución de conflictos relacionales.
Técnica de Intervención:	Cognitivo-conductual
Desarrollo:	<p>Con esta sesión se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas relacionadas con su consumo.</p> <p>En muchas ocasiones el beber está vinculado a determinadas personas y situaciones que lo propician y el paciente carece de la destreza de afrontarlo de una manera más positiva. Por esto, se trabaja en asertividad, en la expresión de sentimientos, en técnicas de comunicación positiva, se entrena en el rechazo de bebidas alcohólicas y se desarrollan conductas alternativas al consumo.</p>
Tiempo:	45 minutos

Séptima Sesión: “Terapia Familiar”

--	--

Objetivo:	- Trabajar con la familia, la cual será una motivación al paciente para la adherencia al tratamiento y así también mejorar el funcionamiento familiar.
Técnica de Intervención:	Conductual
Desarrollo:	En esta sesión se trabajará con la terapia interaccional donde se enfatiza el apoyo mutuo, la expresión de sentimientos y la Solución de problemas a través de la discusión, el cual mejorara el ajuste familiar y reorganizar su sistema de actuaciones.
Tiempo:	45 minutos.

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El desarrollo de las sesiones de terapia será una vez por semana, durante 6 meses aproximadamente.

29 de Diciembre del 2017

Yowana Araujo Turpo
Bachiller en Psicología

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: Paul E. T. V.
 Fecha de Nacimiento: 22 de Octubre de 1987
 Fecha de Evaluación: 07/03/17
 Nivel de Instrucción: Superior - Bachiller en Derecho
 Edad: 27 años
 Estado Civil: Seltero
 Ocupación: No trabaja
 Evaluador: Yessica Araiza Turpo

MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

	V	F
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	V	

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

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

	V	F
76	X	
77	X	
78	X	
79	X	
80	X	

	V	F
101	X	
102	X	
103	X	
104	X	
105	X	

	V	F
126	X	
127	X	
128	X	
129	X	
130	X	

	V	F
151	X	
152	X	
153	X	
154	X	
155	X	

	V	F
6	V	
7	X	
8	X	
9	X	
10	X	

	V	F
31	X	
32		
33		
34		
35		

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

	V	F
81	V	
82	X	
83	V	
84	V	
85	X	

	V	F
106	X	
107	X	
108	X	
109	X	
110	X	

	V	F
131	V	
132	X	
133	V	
134	V	
135	X	

	V	F
156	X	
157	V	
158	V	
159	V	
160	V	

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

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

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

	V	F
86	X	
87	V	
88	X	
89	V	
90	X	

	V	F
111	X	
112	V	
113	V	
114	X	
115	X	

	V	F
136	V	
137	V	
138	V	
139	V	
140	X	

	V	F
161	X	
162	X	
163	X	
164	X	
165	X	

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

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

	V	F
91	X	
92	X	
93	V	
94	X	
95	X	

	V	F
116	X	
117	X	
118	X	
119	V	
120	X	

	V	F
146	X	
147	X	
148	X	
149	X	
150	X	

	V	F
171	V	
172	X	
173	V	
174	X	
175	X	

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

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

	V	F

<tbl_r cells="3" ix="5" maxcspan="1" maxrspan="1" usedcols="

Paciente: Paul 27 años

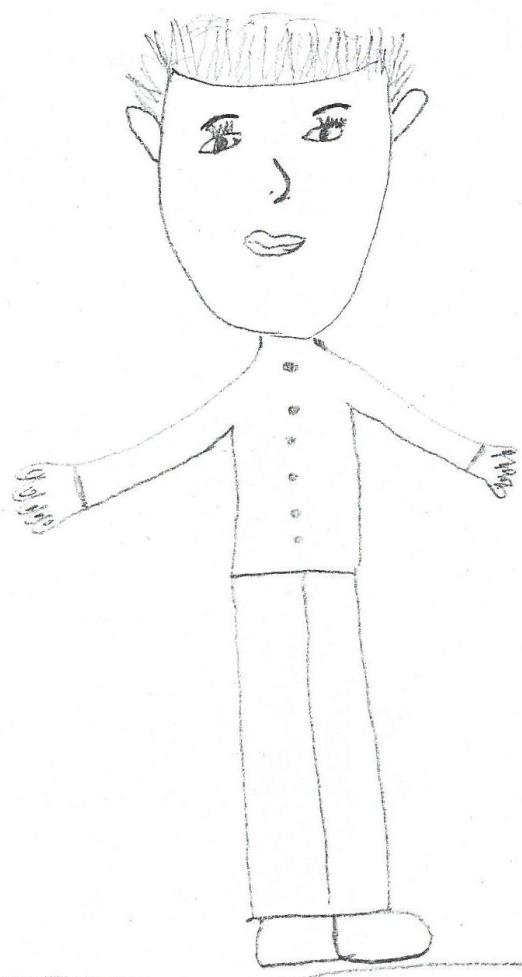
Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

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

PD = 36

Percentil = 60

CZ = 104 = Promedio



diente :

PAUL

CASO CLINICO 2

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : M. A. A. S.

Edad : 22 años

Sexo : Femenino

Fecha de nacimiento : 13 de abril de 1994

Lugar de nacimiento : Cusco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Soltera

Ocupación : Atención al cliente en una boutique

Religión : Católica

Informantes : Paciente

Lugar de evaluación : Centro de Salud Alto Selva Alegre

Fechas de evaluación : 26-04-16 y 28-04-16

Examinador : Rosario Maritza Arapa Quispe (Bachiller en Psicología)

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 22 años de edad que acude a consulta psicológica refiere que desde principios de este año se ha sentido triste, inútil, desmotivada, con ira y ganas de llorar porque no sabe qué rumbo darle a su vida, cuando se le presenta una dificultad se rinde fácilmente, desde que regresó a su hermana a Cusco se ha sentido peor que antes, no puede dormir durante las noches y por las mañanas se despierta asustada.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Desde principios de este año, la paciente de 22 años de edad se ha sentido “muy triste” y desesperada ya que no ha podido realizar sus metas de estudio, quería tener estudios superiores cuando llegó a Arequipa, hace 5 años. Siempre tuvo pensamientos pesimistas sobre sí misma, cuando se trata de hacer una actividad como dar un examen, ella se repite “no voy a hacerlo bien” o “no podré hacerlo”, ha sentido ganas de llorar, no sabe qué hacer con su vida ya que actualmente solo trabaja en una boutique desde que llegó a Arequipa y el no haber podido ingresar a la universidad la frustró mucho más; reacciona con ira y tristeza cada vez que recuerda cómo fue su vida, se pregunta “cómo habría sido mi vida si no hubiera vivido lo que viví en mi infancia”, “me hubiese gustado tener otros padres, una vida diferente” culpa a su familia porque “por ellos, ahora soy así”, se ha sentido sola, vive sola en casa, este tipo de pensamientos y sentimientos se tornaron más intensos desde hace dos meses, después de que regresó a su hermana menor a Cusco porque sentía que ya no podía controlarla desde que ésta última empezó a salir con mayor frecuencia con su pareja; incluso llegó a pensar en el suicidio para dejar de sufrir. Actualmente trabaja en una boutique, presenta ánimo depresivo, pérdida de confianza en sí misma, poco interés en hacer sus actividades diarias, sentimientos de inutilidad y dificultad para conciliar el sueño.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

a) Etapa Pre-Natal:

