

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN  
DE AREQUIPA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II Y CS. DE LA  
COMUNICACIÓN**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INFLUENCIA  
EN LA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN POLICÍAS  
VARONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS ESPECIALES DE  
AREQUIPA-2017”**

Tesis presentada por el Bachiller:

**CRISTHIAN BERLY HUAYTA CHAMBI**

**Para optar el Título Profesional de  
Psicólogo**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

## **PRESENTACIÓN**

Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín.

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

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología.

Señora Presidente del Jurado Dictaminador.

Señores Catedráticos Miembros del Jurado Dictaminador.

Tengo el honor de dirigirme a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: **“Motivos para el consumo de alcohol y su influencia en la ingesta de bebidas alcohólicas en policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa-2017”** el mismo que tras su revisión y dictamen favorable, me permitirá obtener el Título Profesional de Psicólogo.

Arequipa, octubre del 2017.

Bachiller

**CRISTHIAN BERLY HUAYTA CHAMBI**

## **DEDICATORIA**

*A Cristina y Valentín, con amor.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a los buenos maestros de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín, aquellos que se sientan y se ponen de pie, sembrando la curiosidad y el amor por pensar, aprender e investigar, para ser cada día una mejor persona, un mejor profesional.

Al personal de la Policía Nacional del Perú miembros de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa, por su contribución, ya que sin cada uno de ellos no hubiese sido posible esta investigación, es por ellos que todo este trabajo cobra sentido.

A Isabel por su tiempo, paciencia, dedicación, afecto y un muy largo etcétera, ya que cada una de estas líneas de alguna forma han pasado por sus ojos y forman parte de ella.

A Gabriela Lucia, Lizeth María, Danery Alexander, Giancarlo Manuel y Adriel Aguirre por su apoyo incondicional. Y a todos y cada uno de los que contribuyeron y apoyaron directa e indirectamente en la elaboración de esta investigación.

## RESUMEN

La presente investigación titulada “Motivos para el consumo de alcohol y su influencia en la ingesta de bebidas alcohólicas en policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa-2017” tiene como objetivo determinar la relación entre los motivos y el consumo de bebidas alcohólicas en policías varones durante su tiempo libre. La muestra estuvo conformada por 153 policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa. Para la evaluación del consumo de alcohol se utilizó la encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC); mientras que para los motivos se aplicó el cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC).

Los resultados revelaron que las características de consumo de la muestra configuran los tipos de bebedores moderados e intensos, y en una cantidad menor los bebedores problemáticos. Del mismo modo, los motivos sociales son los que más se presentan en la muestra evaluada, seguido de los motivos de afrontamiento. Por último, se encontró que existe una correlación positiva y significativa entre los motivos sociales y el consumo total de bebidas alcohólicas; y en una menor fuerza la relación con los motivos de afrontamiento, estimulación y conformidad.

**Palabras clave:** Tipos de bebedores, motivos, consumo de alcohol, policías.

## **ABSTRACT**

The present research entitled "Reasons for the consumption of alcohol and its influence on alcoholic beverage and male police of the Special Services Unit of Arequipa-2017" aims to determine the relationship between motives and consumption of alcoholic beverages in male police officers during their free time. The sample consisted of 153 male police officers from the Special Services Unit of Arequipa. For the evaluation of alcohol consumption, it was used the alcohol consumption (EC) survey; while for the reasons, it was applied the alcohol consumption questionnaire (CMC).

The results revealed that the characteristics of the consume sample shape the types of moderate and intense drinkers, and in a smaller number, problematic drinkers. Likewise, social motives are the ones that are most present in the sample evaluated, followed by coping reasons. Finally, it was found that there is a positive and significant correlation between the social motives and the total consumption of alcoholic beverages; and in a smaller force the relation with coping reasons, stimulation and conformity.

Key words: Types of drinkers, motives, alcohol consumption, police officers.

# ÍNDICE

## TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
LISTA DE CUADROS	XI
LISTA DE TABLAS	XII
INTRODUCCIÓN	XIII

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE ESTUDIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
2. HIPÓTESIS	3
3. OBJETIVOS	4
A. OBJETIVO GENERAL	4
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	4
5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	5
7. VARIABLES E INDICADORES	6

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

<b>1. CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>8</b>
1.1. Breve contexto sociocultural sobre el consumo de alcohol	8
1.2. El alcohol como droga	10
1.3. Consumo perjudicial y abuso de alcohol	11
1.3.1. Clasificación de los consumidores de alcohol	12
1.3.1.1. Tipología del bebedor de Jellineck	12
1.3.1.2. Tipología del bebedor de Alonso Fernández	13
1.3.1.3. Clasificación de Cloninger	14
1.3.1.4. Tipología de Babor	15
1.3.1.5. Tipología de Windle	15
1.4. Tolerancia	16
1.5. Dependencia y adicción	18
1.6. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol	20
1.6.1. Factores familiares	21
1.6.2. Factores comunitarios	22
1.6.3. Factores individuales	23
1.6.3.1. Factores biológicos	24
1.6.3.2. Factores psicológicos y conductuales	24
1.6.3.3. Rasgos de personalidad	25
1.7. Situación del consumo de bebidas alcohólicas en el Perú	26
<b>2. LA MOTIVACIÓN</b>	<b>26</b>
2.1. La Motivación	27
2.2. Las Emociones	29



2.3. Relación entre la motivación y la emoción	29
2.4. Enfoques de la motivación	30
2.4.1. Enfoque social	30
2.4.1.1. Teoría jerarquía de las necesidades de Maslow	30
2.4.1.2. Teoría de los dos factores de Herzberg	31
2.4.1.3. Teoría de la motivación del logro de McClelland	32
2.4.2. Enfoque fisiológico	33
2.4.2.1. Excitación	33
2.4.2.2. Necesidades primarias	33
2.4.2.2.1 El hambre y la sed	33
2.4.2.2.2. Sueño y reposo	34
2.4.2.2.3. El sexo	34
2.4.3. Enfoque conductual	34
2.4.3.1. Ley del efecto	34
2.4.3.2. Principio de Premack	35
2.4.3.3. Equivalencia entre motivación y reforzamiento	35
2.4.4. Enfoque cognoscitivo	36
2.4.4.1. Teoría de la motivación de Lewin	36
2.4.4.2. Teoría del aprendizaje cognoscitivo de Rotter	37
2.4.4.3. Teoría de la disonancia cognitiva	38
2.4.4.4. Teoría atribucional de Heider	38
2.4.4.5. Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen	39
2.5. Motivación intrínseca y extrínseca	40
2.6. La motivación y adicciones	41
2.7. Modelo motivacional del uso del alcohol de Cox y Klinger	43

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	46
1.1. Tipo de investigación	46
1.2. Método de investigación	46
1.3. Diseño de investigación	47
2. Sujetos	47
3. Criterios de inclusión	47
4. Criterios de exclusión	47
5. Instrumentos	48
5.1. Encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC)	48
5.2. Cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC)	50
6. Procedimiento	53

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

1. RANGO DE EDADES DE LOS POLICÍAS	56
2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	57
3. DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO SEGÚN LA COMPAÑÍA CON LA QUE BEBE	58
4. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ACOMPAÑADO	59
5. LUGAR DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	60

6. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS “ENTRE SEMANA”	61
7. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE “FIN DE SEMANA”	62
8. FRECUENCIA DE CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA	63
9. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA SEGÚN EXPERIENCIAS DE EXCESO	64
10. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE BEBEDORES	66
11. MOTIVOS PARA BEBER	67
12. CORRELACIÓN ENTRE LOS MOTIVOS DE CONSUMO Y EL TOTAL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	68

## **CAPÍTULO V**

DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS	78
ANEXOS	86
CASO CLÍNICO	

## **LISTA DE CUADROS**

CUADRO N° 1: Variable 1 – Tipos de Bebedores	6
CUADRO N° 2: Variable 2 – Motivos para el consumo de alcohol	7
CUADRO N° 3: Prueba de Kolmogorov - Smirnov para una muestra	93
CUADRO N° 4: Estadísticas de fiabilidad	94
CUADRO N° 5: Estadísticas de total de elemento	94

## LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1 Rango de edades de los policías	56
Tabla N° 2 Consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos seis meses	57
Tabla N° 3 Distribución de consumo según la compañía con la que bebe	58
Tabla N° 4 Consumo de bebidas alcohólicas acompañado	59
Tabla N° 5 Lugar de consumo de bebidas alcohólicas	60
Tabla N° 6 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas “Entre semana”	61
Tabla N° 7 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas durante “Fin de semana”	62
Tabla N° 8 Frecuencia de consumo por tipo de bebida alcohólica	63
Tabla N° 9 Distribución de la frecuencia según experiencias de exceso	64
Tabla N° 10 Distribución de la frecuencia según tipo de bebedores	66
Tabla N° 11 Motivos para beber	67
Tabla N° 12 Correlación entre los motivos de consumo y el total de consumo de bebidas alcohólicas	68

## INTRODUCCIÓN

El alcohol es una sustancia psicoactiva cuyas propiedades conllevan a la tolerancia y posteriormente a la dependencia; es causante de más 3,3 millones de muertes en el mundo debido a su uso nocivo, además de ser responsable de más de 200 enfermedades y trastornos (Organización Mundial de la Salud, 2010), del mismo modo el 5.1% de la carga mundial de comorbilidad y lesiones se le atribuyen al consumo de alcohol, reduciendo considerablemente la esperanza de vida de la población en general.

Es una droga que es fácilmente aceptada y tolerada en los niveles personal, social y cultural, ya que es integrada a la rutina del individuo. Debido a que su comercialización es libre y con muy pocas limitaciones, convirtiéndola en una droga de fácil acceso para cualquier grupo etario. Asimismo, su producción es una fuente importante de divisas económicas, ya que brinda una cantidad importante de empleos y genera impuestos que repercuten en el estado; es decir, un motor económico importante de desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Sin embargo, la problemática que acarrea, genera diversas consecuencias. Puede generar problemas de salud directos e indirectos, entre ellos se encuentran más de 60 enfermedades físicas como enfermedades cardiovasculares, cáncer, distintos problemas hepáticos y gastrointestinales (Organización Mundial de la Salud, 2010); así como distintas conductas problemáticas y de riesgo (Mezquita, 2012), problemas sociales, familiares e individuales, conductas sexuales de riesgo, violencia familiar, conductas suicidas, deserción académica y laboral, etc. Además se convierte en una ventana de posible ingreso a las drogas ilegales.

La ingesta de bebidas alcohólicas es integrada a la cotidianidad, consumando un proceso de normalización. La gran mayoría de personas han mostrado interés y, han consumido o consumen, en diversas proporciones, bebidas alcohólicas. También es considerada una droga social, a la que se asocia la moral y las buenas costumbres, puesto que son ofrecidas como una señal de amistad (Centro de Información y Educación para

la Prevención del Abuso de Drogas, 2007). Dichas características configuran un mayor riesgo para su consumo, ya que su uso es incentivado y reforzado por los grupos sociales e incluso la familia, haciéndose parte de su cultura. A esto se agregan factores como la disponibilidad, la tolerancia social, las creencias y mitos, que conllevan a incrementar el consumo de las bebidas alcohólicas (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, 2007).

Los grupos etarios de jóvenes y adolescentes conforman una población en riesgo ante la problemática del consumo de bebidas alcohólicas, ya que las condiciones socio-ambientales se configuran para promover su ingesta con las consecuencias ya antes mencionadas. Distintos estudios muestran que a menor edad de inicio en el consumo, mayor es la probabilidad de que se mantenga y/o agudice el problema durante la vida adulta, pudiendo llegar a la dependencia (Londoño, García, Valencia & Vinaccia, 2005; Salamó, Grass & Font Mayolas, 2010; Ávila, 2012; Solís & Vega, 2016).

La mayoría de las investigaciones sobre el consumo de bebidas alcohólicas se enfocan a grupos etarios de jóvenes y adolescentes y son en su mayoría de corte epidemiológico. Son pocas las investigaciones que se enfocan en la etapa adulta propiamente dicha y, en menor cuantía, aquellas que abordan los distintos factores psicológicos que están relacionadas con esta y son menos aún aquellas que investigan poblaciones específicas como los policías.

No existen reportes oficiales sobre los hábitos de consumo de los policías, solo resaltan publicaciones periodísticas sobre dicha problemática. Renato Sandoval en el 2014, considera al consumo de bebidas alcohólicas como un “serio problema institucional” dentro de la policía peruana. De igual forma es importante señalar que en la región Arequipa, el consumo de bebidas alcohólicas figura como una de las mayores faltas dentro del cuerpo policial. Según el tribunal de disciplina de la PNP cerca de 500 procesos son vistos mensualmente por faltas relacionadas al consumo de alcohol que, además de una sanción administrativa, son sometidos a procesos penales (Zuni, 2016).

Es en la etapa adulta donde se consolidan y estabilizan las conductas, como la ingesta de bebidas alcohólicas, tanto que es normal vincular a la edad adulta temprana e intermedia con el consumo moderado y excesivo de alcohol (Papalia, Wendkos, &

Duskin, 2005). Los estudios desarrollados por Coronado (2004) han encontrado que en esta etapa del desarrollo se encuentra una mayor cantidad de casos de consumo dañino y consumo dependiente. Asimismo características propias de este grupo como la desinhibición y la búsqueda de sensaciones se asocia con una mayor frecuencia y cantidad en el consumo de alcohol, y una mayor cantidad de problemas derivadas de las mismas (García, Zaldívar, López, & Molina, 2009; Ibáñez y otros, 2010).

Las investigaciones psicológicas sobre la ingesta de bebidas alcohólicas abordan su carácter cognitivo conductual, en donde los factores como las expectativas son relevantes, ya que estas funcionan como precursoras de la conducta, y son el punto de partida para las motivaciones. Se han realizado investigaciones que han asociado el consumo de alcohol con otras variables, como: la personalidad, las expectativas, la inteligencia emocional, la resiliencia, la adaptación, los estilos de afrontamiento, la asertividad, entre otras; sin embargo, hay pocas investigaciones, en nuestro país que abordan los motivos que conllevan al consumo de alcohol (Chau, 1999; Figueroa, Vallejos, Cárdenas & Ramírez, 2010).

Cox y Klinger (1988) desarrollaron el modelo motivacional para el consumo de bebidas alcohólicas, donde se señala que el origen de la conducta de consumo de alcohol es motivacional, ya que el individuo decide consciente o inconscientemente consumir o no, dicha conducta está asociada a las respuestas afectivas que el individuo espera recibir, siempre que estas respuestas o consecuencias afectivas sean positivas y tenga mayor relevancia que aquellas de no hacerlo. Los individuos podrían beber con la finalidad de obtener un resultado positivo o evitar uno negativo. Así como también podrían responder a recompensas internas, como el manejo de los estados emocionales; o recompensas externas, como la aceptación social y la aprobación (Chau, 1999). De la interrelación de estas dimensiones surgen los cuatro motivos de consumo: motivos sociales, motivos de estimulación o de realce, motivos para tener conformidad con su vida y motivos para manejar los problemas o de afrontamiento.

Las motivaciones orientadas al consumo de bebidas alcohólicas, influyen en las diversas formas y cantidades que el individuo ingiere estas bebidas, donde la interrelación de los distintos motivos sociales y de afrontamiento, se configuran como los más importante para la conducta de beber, siendo esta realizada en grupos, fiestas y con



amigos (Chau. 1999; Chau & Van der Broucke, 2005). Asimismo, las investigaciones indican que las motivaciones de estimulación y de afrontamiento representan factores de riesgo para el consumo de alcohol y/o drogas (Figueroa, Vallejos, Cárdenas, & Ramírez, 2010).

En este sentido, la presente investigación busca conocer las características de consumo de las bebidas alcohólicas y los motivos como factores próximos a la conducta de beber, para así conocer cuáles son los motivos que tienen los policías para consumir bebidas alcohólicas y que tipo de bebedores son.

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

El conocimiento de los *Motivos para el consumo de alcohol y su influencia en la ingesta de bebidas alcohólicas en policías*, es un aporte importante para la psicología en general. Necesario para tener una visión más amplia sobre dicha problemática y conocer las características del consumo de alcohol en la población estudiada.

La presente tesis profesional se divide en cinco capítulos. El primer capítulo consta de los planteamientos previos que orientan los objetivos a desarrollar en esta investigación. En el segundo capítulo se hace un desarrollo teórico de las variables de estudio y la orientación teórica respectiva. El tercer capítulo presenta los aspectos metodológicos los cuales forman la esencia de la investigación. En el cuarto capítulo se presenta los resultados de las evaluaciones en tablas y gráficos, con sus respectivas interpretaciones. Finalmente, en el quinto capítulo se expone la discusión, conclusiones y recomendaciones a las que se arriban.

Por lo expuesto, se pone a consideración la presente investigación titulada: MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU INFLUENCIA EN LA INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN POLICÍAS VARONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS ESPECIALES DE AREQUIPA-2017, con la cual se pretende

obtener el título profesional de Psicólogo, habiendo cumplido con las exigencias y requerimientos que la facultad solicita a los futuros profesionales de la Psicología, para la presentación y sustentación de investigaciones. A la vez se desea que los conocimientos aportados sean de utilidad para los investigadores interesados en la temática, el cual representa grandes desafíos a la Psicología.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE ESTUDIO**

#### **1. Planteamiento del problema**

En la actualidad, el uso de drogas es un problema en constante crecimiento, el cual llega a afectar las relaciones interpersonales y la convivencia en todos los ámbitos de la sociedad dando lugar a una serie de problemas físicos, psicológicos y sociales. Las bebidas alcohólicas son la droga, entre legales e ilegales, de mayor consumo a nivel mundial, que puede generar más de 60 tipos de enfermedades físicas (Organización Mundial de la Salud, 2010), además se le asocia con distintas conductas problemáticas y de riesgo (Mezquita, 2012). En nuestra sociedad es normal vincular a los adultos con el consumo excesivo de alcohol. En ese sentido, el consumo de bebidas alcohólicas ya es parte de nuestra cultura y está íntimamente vinculada a nuestro diario vivir.

A pesar de toda la información que se puede encontrar sobre el consumo dañino de bebidas alcohólicas, es alarmante saber que según los estudios de la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Perú es el tercer país con mayor consumo de alcohol en la región, es decir el 13.5 de

nuestra población tiene episodios nocivos de consumo (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015), siendo la cerveza y los destilados, las bebidas alcohólicas de mayor consumo (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Como sostiene Saavedra (1997) en el Perú el alcoholismo constituye la principal dependencia a sustancias psicoactivas. Además el abuso y la dependencia al alcohol es la tercera causa de pérdidas por muerte prematura o discapacidad, contribuye en la causalidad y pronóstico de otros problemas como: accidentes de tránsito, violencia, accidentes caseros y de trabajo, uso de drogas ilegales e involucramiento en conducta sexual de riesgo, problemas psicológicos y físicos (Fiestas, 2011), y sus consecuencias se hacen evidentes en el ámbito familiar, personal y comunitario (Saavedra, 1994). Dicho consumo también repercute en la economía nacional, ya que sólo el alcohol representa el 55.2% del costo nacional de la problemática de drogas, que implican consecuencias laborales, gastos gubernamentales directos, daño a la propiedad privada y costos en salud; el gasto en el consumo de alcohol equivale a 245.4 millones de dólares, es decir 8.7 dólares por persona (Observatorio Peruano de Droga, 2010).

Según el informe periodístico escrito por Renato Sandoval en el 2014, se señala que el consumo de bebidas alcohólicas es un “serio problema institucional” dentro de la Policía Peruana, siendo sus principales consecuencias: ausencia laboral, los accidentes de tránsito y violencia familiar, también considera preocupante el uso de sus armas de fuego en estado etílico (Sandoval, 2014). De igual forma es importante señalar que en la región Arequipa, el consumo de bebidas alcohólicas figura como una de las mayores faltas dentro del cuerpo policial. Según el tribunal de disciplina de la PNP cerca de 500 procesos son vistos mensualmente por faltas como el consumo de alcohol, que además de una sanción administrativa son sometidos a procesos penales (Zuni, 2016).

Los estudios sobre el uso de drogas y alcohol en el Perú son principalmente de corte epidemiológico, realizados en la población en general, población escolar y, últimamente, en población universitaria (Chau, 1999; Tello, 2010; Arana, 2013). Pero no se han desarrollado investigaciones en grupos específicos como policías. En este sentido solo se puede encontrar informes generales sobre la situación del consumo. Los aspectos psicológicos relacionados al consumo de bebidas alcohólicas en policías como grupo específico han sido poco estudiados.

Son muchos los factores que contribuyen a dicho consumo, pero se considera que el origen común a esta conducta es motivacional (Cox & Klinger 1988), el modelo motivacional así lo comprueba, ya que una persona decide consciente o inconscientemente consumir o no una bebida alcohólica, en función a que las consecuencias afectivas positivas de consumir tengan un mayor peso que aquellas de no hacerlo (Cox & Klinger, 1988). Es decir, la motivación está estrechamente ligada con los incentivos que tienen las personas en función a sus experiencias (Chau C. , 1999).

Cox y Klinger (1988, 1990) proponen una estructura para categorizar los motivos del consumo, a lo largo de dos dimensiones subyacentes que revelan la valencia, positiva o negativa, y la fuente, interna o externa, de los resultados que una persona espera obtener cuando bebe. Las personas beben para obtener un resultado positivo o evitar uno negativo. Podría responder a recompensas internas, como el manejo de los estados emocionales, o recompensas externas, como la aceptación social y la aprobación.