El padre y la madre de Mónica tenían 31 y 28 años de edad respectivamente cuando nació, el nacimiento de la paciente no fue planificado ni deseado. La madre no presentó enfermedad alguna durante la etapa de gestación de su hija, pero sí sufría maltratos físicos y psicológicos por parte de su pareja por lo que su estado de ánimo fue de preocupación y tensión por los problemas económicos y de violencia que había en casa, tampoco consumió sustancias alcohólicas.

b) Etapa Natal:

La paciente refiere que el parto de su nacimiento fue natural ya que nació en su casa, no utilizaron ningún instrumento para ayudarla a nacer según lo que le contó su madre, no hubo complicaciones durante el parto.

c) Etapa Post-Natal

La paciente no tiene la información suficiente acerca de sus primeros años de vida ya que no recuerda, ni habló mucho del tema con su madre, pero no recuerda haber presentado algún tipo de dificultad relacionado con el lenguaje o motriz durante su infancia, toda su familia vive en Cusco.

Los padres de la paciente siempre han tenido peleas, discusiones por celos, dinero y también cuando su padre tomaba, las cuales han sido observadas por sus hijos. La relación de Mónica con sus hermanos es buena por lo general, se relaciona bien con ellos, no tienen muchos enfrentamientos. De niña era muy valiente, no le tenía miedo a nada, le gustaba hacer cosas nuevas, los retos, era competitiva y le gusta el deporte.

d) Etapa Pre Escolar Y Escolar

La paciente asistió al colegio a los 6 años, le gustaba ir porque jugaba con sus compañeros de clase, en la primaria tenía un grupo de amigas y tenía buen rendimiento escolar; recuerda que cuando hacía mal alguna tarea del colegio como escribir o resolver problemas de matemática su padre le pegaba y la ahogaba en una tina con agua, él era muy estricto con ella, no le admitía equivocarse, por lo que le tenía mucho miedo y desconfianza; su madre no la defendía la mayoría de las veces. Cuando entró a la secundaria sucedió lo contrario, sus relaciones sociales disminuyeron a partir de un evento traumático que sufrió en la casa donde vivía, empezó a aislarse, ya no tenía muchos amigos, era muy reservada, evitaba a los chicos y solo tenía una amiga, pero sus notas eran buenas aún, le gustaba hacer bien las cosas y tener buenas notas.

Cuando terminó sus estudios secundarios se trasladó para Arequipa con el fin de estudiar una carrera profesional y ser alguien mejor que sus padres por lo que se fue a vivir primero en una casa alquilada y luego en un lote que su padre compró en A.S.A. Se preparó en la academia y postuló dos veces pero no ingresó, refiere que le faltaban pocos puntos para ingresar y eso la desmotivó mucho, así que luego decidió estudiar una carrera técnica y su padre desde Cusco le mandaría apoyo económico, ella quería estudiar confección de ropa pero su padre le aconsejó que mejor estudie administración ya que es una carrera más seria y le hizo caso, no obstante, al año se dio cuenta de que no le estaba yendo bien en algunos cursos como matemática e inglés por más que se esforzaba por estudiar y entenderlos, hasta que cuando dio el primer examen y desaprobó con una nota muy baja se frustró y abandonó la carrera. Luego se puso a trabajar en una boutique hasta el día de hoy. Estudió computación más adelante y cuando se enteró de un problema familiar en Cusco y al no saber nada de su padre cuando le llamaba por teléfono, también dejó la carrera faltando dos meses para culminarlo, luego continuó trabajando en otra tienda de venta de ropa, pero no se adaptó, no le gustó el mal trato que le daban y volvió a su anterior trabajo, en la boutique, donde se sentía más cómoda aunque el pago sea bajo. Cuando le salía mal alguna actividad que hacía, solía quemar hojas refiere hasta el día de hoy y en esos momentos se siente mal, llena de ira y tristeza, incapaz de hacer algo bien.

Mónica es una joven que ha sufrido maltratos por parte de sus padres, pero demuestra una inteligencia normal y enormes ganas de salir adelante si logra ingresar y culminar la carrera que pretende estudiar, por momentos irradiia vitalidad y mucha energía para hacer las cosas.

e) Desarrollo y función sexual

La paciente no ha hablado mucho del tema con sus padres pero sí recibió información profesional acerca de la sexualidad en el colegio. Sufrió un evento traumático del cual no quiere hablar, después de eso perdió el interés por los

chicos, es muy desconfiada y agresiva con ellos, refiere que nunca tuvo una enamorado ni desea tenerlo.

Le vino la menarquia a la edad de 13 años, sin dolores y no tuvo ninguna pareja sexual en su vida.

f) Historia de la recreación y de la vida

De niña jugaba mucho, también le gustaba ayudar a su madre en los quehaceres de la casa. En la secundaria prefirió estar aislada de los demás, ya no tenía tantos amigos, se tornó desconfiada sobre todo con los chicos, debido al trauma que tuvo en la secundaria y del que prefiere no hablar. Le gustaba participar en competencias deportivas y artísticas.

g) Vida familiar

Actualmente la paciente vive sola, trabaja en una boutique, se mantiene sola y prefiere estar soltera.

h) Actividad laboral

La paciente siempre ha ayudado en los quehaceres de la casa, le gusta tener todo limpio y ordenado, cuando vino a Arequipa estudió y también trabajó a la edad de 18 años, le gusta su trabajo, tiene buenas relaciones sociales con sus jefes, a veces reniega con sus compañeros de trabajo, su trabajo se relaciona con el área que quiere estudiar, diseño de modas, se cambió una vez de trabajo y al no agradarle el clima laboral regresó a su anterior trabajo en el cual permanece hasta hoy, no tiene tolerancia a la frustración.

i) Religión

Su familia es católica pero no lo practican, ahora ella está asistiendo a una comunidad pastoral gracias a la invitación que le hizo una amiga suya, aunque no se siente muy cómoda, porque no le convence todo lo que predicen cuando va, siente que ir le ha ayudado a sentirse un poco mejor.

j) Hábitos e influencias nocivas o toxicas

La paciente no tiene adicciones, se alimenta a la hora por lo general, no tiene mucho sueño últimamente hasta las 12 o 1 de la madrugada.

1. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES

A. Enfermedades y Accidentes

La paciente no tuvo enfermedades raras aparte de gripe, tos, sarampión y varicela. Tampoco sufrió accidentes, pero recuerda que su madre le pegó una vez con la segadora en la espalda, golpe que la dejó coja por un tiempo.

B. Personalidad Pre mórbida

Durante su infancia, la paciente era una niña llena de vitalidad, activa, alegre, juguetona. Durante la adolescencia hasta hoy, a partir del evento traumático que vivió, se tornó ansiosa, desconfiada, agresiva sobre todo con los varones, con conceptos pesimistas antes de hacer las cosas, algo depresiva cuando piensa en su vida a lado de sus padres, es inconformista, autocrítica, respeta las normas sociales, es seria, perfeccionista, su atención en los detalles frecuentemente impiden que termine lo que comienza, por lo que muchas veces no alcanza a cumplir sus metas, se frustra rápidamente, es fría y rígida en sus relaciones, por lo que se aísla y no tiene amigos ni amigas, reniega cuando le sale mal alguna actividad y reconoce que es impulsiva.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. COMPOSICION FAMILIAR

La paciente es la tercera de 6 hijos, tuvo un medio hermano mayor, hijo del primer compromiso de su madre, quien falleció y a quien nunca conoció, el segundo hermano, quien fue su hermano de sangre, también falleció de pequeño a causa de una enfermedad bronquial y tampoco lo conoció, Mónica es la tercera

hija y le siguen otros 3 hermanos menores, una de 19 años, quien ya tiene su compromiso e hijo, otro de 14 años varón y el menor de 10 años de edad; su familia es de tipo nuclear. Su segunda hermana vivió en Arequipa por un tiempo junto con ella, los 2 hermanos menores están estudiando en Cusco, Los padres continúan enfrentándose delante de los menores y los maltratan como lo hacían con ella. Actualmente vive sola en Arequipa.

A. PADRE: actualmente de 43 años de edad, es agricultor, tiene problemas con el consumo de alcohol, tiende a reaccionar de manera agresiva con su conviviente e hijos cuando se embriaga, es quien genera los ingresos de la casa. Es una persona con carácter fuerte, desconfiado, exigente y poco tolerante con sus hijos y esposa.

B. MADRE: actualmente tiene 40 años de edad, es ama de casa, discute constantemente con su conviviente porque la cela con otras personas, también es de carácter fuerte, no es muy expresiva con sus hijos frecuentemente y los castiga verbal y físicamente algunas veces cuando los hijos se portan mal.

C. HERMANOS

La paciente tiene 3 hermanos menores, una mujer de 19 años y dos varones de 14 y 10 años, los dos últimos estudian y la de 19 no porque ya convive y tiene un bebé. La relación de la paciente con sus hermanos es tranquila ya que solo comunica con ellos por teléfono.

2. DINAMICA FAMILIAR

La relación entre sus padres no es buena, siempre discuten y pelean ya sea porque falta dinero o porque su padre toma, la relación entre padres e hijos es violenta frecuentemente, el padre castiga físicamente a sus hijos cuando no hacen bien las cosas. Los padres de Mónica no saben cómo se siente ella pero se comunican constantemente para informarle como están ellos; suelen apoyarle las veces que ella se los pide pero por lo general ya no les pide apoyo económico

porque trabaja. La relación con sus hermanos es tranquila y siempre le gusta tomar la iniciativa para hacer las cosas

3. CONDICION SOCIOECONOMICA

Su condición socioeconómica se encuentra en un nivel bajo, vive en una zona poco poblada, cuenta con los servicios básicos, se mantiene sola.

4. ANTECEDENTES FAMILIARRES PATOLOGICOS

No se conoce alguna enfermedad hereditaria en la familia.

VI. RESUMEN

Mónica es una joven de 22 años de edad, nació en Cusco, ahora es la mayor de 4 hermanos. Vivió su infancia en su pueblo natal en un ambiente de maltrato físico y psicológico, su madre era maltratada por su padre, la educaron a golpes cada vez que hacia mal sus tareas, su padre le corregía ahogándola en una tina de agua, era muy severo con ella y con sus hermanos, su madre tampoco la defendía y también le golpeaba cuando no le obedecía. Refiere además que no le hubiera gustado tener la familia que tiene, le hubiese gustado tener otros padres, una vida diferente, le echa la culpa a su familia por ser como es ahora. En la secundaria sufrió un evento traumático del cual prefiere no hablar porque le causa mucho daño recordar, a pesar de eso era una buena estudiante, terminó satisfactoriamente la escuela. Es así que cuando termina sus estudios secundarios ella decide ir a vivir a Arequipa con su segunda hermana. La paciente vino con la meta de estudiar en la universidad y ser alguien en la vida, así que decidió prepararse en la academia, un año postuló 2 veces y no pudo ingresar por lo que se frustró y empezó a trabajar en una boutique. Luego decidió estudiar una carrera técnica y su padre le sugirió que estudie Administración, le apoyó económicamente, pero al no ser una carrera de su agrado e irle mal en algunos cursos como inglés y matemática, dejó los estudios. Después estudió Computación e Informática y faltando dos meses para culminar sus estudios, se enteró de un problema familiar entre sus padres, perdió comunicación con su padre y también dejó la carrera por lo que continuó trabajando siempre hasta el día de hoy.

Antes vivía con la segunda hermana, la cual solía salir frecuentemente con su pareja y no se comunicaban mucho, tuvo problemas con ella porque mentía mucho para salir, sentía que ya no la podía controlar, así que la regresó a Cusco hace dos meses. Mónica no tiene enamorado, es desconfiada sobre todo con los varones a partir de la experiencia traumática que vivió en la secundaria. Desde hace unos meses se ha sentido sola, triste y con muchas ganas de llorar, reacciona con ira y tristeza cada vez que recuerda cómo fue su vida, se pregunta “cómo habría sido mi vida si no hubiera vivido lo que viví en mi infancia”, “me hubiese gustado tener otros padres, una vida diferente” culpa a su familia porque “por ellos, ahora soy así”, no sabe qué hacer con su vida, incluso llegó a pensar en el suicidio para dejar de sufrir, este tipo de pensamientos y sentimientos se tornaron más intensos desde hace dos meses, fecha en que regresó a su hermana a Cusco. Reconoce que siempre ha sido pesimista, algo depresiva cuando piensa en su vida a lado de sus padres, es inconformista, autocrítica, respeta las normas sociales, es seria, perfeccionista, su atención en los detalles frecuentemente impiden que termine lo que comienza, por lo que muchas veces no alcanza a cumplir sus metas, se frustra rápidamente, es fría y rígida en sus relaciones, a veces se torna agresiva cuando reniega o le sale mal alguna actividad, impulsiva y que se frustra rápidamente, pero desea superar el estado que atraviesa. Actualmente vive sola y trabaja en una boutique, presenta ánimo depresivo, pérdida de confianza en sí misma, poco interés en hacer sus actividades diarias, sentimientos de inutilidad y dificultad para conciliar el sueño.