Como sostiene los trabajos de Evans y Jo Dunn; Cooper, Russel, Skinner, Frone y Mudar, citados por Chau (1999), “los modelos teóricos del aprendizaje social conceptualizan el uso de alcohol como un método general para afrontar las demandas de cada día, que puede llegar a ser mal adaptativos si es usado excesivamente”; los individuos más expuestos son aquellos que carecen de habilidades de afrontamiento requeridas. Las probabilidades del consumo de alcohol se incrementan cuando la persona tiene expectativas positivas e intensas sobre los efectos del consumo de alcohol.

De allí que esta investigación se centra en analizar las motivaciones para el consumo y la ingesta de bebidas alcohólicas en los policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa; de tal manera, se dará respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué relación existe entre los motivos y el consumo de bebidas alcohólicas que presentan los Policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa?

## **2. Hipótesis**

**H1:** Existe una relación significativa positiva entre los motivos y el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los Policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.

### **3. Objetivos**

#### **A. Objetivo general**

Determinar la relación entre los motivos y el consumo de bebidas alcohólicas que presentan los Policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.

#### **B. Objetivos específicos**

- a) Describir las características de consumo de bebidas alcohólicas de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.
- b) Identificar los tipos de consumidor de bebidas alcohólicas en los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.
- c) Identificar los motivos que subyacen al consumo de bebidas alcohólicas en los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.
- d) Determinar la relación entre los motivos y el consumo de bebidas alcohólicas de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.

### **4. Importancia de la investigación**

La prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país y nuestra ciudad es elevada; así como las consecuencias que esta provoca en las personas que la padecen directa e indirectamente. También llega a afectar a los miembros de la policía nacional generando diversos problemas dentro de la institución policial; razón por la cual es importante investigar más a fondo dicha problemática, especialmente las motivaciones ligadas al consumo de estas drogas.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada, se puede apreciar que en nuestro medio son escasas las investigaciones desarrolladas sobre dicha temática en la población a estudiar, limitándose a estudios de corte epidemiológico. Sin embargo, en otros países de Latinoamérica, Estados Unidos y Europa se han desarrollado teorías e investigaciones sobre las motivaciones asociadas al consumo de bebidas alcohólicas. Por tanto, esta investigación aportará información pertinente, la cual servirá a los

profesionales implicados en el tema, a obtener mayores conocimientos de las motivaciones asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.

Los resultados que se obtendrán en este estudio permitirán contribuir en la identificación y ampliación del diagnóstico del consumo de bebidas alcohólicas en los miembros de la policía y así, en un futuro, plantear abordajes preventivos y desarrollar acciones que promuevan mecanismo de control ante dicha problemática.

## **5. Limitaciones de la investigación**

- A. No existen investigaciones precedentes que establezcan una relación entre los motivos y los bebedores policías, por lo que existe un limitado acceso a las fuentes de información especializada en el tema.
- B. Se presentaron dificultades en la disponibilidad de tiempo de la muestra evaluada, a causa de sus características laborales. Tienen que viajar de manera inesperada y constante, dificultando la evaluación en las fechas programadas y el acceso a una muestra mayor.
- C. Los resultados de la investigación pueden generalizarse a la población policial de forma parcial, debido a las características laborales del personal de la Unidad de Servicios Especiales y de las otras unidades policiales.

## **6. Definición de términos**

- A. Consumo de alcohol:** Autoadministración de una sustancia psicoactiva (Organización Mundial de la Salud, 1994).
- B. Tipos de consumidores de bebidas alcohólicas:** Tipología utilizada por Windle (1996), para evaluar las gradaciones con respecto a los niveles progresivos de involucramiento con el alcohol (Chau C. , 1999).
- C. Motivos para beber:** Son las razones que un individuo refiere tener para consumir alcohol, estos motivos pueden ser positivos o negativos. Los primeros incluyen motivos para sobresalir y motivos sociales; en los segundos se incluyen

motivos para manejar los problemas y motivos de conformidad con la vida (Teran, 2005).

## 7. Variables e indicadores

**CUADRO N° 1: Variable 1 – Consumo de alcohol**

Variable	Instrumento	Indicadores	Sub-indicadores	Valor
Consumo de alcohol	EC (Encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas)	Tipología del bebedor	Abstemio	0 tragos* en los últimos 30 días
			Ligero	$1 \leq \text{ligero} < 10$ tragos en los últimos 30 días
			Moderado	$10 \leq \text{moderado} < 45$ tragos en los últimos 30 días
			Intenso	$\geq 45$ tragos o seis o más tragos en al menos cada una de las tres últimas ocasiones en los últimos 30 días.
			Problemático	$\geq 45$ tragos o seis o más tragos al menos en cada una de las tres ocasiones en los últimos 30 días y reportado cinco o más problemas con el alcohol en los últimos 6 meses

\*Cada trago equivale a 350ml de cerveza, que corresponde a una lata de cerveza o a 10-11gr de etanol.



**CUADRO N° 2: Variable 2 – Motivos para el consumo de alcohol**

<b>Variable</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor</b>
Motivos para el consumo de alcohol	CMC (Cuestionario de motivos de consumo de alcohol)	Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento	(1) Nunca
			(2) Pocas veces
		Motivos para tener conformidad con su vida	(3) la mitad de las veces
		Motivos sociales	(4) la mayoría de las veces
		Motivos para sobresalir o de realce	(5) siempre

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. CONSUMO DE ALCOHOL**

##### **1.1. Breve contexto sociocultural sobre el consumo de alcohol**

El consumo de alcohol es una manifestación social de las civilizaciones de la humanidad (Solís & Vega, 2016). Las bebidas alcohólicas se usan en muchas culturas en una variedad de situaciones sociales, tanto públicas como privadas. Se usan con frecuencia para conmemorar nacimientos, bautizos y bodas, e incluso en un contexto religioso (Organización Panamericana de la Salud, 2010). El proceso de fermentación y maceración de distintos frutos y productos, genera las llamadas bebidas alcohólicas, cuyo consumo y efectos estuvieron ampliamente difundidos en las civilizaciones antiguas, como Grecia donde la ingesta de alcohol era una práctica exigida; aunque, limitada a los festivales (Brannon & Feist, 2001). En otras civilizaciones antiguas, la ingesta era ampliamente aceptada y estaba asociada a las actividades religiosas. Del mismo modo, Heath (1984) observa que el alcohol era considerado al mismo tiempo un alimento, una

droga y un artefacto cultural sumamente elaborado con significados simbólicos importantes. A su vez que era utilizado con frecuencia como medicina (Edwards 2000).

Como sostiene el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO (2015), hay una variedad de historiadores, antropólogos y sociólogos, que señalan que el alcohol ha formado parte de la vida humana desde tiempos inmemoriales, indican que durante los siglos XIX e inicios del siglo XX, el uso de sustancias psicotropas, como el alcohol, se fueron extendiendo debido al avance de la química. En el siglo XX, se produce el fenómeno de la globalización de los patrones de consumo, especialmente después de la segunda guerra mundial, donde dicho consumo se asoció a actividades de ocio.

Situación similar se desarrolló a lo largo de la historia del Perú, donde el consumo de alcohol era gracias a la fermentación de distintos productos, principalmente del maíz. Su ingesta, como en otras civilizaciones, era destinada a ritos religiosos, ceremonias y celebraciones asignándosele un fin mágico religioso. Estas costumbres se mantienen hasta la actualidad CEDRO (2015). Sea su consumo por placer, con fines médicos o recreativos, o incluso para hacer frente a los problemas o intentar regular sus estados emocionales, en el Perú se ha empleado dicha sustancia, así como la hoja de coca y otros.

El sentido que toma el alcohol se modifica a medida que los individuos atraviesan las diferentes etapas de la vida y a medida que las normas de las sociedades sobre las bebidas apropiadas y aceptables cambian como consecuencia de su consumo (Fillmore et al. 1991). Del mismo modo, hay diferencias importantes en el sentido cultural del consumo de alcohol entre hombres y mujeres. En algunas sociedades, el consumo de alcohol ha sido casi exclusivamente una actividad masculina (Roizen 1981). Se considera que la dimensión sociocultural sobre el consumo de alcohol es muy diversa; esta obedece a las variaciones en las proporciones de ingesta dependiendo de los distintos grupos sociales, profesionales, las civilizaciones e incluso el sexo. Como sostiene Galimberti (2002), el individuo encuentra estímulos y motivaciones para dicho consumo porque cree que es indispensable a ciertas profesiones, e incluso porque es considerado como un signo de virilidad.

Del mismo modo Brannon y Feist (2001) también señalan que el género y el nivel educativo se relacionan con el consumo de alcohol, los mismos que son predictores para el comportamiento relacionado a este.

## **1.2. El alcohol como droga**

Las drogas son sustancias psicoactivas que afectan los distintos aspectos de la actividad humana, la conducta, el estado anímico y la consciencia (Richter, 2003). El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central; es decir, que inhibe paulatinamente las funciones cerebrales. Puede afectar la capacidad de autocontrol, produciendo en sus primeras etapas euforia y desinhibición, motivo por el cual suele confundírsele como un estimulante (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). También posee un efecto narcótico que puede generar dependencia.

Las características que configuran al alcohol como una droga, son su capacidad de generar o producir tolerancia, dependencia y los síntomas de la abstinencia, que combinados suelen configurar una adicción; influida a su vez por los factores como el tiempo de consumo y su grado de dependencia (Brannon & Feist, 2001).

Como plantea la Organización Mundial de la Salud (1994), el abuso de sustancias psicoactivas, como el alcohol, se define como:

“Un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. (p.11)

Es decir, llega al consumo repetido de una sustancia psicoactiva, hasta el punto que el consumidor alcanza una intoxicación periódica, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia, y tiene dificultad para dejar su consumo de manera voluntaria o modificar dicho consumo.

### **1.3. Consumo perjudicial y abuso de alcohol**

El consumo de alcohol es considerado por la Organización Mundial de la Salud (1994) como la autoadministración de una sustancia psicoactiva, pudiendo ser esta de origen natural o sintética, que tiene efectos sobre el sistema nervioso central.

Pons y Bejarano (1999) consideran al consumo perjudicial de alcohol como la utilización que se hace de una sustancia alcohólica en un determinado momento, y como resultado se experimentan unos efectos característicos. El consumo de alcohol lo realiza tanto el alcohólico como el bebedor habitual, sea este moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, así como la persona que ingiere bebidas alcohólicas por primera vez.

Como señala la Organización Mundial de la Salud (1994), el consumo perjudicial es considerado como un patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud física o mental. Este consumo también puede traer consecuencias sociales negativas.

Entonces el consumo perjudicial de alcohol es aquél que acarrea consecuencias en la salud física y mental, pudiendo generar consecuencias adversas a nivel social (Babor, T. et al, 2001).

Para Pons y Bejarano (1999) el concepto de abuso de alcohol se considera a la utilización de bebidas alcohólicas de forma diferente respecto a su uso habitual. Tal es el caso de la variación al uso que un grupo sociocultural de referencia le ha atribuido, pudiendo ser esta variación de forma cualitativa –conductas potencialmente peligrosas– o cuantitativa –ingesta de grandes cantidades de alcohol.

Se puede colegir, como señalan Solís y Vega (2016), que la diferencia fundamental entre consumo perjudicial y abuso de alcohol, se encuadra dentro del marco sociocultural, como sus consecuencias a nivel social y su variación respecto a su uso habitual, considerando al grupo de referencia.

### **1.3.1. Clasificación de los consumidores de alcohol**

Ante la necesidad de organizar las distintas características del consumo de alcohol, surgen diversas tipologías y clasificaciones de bebedores, las mismas que parten de distintos criterios, como los daños físicos, afectaciones sociales e interpersonales, así como la cantidad de alcohol consumida. A continuación se pasará a describir algunas de dichas clasificaciones.

#### **1.3.1.1. Tipología del bebedor de Jellineck**

Desarrollada en la década de 1950, es una de las propuestas de tipología de bebedores más antigua, precursora de posteriores clasificaciones. Esta tipología parte de la comprensión del alcoholismo como una enfermedad definida por: la tolerancia y el síndrome de abstinencia, deseo de beber y pérdida de control o incapacidad para abstenerse. Desarrolla cinco tipos de bebedores, tres tipos de bebedores no dependientes pero que abusan del consumo: alfa, beta y épsilon, y dos tipos de bebedores dependientes: delta y gamma (Luque, 2007).

Como sostienen Heckermann y Magalhaes (2011) sobre la propuesta de Jellineck, declaran que cualquier conducta alcohólica que genera algún daño al individuo, a la sociedad o ambos, configura el alcoholismo.

- Alcoholismo alfa: es el alcoholismo de carácter social, que utiliza el alcohol como una herramienta para la desinhibición de las relaciones interpersonales. Los síntomas son netamente físicos, derivados de un consumo excesivo.
- Alcoholismo beta: en este tipo de alcoholismo aparecen mayores complicaciones físicas o enfermedades, las que pueden ser permanentes sin la necesidad de una dependencia física o psicológica.
- Alcoholismo gamma: en este tipo de alcoholismo existe un incremento de la tolerancia al consumo. Hay una adaptación del metabolismo al alcohol, y una pérdida del control sobre el consumo. Aquí encontramos a los alcohólicos crónicos.

- Alcoholismo delta: alcoholismo que reúne los tres primeros rasgos del tipo gama, aunque con incapacidad para mantener la abstinencia en lugar de la pérdida de control.
- Alcoholismo épsilon: se considera el alcoholismo periódico en el individuo que, tras intervalos de discreta interrupción, vuelve a beber por días seguidos con pérdida de control y desarrollo de dependencia psicológica severa.

### **1.3.1.2. Tipología del bebedor de Alonso Fernández**

La propuesta tipológica de Alonso Fernández fue expuesta en el año 1981, en la cual clasifica a los alcohólicos en función a sus rasgos diferenciales. Planteó tres tipos de bebedores: bebedor excesivo regular, bebedor excesivo irregular o alcoholómano y el bebedor enfermo psíquico (Sancho Sanz, 1992).

- El bebedor excesivo regular es aquel que consume bebidas alcohólicas de forma regular; una cantidad de alcohol que acarrea riesgos para la salud, sin llegar, casi nunca, a la embriaguez. Presentan desinhibición pero no llega a perder el control de su comportamiento.
- El bebedor excesivo irregular o alcoholómano se caracteriza por entregarse con una frecuencia irregular y excesiva hasta encontrarse en un estado de embriaguez. El consumo de alcohol se presenta de forma intermitente y cuando se realiza hay una pérdida del control. Como señala Alonso Fernández (citado por Sancho Sanz, 1992), “el bebedor alcoholómano emplea el alcohol como un instrumento de embriaguez defensiva contra las vivencias de soledad y desesperanza y una subordinación a una temporalidad de perspectivas extremadamente reducidas”.
- El bebedor enfermo psíquico emplea el alcohol para apaciguar un trastorno o padecimiento psicológico. En palabras de Alfonso Fernández “sería un modo de beber mixto, alternante entre la moderación y la embriaguez”.

En palabras de Luque (2007), la propuesta de Alonso Fernández es una modificación cultural de la propuesta de Jellineck, resultando ser de carácter multiaxial y más sistematizado.

#### **1.3.1.3. Clasificación de Cloninger**

Como describen Heckermann y Magalhaes (2011), citando la propuesta de Cloninger planteada en 1987, clasifica a los bebedores según dos tipologías (I y II), partiendo de tres dimensiones para la personalidad: la búsqueda de la novedad, la evitación del daño y la búsqueda de la recompensa.

- El alcoholismo Tipo I o limitado al ambiente (aproximadamente a partir de los 25 años de edad) se caracteriza principalmente por una aparición tardía de los problemas, pérdida frecuente del control al beber, sentimientos de culpa, y una escasez de conductas agresivas. Resalta las dimensiones de personalidad de evitación del daño y la búsqueda, o dependencia de la recompensa (Luque, 2007).
- El Tipo II o limitado al varón (aproximadamente antes de los 25 años de edad) en el cual la aparición de la problemática es precoz, siendo el individuo incapaz de mantenerse en abstinencia, presentando frecuentes problemas de carácter social. En este tipo de bebedor resalta la dimensión de personalidad de búsqueda de lo novedoso (Luque, 2007).

Según Meszaros, citado por Luque (2007) sostiene que existe un fuerte valor predictivo en las dimensiones de la personalidad planteadas por Cloninger, siendo el rasgo de búsqueda de novedad un fuerte predictor de la recaída en hombres; no obstante, irrelevante en el caso de las mujeres. El rasgo de la evitación al daño sería un moderado predictor de recaída precoz en mujeres, y el rasgo de dependencia de la recompensa no poseería valor predictivo.



#### **1.3.1.4. Tipología de Babor**

Como señala Rodríguez Martos (1999), la tipología de Babor parte del análisis de diecisiete características encontradas en individuos alcohólicos y plantea dos tipos de bebedores.

- Tipo A, caracterizado por un inicio tardío de una gravedad leve, tiene pocos problemas relacionados al consumo de alcohol y un poco o nulidad de síntomas psiquiátricos.
- Tipo B, serían pacientes que empiezan el consumo de alcohol de forma temprana, suelen asociarse al trastorno de personalidad antisocial. Además, presentan problemas familiares y laborales, siendo la dependencia más grave.

#### **1.3.1.5. Tipología de Windle**

La tipología del bebedor desarrollado por Windle (1996), considera la heterogeneidad de las conductas relacionadas con la bebida, incluye el consumo de alcohol así como las consecuencias negativas de carácter social y los síntomas de dependencia alcohólica.

Como señala Chau (1999), la tipología de Windle posee una serie de ventajas desde el punto de vista clínico, ya que permite centrarse en las posibles diferencias entre bebedores problemas y los bebedores intensos. Esta diferenciación es útil al momento de identificar a las personas que necesiten una intervención intensiva y extensiva; además de permitir la identificación de un inicio temprano, incremento y mantenimiento de un consumo problemático. Esta tipología también permite identificar a bebedores moderados e intensos, que probablemente no manifiestan consecuencias negativas relacionadas con el alcohol pero que son propensos a llegar a un consumo problemático.

Esta tipología evalúa la gradación con respecto a los niveles progresivos de involucramiento con el alcohol, el mismo que parte de tres índices: el índice estándar de cantidad/frecuencia que refleja el número promedio de onzas de etanol consumidas por día; el número de episodios de beber en exceso, seis o más tragos en una ocasión; y, el

número de problemas con el alcohol, principalmente consecuencias sociales adversas asociadas a su uso (Chau, 1999). De estas consideraciones Windle desarrolla cinco categorías:

- Abstemio, como la persona que no ha consumido un trago en los últimos 30 días.
- Bebedor ligero, que es la persona que ha consumido al menos un trago, pero menos de diez en los últimos 30 días.
- Bebedor moderado, es aquella persona que ha consumido diez o más tragos, pero menos de 45 tragos en los últimos 30 días.
- Bebedor intenso, es aquel que ha consumido 45 o más tragos en los últimos 30 días; o seis o más tragos en al menos cada una de las tres ocasiones en los últimos 30 días.
- Bebedor problema, es aquella persona que ha consumido 45 o más tragos en los últimos 30 días o ha consumido seis o más tragos al menos en cada una de las tres ocasiones en los últimos 30 días y ha reportado cinco o más problemas con el alcohol en los últimos seis meses. Como señala la Organización Mundial de la Salud (1994), define los problemas con el alcohol como cualquier rango de acompañantes adversos relacionados con el consumo de alcohol, donde la palabra *relacionado* no implica necesariamente una causalidad.

Cada trago equivale a 350ml de cerveza, que corresponde a una lata de cerveza o a 10-11gr de etanol.

#### **1.4. Tolerancia**

El diccionario de medicina Mosby (2009) define a la tolerancia como la “facultad de un organismo de soportar, sin presentar efectos nocivos, dosis creciente de un fármaco, una droga, un tóxico o, en general, cualquier agente, acompañada de una manifestación de efectos crecientes cuando la administración del mismo es continua”. Dicha definición hace implicancia a un proceso de acostumbamiento del organismo a la ingesta de una

sustancia, la misma que no prestaría aparentes efectos negativos, y demandaría un consumo mayor para obtener los efectos que antes se conseguían con menores dosis.

Del mismo modo Brannon y Feist (2001), señalan que el término tolerancia, se aplica a los efectos de las drogas a causa de su uso continuado, razón por la cual se hace necesaria una mayor cantidad para obtener el mismo efecto. Esta capacidad de resistir o asimilar los efectos de una droga en el organismo, depende de las propiedades farmacológicas de la droga y los efectos que a nivel bioquímico produce en el organismo (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, 2015), siendo el alcohol una droga con un potencial de tolerancia, generalmente, moderado, que afecta a las personas de diferente forma (Brannon & Feist, 2001).

Para la comprensión de la tolerancia Fernández y De Moral (2009) incluyen dos variantes de la tolerancia, las cuales incluyen al individuo consumidor y la droga en sí.

Desde la perspectiva del individuo se aborda a la tolerancia innata o adquirida:

La tolerancia innata es cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración, siendo un factor de riesgo para desarrollar una dependencia temprana (Fernández & De Moral , 2009).

La tolerancia adquirida se subdivide en tres tipos: a) tolerancia farmacocinética, cuando se produce variación en la distribución de la sustancia después de una administración repetida, reduciendo su concentración en el plasma y, como consecuencia, en los lugares de acción, b) tolerancia farmacodinámica, es aquella que se desarrolla en los organismos afectados por una sustancia, de tal manera que la respuesta fisiológica a dicha sustancia es menor, y c) tolerancia aprendida –condicionamiento clásico–, es la reducción de los efectos de una sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones similares (Fernández & De Moral , 2009).