Arequipa 06 de mayo del 2016

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : M. A. A. S.
Edad : 22 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 13 de abril de 1994
Lugar de nacimiento : Cusco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Ocupación : Atención al cliente en una boutique
Religión : Católica
Informantes : Paciente
Lugar de evaluación : Centro de Salud Alto Selva Alegre
Fechas de evaluación : 26-04-16 y 28-04-16
Examinador : Rosario Maritza Arapa Quispe (Bachiller en Psicología)

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

La paciente aparenta la edad referida, es de contextura regular, muestra cuidado personal adecuado, de tez clara, su expresión facial denotaba tristeza y tensión cuando habla de los problemas de su familia, su tono de voz era débil y monótono, la postura encorvada, por momentos llega a romper en llanto durante la entrevista. Durante la entrevista se mostró colaboradora frente a la examinadora, así mismo muestra disposición para las diferentes evaluaciones que se le planteó.

III. ATENCION, CONCIENCIA Y ORIENTACION

A. Atención

La paciente se mostró atenta durante la entrevista, predomina la atención voluntaria ya que manifestó interés a hacia la evaluadora y las evaluaciones, logrando enfocar su atención a la tarea que se le pide que realice

B. Conciencia o estado de alerta

La paciente se mantuvo en estado de alerta la mayor parte del tiempo y se mantuvo concentrada durante las evaluaciones por lo que pudo entender las instrucciones que se le daba y las lograba ejecutarlas de manera satisfactoria.

C. Orientación

Estaba orientada en espacio y persona pero no en el tiempo cuando se le preguntó por el día.

IV. LENGUAJE

Presenta un adecuado lenguaje comprensivo y expresivo, la velocidad del lenguaje durante la entrevista no fue muy acelerada ni lenta, no presenta anormalidades en el curso del lenguaje como bloqueo o neologismos, la intensidad del tono de voz fue baja durante la entrevista.

V. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es coherente y espontáneo ya que no demoraba mucho tiempo pensando en las respuestas que daba durante la entrevista por lo general, aunque algunas veces el contenido de sus ideas sean pesimistas como cuando está a punto de hacer algo y cree que le no le va a salir bien, manifiesta ideas recurrentes cuando se trata de hacer bien las cosas.

VI. PERCEPCION

No existe ningún tipo de alteraciones en esta facultad psicológica.

VII. MEMORIA

Su memoria remota se encuentra conservada, es decir, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, su memoria reciente también está conservada, puede recordar y retener información nueva que se le presente.

VIII. FUNCIONES INTELECTUALES

Su capacidad intelectual no está alterada, posee conocimientos generales acorde su nivel cultural, sabe leer, escribir, comprende, razona y hace cálculos adecuadamente, su pensamiento es racional, su atención y concentración son adecuadas.

IX. AFECTIVIDAD Y ESTADO DE ÁNIMO

La paciente expresa con espontaneidad sus sentimientos de tristeza, frustración, inutilidad, resentimiento, miedo, desgano, ira y llanto al recordar su pasado, hay concordancia entre lo que dice, su expresión emocional y facial, su estado de ánimo general durante la entrevista fue de tristeza y desgano.

X. GRADO DE COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA

La evaluada es consciente de su problema y está dispuesta a recibir la ayuda necesaria, reconoce que algunas actitudes frente a determinadas situaciones no le permiten alcanzar sus metas en la vida ni le ayudan a sentirse mejor, por lo que demuestra interés en recibir orientación para resolver sus problemas y no cometer los mismos errores.

XI. RESUMEN

Paciente de 22 años aparenta la edad referida, de contextura regular, muestra cuidado personal adecuado, de té clara, durante la entrevista expresaba emociones como tristeza, frustración, resentimiento, inutilidad, miedo, angustia, desgano, ira, llanto al recordar su pasado y algunos comentarios pesimistas acerca de sí misma, hay concordancia entre lo que dice, su expresión emocional y facial, su tono de voz débil y monótono, la postura encorvada, por momentos rompía en llanto. Su estado

atencional es óptimo, predomina la atención voluntaria, está orientada en espacio y persona pero no tanto en el tiempo cuando se le preguntó por el día.

El curso del pensamiento es coherente, aunque algunas veces el contenido de sus ideas sean pesimistas, presenta un adecuado lenguaje comprensivo, no presenta anormalidades en el curso del lenguaje, es pesimista e impulsiva la mayor parte del tiempo, posee conocimientos generales acorde su nivel cultural.

Su memoria remota y reciente se encuentran conservadas, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, puede recordar y retener información nueva que se le presente. Reconoce que algunas actitudes suyas frente a determinadas situaciones no le permiten alcanzar sus metas en la vida ni a sentirse mejor por lo que demuestra interés en recibir orientación para resolver sus problemas y no cometer los mismos errores.

Arequipa 16 de mayo del 2016

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : M. A. A. S.
Edad : 22 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 13 de abril de 1994
Lugar de nacimiento : Cusco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Ocupación : Atención al cliente en una boutique
Religión : Católica
Informantes : Paciente
Lugar de evaluación : Centro de Salud Alto Selva Alegre
Fechas de evaluación : 26-04-16 y 28-04-16
Examinador : Rosario Maritza Arapa Quispe (Bachiller en Psicología)

II. OBSERVACIONES GENERALES

La paciente es una joven de 22 años de edad, aparenta la edad referida, de tez clara, contextura regular y muestra alineo personal adecuado. Durante toda la evaluación se le observó colaboradora, prestando atención a las indicaciones dadas, la actitud ante la evaluadora fue de colaboración.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Pruebas psicológicas:

- Test proyectivo de la figura humana de Karen Machover
- Inventario Multifásico de la Personalidad Mini-Mult (versión abreviada)
- Test de Inteligencia TONI 2
- Inventario de depresión de Beck

IV. INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS

1) Test de inteligencia TONI 2

a. Interpretación cuantitativa

Puntaje Bruto	Percentil	Cociente Intelectual	Nivel De Inteligencia
35	34	94	promedio

b. Interpretación cualitativa

La adolescente obtuvo un puntaje bruto de 35 el cual la ubica en el percentil 34 obteniendo un cociente intelectual de 94, es decir, presenta nivel de inteligencia promedio. Es decir, la adolescente es capaz de adaptarse a situaciones nuevas y de resolver problemas sin muchas dificultades.

2) Inventario multifásico de la personalidad Mini-Mult (versión abreviada)

a) Análisis cuantitativo

	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Puntuación directa	1	7	7	9	13	16	12	8	9	10	5
Puntuación equivalente	4	18	16	20	38	35	30	19	23	29	17
Añadir K				8			6		16	16	3
puntaje corregido	4	18	16	28	38	35	36	19	39	45	20
puntaje T	50	80	57	80	86	79	90	82	73	84	58

b) Análisis cualitativo

Escala L (4): tiende a dar respuestas socialmente a problemas con relación al autocontrol y valores morales.

Escala F (18): la paciente admite un largo número de vivencias no usuales como el haber sido maltratada por sus padres y la mala experiencia que tuvo cuando estaba en la secundaria, puede tener problemas psiquiátricos.

Escala (16): es consciente de la realidad, no minimiza ni subestima los problemas, es decir, se da cuenta de que algunos rasgo de su personalidad le están impidiendo salir adelante.

Escala Hs (28): presenta un considerable número de quejas físicas.

Escala D (38): severamente deprimido, preocupada indecisa, y pesimista a la hora de realizar alguna actividad como un examen.

Escala Hi (35): probablemente un tanto inmadura y sugestionable. Es exigente consigo misma, le gusta hacer bien las cosas, tendiendo a desarrollar determinadas quejas funcionales tales como dolores de cabeza o espalda.

Escala Dp (36): altamente rebelde e inconformista, sentimientos y lealtades superficiales, con perturbación en sus relaciones familiares y sociales.

Escala Pa (19): inclinado a ocultar, a culpar a los otros por sus propias dificultades.

Escala Pt (39): consciente ordenada y autocritica, se exige demasiado.

Escala Sc (45): probablemente un tanto retraída y esquiva. Muchos conflictos internos.

Escala Ma (20): probablemente enérgica y entusiasta, de varios intereses.

Resumen:

La paciente tiende a dar respuestas socialmente a problemas con relación al autocontrol y valores morales, admite un largo número de vivencias no usuales como el haber sido maltratada por sus padres y la mala experiencia que tuvo cuando estaba en la secundaria, es consciente de la realidad, es decir, se da cuenta de que algunos rasgo de su personalidad le están impidiendo salir adelante, presenta quejas físicas, como dolor de cabeza ligero, está deprimida, preocupada es indecisa y pesimista a la hora de realizar alguna actividad como un examen,

exigente consigo misma, le gusta hacer bien las cosas, inconformista, con perturbación en sus relaciones familiares y sociales, inclinado a culpar a los otros por sus propias dificultades, autocritica, se exige demasiado, un tanto retraída y esquiva, energica y entusiasta, de varios intereses.

Combinaciones de las escalas clínicas 4,2

Al realizar la Combinaciones de las escalas clínicas 4,2 se interpreta que el control de sus descargas impulsivas surge después a éstas y por lo tanto es poco eficaz, aumentando sus sentimientos de culpa y se autocritica de manera muy estricta. El control sobre los impulsos, a través de los sentimientos de culpa y la inseguridad, es cada vez menos eficaz.

3) Test de Depresión de Beck

a) Interpretación cuantitativa

Puntaje Bruto	Nivel De Depresión
25	Depresión Moderada

b) Interpretación cualitativa

La paciente presenta síntomas de depresión con nivel moderado, caracterizado por síntomas de insomnio, tristeza, llanto, culpabilidad, pesimismo, los mismos que se presentan en un periodo no menor a dos semanas

4) Test proyectivo de la figura humana

Mónica es una persona con aspiración intelectual frustrada ya que no ha podido lograr las metas de estudio que se propuso conseguir, tiene tendencia al pesimismo siempre que se trata de realizar nuevas tareas, insegura de sí misma, con problemas depresivos, es agresiva sobre todo con los jóvenes, tiene temores internos, con tendencia a irritarse fácilmente, es ansiosa a la hora de tener contacto social con jóvenes, falta de contacto con la gente, esto se observa en el hecho de que vive sola y en la carencia de amigos. Tiene deseos de superación, el cual se manifiesta en las ganas de querer ser alguien en la vida, con una profesión

y trabajo, con tendencia a la participación social pero que está reprimida y con estado de incertidumbre sobre el camino a seguir.

V. RESUMEN

De acuerdo a las evaluaciones realizadas, la paciente muestra un nivel de inteligencia promedio. Además presenta síntomas de depresión con nivel moderado, caracterizado por síntomas de insomnio, tristeza, llanto, culpabilidad, pesimismo, los mismos que se han ido intensificando desde hace dos meses aproximadamente.

Posee una personalidad introvertida con tendencias a dar respuestas socialmente aceptadas por la sociedad, tiene problemas con relación al autocontrol. Presenta vivencias poco usuales, como el haber sido maltratada por sus padres y la mala experiencia que tuvo cuando estaba en la secundaria, es consciente de la realidad, es decir, se da cuenta de que algunos rasgos de su personalidad le están impidiendo salir adelante. Por lo general tiende a exagerar sus fracasos, su estado de ánimo suele estar deprimido, preocupada, indecisa y pesimista frente a situaciones que aún no ha realizado o ante situaciones en que fracasó al primer intento.

Es exigente consigo misma, no se permite equivocar y es poco tolerante a la frustración, tiendiendo a desarrollar determinadas quejas funcionales tales como dolores de cabeza.

Inconformista, ordenada y autocritica, se exige demasiado, con perturbación en sus relaciones familiares y sociales, esto se debe a los problemas de violencia que siempre hubo en su familia y al evento traumático que vivió. Inclinada a culpar a los otros por sus propias dificultades, esto es notorio cuando la paciente se pregunta acerca de cómo habría sido su futuro si sus padres hubiesen sido otras personas, si su familia hubiese sido diferente, si no la hubiesen maltratado como lo hicieron. La paciente tiene tendencia a ser un tanto retraída y esquiva. Pero también es una joven llena de vitalidad y entusiasta que quiere superarse cada día y ser mejor que sus padres.

Arequipa 16 de mayo del 2016

Arapa Quispe Rosario Maritza
Bachiller en psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION

Nombres y apellidos : Mónica A. A. S.
Edad : 22 años
Sexo : Femenino
Fecha de nacimiento : 13 de abril de 1994
Lugar de nacimiento : Cusco
Grado de instrucción : Secundaria completa
Estado civil : Soltera
Ocupación : Atención al cliente en una boutique
Religión : Católica
Informantes : Paciente
Lugar de evaluación : Centro de Salud Alto Selva Alegre
Fechas de evaluación : 26-04-16 y 28-04-16
Examinador : Rosario Maritza Arapa Quispe (Bachiller en Psicología)

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 22 años de edad que acude a consulta psicológica refiere que desde principios de este año se ha sentido triste, inútil, desmotivada, con ira y ganas de llorar porque no sabe qué rumbo darle a su vida, cuando se le presenta una dificultad se da por vencida fácilmente, desde que regresó a su hermana a Cusco se ha sentido peor que antes, no puede dormir durante las noches y por las mañanas se despierta asustada.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicométricas:
 - Inventario Multifásico de la Personalidad Mini-Mult (versión abreviada)
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover
 - Test de Inteligencia TONI 2
 - Inventario de depresión de Beck