Desde la perspectiva de la propia sustancia, Fernández y de Moral (2009) clasifica a la tolerancia en: a) tolerancia aguda, es aquella que se genera de forma precoz con la administración repetida de una droga con motivo de diversos acontecimientos como

fiestas o reuniones, b) tolerancia invertida, cuando la ingesta de la sustancia producen los mismos efectos o mayores, con dosis más bajas, y c) tolerancia cruzada, cuando el consumidor que presenta tolerancia por una sustancia se hace tolerante a los efectos de otra cuya acción es semejante.

Desde el ámbito psicológico, Galinberti (2002) considera a la tolerancia como un estado adaptativo en relación a la cantidad ingerida de una sustancia, relacionada con las toxicomanías. Así mismo, Cosacov (2007) la denomina como el aumento del umbral de la sensibilidad a una droga, el cual se eleva ante un consumo sistemático de dicha sustancia, requiriendo como consecuencia dosis elevadas para obtener los mismos efectos subjetivos.

### **1.5. Dependencia y adicción**

Se habla de dependencia cuando una droga se incorpora al funcionamiento habitual del organismo, de tal forma que resulta necesaria para su funcionamiento “normal”. Si la administración se interrumpe, el organismo reacciona de distintas formas, de manera que los indicios de la dependencia se hacen evidentes, configurando los síntomas de la abstinencia. Consecuentemente la combinación de estos, dependencia y síntomas de abstinencia, configuran una adicción (Brannon & Feist, 2001).

El CIE-10 define al síndrome de la dependencia como un trastorno que presenta las siguientes características: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo.

Además, desarrolla las siguientes pautas para el diagnóstico: “en algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

1. Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo).

3. Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales”.

El DSM-IV-TR señala que la dependencia de sustancias psicoactivas, es un “patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
  4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
  5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
  6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
  7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)”.

## **1.6. Factores de riesgo asociados al consumo de alcohol**

Como señala Clayton (1992) un factor de riesgo es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas”.

Se considera que los factores de riesgo parten de determinados supuestos: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y la protección entre sí, y las transiciones hacia el abuso de drogas

pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad (Barreiro, 2010).

Clayton (1992), presenta una serie de principios que se deben considerar al referirse a los factores de riesgo: 1) los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto; 2) la presencia de un solo factor de riesgo no determina que se vaya a producir el abuso de sustancias, ni su ausencia implica que no se dé; 3) la cantidad de factores de riesgo presentes está relacionado con la probabilidad del abuso de drogas; aunque este efecto puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados; 4) la mayoría de los factores de riesgo tienen múltiples dimensiones y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas; y, 5) las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

Becoña (2002), desarrolla un esquema de acercamiento a los factores de riesgo relevantes para la literatura científica, donde considera los ámbitos familiar, comunitario, del grupo de iguales, e individual.

### **1.6.1. Factores familiares**

El grupo familiar es el lugar donde se desarrolla la personalidad y los valores, convirtiéndose en el primer agente socializador.

Un factor a desarrollar en el ámbito familiar es el apego hacia los padres, que influye en la formación de la personalidad y en la adquisición de recursos necesarios para el afrontamiento de las dificultades. En el año 2005, Leveridge, Stoltenberg y Beesley (citado por Barreiro, 2010), en un estudio desarrollado a personas entre los 18 y 51 años, encontraron que las personalidades más defensivas, con quejas de tipos somático, tendencia al aislamiento social, pérdida de cohesión y evitación de conflictos en el ámbito familiar se asocian con las familias de origen con un tipo de apego evitativo. El estilo de

apego ansioso/ambivalente se relaciona con elevadas puntuaciones de los sujetos con ansiedad y depresión. En relación al apego seguro la relación es inversa con la depresión, ansiedad, aislamiento social y evitación familiar de los conflictos.

La falta de estrategias adecuadas para la reducción del estrés emocional influirá en el empleo de drogas, haciéndolas una alternativa atractiva para diversas situaciones, entre las que destacan las de carácter interpersonal, donde los sujetos se encuentran más inseguros.

Otro factor familiar planteado es el tipo de crianza, que sumado a otros factores como el control y la calidez paterna, configuran los cuatro posibles estilos de crianza: a) autoritario, con elevado control y baja calidez; b) permisivo, con bajo control y elevada calidez; c) democrático, con alto control y alta calidez; e d) indiferente, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000).

De las familias de padres autoritarios salen hijos apartados y temerosos, que con el paso de los años pueden volverse agresivos y rebeldes en el caso de los varones, o pasivas y dependientes en el caso de las mujeres. Los padres permisivos aumentan la probabilidad de que los hijos sean autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, o bien activos, sociables y creativos, o también rebeldes y agresivos (Craig, 1997).

Otros factores como el clima familiar, se relaciona directamente con la emocionalidad negativa. Por ejemplo, como señalan las investigaciones presentadas en el año 2001 de Brook, Whiteman, Finch y Cohen (citados por Barreiro, 2010), las madres con dificultades en el control emocional, se relaciona directamente con un mayor consumo de sustancias por parte de los hijos. Del mismo modo, la disciplina se presenta como un valor relevante que complementa el anteriormente expuesto, siendo la inconsistencia en su aplicación y la baja expectativa de los padres, factores que facilitan el consumo de drogas.

En caso de la ausencia de uno de los padres, se relaciona con características antisociales en los hijos (Pfiffner, McBurnett y Rathouz, citados por Barreiro, 2010). El consumo de sustancias por parte de los padres y sus actitudes hacia el mismo constituyen otro factor fundamental en el uso y abuso de drogas.



La presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook, Brook, de la Rosa, Whiteman, Johnson, & Montoya, 2001). Del mismo modo, el consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose una relación bidireccional de retroalimentación, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (Kamon, Stanger, Budnay, & Dumenci, 2006).

### **1.6.2. Factores comunitarios**

Para una adecuada concepción del hombre, se debe considerar su relación con su sociedad, la misma consideración se realiza al uso que hace de las distintas drogas. Los valores que predominan, los estilos de vida y las creencias que los miembros de la comunidad tengan de las drogas influyen en la elección de una sustancia como en los patrones de consumo, constituyéndose en un factor de riesgo o de protección.

Como desarrolla Becoña (2002), la privación social y la desorganización comunitaria, son factores que por sí mismos no determinan el consumo de sustancias, pero que sumados a otros factores de riesgo se constituyen en facilitadores de dicho consumo. Del mismo modo ante el consumo, este puede llegar a cronificarse y convertirse en un estilo de vida, pudiendo ligarse al desarrollo de una personalidad antisocial.

La percepción de riesgo sobre el uso de drogas y las creencias que tenga la sociedad son factores de riesgo importantes asociados al uso, abuso y dependencia (Martínez-González, Trujillo, & Robles, 2006). En relación a esto, es ampliamente conocida la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma (Becoña, 2002).

### **1.6.3. Factores individuales**

Dentro de los factores individuales, Barreiro (2010) distingue los factores biológicos, psicológicos y conductuales y los rasgos de personalidad.

### **1.6.3.1. Factores biológicos**

La mayoría de estudios a nivel biológico, corresponden a los factores genéticos, relacionando el consumo de drogas de los padres con el de los hijos. Los estudios de McGue (citado por Berreiro, 2010) muestran que los hijos de alcohólicos tienen mayor riesgo a desarrollar alcoholismo; además, como demuestran Pickens, Svikis, McGue, Lykken, Heston y Clayton (citado por Berreiro, 2010), existiría una mayor herencia de la dependencia del abuso.

Dentro de los factores de riesgos biológicos también se puede señalar al sexo y la edad. Se aprecia en los estudios desarrollados por CEDRO, DEVIDA, entre otros, que existe una mayor prevalencia en el uso de drogas por parte de los varones y en un grupo de edad que van desde los 14 a 35 años. Siendo la adolescencia y la adultez las etapas de mayor consumo.

### **1.6.3.2. Factores psicológicos y conductuales**

La patología psiquiátrica es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, sobre todo en el caso de las dependencias (Roberts, Roberts, & Xing, 2007). De tal forma, existiría una relación bidireccional ya que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia (Brook, Brook, de la Rosa, Whiteman, Johnson, & Montoya, 2001). El mismo consumo de drogas, aumenta la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Kamon, Stanger, Budnay, & Dumenci, 2006).

Las conductas antisociales son en sí mismas un factor íntimamente relacionado al consumo de drogas, a su vez que se asocian a conductas delictivas. Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002).

Así mismo, el uso temprano de drogas incrementa las probabilidades del abuso posterior, y con el abuso llegar a una dependencia (Chau, 1999), haciendo que las drogas

se hagan parte del estilo de vida normal. Del mismo, el uso temprano de drogas como el alcohol y el tabaco, pueden servir de entrada a drogas ilegales.

Las actitudes, las expectativas y las motivaciones son factores que influyen en el consumo de las drogas. En ese sentido, una actitud positiva favorable al consumo se relaciona con una mayor experimentación, encontrando una distorsión de la percepción de riesgo y creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas (Villa, Rodríguez, & Sirvent, 2006). Las expectativas funcionan como precursoras de una conducta, donde una relación positiva con dichas expectativas, se relacionaría con un mayor consumo (Teran, 2015 y Mezquita, 2012). La motivación se correlaciona directamente con los tipos de bebedores, donde los tipos más intensos corresponden a mayores niveles de motivación, siendo los motivos sociales los que asocian a una mayor cantidad y frecuencia en el consumo (Chau, 1999).

#### **1.6.3.3. Rasgos de personalidad**

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

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

## **1.7. Situación del consumo de bebidas alcohólicas en el Perú**

Distintos estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas muestran que el Perú es el tercer país en la región latinoamericana con mayor registro en el consumo de alcohol. Señalan que el 13.5% de nuestra población tiene episodios nocivos de consumo (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015), siendo la cerveza y los destilados, las bebidas alcohólicas de mayor consumo (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Como sostiene Saavedra (1997), en el Perú el alcoholismo constituye la principal dependencia a sustancias psicoactivas. Además, el abuso y la dependencia al alcohol es la tercera causa de pérdidas por muerte prematura o discapacidad, contribuyendo en la causalidad y pronóstico de otros problemas como: accidentes de tránsito, violencia, accidentes caseros y de trabajo, uso de drogas ilegales e involucramiento en conducta sexual de riesgo, problemas psicológicos y físicos (Fiestas, 2011), y sus consecuencias se hacen evidentes en el ámbito familiar, personal y comunitario (Saavedra, 1994). Dicho consumo también repercute en la economía nacional, ya que sólo el alcohol representa el 55.2% del costo nacional de la problemática de drogas, que implican consecuencia laborales, gastos gubernamentales directos, daño a la propiedad privada y costos en salud. Vale indicar que el gasto en el consumo de alcohol equivale a 245.4 millones de dólares, es decir 8.7 dólares por persona (Observatorio Peruano de Droga, 2010).

Según el informe periodístico escrito por Renato Sandoval en el 2014, se señala que el consumo de bebidas alcohólicas es un “serio problema institucional” dentro de la Policía Peruana, siendo sus principales consecuencias: ausencia laboral, los accidentes de tránsito y violencia familiar, también considera preocupante el uso de sus armas de fuego en estado etílico (Sandoval, 2014).

De igual forma es importante señalar que en la región Arequipa, el consumo de bebidas alcohólicas figura como una de las mayores faltas dentro del cuerpo policial. Según el tribunal de disciplina de la PNP cerca de 500 procesos son vistos mensualmente por faltas como el consumo de alcohol, que además de una sanción administrativa incluye sometimiento a procesos penales (Zuni, 2016).

## **2. LA MOTIVACIÓN**

### **2.1. La Motivación**

Como manifiesta Marina, 2011 (citado por Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013), la motivación es un proceso psicológico fundamental que ocupa un lugar esencial en la vida de cualquier persona; siendo este un proceso muy importante en su cotidianidad, dentro de su comportamiento.

La palabra motivación deriva de la palabra motivo, al que proviene del latín *motus*, *motum* que significa movimiento o motor; de donde se entiende que la motivación es un concepto dinámico, siendo un motivo aquello que determina o condiciona a una persona para actuar en cierta dirección y sentido, siendo la causa donde descansa la motivación y se dirige a una o más metas (Peña, Macías, & Morales, 2011).

El diccionario de psicología de Galimberti (2002), considera a la motivación como un factor dinámico del comportamiento animal y humano, que activa y dirige el organismo hacia una meta. Pudiendo ser conscientes o inconscientes, simples o complejas, transitorias o permanentes, de naturaleza fisiológica o de naturaleza personal o social, estando estrechamente vinculadas a las necesidades. Podemos entender que las motivaciones y, en consecuencia, los fenómenos motivacionales son sucesos complejos que existen en diversos niveles como: neurológico, cognitivo, ambiental, social y cultural (Reeve, 2010).

Baron (1997) reflexiona acerca del concepto de motivación, diciendo que este se refiere a los procesos internos que activan, guían y mantienen la conducta, siendo importante comprender los cuestionamientos del ¿por qué?, como en ¿por qué se comporta la gente como lo hace? o ¿por qué persisten ciertos cursos de acción, aun cuando no les produzcan una recompensa evidente?

Es importante resaltar las consideraciones de Johnmarshall Reeve (2010) acerca de la motivación, donde señala que esta tiene la capacidad para predecir distintas conductas que intervienen en nuestro desempeño y bienestar. Así mismo, la motivación

varía entre las diferentes personas; a pesar de que muchas de ellas compartirían las mismas motivaciones y emociones, siendo algunos motivos fuertes en una persona, pero débiles en otras. Las motivaciones implican el estudio de los procesos que dan energía y dirección al comportamiento; donde la energía implica que la conducta tiene fortaleza, es decir que puede ser fuerte, intensa y persistente; mientras que la dirección refiere a que la motivación tiene un propósito, que se dirige o guía hacia el logro de algún objetivo o resultado (Reeve, 2010).

Del mismo modo Reeve (2010), señala que los motivos son “experiencias internas: necesidades, cogniciones y emociones, que energizan las tendencias de aproximación y evitación del individuo. Los sucesos ambientales son ofrecimientos ambientales, sociales y culturales que atraen o repelen al individuo a participar o no en una acción específica”.

Las necesidades son condiciones dentro del individuo que son fundamentales para la conservación de la vida; estas abarcan a las necesidades biológicas: el hambre, la sed, etc.; las necesidades psicológicas: la competencia, la pertenencia, etc.

Las cogniciones se aluden a los procesos mentales como los pensamientos, creencias, expectativas y el autoconcepto; estas intervienen en la manera en cómo piensa el individuo, repercutiendo posteriormente en el comportamiento.

Las emociones son fenómenos subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos de corta duración que nos preparan a reaccionar en forma adaptativa a los sucesos importantes en nuestras vidas. Reeve (2010) señala que las emociones se organizan y dirigen en cuatro aspectos interrelacionados de la experiencia:

- Sentimientos: descripciones subjetivas, verbales, de la experiencia emocional.
- Disposición fisiológica: manera en que nuestro cuerpo se moviliza en sentido físico para cumplir con las demandas de una situación.
- Función: qué es específicamente lo que queremos lograr en ese momento.

- **Expresión:** cómo comunicamos públicamente nuestra experiencia emocional a los demás.

Estos aspectos de las emociones, nos permiten anticipar y reaccionar de manera adaptativa a los distintos sucesos de la vida.

Los acontecimientos externos también repercuten en la motivación, dentro de estos Reeve (2010) señala que las fuentes ambientales existen como estímulos específicos o sucesos; del mismo modo, estas fuentes ambientales existen como situaciones generales y climas del entorno o la cultura en la que el individuo se desarrolla.

## **2.2. Las Emociones**

Las emociones son un proceso psicológico muy complejo, además, como señala Izard, estas tienen un aspecto multidimensional, existiendo como fenómenos sociales, biológicos e institucionales (Reeve, 2010).

De igual manera, Cantanzaro (2001) sostiene que las emociones se refieren a sensaciones internas de los individuos de manera general relacionadas con eventos fisiológicos que responden a los sucesos de la vida.

Así, tomando las palabras de Peña, Macías y Morales (2011), “la emoción es una respuesta a las cogniciones de un acontecimiento o hecho específico de nuestra vida; cuya reacción es acompañada de cambios fisiológicos y endocrinos, la cual tiene como finalidad la adaptación al ambiente y la supervivencia”.

Entonces las emociones son un medio de adaptación y comunicación con el ambiente y las personas.

## **2.3. Relación entre la motivación y la emoción**

La motivación y la emoción son procesos interrelacionados, ya que las emociones intervienen en la obtención de distintas metas y como parte de la motivación en sí misma,

donde ambos procesos tienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Peña, Macías y Morales (2011), relacionan a la motivación y la emoción de dos maneras: a) donde las emociones adquieren un juicio de valor, indicando que las acciones desarrolladas están “bien” o “mal”, y b) donde las emociones son en sí mismas un tipo de motivación que energiza y dirige la conducta.

Robert Plutchik (1985), sostiene que la emoción es un “proceso que desencadena una serie de situaciones en un sistema de retroalimentación”. Tal proceso estaría compuesto por siguientes elementos: lo cognoscitivo, la excitación, los sentimientos, los preparativos para la acción, los despliegues expresivos y la actividad conductual; donde el sistema inicia con un hecho resaltante en la vida y finaliza con una emoción, provocando e incentivando la motivación.

## **2.4. Enfoques de la motivación**

### **2.4.1. Enfoque social**

Las propuestas teóricas basadas en un enfoque social parten de la idea que las personas dirigen su comportamiento motivados a satisfacer sus necesidades en función al ambiente en el que se encuentran, considerando las circunstancias, a las personas y los distintos componentes de la sociedad (Peña, Macías, & Morales, 2011).

#### **2.4.1.1. Teoría jerárquica de las necesidades de Maslow**

Maslow (1991) sostiene que una adecuada posición sobre las motivaciones humanas tiene que considerar la complejidad de cada individuo, considerándolo como un todo integrado y organizado. Maslow señala que los individuos tienen necesidades organizadas según una jerarquía de importancia o prioridad (Peña, Macías, & Morales, 2011). Donde las necesidades primarias o fisiológicas son las más importantes y determinarían el comportamiento del individuo al no ser satisfechas. El individuo va satisfaciendo cada nivel de forma progresiva no pudiendo alcanzar niveles superiores sin la satisfacción de las primarias.



De acuerdo con la estructura piramidal de Maslow, las cinco necesidades, son las siguientes: fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de estima y de autorrealización (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

- Las necesidades fisiológicas: son la primera prioridad del sujeto, son innatas y heredadas, y están íntimamente ligadas a la supervivencia del organismo.
- Las necesidades de seguridad: se relaciona con la predisposición a sentirse seguro y protegido frente a situaciones de peligro físico y/o psicológico.
- Las necesidades de afiliación: tiene que ver con el desarrollo afectivo y de interacción entre las personas, con la necesidad de amistad, afecto y aceptación social.
- Las necesidades de estima o reconocimiento: radica fundamentalmente en la necesidad de todo ser humano por sentirse valorado por sí mismo.
- Las necesidades de autorrealización: es el ideal al que el ser humano debe llegar, persigue como objetivo desarrollar todo el potencial y talento que se tenga disponible y progresar en la vida al máximo para llegar al grado óptimo de desarrollo.

#### **2.4.1.2. Teoría de los dos factores de Herzberg**

Según la posición de Herzberg, la actividad más importante para el individuo es el trabajo, ya que esta es una actividad social, donde pueden satisfacerse las necesidades de tipo social. Herzberg sostiene que el individuo tiene un sistema doble de necesidades que llama factores higiénicos o extrínsecos y factores motivacionales o internos (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Los factores higiénicos hacen alusión a la necesidad de evitar las situaciones de insatisfacción. Estos son las condiciones que rodean al sujeto en el ámbito laboral y que no están bajo su control (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Los factores motivacionales o intrínsecos, se refieren a la necesidad de crecer emocional o intelectualmente. En el ámbito laboral, cuando un trabajador tiene estas necesidades cubiertas se encontrará motivado y contento (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

#### **2.4.1.3. Teoría de la motivación del logro de McClelland**

David McClelland desarrolla su teoría de la motivación partiendo de la propuesta de Murray. Esta propuesta también es conocida como la teoría de las tres necesidades, ya que la motivación dependería de la búsqueda de satisfacción de tres necesidades dominantes: la necesidad de logro, de poder y de afiliación. Las mismas que se encuentran en todos los individuos y se desarrollan con la experiencia (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

La necesidad de logro es el deseo de tener un buen desempeño en relación a una norma de excelencia (Reeve, 2010), una búsqueda de la máxima calidad (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013); reflejando las diferencias individuales en la importancia de planear y trabajar hacia la obtención de las propias metas (Gerring & Zimbardo, 2005).