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Mónica es una joven de 22 años de edad, nació en Cusco, ahora es la mayor de 4 hermanos. Vivió su infancia en su pueblo natal en un ambiente de maltrato físico y psicológico, su madre era maltratada por su padre, la educaron a golpes cada vez que hacia mal sus tareas, su padre le corregía ahogándola en una tina de agua, era muy severo con ella y con sus hermanos, su madre tampoco la defendía y también le golpeaba cuando no le obedecía. Refiere además que no le hubiera gustado tener la familia que tiene, le hubiese gustado tener otros padres, una vida diferente, le echa la culpa a su familia por ser como es ahora. En la secundaria sufrió un evento traumático del cual prefiere no hablar porque le causa mucho daño recordar, a pesar de eso era una buena estudiante, terminó satisfactoriamente la escuela. Es así que cuando termina sus estudios secundarios ella decide ir a vivir a Arequipa con su segunda hermana. La paciente vino con la meta de estudiar en la universidad y ser alguien en la vida, así que decidió prepararse en la academia, un año postuló 2 veces y no pudo ingresar por lo que se frustró y empezó a trabajar en una boutique. Luego decidió estudiar una carrera técnica y su padre le sugirió que estudie Administración, le apoyó económicamente, pero al no ser una carrera de su agrado e irle mal en algunos cursos como inglés y matemática, dejó los estudios. Después estudió Computación e Informática y faltando dos meses para culminar sus estudios, se enteró de un problema familiar entre sus padres, perdió comunicación con su padre y también dejó la carrera por lo que continuó trabajando siempre hasta el día de hoy.

Antes vivía con la segunda hermana, la cual solía salir frecuentemente con su pareja y no se comunicaban mucho, tuvo problemas con ella porque mentía mucho para salir, sentía que ya no la podía controlar, así que la regresó a Cusco hace dos meses. Mónica no tiene enamorado, es desconfiada sobre todo con los varones a partir de la experiencia traumática que vivió en la secundaria. Desde hace unos meses se ha sentido sola, triste y con muchas ganas de llorar, reacciona con ira y tristeza cada vez que recuerda cómo fue su vida, se pregunta “cómo habría sido mi vida si no hubiera vivido lo que viví en mi infancia”, “me hubiese gustado tener otros padres, una vida diferente” culpa a su familia porque “por ellos, ahora soy así”, no sabe qué hacer con su vida, incluso llegó a pensar en el suicidio para dejar de sufrir, este tipo de pensamientos y sentimientos se tornaron más intensos desde hace dos meses, fecha en que regresó a su hermana a Cusco. Reconoce que siempre ha sido pesimista, algo depresiva cuando piensa en su vida a lado de sus padres, es inconformista, autocrítica, respeta las normas sociales, es seria, perfeccionista, su atención en los detalles frecuentemente impiden que termine lo que comienza, por lo que muchas veces no alcanza a cumplir sus metas, se frustra rápidamente, es fría y rígida en sus relaciones, a veces se torna agresiva cuando reniega o le sale mal alguna actividad, impulsiva y que se frustra rápidamente, pero desea superar el estado que atraviesa. Actualmente vive sola y trabaja en una boutique, presenta ánimo depresivo, pérdida de confianza en sí misma, poco interés en hacer sus actividades diarias, sentimientos de inutilidad y dificultad para conciliar el sueño.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente de 22 años aparenta la edad referida, de contextura regular, muestra cuidado personal adecuado, de té clara, durante la entrevista expresaba emociones como tristeza, frustración, resentimiento, inutilidad, miedo, angustia, desgano, ira, llanto al recordar su pasado y algunos comentarios pesimistas acerca de sí misma, hay concordancia entre lo que dice, su expresión emocional y facial, su tono de voz débil y monótono, la postura encorvada, por momentos rompía en llanto. Su estado atencional es óptimo, predomina la atención voluntaria, está orientada en espacio y persona pero no tanto en el tiempo cuando se le preguntó por el día.

El curso del pensamiento es coherente, aunque algunas veces el contenido de sus ideas sea pesimista, presenta un adecuado lenguaje comprensivo, no presenta anormalidades en el curso del lenguaje, es pesimista e impulsiva la mayor parte del tiempo, posee conocimientos generales acorde a su nivel cultural.

Su memoria remota y reciente se encuentran conservadas, recuerda hechos cronológicos de su historia personal, puede recordar y retener información nueva que se le presente. Reconoce que algunas actitudes suyas frente a determinadas situaciones no le permiten alcanzar sus metas en la vida ni a sentirse mejor por lo que demuestra interés en recibir orientación para resolver sus problemas y no cometer los mismos errores.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente muestra un nivel de inteligencia promedio, es decir, es capaz de adaptarse a situaciones nuevas y de resolver problemas sin muchas dificultades. No obstante, se deja dominar más por su impulsividad y demás emociones.

La paciente presenta rasgos obsesivos por el orden, es pesimista frente a situaciones que aún no ha realizado o ante situaciones en que fracasó al primer intento, animo depresivo cuando recuerda su vida a lado de sus padres, es inconformista, autocrítica, respeta las normas sociales, es seria, perfeccionista, su atención en los detalles frecuentemente impiden que termine lo que comienza, por lo que muchas veces no alcanza a cumplir sus metas, se frustra rápidamente, es fría y rígida en sus relaciones, a veces se torna agresiva cuando reniega o le sale mal alguna actividad, impulsiva y que se frustra rápidamente, pero desea superar el estado que atraviesa por lo general tiende a exagerar sus fracasos, es exigente consigo misma, no se permite equivocar y es poco tolerante a la frustración, tiendiendo a desarrollar determinadas quejas funcionales tales como dolores de cabeza, inconformista, con perturbación en sus relaciones familiares y sociales al expresar emociones como resentimiento y cólera por haber vivido su infancia en un ambiente de maltrato físico y psicológico, por ser educada a golpes cada vez que hacia mal sus tareas, su padre le corregía ahogándola

en una tina de agua, era muy severo con ella y con sus hermanos, por lo que aprendió a ser perfeccionista, más meticulosa con las actividades que realiza. Inclinada a culpar a los otros por sus propias dificultades, esto es notorio cuando la paciente se pregunta acerca de cómo habría sido su futuro si sus padres hubiesen sido otras personas, si su familia hubiese sido diferente, si no la hubiesen maltratado como lo hicieron, le hubiese gustado tener otros padres. Mónica tiene tendencia a ser muy consciente, es decir moralista, ordenada y autocrítica. Pero también es una joven llena de vitalidad y entusiasta que quiere superarse cada día y ser mejor que sus padres.