La necesidad de poder se expresa en el deseo de control, influencia y persuasión sobre las conductas o los pensamientos de otros y el deseo de producir impacto en las personas. Del mismo modo, McClelland señala dos formas distintas de expresar la motivación: el poder personal y el poder social (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

La necesidad de filiación es el grado en que una persona necesita establecer relaciones interpersonales amistosas y ser aceptado por los demás, su meta es llegar a la integración de un grupo y la valoración positiva por parte de los demás. Esta motivación incluye los aspectos positivos, la necesidad de mantener relaciones afectivas positivas; así como los negativos, la necesidad obsesiva de establecer, mantener o recuperar relaciones a costa de todo (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

## **2.4.2. Enfoque fisiológico**

### **2.4.2.1. Excitación**

En la búsqueda de la adaptación al ambiente y las circunstancias, se activa el proceso de excitación, el mismo que controla la activación de la conducta motora, sucesos hormonales, etc. En la búsqueda de las causas de la conducta se propuso la idea de la existencia de una energía interna que impulsa, desarrollándose la teoría de los impulsos (Peña, Macías, & Morales, 2011). Esta última señala que los animales realizan determinadas conductas en función a determinados impulsos, los cuales son tan variados como las conductas, las mismas que sólo disminuyen cuando son satisfechas y quedan latente a la espera de su nuevo surgimiento.

Peña, Macías y Morales (2011), partiendo de lo antes mencionado, señalan que las motivaciones como los impulsos son procesos que parten de la actividad cerebral, aunque no de un sitio específico en este. A su vez, las conductas están motivadas y pueden clasificarse en: a) reguladoras, son conductas controladas por mecanismos para preservar las funciones corporales y el mantenimiento de la homeostasis, y b) no reguladoras, conductas que no están controladas por los mecanismos homeostáticos.

### **2.4.2.2. Necesidades primarias**

Desde la perspectiva de las necesidades primarias, los individuos son sistemas abiertos que interactúan con el ambiente, tomando energía del mismo para mantener un estado de equilibrio, Cannon denomina homeostasis a este estado y a sus mecanismos de control (Peña, Macías, & Morales, 2011).

Siendo las necesidades básicas del individuo aquellas que motivarían las conductas, y estas son:

#### **2.4.2.2.1 El hambre y la sed**

El hambre hace referencia a la regulación automática de la ingesta de calorías y nutrientes, siendo la conducta alimenticia una manifestación del comportamiento

motivado, relacionado con los fines de adaptación biológica y la supervivencia (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

La sed ocurre cuando hay una disminución de la concentración de fluidos corporales (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). La sed es un estado motivacional que se manifiesta en las conductas que realiza para reponer ese déficit de agua (Reeve, 2010). El hambre y la sed son conductas regulatorias donde el hipotálamo juega un papel importante.

#### **2.4.2.2.2. Sueño y reposo**

El sueño es un proceso fisiológico activo, que contribuye a la recuperación física del organismo; además, interviene en la reestructuración psíquica, es decir, permite sistematizar y clasificar las actividades desarrolladas durante el día (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

#### **2.4.2.2.3. El sexo**

El sexo es un motivo vital para la supervivencia de la especie (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). En los seres humanos, además de tener un fin reproductor, es una forma de mantenimiento de los vínculos sociales, al cual se le suma el placer (Peña, Macías, & Morales, 2011).

### **2.4.3. Enfoque conductual**

Este enfoque se refiere a las características ambientales que controlan la conducta o la dirigen. Las teorías que se desarrollan en este enfoque parten del concepto del refuerzo para explicar el aprendizaje (Peña, Macías, & Morales, 2011).

#### **2.4.3.1. Ley del efecto**

Thorndike considera que el comportamiento depende de la relación entre estímulo y respuesta (Peña, Macías, & Morales, 2011). Thorndike desarrolla la ley del efecto de la cual enuncia:

“Varias respuestas dadas a una misma situación, aquellas que estén acompañadas o seguidas de cerca por la satisfacción del animal, si permanecen constantes los demás elementos, estarán más firmemente conectadas con la situación, de modo que cuando ésta vuelva a ocurrir será más probable que ellas se presenten nuevamente; las respuestas que estén acompañadas o seguidas de cerca por molestias, si permanecen los demás elementos constantes, debilitarán sus conexiones, de tal manera que cuando la situación se vuelva a presentar habrá menos probabilidades de que tales respuestas vuelvan a ocurrir. Mientras mayor sea la satisfacción o molestia, mayor será el fortalecimiento o debilitamiento de la conexión”. (p.19)

Esto quiere decir que las conductas repetitivas que sean seguidas por consecuencias favorables se asociarán al estímulo principal y podrán ocurrir con mayor probabilidad que aquellas que son seguidas por consecuencias aversivas (Peña, Macías, & Morales, 2011).

#### **2.4.3.2. Principio de Premack**

David Premack (1959), elabora la teoría de la probabilidad condicionada, también conocida como el principio de Premack (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). Esta sostiene que cuando se presentan dos eventos o estímulos, el que más probabilidad tenga de ocurrir, reforzará al otro (Peña, Macías, & Morales, 2011). Las actividades con alta probabilidad refuerzan a las actividades de baja probabilidad.

#### **2.4.3.3. Equivalencia entre motivación y reforzamiento**

Peña, Macías y Morales (2011), consideran que hablar de motivación es hablar de reforzamiento, donde algunos estímulos actúan como reforzadores de manera innata; pero otros son considerados como reforzadores a partir de la experiencia de aprendizaje, pudiendo influir en la conducta. Es decir, un estímulo que antes era neutral se convierta en un estímulo que influye en la conducta, fenómeno llamado “reforzamiento condicionado”.

#### **2.4.4. Enfoque cognoscitivo**

Hay una serie de factores que intervienen en el desarrollo de los individuos, como son la sociedad, la familia, el ambiente y todo lo que rodea al individuo. Modulamos el comportamiento, las emociones e impulsos en función a la cultura, y el aprendizaje de las reglas sociales. El enfoque cognoscitivo hace referencia a la influencia que tienen los acontecimientos externos con las cogniciones del individuo, para la regulación del comportamiento de una forma interaccional (Peña, Macías, & Morales, 2011).

Este enfoque considera tanto las influencias que tienen las variables externas, las motivaciones extrínsecas, y el comportamiento dirigido por la motivación interna intrínseca.

La Teoría del Aprendizaje Social, planteada por Bandura, supera las explicaciones de la conducta limitada de los condicionamientos clásico u operante. La teoría de Bandura incluye el determinismo recíproco que considera que la conducta es determinante e interactuante, no una variable aislada (Peña, Macías, & Morales, 2011). Es decir, hay una relación multicausal entre los factores personales, el ambiente y la conducta en el origen de las decisiones humanas y en la efectividad con la que el individuo hace frente a demandas ambientales (Hernández & De la Cruz, 2007).

Como señalan Peña, Macías y Morales (2011), la psicología cognoscitiva explora la interacción que existe entre las cogniciones: pensamientos, creencias, concepciones o autopercepciones y las acciones; y como estas dan forma y dirección a la conducta.

##### **2.4.4.1. Teoría de la motivación de Lewin**

Kurt Lewin, parte de los principios de la escuela Gestalt para plantear su teoría de la motivación, su modelo también fue denominado como “teoría del campo de fuerza”. Para desarrollar su teoría introduce el término espacio vital, el cual representa la totalidad de las situaciones, tanto las internas o psicológicas, como las externas o ambientales, las que determinan la conducta en un momento dado. Este espacio vital es un ambiente subjetivo de la persona, tal y como lo percibe esta. Por tanto, si un objeto o estímulo es ignorado por el individuo, este no será parte de su espacio vital; sin embargo, si pertenece

a su espacio vital no necesariamente tendría que estar cerca de él (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Este espacio vital está integrado por distintas regiones donde podemos encontrar metas que el individuo se propone, barreras y distancias psicológicas que lo separan de estas metas. Un factor importante para alcanzar estas metas es considerar la intensidad motivacional con que el individuo trata de conseguirla. La intensidad de la motivación está en relación con la distancia psicológica entre el individuo y la meta (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

#### **2.4.4.2. Teoría del aprendizaje cognoscitivo de Rotter**

En su teoría, Julian Rotter sostiene que los modelos básicos del comportamiento se aprenden en las situaciones de interacción del individuo con su ambiente, de tal forma que para satisfacer sus necesidades requiere de la interacción con otras personas. Esta teoría comprende tres variables que se dan en todas las situaciones de interacción del individuo con su entorno: la fuerza motivacional, el valor del refuerzo y las expectativas generalizadas (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

- La fuerza motivacional o potencial de conducta es el deseo o la tendencia motivacional del individuo por aproximarse o alejarse de algo.
- El valor del refuerzo es la importancia que el sujeto le otorga a algo. Este es un valor subjetivo, pues para otorgarle un valor a algo hay que compararlo con otra cosa.
- Las expectativas generalizadas son las expectativas que se obtienen de conseguir algo en función de la experiencia vivida en el pasado y por tanto, se adquiere por aprendizaje. Cuando el individuo se encuentra en una situación similar a una vivida anteriormente, este espera que suceda algo similar o lo mismo; entonces, las expectativas de éxito o fracaso se refuerzan cada vez que el sujeto obtenga la misma consecuencia (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Por tanto, Rotter sostiene que la fuerza motivacional estará en función de la expectativa que tiene el sujeto acerca de los resultados a los que llevará su conducta, y del valor de refuerzo o grado en el que la resolución de algo es importante para él (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

#### **2.4.4.3. Teoría de la disonancia cognitiva**

En palabras de Pinillos (1981), la disonancia cognitiva “representa una incómoda alteración de la armonía mental del sujeto que le impulsa concretamente a una actividad orientada a reducir o eliminar su causa”. La disonancia cognitiva se refiere a la discrepancia entre las creencias y acciones o conductas, y el sentimiento de inconsistencia entre las mismas. Si no se puede modificar una conducta, entonces se debe cambiar los pensamientos, creencias o valores (Peña, Macías, & Morales, 2011).

#### **2.4.4.4. Teoría atribucional de Heider**

Fritz Heider desarrolla su teoría de la atribución partiendo de los postulados de la escuela de la psicología Gestalt, considerando que en la organización mental hay una tendencia al orden y la simplicidad (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Sus trabajos se enfocan en explicar las tendencias de las personas a buscar las causas de las situaciones o circunstancias que rodean al individuo, especialmente los extraños o inesperados. Para Heider, los individuos, los hechos, sucesos o conductas se explican satisfactoriamente cuando se describe y conoce la causa que los produce. Así el proceso de atribución empieza cuando se observa la conducta de alguien y termina cuando el observador encuentra la causa que produjo la conducta del individuo que se observa (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). Heider plantea dos tipos de factores causantes de una conducta: los factores disposicionales o internos que son propios de cada sujeto y los factores situacionales o externos, ajenos al sujeto.

Los factores disposicionales son: a) la capacidad, que es característica propia del individuo que lo habilita para realizar una acción, y b) la motivación, que incluye la intención o elemento direccional de la motivación y el esfuerzo que la persona invierte en realizar una conducta. Por lo que el individuo debe tener la capacidad para realizar la



tarea, tener la intención y el propósito de ejecutarla, además de tener la intensidad y el esfuerzo para realizarla (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Los factores situacionales están comprendidos por todas las circunstancias ajenas al sujeto, aquellas que forman parte de su entorno físico. Aquí se encuentran dos aspectos: a) la dificultad de la tarea, que es un factor estable, y b) la suerte o el azar. Por lo tanto, todas las atribuciones que los sujetos realizan sobre sus éxitos y fracasos están relacionadas con los aspectos de la capacidad, la motivación, la dificultad de la tarea o el azar (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

#### **2.4.4.5. Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen**

La teoría de la acción razonada fue desarrollada por Fishbein y Ajzen, siendo su objetivo el predecir la intención de la conducta mediante un índice de probabilidad. Parte del supuesto que los individuos son en esencia racionales, dicha capacidad de razonamiento sumada a la voluntad y la intención es lo que requiere la mayoría de los comportamientos sociales del individuo. De lo que se puede colegir que el determinante fundamental de una acción o conducta es la intención y al mismo tiempo esta intención está determinada por: a) factor personal y b) factor social (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

El factor personal, también llamado evaluación personal o actitud hacia la conducta; es la evaluación positiva o negativa que realiza el individuo sobre su conducta, y de la actitud que resulta hacia la intención de dicha conducta. Se refiere a lo que uno cree que debe hacer, y estas creencias son la base para la formación de una actitud hacia algo que representa una mayor o menor motivación del individuo (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

El factor social, denominado “norma subjetiva”. Es la percepción que uno tiene de lo que otros piensan que uno debe hacer. A su vez es la presión que despliegan las personas relevantes del entorno del individuo para que realice una determina conducta (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Entonces, los individuos intentan realizar una conducta cuando evalúan a esta como positiva y creen que las personas y los grupos socialmente relevantes, para ellos, consideran que deben realizarla (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). Para predecir la intención de una conducta, se debe cuantificar la valoración personal considerando los factores que intervienen en la formación de nuestras creencias y la valoración que hacemos de ellas; igualmente se debe cuantificar las influencias sociales ejercidas sobre el individuo, es decir, la norma subjetiva, lo que implica considerar lo que el individuo piensa que creen las personas, que es lo que les importa, y la motivación por satisfacer las expectativas de estas.

## **2.5. Motivación intrínseca y extrínseca**

Como desarrollan Deci y Ryan (citado por Reeve, 2010), la motivación intrínseca es la propensión inherente a involucrarse en los propios intereses y ejercer las propias capacidades y, al hacerlo, buscar y dominar desafíos óptimos. Esta aparece de forma espontánea ante las necesidades psicológicas y de los esfuerzos innatos de crecimiento. Los individuos tienen una motivación intrínseca porque tienen necesidades psicológicas que buscan ser satisfechas, estas también reciben influencias del ambiente y de otros individuos. La motivación intrínseca proviene de las experiencias donde el individuo se siente libre o autónomo, desarrollándose de forma eficiente o competente, o cercano en términos emocionales o de relaciones de afinidad (Reeve, 2010).

La motivación intrínseca es el deseo de involucrarse en una actividad simplemente por el interés de participar en ella, por realizar la tarea. Manifestándose en una tendencia hacia el aprendizaje y la creatividad. Una conducta está intrínsecamente motivada cuando se produce en ausencia de un estímulo externo (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

La motivación extrínseca procede de los incentivos y resultados en el ambiente de los distintos estímulos externos, esta surge como una consecuencia independiente de la actividad en sí (Reeve, 2010). Estos factores externos llevan al individuo a dar una determinada respuesta, repetirla y, por último, adquirirla. La motivación extrínseca es regulada por el ambiente; por tanto, es aprendida por el condicionamiento operante, configurando una conducta dirigida a una meta, siendo los estímulos agradables los que

provocan conductas de acercamiento al objetivo y los estímulos aversivos los que llevan a conductas de evitación (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Entonces, la motivación regulada por el ambiente es fruto del aprendizaje; asimismo, cuando una persona persiste en una conducta sin un estímulo exterior que lo justifique, se habla de la motivación intrínseca, de tal manera que una conducta está intrínsecamente motivada si se realiza en ausencia de alguna contingencia aparente o estímulo interno (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

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

Anteriormente se consideraba que la motivación extrínseca e intrínseca eran dos extremos de un continuo, lo que señalaría una relación inversamente proporcional; es decir, a mayor motivación intrínseca menor motivación extrínseca y viceversa. Sin embargo, los estudiosos actuales defienden que no existe una relación automática entre ellas, más bien que son dos dimensiones separadas. La principal diferencia en ellas radica en la fuente que energiza la conducta, intrínsecamente la motivación emana de fuentes internas y extrínsecamente, de fuentes externas; asimismo el nivel de ambos tipos de motivación nos lleva a realizar un comportamiento, depende del momento y de la actividad (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

## **2.6. La motivación y adicciones**

Las distintas conductas adictivas son una problemática creciente y de amplia implicancia social y psicológica; la comprensión, explicación y el abordaje de dicha problemática requiere de un enfoque multidisciplinario. Desde la psicología, la motivación es interviniente tanto en el inicio, mantenimiento y consolidación de la conducta adictiva.

Como señalan Mayor y Cortés 2002, la adicción se puede asociar a una serie de conductas que tienen por característica la aproximación hacia un objeto o situación para la satisfacción de necesidades y deseos (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Usualmente las adicciones presentan un patrón de conductas compulsivas, asociadas con los problemas de autocontrol, las cuales ponen en marcha los mismos circuitos de recompensa que los motivos más básicos. Las señales asociadas a estas adicciones pasan a ser incentivos cuando crean el deseo irrefrenable de realizar dichas conductas (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). Como señala Aguado (2005), desde un punto de vista psicológico, la adicción se puede considerar como una alteración en el normal funcionamiento de los procesos motivacionales y de la regulación y control voluntario de la conducta.

La pérdida del control voluntario en la conducta adictiva lleva a una alteración en la jerarquía de los motivos del individuo. Sus valores personales, sus relaciones afectivas, sus intereses y su bienestar socioeconómico son postergados en función de las consecuencias de dicho consumo. El deseo compulsivo de búsqueda del objeto o situación de la adicción se convierte así en un motivo prioritario que desplaza otras metas e intereses personales y sociales. Este deseo compulsivo de búsqueda es lo más destacable conductualmente, pues se refiere tanto a la frecuencia del comportamiento como a la dificultad para controlarlo (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

Mayor y Cortés sugieren algunos tipos básicos de motivación para la iniciación de la conducta adictiva:

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

- Motivaciones vinculadas a necesidades provenientes a dolencias físicas o psicológicas.

Las conductas adictivas son aprendidas, por tanto son válidos para estas los principios del aprendizaje. El condicionamiento clásico, condicionamiento operante y del aprendizaje observacional, son modelos que pueden explicar, sobre todo, el inicio de la conducta adictiva (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013). Considerando que una droga funciona como reforzador cuando es capaz de incrementar o mantener probabilidad de que aparezca la conducta de ingesta, un refuerzo positivo hace sentir el efecto de sentirse “bien”; mientras que un refuerzo negativo tiende a ver con la búsqueda de la droga para evitar el displacer que conlleva la ausencia de la misma, es decir dejar de estar “mal”. La teoría del condicionamiento ha permitido avanzar en la explicación del desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, avances recientes en el estudio de las adicciones en el marco de la investigación básica inciden en la necesidad de efectuar un análisis en profundidad del componente motivador del refuerzo, esto es, el incentivo (Sanz, Menéndez, Rivero, & Conde, 2013).

## **2.7. Modelo Motivacional del uso del alcohol de Cox y Klinger**

El postulado teórico de Cox y Klinger (1988, 1990) presenta un modelo biopsicosocial del uso y abuso de alcohol. Esta propuesta presenta un marco integrador de las diferentes variables biológicas, psicológicas y socioculturales que se asocia al uso y abuso del alcohol, donde estas variables se interrelacionan y contribuyen al consumo a través de las vías de la motivación (Mezquita, 2012).

Este modelo señala que el origen de la conducta de consumo de alcohol es motivacional, ya que el individuo decide consciente o inconscientemente consumir o no, una bebida alcohólica. Tal conducta está asociada a las respuestas afectivas que el individuo espera recibir, siempre que estas respuestas o consecuencias afectivas sean positivas y tengan mayor relevancia que aquellas de no hacerlo (Cox & Klinger, 1988). Los motivos para el uso o consumo de alcohol están asociados a los estímulos que tenga el individuo en las diferentes áreas de su vida y a las consecuencias que esta experimenta, dichos motivos no son los únicos asociados a esta conducta (Chau, 1999). Para esta propuesta, la ingesta de bebidas alcohólicas en sí es un acto voluntario, aunque los

bebedores pueden percibir que son incapaces de controlar su ingesta. El modelo motivacional sostiene, también, que consumir alcohol es un acto volitivo que es precedido por un proceso de toma de decisiones y que tiene componentes emocionales y racionales (Cox & Klinger, 2011).

Del mismo modo, las expectativas ante los efectos que produciría el alcohol anteceden a las motivaciones en la decisión de consumir o no (Mezquita, 2012). Las expectativas relacionadas a los efectos del alcohol se definen como las creencias sobre los efectos que produce la ingesta de bebidas alcohólicas en los procesos cognitivos, conductuales y emocionales. Los motivos son el valor que se le da a un efecto particular que se pretende conseguir, el cual incita al individuo a consumir (Cox & Klinger, 2011). Por lo que tener un motivo específico para consumir bebidas alcohólicas es necesario para realizar dicha conducta (Cox & Klinger, 1988); mientras que las expectativas sobre los efectos del alcohol, no necesariamente determina que los individuos consuman alcohol (Cooper, 1994).

Las diferentes variables biopsicosociales influyen, a través de las motivaciones, en la toma de la decisión de consumir alcohol por medio de las expectativas y motivos. Existen los factores históricos que determinan la naturaleza de las experiencias de los individuos, las cuales influyen en las motivaciones pasadas y actuales para consumir; estas a su vez reciben la influencia de los factores relacionados con la reactividad bioquímica al alcohol, las características de la personalidad, los factores socioculturales o “macroambientales” y los refuerzos pasados de la conducta de consumo. Estas distintas variables se relacionan con el condicionamiento de las respuestas emocionales a los efectos del alcohol y a los estímulos asociados al consumo, por tanto estos factores contribuyen en el hábito de consumo así como en el valor del incentivo del alcohol.

Los factores actuales que influyen en la decisión de consumir alcohol se dividen en: factores situacionales, e incentivos actuales positivos y negativos.

Los factores situacionales incluyen factores “microambientales” como estar solo, acompañado, la presencia de alcohol en un lugar determinado. Los incentivos negativos influyen en el ánimo haciendo más probable que se consumiera alcohol con el objetivo de modificar el efecto (Mezquita, 2012). Como señalan Cox y Klinger (2004), la

importancia de cada una de estas variables varía entre los distintos individuos, e incluso en el mismo sujeto a lo largo de su historia de consumo.

Cox y Klinger (1988, 1990) categorizan los motivos de consumo en dos dimensiones que parten de la valencia del refuerzo: positiva o negativa; y la fuente del refuerzo: interna o externa (Mezquita, 2012). Los individuos podrían beber con la finalidad de obtener un resultado positivo o evitar uno negativo; responder a recompensas internas, como el manejo de los estados emocionales o recompensas externas, como la aceptación social y la aprobación. (Chau, 1999).

Del cruce y la interrelación de estas dimensiones surgen cuatro motivos de consumo: motivos sociales, motivos de estimulación o de realce, motivos para tener conformidad con su vida y motivos para manejar los problemas o de afrontamiento. Los motivos sociales tienen una fuente externa y una valencia de refuerzo positivo, donde los individuos consumen alcohol para mejorar sus relaciones sociales o para aumentar la diversión. Los motivos de estimulación, realce o animación, provienen de una fuente de refuerzo interna y tienen una valencia positiva; estos individuos consumen alcohol por el gusto a la sensación que genera dicha ingesta así como a la diversión que esta produciría. Los motivos de conformidad tienen una fuente externa y una valencia positiva, donde los individuos consumen alcohol para evitar la exclusión del grupo. Los motivos de afrontamiento provienen de una fuente interna y una valencia negativa, donde se consume para hacer frente a los estados emocionales negativos (Mezquita, 2012).

Los motivos sociales y de realce, o para sobresalir, son conceptualizados como representativos de motivaciones positivas, y los motivos para afrontar o manejar problemas y de conformidad con su vida son representativos de motivaciones negativas (Ávila, 2012).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **1. TIPO, MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

##### **1.1. Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional. Es descriptivo porque se describen las características de consumo y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas; y correlacional debido a que se determina el grado de relación existente entre el consumo de alcohol y los motivos de consumo de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa.

##### **1.2. Método de investigación**

El método que ha sido utilizado en el presente estudio, es el método científico, puesto que se ha utilizado una secuencia estándar de pasos para formular y contestar una pregunta de investigación (Salkind, 1999). Asimismo la investigación ha sido realizada bajo el enfoque cuantitativo de investigación, el cual usa la recolección de datos para



probar una hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, y así establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **1.3. Diseño de investigación**

El diseño utilizado en el estudio fue: no experimental, transaccional descriptivo de tipo correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). No experimental debido a que no se manipularon las variables, ni se usaron grupos experimentales ni de control; transeccional, porque la evaluación se realizó en un tiempo determinado y no de forma continua; descriptivo porque se identificó las principales características de las variables, y correlacional, debido a que se estableció el grado de relación presente entre el consumo de bebidas alcohólicas y los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas.

## **2. Sujetos**

La población de la presente investigación está conformado por los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa con un total de 250 miembros permanentes. La muestra fue escogida a través de un muestreo no probabilístico-intencional, esta estuvo conformada por 153 suboficiales varones entre las edades de 20 y 56 años de edad.

### **3. Criterios de inclusión**

- Policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa que estén en calidad de suboficiales.
- Policías con una formación exclusiva en la carrera policial.
- Policías que participen voluntariamente en la investigación.

### **4. Criterios de exclusión**

- Policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa que tengan la calidad de oficiales.

- Policías que no terminen el proceso o que no concluyan todo el proceso de evaluación.
- Policías que se rehúsen a participar en la evaluación.

## 5. Instrumentos

Para medir las variables de esta investigación se utilizaron instrumentos psicométricos, tales como la encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC), que describe las características del consumo e identifica los tipos de bebedores y el cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC), que evalúa los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas; ambos instrumentos cuentan con la validez y confiabilidad necesarias para medir y evaluar las variables de esta investigación

### 5.1. Encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC)

**Nombre:** Encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas (EC).

**Autor:** Cecilia Chau (1998).

**Aplicación:** Individual o colectiva

**Ámbito de aplicación:** Personas de 16 años en adelante con un nivel de instrucción a partir del 6to grado de primaria.

**Duración:** No hay un tiempo límite. Aproximadamente de 15 a 20 minutos.

**Finalidad:** Identificar las características de consumo y los tipos de bebedores.

#### **Descripción:**

La Encuesta Sobre el Consumo de Bebidas Alcohólicas (EC) se desarrolló para identificar a los bebedores y no bebedores. La encuesta consta de 17 preguntas de opción múltiple que abordan las principales características del consumo de bebidas alcohólicas, están referidas con la cantidad y frecuencia con que se consumieron varios tipos de bebidas alcohólicas durante el último mes y los últimos seis meses; también contiene preguntas sobre el lugar de consumo de bebidas alcohólicas, el consumo de bebidas alcohólicas con personas cercanas y los principales problemas de consumo.

El cuestionario integrado arroja los tipos de bebedores basados en la tipología del bebedor de Windle (1996): Abstemio, son aquellas personas que no han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; bebedor ligero, aquellos que han consumido al menos un trago pero menos 10 en los últimos 30 días; bebedor moderado, los que han consumido al menos 10 tragos, pero menos de 45 durante los últimos 30 días; bebedor intenso, quien ha consumido 45 o más tragos en los últimos 30 días; o seis o más tragos en al menos cada una de las tres últimas ocasiones en los últimos 30 días; bebedor problemático, aquellos que han consumido 45 o más tragos en los últimos 30 días, o seis o más tragos al menos en cada una de las tres ocasiones en los últimos 30 días y ha reportado cinco o más problemas con el alcohol en los últimos 6 meses.

La parte relacionada a los problemas asociados al consumo de bebidas alcohólicas está conformada por 13 ítems que utilizan una escala Likert de cinco puntos: 0. Nunca (no ocurrió en los últimos 6 meses); 1. Rara vez (1-2 veces en los últimos 6 meses); 2. Algunas veces (3-5 veces en los últimos 6 meses); 3. A menudo (6-10 veces en los últimos 6 meses); 4. Frecuentemente (más de 10 veces en los últimos 6 meses). Los ítems enunciados mencionan problemas causados por la conducta de beber, relacionado con los amigos, la familia y las autoridades.

### **Normas de aplicación y corrección:**

La Encuesta Sobre el Consumo de Bebidas Alcohólicas (EC) puede ser administrada de forma oral o como cuestionario de autoinforme, se aplica de manera individual o colectiva. Se recomienda dar una explicación a los evaluados sobre el contenido de las preguntas, el motivo por el que se realizan éstas y la necesidad de responderlas adecuadamente. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir.

Se les indica a los participantes que lean con detenimiento cada uno de los reactivos del cuestionario y seleccionen una de las alternativas de acuerdo a su experiencia. Las primeras 16 preguntas son de tipo nominal, en la pregunta 17 (problemas asociados al consumo de bebidas alcohólicas) el puntaje de cada ítem oscila entre 1 y 5 puntos.

- Abstemio.

- Bebedor ligero.
- Bebedor moderado.
- Bebedor intenso.
- Bebedor problemático.

### **Validez y confiabilidad:**

La Encuesta Sobre el Consumo de Bebidas Alcohólicas (EC) parte de los postulados teóricos de Windle y de los criterios diagnósticos elaborados por la APA. Muestra adecuadas propiedades estadísticas, consistencia interna, validez concurrente y test re-test. En el año 1998 se sometió el instrumento a consideración de 12 jueces expertos, validando dicha prueba; se probó con una muestra de 440 estudiantes universitarios de entre 17 y 35 años obteniendo un alfa de Cronbach de 0.77 (Chau, 1999). Además la confiabilidad en el área de problemas relacionados con el alcohol presenta un alfa de Cronbach de 0.83. El estudio desarrollado por Puente en el año 2015, realizó la consistencia interna del instrumento encontrando un índice de confiabilidad de 0.70 alfa de Cronbach (Puente, 2015). Para el presente estudio se validó el instrumento mediante el juicio de expertos, realizando correcciones lingüísticas en los ítems que se consideraron pertinentes, luego se realizó una prueba piloto en 23 suboficiales de policía.

## **5.2 Cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC)**

**Nombre:** Cuestionario de motivos de consumo de alcohol (CMC).

**Autor:** Cooper (1994).

**Aplicación:** Individual o colectiva

**Ámbito de aplicación:** Personas de 16 años en adelante con nivel lector a partir de 6° grado de primaria

**Duración:** No hay un tiempo límite, aproximadamente entre 5 a 15 minutos.

**Finalidad:** Evaluación de los motivos de consumo alcohol mediante cuatro (4) escalas.

**Descripción:**

El cuestionario de los motivos de consumo de alcohol (CMC), fue desarrollado en función a la teoría motivacional de Cox y Klinger. Este cuestionario identifica los motivos asociados al consumo de bebidas alcohólicas a través de 20 preguntas de opción múltiple, desarrollados en una escala tipo Likert, constituida por cinco alternativas de opciones de respuestas (nunca - casi nunca, pocas veces, la mitad de las veces, la mayoría de las veces y siempre).

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

#### **Normas de aplicación y corrección:**

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

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

El puntaje de cada ítem oscila entre 1 y 5 puntos, asimismo el puntaje total tiene un mínimo de 20 puntos y un máximo de 100 puntos.

- Motivos para manejar los problemas o de afrontamiento: sub-escala constituida por los reactivos 1, 4, 6, 15 y 17.

- Motivos para tener conformidad con su vida: sub-escala constituida por los reactivos 2, 8, 12, 19 y 20.
- Motivos sociales: sub-escala constituida por los reactivos 3, 5, 11, 14 y 16.
- Motivos para sobresalir o de realce: sub-escala constituida por los reactivos 7, 9, 10, 13 y 18

### **Validez y confiabilidad:**

El cuestionario de motivos de consumo de alcohol ha sido utilizado en investigaciones con diversas poblaciones universitarias, principalmente en Estados Unidos y México. La versión original del cuestionario fue aplicada en la ciudad de Buffalo, Nueva York, habiendo obtenido un Alpha de Cronbach que oscilaba entre 0.76 y 0.90. En México se han realizado investigaciones que han utilizado el cuestionario de motivos de consumo de alcohol (Terán, 2005; Puebla, 2007) cuyo índice de Alpha de Cronbach se encuentra entre 0.89 y 0.91. En el Perú, Chau (1999) utiliza este cuestionario y lo adapta para el estudio que realizó; encontró en la sub-escala de motivos de estimulación un alfa de Cronbach de 0.89; en la sub-escala de motivos de afrontamiento, un alfa de Cronbach de 0.87; en la sub-escala de motivos de conformidad, un alfa de Cronbach de 0.90 y finalmente en la sub-escala de motivos sociales, un alfa de Cronbach de 0.88.

Del mismo modo este instrumento fue sometido al juicio de 12 jueces expertos, validando dicha prueba. Chau (1999) evaluó la confiabilidad de cada área del instrumento encontrándola adecuada, el área de motivos de estimulación obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89, motivos de afrontamiento un alfa de Cronbach de 0.87, motivos de conformidad un alfa de Cronbach de 0.90 y motivos sociales un alfa de Cronbach de 0.88. Solís y Vega (2016), validaron el instrumento mediante el criterio de siete jueces expertos en el área, quienes revisaron la validez ítem/área y efectuaron las correcciones lingüísticas en los ítems que consideraron pertinentes; luego se aplicó una prueba piloto a 140 estudiantes universitarios para verificar la comprensión de los reactivos, así como el tiempo de ejecución del cuestionario.

Para el presente estudio se realizó una adecuación lingüística para la población específica en estudio; además, se realizó la prueba de validez del instrumento encontrando un alfa de Cronbach total de 0.93.

## **6. Procedimiento**

La investigación se inició con la delimitación del tema propuesto, y se procedió a buscar toda la información necesaria a través de diversas fuentes, tanto primarias, secundarias y terciarias. Posteriormente se procedió a la elaboración del proyecto de investigación, el cual fue presentado ante la Facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín, para obtener la aprobación del proyecto de investigación. Una vez obtenida dicha aprobación, se procedió a presentarlo al Comandante responsable de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa (USE) a quien se le expuso los objetivos y los alcances de la investigación a realizar, coordinando fechas y horarios de aplicación de los instrumentos y así poder obtener la autorización respectiva para ingresar a los ambientes de dicho establecimiento policial y poder recoger los datos pertinentes.

Anteriormente se aplicó una prueba piloto en el 2016 a una muestra independiente de 23 suboficiales de policía de distintas unidades de Arequipa, mejorando la calidad de los instrumentos.

Una vez obtenido el permiso correspondiente, se entrevistó a los suboficiales encargados del personal para la programación de las evaluaciones. El proceso de evaluación se realizó en dos etapas, la primera consistió en la aplicación de la Encuesta Sobre el Consumo de Bebidas Alcohólicas (EC) y la segunda parte se llevó a cabo con la aplicación del cuestionario de Motivos para el Consumo de Bebidas Alcohólicas (CMC). Se brindó a los suboficiales de policía una breve exposición de los objetivos de la investigación, así como sus alcances e importancia; además se les solicitó su participación consentida, para finalmente proceder a aplicar los instrumentos, la aplicación fue grupal. Se les entregó las pruebas y una ficha de consentimiento informado (Véase en Anexo C).

La presente investigación tuvo una duración de seis meses desde diciembre del 2016 hasta mayo de 2017. Una vez terminada la aplicación de instrumentos, las pruebas fueron calificadas manualmente. Posteriormente los datos reunidos se procesaron en la

Hoja de Cálculo Excel, creando codificaciones por cada policía, finalmente con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22. Se realizaron los análisis descriptivos pertinentes y así se determinó los niveles de prevalencia a través de frecuencias y porcentajes, además de tablas y gráficas estadísticas y el análisis correlacional necesario. Finalmente se elaboró el respectivo informe de investigación con los resultados encontrados y las conclusiones a las que se llegaron.



## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los hallazgos de la investigación de acuerdo a la información recogida mediante las técnicas e instrumentos de recolección de datos. Fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial y son expuestos a través de tablas estadísticas. En primer lugar, se presentan las tablas descriptivas respecto a la frecuencia de consumo y las distintas características del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los policías, pudiendo determinar los distintos niveles de prevalencia de dichas características y llegando a configurar los distintos tipos de bebedores; luego se presentan las tablas descriptivas respecto a los motivos de consumo de bebidas alcohólicas, y finalmente se muestran las correlaciones entre las variables de este estudio.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, determinando que la distribución de los resultados fue de carácter no paramétrico (véase ANEXO D), por lo que se procedió a utilizar la correlación de Spearman entre la cantidad de consumo y los motivos para dicho consumo.

## 1. RANGO DE EDADES DE LOS POLICÍAS

**Tabla N° 1**

**Rango de edades de los suboficiales de policía**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Edad	153	20	56	34,59	8,9
N válido (por lista)	153				

En primer lugar, se describe lo encontrado en función al cuestionario de consumo de bebidas alcohólicas. En este se puede observar que los policías que participaron en la investigación fueron 153, de los cuales el rango de edad mínimo fue de 20 años de edad y el rango máximo de 56 años de edad, siendo la edad media 34.5 años de edad, con una desviación estándar de 8.9 (véase la tabla N°1).

## 2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

**Tabla N° 2**  
**Consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos seis meses**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NO	11	7,2
SI	142	92,8
Total	153	100,0

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos seis meses esta fue del 92.8% de los policías, quienes manifiestan sí haber consumido, a diferencia del 7.2% los cuales sostienen que no lo hicieron, al menos durante los últimos seis meses (véase la tabla N° 2).

### **3. DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO SEGÚN LA COMPAÑÍA CON LA QUE BEBE**

**Tabla N° 3**

**Distribución de consumo según la compañía con la que bebe**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Acompañado	138	97,2
Solo	4	2,8
Total	142	100,0

Respecto a la compañía con la cual los policías ingieren bebidas alcohólicas, se puede apreciar que el 97.2% de la muestra evaluada lo hizo acompañado; mientras que únicamente el 2.8% lo realizó solo (tabla N° 3).

#### 4. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ACOMPAÑADO

**Tabla N° 4**  
**Consumo de bebidas alcohólicas acompañado**

Variable	Total	
	Frecuencias	Porcentajes
Bebe en compañía de amigos <sup>a</sup>		
Si	128	92.8
Otras personas	14	8.2
Bebe en compañía de su pareja <sup>b</sup>		
Si	48	34.8
Otras personas	94	65.2
Bebe en compañía de familiares		
Si	38	27.5
Otras personas	104	72.5

a. amigos, colegas o compañeros

b. enamoradas, convivientes o esposas

Como puede apreciarse en la tabla N° 4, los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa, en su mayoría, 92.8 %, prefieren la compañía de sus colegas o amigos al momento de consumir bebidas alcohólicas, seguida de la compañía de su pareja (enamorada, conviviente o esposa) 34.8%; en una menor proporción se encuentra la compañía de familiares 27.5% (tabla N°4).

## 5. LUGAR DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

**Tabla N° 5**  
**Lugar de consumo de bebidas alcohólicas**

Variable	Total	
	Frecuencias	Porcentajes
Beber en fiestas <sup>a</sup>		
Si	97	68,3
Otros lugares	45	31,7
Beber en Discotecas <sup>b</sup>		
Si	74	52,1
Otros lugares	68	47,9
Beber en la propia casa		
Si	62	43,7
Otros lugares	80	56,3
Beber en la casa de un amigo		
Si	48	33,8
Otros lugares	94	66,2
Beber en el auto		
Si	5	3,5
Otros lugares	137	96,5

a. fiestas o reuniones

b. discotecas o pubs

En la siguiente tabla se muestra los lugares de consumo. Se observa que el 68.3% de los policías evaluados, prefiere consumir bebidas alcohólicas en “fiestas y/o reuniones”. El 52.1% lo realiza en “discotecas y pubs”. El 43.7% realiza dicho consumo en “su propia casa”; mientras que el 33.8% lo realiza en “la casa de un amigo”. Existe un porcentaje menor, 3.5%, que ingieren bebidas alcohólicas “en el auto” (tabla N°5)

## 6. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS “ENTRE SEMANA”

**Tabla N° 6**

**Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas Entre semana <sup>a</sup>**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Al menos una vez a la semana	75	52,8
Dos a tres veces a la semana	3	2,1
Cuatro o más veces a la semana	0	0
Nunca	64	45,1
Total	142	100,0

a. Días de la semana: Lunes a jueves

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas que se da “Entre semana”, es decir los días lunes, martes, miércoles y/o jueves, se encontró que lo usual es ingerir alcohol al menos una vez a la semana que es reportado por el 52,8% de los policías; se observó que es poco usual consumir de dos a tres veces a la semana (2,1%), ningún policía reportó haber ingerido alcohol cuatro o más veces a la semana; es importante señalar que el 45,1% sostiene no haberlo hecho nunca (tabla N° 6).

## 7. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE “FIN DE SEMANA”

**Tabla N° 7**

**Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas durante Fin de semana <sup>a</sup>**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Al menos una vez a la semana	117	82,4
Dos días a la semana	11	7,7
Tres días a la semana	2	1,4
Nunca	12	8,5
Total	142	100,0

a. Fin de Semana: Viernes, sábado y/o domingo

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas durante los “fin de semana” se encontró que el 82.4% de los policías reportaron haber ingerido alcohol al menos una vez a la semana, durante los días viernes, sábado o domingo; mientras que solo el 7.7% lo realiza dos días a la semana. Se observó que es poco usual el consumo durante los tres días –del fin de semana–, siendo encontrado solo en el 1.4% de los casos. El 8,5% manifiesta no haberlo hecho nunca (tabla N°7).



## 8. FRECUENCIA DE CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA ALCOHÓLICA

**Tabla N° 8**

**Frecuencia de consumo por tipo de bebida alcohólica**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cerveza	127	89,4
Licor <sup>a</sup>	12	8,5
Vino	3	2,1
Total	142	100,0

a. Ron, vodka, whisky y pisco

Sobre la frecuencia de consumo por tipo de bebida alcohólica, se encontró que el consumo de cerveza es ampliamente superior al de otras bebidas, se observa que el 89.4% de los policías evaluados prefieren dicha bebida, seguida del consumo de “licor” que incluye: al ron, vodka, whisky y pisco, que es consumido por el 8.5%, y en menor escala encontramos al consumo de vino con el 2.1% (tabla N°8).

## 9. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA SEGÚN EXPERIENCIAS DE EXCESO

**Tabla N° 9**  
**Distribución de la frecuencia según experiencias de exceso**

Variable	Frecuencia	Total	Porcentaje
Beber cinco o más tragos			
Nunca	58		40.8
Al menos una vez al mes	72		50.7
Al menos dos o tres veces al mes	12		8.5
Al menos una vez a la semana	0		0
Diario	0		0
Beber sin poder detenerse			
Nunca	97		68.3
Al menos una vez al mes	41		28.9
Al menos dos o tres veces al mes	2		1.4
Al menos una vez a la semana	2		1.4
Diario	0		0
Beber para emborracharse			
Nunca	88		62
Al menos una vez al mes	48		33.8
Al menos dos o tres veces al mes	5		3.5
Al menos una vez a la semana	0		0
Diario	1		0.7

n= 142

En cuanto a la experiencia de exceso de “beber cinco o más tragos”, la mayoría del personal policial evaluado (50.7%) reportó experimentarla al menos una vez al mes; mientras que el 8.5% reportó tener dicha experiencia al menos dos o tres veces al mes; no se reportan experiencias al menos una vez a la semana ni

de forma diaria. El 40.8% de los evaluados reportan no haberla experimentado (nunca).