Posee pensamientos pesimistas acerca de sí misma, reacciona de manera impulsiva ante situaciones que percibe como amenazantes, lo cual le ha traído problemas en sus relaciones sociales, situación que la deprime cada vez más.

La inseguridad y poca tolerancia a la frustración la llevan a dejar sin culminar sus metas como estudiar Administración y Computación e Informática, ya que al irle mal en algunos cursos como Inglés y Matemática, o al enterarse de problemas familiares dejó los estudios. Antes vivía con su segunda hermana, la cual solía salir frecuentemente con su pareja y no se comunicaban mucho, tuvo problemas con ella porque mentía mucho para salir, la paciente consideraba que no eran correctas las conductas de su hermana por lo que decidió regresarla a Cusco hace dos meses ya que sentía que ya no la podía controlar, en este tiempo se acentuaron más los síntomas de depresión La paciente es desconfiada e impulsiva por lo que no tiene amigos ni amigas, y menos un enamorado, por el mismo hecho de que vivió una experiencia traumática estando en la secundaria, llegando a reaccionar de forma agresiva sobre todo con los varones.

Desde hace unos meses se ha sentido sola, triste y con muchas ganas de llorar, reacciona con ira y tristeza, no sabe qué hacer con su vida, incluso llegó a pensar en el suicidio para dejar de sufrir, este tipo de pensamientos y sentimientos se tornaron más intensos desde hace dos meses, fecha en que regresó a su hermana a Cusco.

Reconoce que algunas actitudes suyas frente a determinadas situaciones no le permiten alcanzar sus metas en la vida ni a sentirse mejor por lo que demuestra

interés en recibir orientación para resolver sus problemas y no cometer los mismos errores.

Además de su historia, su forma de pensar, actuar y sentir la hacen más proclive a presentar síntomas de depresión resaltando en ella síntomas de insomnio, tristeza frustración, resentimiento, inutilidad, miedo, angustia, desgano, ira, llanto al recordar su pasado, culpabilidad, pesimismo, los mismos que se han ido intensificando desde hace dos meses aproximadamente.

VII. DIAGNÓSTICO

La paciente presenta rasgos de inseguridad, perfeccionismo, autocritica, impulsiva, pesimista, poca tolerancia a la frustración, rigidez en sus relaciones sociales y sensibilidad. Se concluye que la paciente presenta síntomas característicos de un episodio depresivo leve (F-32.0), desde hace dos meses presenta problemas de sueño, tristeza, inutilidad, llanto y desánimo, se ha aislado y no sabe qué rumbo darle a su vida.

VIII. PRONÓSTICO

Favorable, ya que tiene la disposición para recibir ayuda y de cooperar con las indicaciones del terapeuta.

IX. RECOMENDACIONES

- Terapia individual

Arequipa 16 de mayo del 2016

Arapa Quispe Rosario Maritza
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y apellidos : Mónica A. A. S.

Edad : 22 años

Sexo : Femenino

Fecha de nacimiento : 13 de abril de 1994

Lugar de nacimiento : Cusco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Soltera

Ocupación : Atención al cliente en una boutique

Religión : Católica

Informantes : Paciente

Lugar de evaluación : Centro de Salud Alto Selva Alegre

Fechas de evaluación : 26-04-16 y 28-04-16

Examinador : Rosario Maritza Arapa Quispe (Bachiller en Psicología)

II. DIAGNOSTICO

La paciente presenta rasgos de personalidad obsesiva, caracterizada por ser perfeccionista, autocritica, impulsiva, pesimista, poca tolerancia a la frustración, rigidez en sus relaciones y sensibilidad. Se concluye que la paciente presenta síntomas característicos de un episodio depresivo leve (F-32.0) ya que hace dos meses presenta problemas de sueño, tristeza, inutilidad, llanto y desánimo, se ha aislado y no sabe qué rumbo darle a su vida

III. OBJETIVO GENERAL

Mejorar el estado de ánimo así como canalizar y mejorar el control de los impulsos de la paciente a través de la modificación de pensamientos negativos acerca de sí misma.

IV. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO

A. SESION N°1

Primera Sesión: Explicación del modelo cognitivo y disminución de sentimientos de inutilidad	
Objetivo:	Explicar de manera sencilla el modelo cognitivo de la depresión y demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones. Disminuir los sentimientos de inutilidad.
Descripción de la sesión:	En base a la información que da la paciente, le explicaremos el modelo cognitivo, para ello describiremos la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por la paciente. Posteriormente se le pedirá que manifieste ¿por qué motivos se siente inútil?, anotaremos los pensamientos que posee y juntos los analizaremos para que reconozca si realmente debería sentirse inútil por tales hechos. Le pediremos que anote estas ideas y que escriba por qué motivos no debería sentirse inútil y culpable, motivos que ella misma manifestará. Se le dejará como tarea que todos los días lea estos motivos por los cuales no debería sentirse inútil, con el fin de que las distorsiones cognitivas vayan disminuyendo. Además se le pedirá que para la siguiente sesión traiga anotado en una hoja todos acontecimientos o situaciones en las que se ha sentido inútil o culpable.
Tiempo	45 min

B. SESIÓN N° 2

Segunda Sesión: Terapia Cognitiva Conductual de Beck I	
Objetivo	Explicar qué son los pensamientos automáticos y cómo estos influyen en las emociones. Registro diario de pensamientos negativos.
Descripción de la sesión	Iniciaremos la sesión revisando la tarea anterior, preguntando a la paciente ¿cómo le fue durante la semana? ¿Cuántos de los pensamientos negativos fueron eliminados con esta técnica? Al mismo tiempo reforzaremos la técnica y le pediremos que continúe utilizándola durante la semana. Luego se le explicará acerca de los pensamientos automáticos, qué son, cuales son y cómo influyen en nuestras emociones, pondremos ejemplos ajenos y propios. Posteriormente se le explicará que es importante que observemos y registremos nuestras cogniciones mediante diversas preguntas. Se le pedirá que vaya mencionando algunos pensamientos negativos acerca de si misma y de los demás que tuvo durante la semana, así clasificaremos las cogniciones en función de sus distorsiones. Se le dejará como actividad que tenga un “Registro diario de pensamientos”, y que busque información acerca de los pensamientos automáticos para que juntas la siguiente sesión clasifiquemos sus cogniciones.
Tiempo	45 min

Sesión 3

Tercera Sesión: Entrenamiento Auto afirmativo	
Objetivo	Enseñar la manera apropiada de expresar lo que piensa y siente
Descripción de la sesión	Se realizará una conversación tomando como base una situación concreta o problemática ocurrida, con la cual se realizará una representación asertiva de cómo debió ser la actuación de cada miembro.
Tiempo	45 min