Sobre la experiencia de “beber sin poder detenerse”, el 28.9% del personal evaluado reporta haber tenido dicha experiencia al menos una vez al mes; mientras que el 1.4% señala haberla experimentado al menos dos o tres veces al mes, de igual modo el 1.4% reporta haber tenido dicha experiencia al menos una vez a la semana, no se reportan casos de forma diaria. Sin embargo la mayoría de los evaluados, el 68.3%, señalan nunca haberla experimentado.

En cuanto a la experiencia de “beber para emborracharse”, se encontró que el personal policía reporta en un el 33.8%, haberla experimentado al menos una vez al mes, solo 3.5% lo reportó al menos dos o tres veces al mes; no se reportan casos de “al menos una vez a la semana”, sólo se registra un caso (0.7%) que lo realizaría de forma diaria. El 62% de los evaluados sostiene nunca haber experimentado dicha experiencia de consumo (tabla N° 9).

## 10. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE BEBEDORES

**Tabla N° 10**

**Distribución de la frecuencia según tipo de bebedores**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Moderado	50	32.68
Intenso	36	23.53
Ligero	35	22.88
Problemático	21	13.73
Abstemio	11	7.18
Total	153	100.00

Dada la información recolectada se pudo realizar la organización de la tipología del bebedor planteada por Windle (1996), donde se puede apreciar que el 32.68% de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa se ubica en la categoría de bebedor moderado, seguido por los bebedores intensos con el 23,53%, los bebedores ligeros son un 22.88%, los bebedores problemáticos representan el 13.73%, por último se puede apreciar a los abstemios con un 7.18% (tabla N° 10).

## 11. MOTIVOS PARA BEBER

**Tabla N° 11**  
**Motivos para beber**

<b>Motivos para beber</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Motivos sociales	2.68	1.03
Motivos de afrontamiento	2.25	1.18
Motivos de estimulación	1.76	0.71
Motivos de conformidad	1.31	0.45

El rango creciente de la frecuencia de 1 a 5 donde 1=nunca/casi nunca y 5=siempre

Sobre los Motivos para el Consumo de Bebidas Alcohólicas de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa se puede apreciar que los más importantes para beber fueron los motivos sociales (2.68) y los motivos de afrontamiento (2.25), seguido de los motivos de estimulación (1.76) y los motivos de conformidad (1.31). Sin embargo, no se reportó ningún motivo especialmente destacable (tabla N°11).

## 12. CORRELACIÓN ENTRE LOS MOTIVOS DE CONSUMO Y EL TOTAL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

**Tabla N° 12**

**Correlación entre los motivos de consumo y el consumo de bebidas alcohólicas**

			Motivos de consumo de alcohol	Motivos de afrontamiento	Motivos de conformidad	Motivos sociales	Motivos de estimulación	Consumo de alcohol
Rho de Spearman	Motivos de consumo de alcohol	Coefficiente de correlación	1.000	.897	.637	.898	.871	.549
		Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000
	Motivos de afrontamiento	Coefficiente de correlación		1.000	.525	.762	.717	.494
		Sig. (bilateral)			.000	.000	.000	.000
	Motivos de conformidad	Coefficiente de correlación			1.000	.486	.507	.321
		Sig. (bilateral)				.000	.000	.000
	Motivos sociales	Coefficiente de correlación				1.000	.727	.577
		Sig. (bilateral)					.000	.000
	Motivos de estimulación	Coefficiente de correlación					1.000	.419
		Sig. (bilateral)						.000

En la siguiente tabla se analizó la relación entre los motivos para el consumo de bebidas alcohólicas y el consumo de dichas bebidas, encontrando una relación positiva entre los motivos y el consumo de bebidas alcohólicas; el consumo de alcohol se relaciona positivamente con los motivos de afrontamiento ( $r=0.494$ ), los motivos de conformidad ( $r=0.321$ ), motivos sociales ( $r=0.577$ ), y con los motivos de estimulación ( $r=0.419$ ). Es decir que a una mayor intensidad de los motivos para el consumo, se presentarán mayores niveles de ingesta de bebidas alcohólicas (tabla N°12).

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

La presente investigación busca identificar la relación entre los motivos y la ingesta de bebidas alcohólicas que presentan los Policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa, a través de la integración de los resultados obtenidos en el análisis de la Encuesta sobre el Consumo de Bebidas Alcohólicas (EC) que se enfoca bajo la perspectiva teórica desarrollada por Windle (1988) que describe las características del consumo e identifica los distintos tipos de bebedores; y el Cuestionario de Motivos de Consumo de Alcohol (CMC) desarrollado por Cooper (1994) que señala las motivaciones que propician dicho consumo. Estos factores permiten un proceso de análisis más exhaustivo y completo, sobre la problemática del consumo.

El total de la muestra evaluada estuvo conformada por 153 policías varones de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa, cuyo rango de edad oscila entre los 20 y 56 años de edad, con una media de 34.5 años.

Los resultados encontrados en la Encuesta sobre el Consumo (EC), revelan que la ingesta de alcohol en la muestra evaluada alcanza el 92.8%, consumo que se realizó

durante los últimos 6 meses. Dichos resultados están por encima de lo reportado por CEDRO (2015), cuyas estadísticas de consumo de los varones entre los 19 y 50 años de edad, alcanza el 89.2%. Se observa que el consumo del personal policial se encuentra por encima del promedio nacional, y sólo el 7.2% de la población evaluada no habría ingerido bebidas alcohólicas, durante los últimos 6 meses, recayendo en la categoría de abstemios.

Sobre la ingesta de alcohol que se da “entre semana”, es decir de lunes a jueves, el 52.8% de los evaluados consume al menos una vez a la semana y el 2.1% lo realiza de dos a tres veces a la semana. El consumo durante los “fin de semana”, los viernes, sábado y/o domingo, el 82.4% lo realiza al menos una vez a la semana, el 7.7% lo hace dos días a la semana y el 1.4%, tres días a la semana. Estas particularidades en el consumo se relacionan con el tipo de jornada de trabajo a la que se ajusta esta población, que es el régimen laboral de “24 horas por 24 horas”, es decir un día de trabajo seguido de un día de descanso. Jornada que se altera en situaciones de emergencia, urgencia e inamovilidad. Dicha jornada laboral da un amplio margen de tiempo libre a lo largo de toda la semana que es utilizado con distintas conductas de ocio, como la de beber. Lo que nos permite considerar que el personal policial ingiere alcohol durante sus días libres o de descanso.

Estas características de consumo se relacionan con lo señalado por Díez (2003), que partiendo de los estudios antropológicos de Grase realizados en España y Portugal, considera que el alcohol forma parte del estilo de vida del hombre adulto y simboliza la iniciación, virilidad, solidaridad, el control social y la integración a los distintos grupos sociales; considera que las formas y medios de ingerir bebidas alcohólicas están definidas culturalmente y activadas por las situaciones y las circunstancias; configurando un hábito el consumo cotidiano y regular, el mismo que se asocia de forma general al disfrute del tiempo libre, del descanso de las obligaciones laborales; por tanto, señala Díez (2003), “tomar una copa” ayuda a establecer la transición entre dos tiempos cualitativamente distintos: de trabajo y de ocio, o también de obligaciones y de placer, asociando el alcohol con el tiempo de ocio o tiempo libre.

Con respecto a la compañía al momento de beber, el 97.2% de la muestra evaluada consume en “compañía”, y únicamente el 2.8% lo realiza “solo”. Datos que se contrastan con lo reportado por Chau (1999) y Mezquita (2012); como señalan Papalia, Wendkos y Duskin (2005) en las poblaciones adultas se consolida la socialización y la interrelación



con los distintos grupos de personas tanto en los ámbitos familiares, amicales, laborales, etc., interrelación que incluye la ingesta de bebidas alcohólicas con un fin socializador. De este grupo de bebedores, el 92.8% prefiere la compañía de sus amigos y/o colegas al ingerir alcohol, el 34.8% también lo hace acompañado de su pareja (enamorada, novia o esposa).

La mayoría de la población evaluada, el 68.3%, prefiere consumir bebidas alcohólicas en fiestas y reuniones, seguida del 52.1% que lo realiza en discotecas y pubs. Como desarrollan Páez, Valdosedá, Igartua, Basabe y Iraurgi (1992), estos grupos comparten el mismo fin de socialización, que parten de la representación social positiva que adquieren dichas bebidas ya que están presentes y mejor desarrolladas en las personas adultas.

Los resultados encontrados contrastan con lo reportado en las investigaciones de la Commissioner of Police (2007), de los Estados Unidos, las que señalan que el consumo de alcohol realizado por policías, conforma parte de su estilo de vida, como una conducta normal y esperada. Señalan que “los policías se configuran, así mismos, como un grupo cerrado, donde sus miembros necesitan apoyarse entre sí”, es decir apoyarse con sus amigos, colegas y allegados próximos como la pareja. Los lazos que estos generan se refuerzan en las fiestas y reuniones, por ello las celebraciones entre los miembros de la policía, tienen un papel socializador importante, donde las bebidas alcohólicas son un elemento constante.

Smith, Devine, Leggat e Ishitake (2005), sostienen que consumir alcohol y tabaco forma parte de la cultura policial; ya que su vida gira alrededor del trabajo, algunos aspectos de su comportamiento sufren alteraciones como consecuencia del estrés postraumático. También Sánchez, Sanz, Apellaniz y Pascual (2001) relacionan el consumo de alcohol en policías a la constante exposición a situaciones estresantes, ansiedad y a estados depresivos encubiertos. Podemos señalar que el consumo de alcohol además de cumplir una función socializadora, también se convierte en una forma de respuesta y reducción del estrés.

Sobre las experiencias de exceso, la más reportada es “beber cinco o más tragos”, donde el 50.7% señala haber tenido dicha experiencia al menos una vez al mes, seguida

del 8.5% que lo realiza al menos dos o tres veces al mes. En segundo lugar se encuentra la experiencia de “beber para emborracharse” que es encontrada en el 33.8% que lo realizan al menos una vez al mes, y el 3.5% lo hace al menos dos o tres veces al mes. El hecho de “beber sin poder detenerse” es reportado en el 28.9% de los casos que lo realizan al menos una vez al mes, y el 1.4% al menos dos o tres veces al mes y al menos una vez a la semana.

Las experiencias de exceso encontradas en la población investigada concuerdan con lo reportado por Chau (1999), que indica que los grupos de consumidores adultos tienden a tener más experiencias de exceso respecto al consumo de las bebidas alcohólicas. Destaca el hecho que “consumir cinco o más bebidas” y “no poder detenerse al momento de consumir alcohol” por cada evento de consumo, se asocia a una mayor cantidad de situaciones estresantes y de ansiedad. La investigación desarrollada por Gutiérrez y Cote (2011) en policías colombianos, encontró que estos tienen un consumo bajo, pero con eventos de excesos marcados, como el hecho de “beber mucho” así como la necesidad de beber solamente con el fin de emborracharse.

En relación a los tipos de bebidas alcohólicas consumidas por la población evaluada encontramos a la cerveza, el ron, el vino y el pisco. Siendo la cerveza la más consumida, ya que es económica y al tener un grado alcohólico bajo se necesita una mayor cantidad para sentir sus efectos. Los aspectos culturales también se relacionan con su preferencia, ya que es tradicional en nuestro medio. Los datos presentados por Heredia y Macher (2016) señalan que el Perú es un país con una larga tradición “informal” en el consumo de bebidas alcohólicas, y con una naciente cultura cervecera que se va consolidando paulatinamente. Los distintos grupos poblacionales tienden a la preferencia de dicha bebida por su bajo precio y fácil accesibilidad (Álvarez, Arce, Ayllón, Cojal, & García, 2015). Es importante señalar que la industria cervecera domina el 95% del mercado de las bebidas alcohólicas a nivel nacional, además que tiene una fuerte influencia de los medios de comunicación y la publicidad.

En base a los resultados encontrados a lo largo de la investigación y a las distintas características de consumo desarrolladas anteriormente, se puede obtener la tipología del bebedor propuesta por Windle, la que permite una aproximación a la muestra, proporcionando criterios para una mejor diferenciación y un manejo adecuado de los

resultados. Se puede ver que el 32.8%, se ubica en la categoría de bebedor moderado, seguido del 23.5% que recae en la categoría de bebedor intenso, y 22.8%, como bebedores ligeros; lo cual difiere con lo encontrado por Gutiérrez y Cote (2011) donde el 86.9% de su muestra de policías colombianos, no presenta ningún tipo de problema relacionado con el alcohol, recayendo en la categoría de bebedores ligeros. Es importante señalar que los autores antes mencionados, consideran importante realizar una revisión de la deseabilidad social por parte de su muestra.

Es significativo señalar que el 13.7% de la población evaluada se ubica en la categoría “bebedor problemático”, donde el consumo estaría lindando con el abuso. Estos resultados deben ser considerados ya que la información sobre la dependencia en el Perú señala que aproximadamente el 10% de la población sería dependiente a las bebidas alcohólicas (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, 2015). Similares resultados son los que señala el Coordinador Regional de Salud Mental de Gerencia Regional De Salud Arequipa el Psicólogo Helmer Jiménez, en el año 2015, quien indica que la población dependiente de alcohol en la región Arequipa fluctúa en un 10% del total de la población, que se caracteriza por un crecimiento exponencial, pudiendo llegar al 15% en los próximos 5 años. El porcentaje de bebedores problemáticos reportados en este estudio se encuentra ligeramente por encima del promedio regional y nacional. Se debe resaltar que al hablar de dependencia en esta población implica un criterio diagnóstico más específico, lo cual plantea la necesidad de realizar una línea de investigación más compleja.

Dicho consumo se relaciona con conductas que lindan con la agresividad como lo indican los reportes de Sandoval (2014) donde los policías que consumen alcohol de forma intensa tienen una mayor cantidad de quejas y denuncias por agresividad. Del mismo modo los informes del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2017) señalan que hay evidencias de que el abuso en el consumo de alcohol está asociado a conductas de alto riesgo, entre ellas el recurso de la violencia.

Respecto a las motivaciones asociadas al consumo de bebidas alcohólicas, los resultados que se obtuvieron están enfocados desde la perspectiva del modelo motivacional de Cox y Klinger (1988), ya que este representa un marco integrador de las diferentes variables biológicas, psicológicas y socioculturales relacionadas con el uso y

abuso de alcohol, donde cada una de estas variables contribuye al inicio, mantenimiento y consecución de la ingesta de bebidas alcohólicas a través de vías motivacionales. Se menciona que la decisión del consumo responde a motivos que pueden ser internos o externos, búsqueda de la evitación de las emociones negativas o el incremento de emociones positivas.

El consumo que reportan los policías evaluados se realiza en compañía de sus colegas, amigos y parejas, y se da durante las fiestas y reuniones. Dicha información concuerda con la literatura, la misma que reporta una mayor incidencia de motivos de carácter social y de estimulación. Considerando ello, la población evaluada reporta un acercamiento a los motivos de carácter social y los motivos de afrontamiento.

En el caso de los motivos sociales, la relación con la ingesta de alcohol es de carácter positivo, dichos motivos se asocian con la intención de mejorar los encuentros sociales o para aumentar la diversión en una fiesta (Mezquita, 2012). En este sentido Chau (1999), refiere que los motivos sociales se relacionan con la necesidad de obtener un resultado positivo del medio o recompensas sociales. Bandura (1997, citado por Chau, 1999) afirma que el modelamiento social de la conducta de beber es un poderoso instigador y regulador del consumo de alcohol. Por lo expuesto podemos señalar que el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los policías evaluados responde a las necesidades de socialización y convivencia.

Los motivos de afrontamiento (o para manejar problemas) presenta una relación positiva, es decir consumen alcohol para hacer frente a estados emocionales negativos (Mezquita, 2012), del mismo modo lo desarrollado por Chau (1999) indica que las personas que reportan los motivos de afrontamiento también podrían asociarse a un consumo problemático de alcohol.

Lo observado en la presente investigación confirma los planteamientos de Cox y Klinger (1988), los que señalan que el consumo de alcohol es una conducta con propósito; en el caso de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa, tiene un fin de socialización, que busca el incremento de los estados placenteros para “sentirse bien” y, a su vez, de afrontar las emociones negativas. Razón por la cual se inclinan al consumo de alcohol, encontrando una aparente solución a los conflictos para olvidarlos o evadirlos,

pero teniendo como consecuencia la complicación de la problemática en un mediano o largo plazo.

Respecto a las correlaciones entre el consumo y los motivos para beber, se aprecia que los motivos de conformidad muestran una menor correlación positiva, es decir que por sí solos y de forma aislada, no presentan una relación considerable con el alcohol consumido.

Los motivos de estimulación y los motivos de afrontamiento tienen una correlación positiva con el alcohol consumido. Asimismo los motivos sociales se asocian positivamente con la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol (Cooper, 1994). Resultados similares son los reportados por Solís y Vega (2016) en su investigación en estudiantes universitarios, al igual que lo encontrado por Chau (1999), Mezquita (2012) donde se puede observar una correlación positiva entre dichos motivos y el consumo de bebidas alcohólicas. Dichos resultados reafirman lo planteado por Cox y Klinger (1988), quienes indican que el hecho de decidir consumir bebidas alcohólicas responde a motivos internos como el manejo del estado emocional buscando mejorar dicho estado y elevar el bienestar, y a premios externos, como la aprobación por parte del grupo para regular y/o evitar emociones negativas o incrementar las emociones positivas.

Considerando la información encontrada en la presente investigación, se puede apreciar que los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa se configuran como bebedores moderados y bebedores intensos. Es preocupante ver que existe una cantidad considerable del personal que recae en la categoría de bebedor problemático, 13.7%, la misma que incluso llega a superar los reportes regionales y nacionales.

Respecto a las motivaciones, los hallazgos de esta investigación muestran una correlación positiva moderada entre los motivos sociales, y correlaciones positivas con los motivos de afrontamiento, estimulación y conformidad; lo que comprueban lo planteado en la literatura de Cox y Klinger (1988) quienes ven que los motivos tanto internos como externos se relacionan con las conductas de ingesta de bebidas alcohólicas.

## CONCLUSIONES

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

**PRIMERA:** Existe una alta prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas por parte de los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa (92.8%), la que se realiza durante su tiempo libre, prefiriendo hacerlo en compañía de sus colegas y amigos; recurriendo a acontecimientos de exceso como beber más de cinco tragos por cada evento de consumo y beber únicamente con el fin de emborracharse.

**SEGUNDA:** Los bebedores moderados y los bebedores intensos son los principales tipos de consumidores encontrados en los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa, asimismo una cantidad a considerar de evaluados recae dentro de la categoría de bebedor problemático.

**TERCERA:** Los motivos sociales y los motivos de afrontamiento son las principales razones para beber que tienen los policías de la Unidad de Servicios Especiales de Arequipa. Los motivos de estimulación y de conformidad también se presentan pero en una menor intensidad. De igual modo se puede establecer que tales motivos influyen en el consumo de bebidas alcohólicas.

**CUARTA:** Existe una correlación positiva entre los motivos sociales y el consumo de bebidas alcohólicas; además los motivos de afrontamiento, de estimulación y de conformidad se relacionaron con el consumo de alcohol positivamente pero con menor fuerza.

## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Se sugiere que la investigación pueda realizarse posteriormente con una mayor población de policías de distintas unidades y comisarías, considerando sus diversos contextos socioculturales.

**SEGUNDA:** Se propone que se incluyan programas de prevención en temas asociados al consumo de alcohol y drogas, en las escuelas de formación policial, para que así los policías puedan tener conocimientos objetivos sobre dicha problemática.

**TERCERA:** Realizar estudios que determinen los factores de causalidad en la aparición de los distintos hábitos de consumo de alcohol, considerando todas las dimensiones que influyen en la formación del ser humano; así como identificar y analizar otras variables que propician la ingesta de bebidas alcohólicas.

**CUARTA:** Diseñar programas de reeducación en base a las características de consumo y los motivos asociados a esta conducta, principalmente en los motivos sociales y de afrontamiento, ya que estos se relacionan con una mayor ingesta.

**QUINTA:** Elaborar programas psicoterapéuticos grupales e individuales en el personal que presenta características de consumo de alcohol, incidiendo en los niveles de consumo moderado e intenso.

**SEXTA:** Realizar seguimiento e intervenciones, además de evaluaciones psicológicas periódicas en el personal policial que presenta un tipo de consumo problemático, para obtener información precisa sobre su consumo. Del mismo modo realizar un tratamiento especializado que aborde sus aspectos personales, familiares y laborales.

## REFERENCIAS

- Álvarez, E., Arce, K., Ayllón, M., Cojal, I., & García, M. (2015). *Planeamiento Estratégico para la Unión de Cervecerías Peruanas Backus y Johnston*. [Tesis de Maestría], Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado, Lima.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arana, M. (2013). *Factores de personalidad en estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol*. [Tesis de licenciatura], PUCP, Facultad de Letras y Ciencias Huamanas, Lima.
- Ávila, M. (2012). *Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol*. [Tesis doctoral], Departamento de Enfermería, Alicante.
- Babor, T. et al. (2001). *AUDIT Cuestionario de Identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. Arequipa: Gobierno Regional de Arequipa.
- Barreiro, C. (2010). Factores psicológicos en las adicciones. En E. Becoña, & M. Cortés (Edits.), *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (págs. 45-59). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E., & Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine* (24), 183-203.
- Cantarazo, D. (2001). *Motivación y emoción*. México DF: Prentice Hall.



- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. (2007). *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: CEDRO.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. (2015). *El Problema de las Drogas en el Perú*. Lima: Cedro.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona* , 2, 121-261.
- Chau, C. (2014). *Determinants of alcohol use among university students, the role of stress, coping and expectancies*. [Doctoral Dissertation], University of Leuven, Belgium.
- Chau, C., & Van der Broucke, S. (2005). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: estudio de focus group. *Revista de Psicología de la PUCP*, 23(2), 267 – 291.
- Clayton, R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz, & R. Pickens (Edits.), *Vulnerability to drug abuse* (págs. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2015). *Informe del Uso de Drogas en las Américas*. Washington, D.C.: Eds. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.
- Commissioner of Police. (2007). *NSW Police Force Drug and Alcohol Policy*. NSW POLICE FORCE SAFETY COMMAND.
- Cooper, M. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6(2), 117 – 128.
- Coronado, G. (2004). *Etapas de cambio y consumo de alcohol en adultos*. [Tesis de Maestría], Universidad Autonoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería.
- Cosacov, E. (2007). *Diccionario de términos técnicos de psicología* (Tercera ed.). Córdoba: Brujas.
- Cox, M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168-180.

- Cox, M., & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change and alcohol use: A model. En M. Cox, *Why people drink* (págs. 291-311). Nueva York: Gardner Press.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. México DF: Prentice Hall.
- Diccionario de medicina Mosby* (Cuarta ed.). (2009). Madrid: Oceano.
- Díez, I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. *Osasunaz*(5), 177-190.
- Edwards G. and Holder H.D. (2000) The alcohol supply: Its importance to public health and safety, and essential research questions. *Addiction* 95, S621-7
- El consumo de alcohol y otras drogas. (2001). En L. Brannon, & J. Feist, *Psicología de la Salud* (págs. 479-521). Madrid: Paraninfo.
- Fernández, P., & De Moral, M. (2009). Conceptos fundamentales de drogodependencias. En P. Lorenzo, J. Ladero, J. Leza, & I. Lizasoain, *Drogodependencias* (Tercera ed., págs. 1-26). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Fiestas, F. (2011). *Medidas de salud pública para reducir la carga de enfermedad generada por el consumo de alcohol en la sociedad*. Lima: INS-UNAGESP.
- Figuerola, J., Vallejos, M., Cárdenas, R., & Ramírez, D. (2010). Asertividad, motivaciones, personalidad y consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Revista Investigaciones Psicológicas*, 1(1), :12-20.
- Fillmore M., Hartka E., Johnstone M., Leino V., Motoyoshi M., & Temple T. (1991) Meta-analysis of life course variation in drinking: The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project. *British Journal of Addiction* 86, 1221-68
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. México DF: Siglo XXI editores.
- García, J., Zaldívar, F., López, F., & Molina, A. (2009). The role of personality variables in drug abuse in a spanish university population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(3), 475-487.
- Gerring, R., & Zimbardo, F. (2005). *Psicología y Vida* (Decimoséptima ed.). Naucalpan de Juárez: Pearson Educación.

- Gutiérrez, D., & Cote, M. (2011). Evaluación del uso de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco en el personal Aeronáutico de la Base Aérea de Guaymaral, Policía Nacional de Colombia 2010. *Logos Ciencia & Tecnología*, 2(2), 38-49.
- Heath D.B. (1984) Cross-cultural studies of alcohol use. In: Galanter M. (ed.), *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 2, pp. 405-15. New York, NY: Plenum.
- Heckermann, W., & Magalhaes, C. (2011). Dependencia alcohólica: aspectos clínicos y diagnóstico. En A. Guerra de Andrade, & J. Anthony, *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual* (págs. 67-88). Sao Paulo: Manolete.
- Heredia, G., & Macher, C. (2016). *Estudio de prefactibilidad para la instalación de una planta productora de cervezas artesanales*. [Tesis de Licenciatura ], Universidad de Lima, Facultad de Ingeniería Industrial, Lima.
- Hernández, N., & De la Cruz, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la Salud*. México DF: Libros en Red.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación (5ta ed.)*. México DF: Mc Graw Hill.
- Ibáñez, M., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L., Ruipérez, M., & Ortet, G. (2010). Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults. *Personality and Individual Differences*, 48, 171-176.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A., & Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*(85), 244-254.
- Lazarus, R. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834.
- Londoño, C., García, Q., Valencia, S., & Vinacia, S. (2005). Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*, 21(2), 259-267.

- Luque, F. (2007). Criterios diagnósticos. En P. Tirado, *Guía Clínica para el Abordaje de Trastornos relacionados con el Consumo de Alcohol* (págs. 27-41). Andalucía: Consejería de igualdad y bienestar social.
- Martínez-González, J., Trujillo, H., & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad* (Tercera ed.). Madrid: Diaz de Santos S.A.
- Mezquita, L. (2012). *El papel del maltrato, la personalidad y los motivos del consumo de alcohol: estudio prospectivo de cinco años en adultos jóvenes*. [Tesis de doctorado], Universitat Jaume I, Escuela de Post Grado, Valencia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Observatorio Peruano de Droga. (2010). *Impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú*. Lima: DEVIDA.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de la Sanidad y Consumo de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado el 04 de 08 de 2016, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Global status report on alcohol and health*. Recuperado el 15 de 08 de 2016, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas* (Segunda ed.). Washington D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, D.C.: Eds. Organización Panamericana de la Salud.
- Paez, D., Valdoseda, M., Igartua, N., Basabe, N., & Iraurgi, J. (1992). Las representaciones sociales del alcohol. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2(2-3), 33-54.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A., & Gorayeb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano* (Novena ed.). México DF: Mc Graw Hill Interamericana.
- Peña, J., Macías, N., & Morales, F. (2011). *Manual de práctica básica: motivación y emoción* (segunda ed.). México DF: Manual Moderno.
- Plutchik, R. (1985). On emotion: The chicken-and-egg problem revisited. *Motivation and Emotion*(9), 197-200.
- Pons, J., & Bejarano, E. (1999). *El consumo Abusivo de Alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Recuperado el 28 de 11 de 2016, de <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/consumoAbusivo.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2017). *Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014 Seguridad Ciudadana diagnóstico y propuestas*. Obtenido de <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/I-DH-AL%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>
- Puente, G. (2015). *Volición y consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. [Tesis de Licenciatura], Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas .

- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción* (Quinta ed.). México DF: Mc Graw Hill/Interamericana Editores.
- Richter, T. (2003). Percepción y consciencia. En C. Hunermann, & J. Tarrida, *La salud y la mente I* (págs. 60-79). Barcelona: El Comercio.
- Roberts, R., Roberts, C., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*(88S), S4-S13.
- Rodríguez Martos, A. (1999). Alcoholismo: Diagnóstico, concepto, motivación y tratamiento. En E. Becoña, A. Rodríguez, & I. Salazar, *Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico da Universidade de Santiago de Compostela.
- Roizen R. (1981) The world health organization study of community responses to alcohol-related problems: A review of crosscultural findings. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Saavedra, A. (1994). Epidemiología de la dependencia a sustancias psicoactivas en el Perú. *Revista Neuropsiquiátrica*. 57 (3), 150-169.
- Saavedra, A. (1997). *Comorbilidad en el alcoholismo*. Series de Monografías de Investigación N°5. Lima: INSM.
- Salamó, A., Gras, M., & Font-Mayolas, S. (2010). Consumo de alcohol en jóvenes: edad de iniciación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 743-750.
- Sanchez, J., Sanz, M., Apellaniz, A., & Pascual, A. (2001). Policía y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, 1(4), 21-25.
- Sancho Sanz, F. (1992). *Estudio sobre aspectos de la personalidad y la comunicación del alcoholismo a partir de un nuevo cuestionario*. [Tesis de Doctorado], Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Madrid.

- Sandoval, R. (27 de 02 de 2014). ¡Salud, jefe!: el alcoholismo en la Policía Nacional del Perú. *Correo Semanal*, págs. 10-14.
- Sanz, M., Menéndez, F., Rivero, M., & Conde, M. (2013). *Psicología de la motivación: teoría y práctica*. Madrid: SANZ Y TORRES.
- Shaffer, D. (2000). *Social and personality development*. Belmon: Wadsworth.
- Smith, D., Devine, S., Leggat, P., & Ishitake, T. (2005). Alcohol and tobacco consumption among Police Officers. *Kurume Medical Journal*, 52(1-2), 63-65.
- Solís, R., & Vega, M. (2016). *Motivos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios*. [Tesis de pregrado], Universidad Nacional de San Agustín, Escuela profesional de Psicología, Arequipa.
- Tello, S. (2010). *El consumo de alcohol en estudiantes univertarios, las expectativas respecto a su uso y la autoeficacia de resistencia*. [Tesis de licenciatura], PUCP, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, LIMA.
- Terán, M. (2005). *Las motivaciones y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios*. [Tesis de Maestría], Universidad de Nuevo León, Facultad de Psicología, Nuevo León.
- Villa, M., Rodríguez, F., & Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*(18), 52-58.
- Windle, M. (1996). An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and logitudinal stability. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 627-637.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale: NJ: Erlbaum.
- Zuni, M. (02 de 06 de 2016). Revelan las faltas más comunes que cometen los policías. *El Pueblo*, págs. 5-6.

# **ANEXOS**

- A. Encuesta sobre el consumo de bebidas  
alcohólicas (EC)**
- B. Cuestionario de motivos de consumo de  
alcohol (CMC)**
- C. Formato de consentimiento informado**
- D. Prueba de Kolmogorov – Smirnov**
- E. Validación estadística del Cuestionario de  
motivos de consumo de alcohol (CMC)**



**ANEXO A**

**ENCUESTA SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

**INSTRUCCIONES**

Las preguntas de las siguientes páginas son acerca del consumo de bebidas alcohólicas **durante los últimos 6 meses**.

Por favor, responda a cada pregunta marcando con una "X" o círculo donde mejor se describa su situación. Escoja sólo una respuesta en los casos que se le indica. Responda lo mejor que pueda, y recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Varón (\_\_\_\_) Mujer (\_\_\_\_)

1. ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica durante los últimos 6 meses?

- ☐ Sí  
☐ No

Si su respuesta es "no", por favor, pase a la pregunta 13.

2. Generalmente bebe:

- ☐ Solo/a  
☐ En compañía de otros

Si su respuesta es "solo/a", por favor, pase a la pregunta 4

3. Durante los últimos 6 meses, ¿Con qué frecuencia bebió en compañía de las siguientes personas?

	Nunca	Una vez al mes	2-3 veces al mes	una vez por semana	2-3 veces por semana	4-5 veces por semana	todos los días
Pareja (esposa, conviviente o enamorada)							
Amigos							
Padres							
Otros: _____							

4. Usualmente, ¿Con qué frecuencia ingiere bebidas alcohólicas en:

	Nunca	Una vez al mes	2-3 veces al mes	Una vez por semana	2-3 veces por semana	4-5 veces por semana	Todos los días
Fiestas y reuniones							
Discotecas y pubs							
En tu casa							
Casa de tu amigo							
En un auto							
Otro, escribe _____							

5. En promedio, ¿durante los últimos 6 meses con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas durante los **días de semana**? (Lunes a jueves)? (marca una sola respuesta)

- ☐ Nunca
- ☐ Al menos una vez a la semana (lunes a jueves)
- ☐ 2 a 3 veces a la semana (lunes a jueves)
- ☐ 4 o más veces a la semana (lunes a jueves)

6. ¿Cuántos tragos bebe usualmente, *en una reunión*, cuando tomas en los días entre de semana (lunes a jueves)? (Un trago se define como una botella de cerveza chica, un vaso de vino, un vaso de alcohol mezclado con algo no alcohólico) (Marca una sola respuesta)

- ☐ 1 ó 2
- ☐ 3 ó 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 o más

7. En promedio, ¿con qué frecuencia durante los últimos 6 meses, bebió durante los fines de semana (viernes a domingo)?. (Marca una sola respuesta).

- ☐ Nunca
- ☐ Al menos una vez
- ☐ 2 días
- ☐ 3 días

8. ¿Cuántos tragos bebe usualmente, en una ocasión, durante los fines de semana (viernes a domingo)? (Marca una sola respuesta)

- ☐ 1 ó 2
- ☐ 3 ó 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7 o más

9. En algunas ocasiones la gente bebe más de lo que acostumbra. ¿Con qué frecuencia le ha ocurrido durante los últimos 6 meses, que ha **bebido 5 o más tragos** en una ocasión en un corto periodo de tiempo?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                            | <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes          | <input type="checkbox"/> Diario                       |
| <input type="checkbox"/> Al menos dos o tres veces al mes |   |

10. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le ha sucedido que ha bebido sin poder detenerte, una vez que empezó a tomar?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                            | <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes          | <input type="checkbox"/> Diario                       |
| <input type="checkbox"/> Al menos dos o tres veces al mes |   |

11. Durante los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha bebido para "emborracharte"?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                            | <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana |
| <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes          | <input type="checkbox"/> Diario                       |
| <input type="checkbox"/> Al menos dos o tres veces al mes |   |

12. ¿Qué bebida alcohólica ha usado con más frecuencia en los últimos 6 meses? (**marca sólo una respuesta**)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveza | <input type="checkbox"/> Whisky                       |
| <input type="checkbox"/> Vino    | <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifica) |
| <input type="checkbox"/> Ron     | _____   |
| <input type="checkbox"/> Vodka   |   |

13. ¿Con qué frecuencia consumen bebidas alcohólicas sus *dos* mejores amigos (varones)?  
(Marca una sola respuesta)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                               | <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al mes      | <input type="checkbox"/> 4-5 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces al mes                    | <input type="checkbox"/> Todos los días       |
| <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez a la semana | <input type="checkbox"/> No sé o no recuerdo  |

14. ¿Con qué frecuencia consumen bebidas alcohólicas sus *dos* mejores amigas?  
(Marca una sola respuesta)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                               | <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al mes      | <input type="checkbox"/> 4-5 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces al mes                    | <input type="checkbox"/> Todos los días       |
| <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez a la semana | <input type="checkbox"/> No sé o no recuerdo  |

15. ¿Con qué frecuencia *su padre* consume bebidas alcohólicas?. (Marca una sola respuesta)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca                               | <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez al mes      | <input type="checkbox"/> 4-5 veces por semana |
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces al mes                    | <input type="checkbox"/> Todos los días       |
| <input type="checkbox"/> Aproximadamente una vez a la semana | <input type="checkbox"/> No sé                |

16. ¿Con qué frecuencia *su madre* consume bebidas alcohólicas? (Marca una sola respuesta)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nunca                               | <input type="radio"/> 2-3 veces por semana |
| <input type="radio"/> Aproximadamente una vez al mes      | <input type="radio"/> 4-5 veces por semana |
| <input type="radio"/> 2-3 veces al mes                    | <input type="radio"/> Todos los días       |
| <input type="radio"/> Aproximadamente una vez a la semana | <input type="radio"/> No sé                |

17. Por favor, indica con qué frecuencia has experimentado, en los *últimos 6 meses*, las siguientes situaciones relacionadas al consumo de bebidas alcohólicas, marcando con una “X” o un círculo el número que corresponda:

**0. Nunca (no ocurrió en los últimos 6 meses)**

**1. Rara vez (1-2 veces en los últimos 6 meses)**

**2. Algunas veces (3-5 veces en los últimos 6 meses)**

**3. A menudo (6-10 veces en los últimos 6 meses)**

**4. Frecuentemente (más de 10 veces en los últimos 6 meses)**

Afirmaciones	0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 A menudo	4 Frecuentemente
1. Tener una pelea con tus padres por tomar	0	1	2	3	4
2. Hacer cosas, mientras bebías, de las que te arrepentiste al día siguiente	0	1	2	3	4
3. Pensar en tomar menos	0	1	2	3	4
4. Embriagarte varios días seguidos	0	1	2	3	4
5. Tener una resaca	0	1	2	3	4
6. Desmayarte por tomar	0	1	2	3	4
7. Tener una pelea con tu enamorado/a por tomar	0	1	2	3	4
8. Mientras bebías, pelear o tener una discusión fuerte con alguien que no conocías	0	1	2	3	4
9. Estar involucrado/a en un accidente relacionado con el consumo de alcohol	0	1	2	3	4
10. Beber solo/a	0	1	2	3	4
11. Tomar alcohol para terminar con la resaca	0	1	2	3	4
12. Tomar para olvidarte de tus problemas	0	1	2	3	4
13. Meterte en problemas con la ley mientras bebías (diferentes a los relacionados con manejar o conducir)	0	1	2	3	4

**MUCHAS GRACIAS.**

## ANEXO B

### CUESTIONARIO DE MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

(CMC)

#### INSTRUCCIONES

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

**1 = nunca o casi nunca**  
**2 = pocas veces**  
**3 = la mitad de las veces**  
**4 = la mayoría de las veces**  
**5 = siempre**

Piense usted en todas las ocasiones que haya consumido bebidas alcohólicas, ¿qué tan seguido diría usted que consume bebidas alcohólicas por causa de los siguientes motivos?

<b>Afirmaciones</b>	<b>Nunca o Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>La mitad de las veces</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Siempre</b>
1. Para olvidarme de mis preocupaciones	1	2	3	4	5
2. Porque mis amigos me presionan para consumir alcohol	1	2	3	4	5
3. Porque me ayuda a disfrutar en una fiesta	1	2	3	4	5
4. Porque me ayuda cuando me siento triste o deprimido	1	2	3	4	5
5. Para ser sociable y hacer más amigos	1	2	3	4	5
6. Para animarme cuando ando de mal humor	1	2	3	4	5
7. Porque me gusta cómo me siento consumiendo alcohol	1	2	3	4	5
8. Para que otros no se burlen de mí por no tomar	1	2	3	4	5
9. Porque es emocionante	1	2	3	4	5
10. Para embriagarte	1	2	3	4	5
11. Porque hace las reuniones sociales más divertidas	1	2	3	4	5
12. Para pertenecer al grupo que quiero	1	2	3	4	5
13. Porque me da una sensación placentera	1	2	3	4	5
14. Porque mejora las fiestas y celebraciones	1	2	3	4	5
15. Porque me siento más seguro de mí mismo	1	2	3	4	5
16. Para celebrar una ocasión especial con mis amigos	1	2	3	4	5
17. Para olvidarme de mis problemas	1	2	3	4	5
18. Porque es divertido	1	2	3	4	5
19. Para caerles bien a los demás	1	2	3	4	5
20. Para no sentir que mis amigos o compañeros me excluyen	1	2	3	4	5

## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, acepto libre y voluntariamente, ser participante de la Investigación que conduce el Bachiller en Psicología Cristhian Berly Huayta Chambi con la aprobación de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

Entiendo que el propósito de la presente investigación es obtener un mayor conocimiento sobre las características del consumo de bebidas alcohólicas entre los miembros de la policía.

Se me ha explicado que voy a llenar dos cuestionarios. La sesión durará aproximadamente veinte minutos. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria.

Asimismo, se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas. Mis datos personales también se mantendrán confidenciales.

Los resultados de la investigación serán presentados de manera grupal, no individual, por lo que no se mencionarán mis datos personales ni mis respuestas en ningún momento. He leído y entendido este consentimiento informado.

---

Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### PRUEBA DE KOLMOGOROV - SMIRNOV

**CUADRO N° 3: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		Motivos de consumo de alcohol	Motivos de afrontamiento	Motivos de conformidad	Motivos sociales	Motivos de estimulación	Consumo de alcohol
N		153	153	153	153	153	153
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	39,99	11,22	6,57	13,42	8,78	28,33
	Desviación estándar	14,309	5,942	2,235	5,183	3,569	25,575
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,151	,202	,235	,142	,145	,175
	Positivo	,151	,202	,228	,124	,129	,175
	Negativo	-,144	-,168	-,235	-,142	-,145	-,134
Estadístico de prueba		,151	,202	,235	,142	,145	,175
Sig. asintótica (bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

## ANEXO E

### VALIDACIÓN ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE CONSUMO DE ALCOHOL (CMC)

**CUADRO N° 4: Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,931	20

**CUADRO N° 6: Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
item_1	37,90	176,339	,791	,923
item_2	38,71	198,064	,318	,932
item_3	37,46	183,421	,685	,926
item_4	37,79	174,693	,813	,923
item_5	37,71	176,825	,807	,923
item_6	37,75	173,793	,790	,923
item_7	38,41	188,665	,615	,928
item_8	38,80	198,211	,365	,931
item_9	38,31	187,451	,592	,928
item_10	38,24	184,405	,588	,928
item_11	37,29	178,483	,730	,925
item_12	38,60	194,847	,376	,931
item_13	38,33	190,182	,510	,929
item_14	37,33	174,908	,763	,924
item_15	37,82	176,335	,709	,925
item_16	36,89	177,797	,648	,927
item_17	37,65	170,296	,798	,923
item_18	38,06	187,043	,525	,929
item_19	38,65	195,570	,284	,933
item_20	38,80	199,005	,224	,933





# **CASO CLÍNICO**

## **ANAMNESIS**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>1. Nombres y Apellidos</b>	: S. A. N. M.
<b>2. Edad</b>	: 43 años
<b>3. Sexo</b>	: Masculino
<b>4. Fecha de Nacimiento</b>	: 11 de octubre de 1973
<b>5. Lugar de Nacimiento</b>	: Arequipa
<b>6. Lugar de Procedencia</b>	: Arequipa
<b>7. Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>8. Estado Civil</b>	: Separado
<b>9. Ocupación</b>	: Profesor de arte
<b>10. Religión</b>	: Ninguna
<b>11. Informante</b>	: Paciente
<b>12. Lugar de evaluación</b>	: H.R.H.D.
<b>13. Fechas de evaluación</b>	: 23 y 24 de noviembre 2016
<b>14. Examinador</b>	: Cristhian Berly Huayta Chambi

### **II. MOTIVO DE CONSULTA**

El paciente fue ingresado al servicio de Psiquiatría por sus familiares presentando signos de angustia, decaimiento e ideación suicida; debidos a la separación de su esposa. El paciente refiere sentir “mucha tristeza, porque su esposa lo abandonó, lo dejó solo, separándolo de sus hijos”. Debido a ello manifiesta que no le importa nada, ni su aspecto físico, ni su cuidado personal; recuerda su pasado lo que le genera rabia y tristeza, para consigo mismo y para con los demás.