Sesión 4

Tercera Sesión: Reestructuración Cognitiva	
Objetivo	Desechar las creencias negativas acerca de sí misma como del mundo que la rodea.
Descripción de la sesión	Ya que el problema de la depresión resulta de las creencias negativas de la paciente acerca de sí misma, se alentará a la paciente a recabar información acerca de sí misma con una serie de experimentos desprejuiciados que le permitan desechar sus creencias falsas. Se le ayudará a la paciente a identificar las suposiciones, creencias y expectativas, luego se formulará la manera de verlas como hipótesis que deben ponerse a prueba. Después, se diseñará la manera en que ella pueda confrontar por sí misma esta hipótesis en el mundo.
Tiempo	45 min

Sesión 5

Quinta Sesión: Elaboración del Proyecto de vida	
Objetivo	Que la paciente le dé un rumbo a su vida mediante la elaboración de metas a corto y largo plazo.
Descripción de la sesión	<p>La paciente procederá a escribir en una hoja las cosas que siempre quiso ser y hacer, luego comentará con la terapeuta acerca de qué acciones debería hacer la paciente para alcanzar esas metas y sentirse así satisfecha con sus logros en el futuro, deberá responderse cómo debe actuar para lograrlo, así mismo la terapeuta le brindará más alternativas que le ayuden a ver otras formas de conseguir sus metas. De esta manera la paciente le dará rumbo diferente a su existencia, sabrá discriminar aquellas acciones y conductas que le ayuden a llegar a su meta.</p>
Tiempo	40 min

Sesión 6

Quinta Sesión: entrenamiento en habilidades sociales	
Objetivo	Identificar los estilos de comunicación adecuados para un mejor entendimiento con los demás.
Descripción de la sesión	<p>Se le explicara a la paciente de los diferentes estilos de comunicación que existen y se le pedirá que identifique cual es el que ella emplea más, por último se le orientara acerca del mejor estilo de comunicación de que debe ser empleado y cuáles son las características de este estilo de comunicación. Se le asignará como tarea poner en práctica el estilo de comunicación asertiva y finalmente narrará si funcionó o si se le presentaron algunas dificultades en la semana.</p>
Tiempo	40 min

Sesión 7

Quinta Sesión: entrenamiento en habilidades sociales	
Objetivo	Realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones en la vida.
Descripción de la sesión	Se le explicara a la paciente los procesos que se deben seguir para elegir la alternativa más adecuada frente a situaciones difíciles de la vida, se analizara una experiencia pasada en la que no tomó una buena decisión y se procederá a plantear la forma como debió proceder para tomar una buena decisión, de la misma manera se le dejara asignado poner en práctica lo trabajado en la sesión.
Tiempo	40 min

V. TIEMPO DE EJECUCION

El desarrollo de las sesiones de terapia tendrá una duración de 4 meses aproximadamente, una sesión por semana al para iniciar, luego cada dos o tres semanas.

VI. LOGROS OBTENIDOS

- Mejora en el control de impulsos y estado de ánimo

Arequipa 16 de mayo del 2016

Arapa Quispe Rosario Maritza
Bachiller en Psicología

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Section VII. Responses to the TONI-2 Form A

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

TOTAL = 35

Q → 94 %c → 34
↓
Normal, Normative

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: **RACS**

Estado Civil: **sottera**

Ocupación: **venta en una tienda**

Edad: **22**

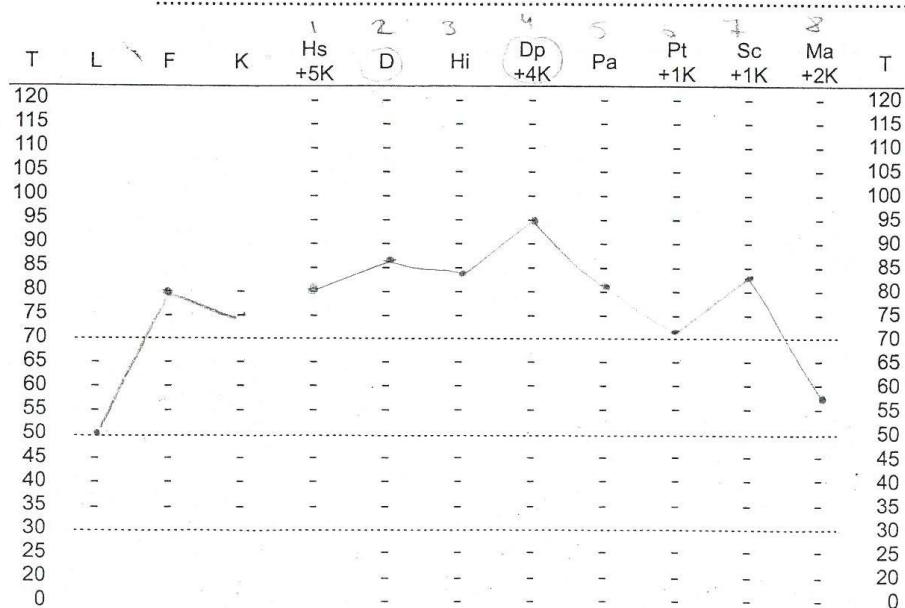
Grado de Instrucción: **secundaria completa**

Fecha de Examen: **26-04-16**

1.	V	F	13.	V	F	25.	V	F	37.	V	F	49.	V	F	61.	V	F
2.	V	F	14.	V	F	26.	V	F	38.	V	F	50.	V	F	62.	V	F
3.	V	F	15.	V	F	27.	V	F	39.	V	F	51.	V	F	63.	V	F
4.	V	F	16.	V	F	28.	V	F	40.	V	F	52.	V	F	64.	V	F
5.	V	F	17.	V	F	29.	V	F	41.	V	F	53.	V	F	65.	V	F
6.	V	F	18.	V	F	30.	V	F	44.	V	F	54.	V	F	66.	V	F
7.	V	F	19.	V	F	31.	V	F	43.	V	F	55.	V	F	67.	V	F
8.	V	F	20.	V	F	32.	V	F	44.	V	F	56.	V	F	68.	V	F
9.	V	F	21.	V	F	33.	V	F	45.	V	F	57.	V	F	69.	V	F
10.	V	F	22.	V	F	34.	V	F	46.	V	F	58.	V	F	70.	V	F
11.	V	F	23.	V	F	35.	V	F	47.	V	F	59.	V	F	71.	V	F
12.	V	F	24.	V	F	36.	V	F	48.	V	F	60.	V	F			

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	1	7	7	9	13	16	12	8	9	10	5
Puntaje Equivalente	4	18	16	20	33	35	30	19	23	24	14
Añadir K				8			6		16	16	3
Puntaje Directo Corregido	7	18	16	28	38	35	36	19	34	45	20
Puntaje T	50	80	54	80	40	74	42	82	73	84	52

DIAGNÓSTICO:



Combinación 4.2