### **III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL O PROBLEMA ACTUAL**

Su problema empieza, aproximadamente, hace tres meses a raíz de una fuerte discusión con su esposa, a causa de su desidia en la relación de pareja y en la relación con sus hijos, dado que el paciente se centra en sus actividades artísticas. Ante dicha discusión decide mudarse a vivir solo en su taller, motivo por el cual se separa de su familia con el fin de poder reflexionar sobre su situación personal y familiar.

En su aislamiento experimenta un bloqueo en su actividad artística, presentando dificultad para concentrarse, además que experimenta problemas de insomnio y apetito,

eventualmente tiene sentimientos de ira asociados a su situación familiar (para con su esposa). Recibe periódicamente la visita de su madre, la cual intenta que el paciente salga de su aislamiento, pero él se niega y corta comunicación con ella.

Con el paso de las semanas pierde interés en sus actividades artísticas, mostrando sentimiento de culpabilidad y odio a sí mismo; su falta de apetito y sus problemas de sueño hacen que baje considerablemente de peso y tenga un aspecto demacrado, lo que preocupa a su madre.

Hace aproximadamente un mes, y de forma intempestiva, decide que lo más importante es su familia: su esposa y sus hijos. Por lo que deja su aislamiento y va en busca de su pareja, intenta acercarse a ella, pero esta se niega a continuar la relación manifestándole que ya tiene una nueva pareja.

Hace una semana, su esposa abandona el hogar familiar llevándose a sus hijos. Razón por la que el paciente experimenta sentimientos de angustia y ansiedad, así como una marcada tristeza. Sus problemas de apetito y sueño se hacen más notables, del mismo modo empieza a tener ideas de minusvalía y de suicidio, razón por la cual es llevado y posteriormente internado al servicio de psiquiatría, empezando el tratamiento médico psiquiátrico recibiendo la medicación correspondiente.

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES**

##### **A. Etapa prenatal:**

El paciente nació producto de un embarazo planificado, siendo deseado y esperado por los padres, su madre tuvo todos los controles necesarios y un cuidado pertinente, sin accidentes.

##### **B. Etapa natal:**

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

##### **C. Etapa postnatal:**

La madre del paciente estuvo presente en su cuidado y atención. Irguió la cabeza aproximadamente a los cuatro meses, sentándose a los seis meses, gateó a los nueve meses, se paró sin ayuda a los 11 meses, dio sus primeros pasos al año y un mes. Empezó a balbucear a los cuatro meses, dijo sus primeras palabras al año y dos meses.

Controló los esfínteres a los dos años. Recibió lactancia materna hasta los tres años. El desarrollo del paciente fue sin particularidades.

#### **D. Etapa escolar y académica:**

##### **a) Inicial:**

El paciente empieza su educación inicial desde los 5 años, la que fue aparentemente normal, sin presentar mayores inconvenientes.

##### **b) Primaria:**

Su educación *primaria* inició a los 6 años en el colegio “La Salle”. Fue un alumno tranquilo, que no causó problemas a sus padres ni profesores, siendo muy selectivo con sus amistades. Sus notas no eran resaltantes, siendo considerado como un alumno regular bueno.

##### **c) Secundaria:**

Durante su educación *secundaria* los primeros años los llevó con normalidad, siendo un estudiante promedio, hasta que a la edad de 14 años presencié el suicidio de su profesor particular de arte, motivo por el cual tuvo diversos problemas de carácter emocional, faltando al colegio por casi un mes; al regresar presentó problemas de conducta, se tornó agresivo con sus compañeros e irrespetuoso con los profesores, volviéndose rebelde e irresponsable, ello sumado a sus problemas emocionales, obligaron a sus padres a cambiarlo de colegio.

Es trasladado al colegio “Luis Pasteur” donde tiene un tratamiento psicológico especializado, terminando el colegio a la edad de 17 años. Durante su etapa escolar secundaria refiere no haber tenido muchos amigos ya que era muy selectivo con sus compañeros. Manifiesta no haber ido a fiestas, haber tenido un consumo de alcohol mínimo y que no fumó.

##### **d) Superior:**

A los 18 años ingresó al Conservatorio de Música “Luis Duncker Lavalle” donde cursó estudios superiores en música, abandonándolos luego de dos años ya que no era una actividad que le generase satisfacción personal. Prosiguiendo estudios de dibujo y pintura en la Escuela Superior de Arte “Carlos Baca Flor” concluyendo

dichos estudios a la edad de 24 años, manifiesta haber sido un buen alumno, aplicado y con talento, no hizo muchos amigos durante esta etapa de su vida.

#### **E. Desarrollo y función sexual:**

El paciente es de sexo masculino, cuya identidad sexual es heterosexual. No llegó a establecer relaciones amorosas durante su adolescencia.

Inició sus relaciones sexuales a los 20 años sin protección con una amiga. Tuvo cuatro parejas amorosas, la primera a la edad de 21 años con una mujer de 31 años con dos hijos, solo estuvieron tres meses aproximadamente. Tuvo una segunda pareja a esa misma edad (21 años) a la cual describe como “ninfómana”, estuvo con ella cuatro meses pues descubrió que seguía casada. A los 24 años tuvo una pareja con la cual pasó seis años, terminaron por qué, él “no supo cuidar la relación”, considera que ella fue el amor de su vida.

Poco después de terminar su última relación de pareja conoció a Rocío, la que es madre de sus hijos, uno de 9 años y otra de 4 años, además de un hijastro del compromiso anterior de su pareja. El paciente sostiene que ella lo engañó fingiendo un embarazo para poder casarse.

El paciente recurre a prostíbulos, donde toma a meretrices como modelos, llegando a tener una breve relación sentimental con una de ellas.

#### **F. Historia de la recreación:**

El paciente en su niñez jugaba con su hermano, primos y amigos. Recuerda con nitidez las clases de arte que recibía de su profesor particular, momentos en los cuales aprendió a dibujar y pintar. No fue muy adepto a los deportes, realizándolos al mínimo posible. Después del evento con su maestro le fue más complicado relacionarse con otras personas con el fin de recreación.

#### **G. Actividad laboral:**

El paciente trabajó de forma remunerada desde los 12 años realizando trabajos artísticos por encargo. A lo largo de su vida no tuvo trabajos estables, aunque realizó diversas inversiones en empresas personales y de terceros, entre ellas fundó la “Escuela de Arte Teodoro Núñez Ureta”, todas ellas fracasaron.

Prestó dinero a sus conocidos, amigos y parejas amorosas, los cuales no le pagaron, por su conducta desprendida dio por olvidadas dichas deudas. Vendió las propiedades heredadas por sus familiares (padre y abuelo), derrochando gran parte del dinero.

A lo largo de su vida realizó distintas obras artísticas tanto en pintura como escultura, llegó a ocuparse como profesor voluntario de arte.

En la actualidad se dedica a hacer trabajos artísticos por encargo; dicta clases particulares de arte desenvolviéndose como profesor.

#### **H. Religión:**

El paciente se considera ateo, anteriormente profesaba la religión católica.

#### **I. Hábitos e influencias nocivas o tóxicas:**

Respecto a su alimentación, usualmente lo hace de vegetales y carne. Ha dejado de alimentarse en ocasiones cuando se concentraba mucho en sus trabajos y a raíz de sus problemas personales y familiares. No ha presentado periodos de atracones de comida; aunque sí de restricción de su alimentación.

Actualmente, su sueño es irregular, despierta constantemente por las noches, presentando pesadillas y sueños respecto a sus experiencias pasadas. También suele pasar por largos periodos de insomnio.

El paciente consume alcohol de forma eventual, no ha fumado y tampoco ha ingerido drogas.

### **V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES**

#### **A. Enfermedades y accidentes**

El paciente cuando era niño tuvo varicela, sarampión, resfríos y gripes estacionales, no refiere haber tenido otras enfermedades considerables.

No hay referencia de accidentes graves.

#### **B. Personalidad premórbida**

El paciente, a los 14 años, fue testigo del suicidio de su maestro particular de arte, con el cual tenía una buena relación, considerándolo su mejor amigo, el mismo que era a la vez ayudante de su padre, dicho suicidio se realizó con un arma de fuego durante las celebraciones de año nuevo. A raíz de ello se sintió decaído y triste

siendo diagnosticado con depresión; también llegó a presentar mutismo durante un mes aproximadamente.

La muerte de su padre, cuando el paciente tenía 29 años de edad, también lo afectó, recayendo en estados de tristeza, angustia, culpa e ideas de suicidio.

Ante eventos estresantes internos o externos, el paciente opta por aislarse de su familia. Es sus relaciones amicales, familiares y de pareja recae constantemente en dependencia emocional a causa del miedo al abandono o por no perder las pocas amistades que tiene, llegando a desprenderse fácilmente de sus bienes materiales. Suele tornarse ansioso y tiende a molestarse rápidamente. Por temporadas se ensimisma en su trabajo incluso ha dejado de comer y dormir. Presenta ideas suicidas cuando se centra en sus problemas.

Por otro lado, también se aprecia que su área sexual se ha visto influenciada por conductas sexuales de riesgo.

## **VI. ANTECEDENTES FAMILIARES**

### **A. Composición familiar**

El paciente es el segundo hijo del segundo compromiso de su padre, el cual falleció cuando el paciente tenía 29 años de edad. El mismo que se dedicaba a la pintura artística, su madre es ama de casa.

El paciente vive actualmente con su madre. Tiene un hermano mayor de 47 años, y dos medios hermanos uno de 51 años y otro de 52 años de edad.

El paciente está separado de su pareja, con la cual tiene dos menores hijos, el mayor de 9 años y otra de 4 años además de un hijastro de 10 años, ellos viven actualmente con su madre.

### **B. Dinámica familiar**

El paciente da muestras de ser dependiente emocionalmente de su madre, la cual llega a justificar sus comportamientos. Su padre era alcohólico y violento, cuando llegaba a casa tomado los golpeaba a él y a su hermano, motivo por el cual le tenían mucho miedo.

Se casa con Rocío después del fallecimiento de su padre, ella era madre soltera dado que su expareja no quiso hacerse cargo del hijo. El padre del menor aparece después del matrimonio y habla con el paciente, contándole características



negativas de su esposa, motivo por el cual, el paciente, reprocha a su esposa por su pasado, acusándola de haber sido prostituta. La relación que tuvo con ella siempre ha sido caótica, le ha solicitado separarse muchas veces. Están casados por régimen de separación de bienes.

La relación con sus hijos es distante, ya que el paciente sostiene que “no ha sido un padre cariñoso y dedicado; al contrario los ha dejado abandonados dedicándose más a su trabajo”.

La relación con su madre es buena, llegando a ser dependiente de ella emocional y económicamente; la relación con sus hermanos es distante, no tiene comunicación fluida con ellos, pero lo apoyan económicamente.

### **C. Condición socioeconómica**

Vive en casa de material noble, de su propiedad y herencia de su padre, cuenta con todos los servicios básicos, tiene un perro como mascota. Trabaja en el taller que tiene en casa. No se encarga de la manutención de sus hijos. Recibe ayuda económica de su madre y hermano.

### **D. Antecedentes familiares patológicos**

El padre del paciente fue alcohólico y violento, falleció de cáncer al pulmón.

No existen otros antecedentes de enfermedades en la familia.

## **VI. RESUMEN**

Paciente de 43 años de edad, nacido de parto normal a término medio, desarrollo de su infancia con normalidad. Segundo hijo del segundo compromiso de su padre; inicia su escolaridad de manera normal, en el colegio La Salle, siendo un estudiante regular durante su primaria y parte de su secundaria, hasta la edad de 14 años en la que presencia el suicidio de su mejor amigo, un hombre de 39 años que era ayudante del taller de arte de su padre. Pasa por un estado depresivo, llegando a padecer mutismo por casi un mes, decae en sus notas escolares, además que empieza a reaccionar agresivamente ante los comentarios de sus compañeros y sus profesores de colegio, razón por la que es cambiado al colegio Luis Pasteur donde recibe tratamiento psicológico. Al terminar sus estudios escolares, discutió con su padre a causa de sus preferencias para los estudios, motivo por el cual decide dedicarse a la música sólo para contradecir a su padre, el cual

quería que se dedique al arte. A lo largo de su vida fue muy selectivo con sus amistades, estas fueron muy reducidas. A los 23 años decide aislarse completamente para dedicarse a sus actividades artísticas y se muda a vivir en su taller. Estuvo en dicho aislamiento durante casi un mes, salió solo por el pedido de su madre. A la edad de 24 años estableció una relación formal con Rocío, la que es madre de sus hijos, uno de 9 años y otra de 4 años, además de un hijastro de un compromiso anterior de su pareja, sostiene que ella lo engañó fingiendo un embarazo para poder casarse con él. Cuando el paciente tenía 29 años fallece su padre producto de un cáncer de pulmón, lo que le genera sentimientos de culpa, vuelve a aislarse mudándose al taller. Tiene una vida sexual desordenada recurriendo a prostíbulos, llegando a tener una relación amorosa con una prostituta, la cual lo abandona. Se siente solo y regresa con su esposa, la cual lo acepta. Hace nueve meses aproximadamente, tras una relación caótica con su esposa, se separa temporalmente de ella para reflexionar sobre su situación familiar, luego decide que lo importante es su familia; intenta acercarse a su esposa pero ella se niega a continuar la relación, ya que tenía otra pareja, razón por la que el paciente presenta estados de tristeza, angustia y ansiedad; siendo ingresado al servicio de psiquiatría por su madre.

Arequipa, 29 de noviembre 2016.

## **EXAMEN MENTAL**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>1. Nombres y Apellidos</b>   | : S. A. N. M.                   |
| <b>2. Edad</b>                  | : 43 años                       |
| <b>3. Sexo</b>                  | : Masculino                     |
| <b>4. Fecha de Nacimiento</b>   | : 11 de octubre de 1973         |
| <b>5. Lugar de Nacimiento</b>   | : Arequipa                      |
| <b>6. Lugar de Procedencia</b>  | : Arequipa                      |
| <b>7. Grado de instrucción</b>  | : Superior                      |
| <b>8. Estado Civil</b>          | : Separado                      |
| <b>9. Ocupación</b>             | : Profesor de arte              |
| <b>10. Religión</b>             | : Ninguna                       |
| <b>11. Informante</b>           | : Paciente                      |
| <b>12. Lugar de evaluación</b>  | : H.R.H.D.                      |
| <b>13. Fechas de evaluación</b> | : 23 y 24 de noviembre 2016     |
| <b>14. Examinador</b>           | : Cristhian Berly Huayta Chambi |

### **II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO**

El paciente aparenta tener mayor edad que la referida, mantiene cuidado su aseo, su arreglo personal está ligeramente descuidado ya que tiene los cabellos largos y desordenados; mide aproximadamente 1.85 m, de ojos cafés oscuros, con anteojos, su lenguaje es lento y pausado, con la postura ligeramente encorvada y marcha rígida. El paciente se mostró colaborador con la entrevista, fue amistoso y participó activamente, mantiene la mirada a lo largo de toda la evaluación. Su rostro denotaba cansancio y fatiga; en algunos momentos se distrae perdiendo el hilo de la conversación.

### **III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN**

#### **A. Atención:**

El paciente presenta un grado de atención focal normal (atención selectiva y voluntaria), que le permite concentrar su atención por un tiempo prudente para evaluar situaciones, comprender sus relaciones y planificar objetivos.

**B. Conciencia:**

Su nivel de conciencia y estado de alerta durante las primeras evaluaciones se encontraban ligeramente embotados, presentando entumecimiento y somnolencia a causa de la medicación, posteriormente se mostró equilibrado en la vigilia y atento a las instrucciones que le permitió mantener e intercambiar un flujo constante de información sin dificultad alguna, sin problemas para distinguir y separar elementos irrelevantes durante la conversación.

**C. Orientación:**

Se encuentra orientado en referencia a sí mismo y los demás, así como en lugar, espacio y tiempo, es decir, puede reconocer su misma persona, la gente que lo rodea y el lugar y la fecha donde se encuentra actualmente siendo consciente de su internamiento.

**IV. CURSO DEL LENGUAJE**

El paciente presenta un lenguaje comprensible, de curso y velocidad lento, tono adecuado de pronunciación, pertenencia entre los elementos de las sílabas y continuidad, guarda secuencia entre las palabras, con coherencia de palabras, tiempos gramaticales y sintaxis.

**V. PENSAMIENTO**

Su pensamiento es de curso normal, con tendencia a la abstracción de contenido artístico. Asimismo ideas de resignación, sin presencia de ideas autolíticas al momento de la evaluación. Ideas de referencia hacia colaborar y apoyar más a sus hijos caracterizado por la preocupación de recuperar a su familia.

**VI. PERCEPCIÓN**

Paciente niega alucinaciones de algún tipo, tampoco refiere presentar ilusiones perceptivas. Presenta deseos y ensoñaciones respecto a su familia, flashbacks. No se encuentra a gusto con su cuerpo, considera que está “muy delgado, no me agrada ver mi imagen en el espejo”.

## **VII. MEMORIA**

Memoria, pasada y reciente, conservada adecuadamente. Su memoria a corto y largo plazo se encuentra en condiciones favorables que le permiten recordar de forma adecuada y oportuna hechos vivenciales en el tiempo. Sin presencia de alteraciones mnémicas.

## **VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

Presenta una adecuada discriminación de conceptos, establecimiento apropiado de semejanzas y resolución de situaciones prácticas. Tiene un vocabulario adecuado e información global correcta, cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto. Lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información, posee otras fuentes fuera del ámbito académico que le permitan adquirir mejores y mayores conocimientos.

## **IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS**

El paciente presenta un tono emocional decaído, con pesimismo acerca de su vida, el cual depende del momento o situación que narra, refiere sentirse triste debido a su situación familiar. Normalmente muestra un rostro inexpresivo, de voz monótona; se observa en él una reducción de energía, falta de motivación y pérdida del interés.

## **X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INTENSIDAD DEL PROBLEMA**

El paciente presenta sentimientos de culpa, es consciente que necesita ayuda, siente que no tiene control de su situación; en ocasiones se muestra reticente a algunos consejos que implican una organización de actividades en su vida diaria. Es consciente que sus problemas personales han repercutido en su vida familiar, pero no reconoce abiertamente ser responsable de su situación actual, racionalizando ciertas dificultades a su favor, para hacerse ver como una víctima de las circunstancias.

## **XI. RESUMEN**

El paciente es de estatura alta y contextura delgada, aparenta mayor edad de la que posee, mantiene buena actitud hacia la evaluación aunque por momentos se muestra pensativo, algo cansado. Presenta un grado de atención focal normal que le permite concentrar su atención por un tiempo prudente para evaluar situaciones, comprender sus

relaciones y planificar objetivos. Se encuentra lúcido, orientado en persona, espacio y tiempo, presta atención a las indicaciones dadas y responde adecuadamente ante las preguntas formuladas; su pensamiento es lógico y coherente, su lenguaje es comprensible, de curso y velocidad lento, tono adecuado de pronunciación, guardando coherencia en las palabras, tiempos gramaticales y sintaxis. Asimismo presenta ideas de resignación, sin presencia de ideas autolíticas. Su memoria, pasada y reciente, está conservada adecuadamente, su memoria a corto y largo plazo se encuentra en condiciones favorables. Presenta una adecuada discriminación de conceptos, estableciendo apropiadas relaciones de semejanzas y resolución de situaciones prácticas, cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto; lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información. El paciente presenta un tono emocional decaído, refiere sentirse triste debido a su situación familiar; presentando sentimientos de culpa, es consciente que sus problemas personales han repercutido en su vida familiar, pero no reconoce abiertamente ser responsable de su situación actual, racionalizando ciertas dificultades a su favor para hacerse ver como una víctima de las circunstancias.

Arequipa, 29 de noviembre 2016.

## **INFORME PSICOMÉTRICO**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>1. Nombres y Apellidos</b>	: S. A. N. M.
<b>2. Edad</b>	: 43 años
<b>3. Sexo</b>	: Masculino
<b>4. Fecha de Nacimiento</b>	: 11 de octubre de 1973
<b>5. Lugar de Nacimiento</b>	: Arequipa
<b>6. Lugar de Procedencia</b>	: Arequipa
<b>7. Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>8. Estado Civil</b>	: Separado
<b>9. Ocupación</b>	: Profesor de arte
<b>10. Religión</b>	: Ninguna
<b>11. Informante</b>	: Paciente
<b>12. Lugar de evaluación</b>	: H.R.H.D.
<b>13. Fechas de evaluación</b>	: 23 y 24 de noviembre 2016
<b>14. Examinador</b>	: Cristhian Berly Huayta Chambi

### **II. OBSERVACIONES GENERALES**

Durante las sesiones, el paciente se mostró colaborador y con una buena disposición hacia la resolución de las pruebas psicológicas; se le explicó las razones y la importancia que tenía en el proceso de tratamiento; el paciente escuchó atentamente las instrucciones y ejecutó las indicaciones de forma adecuada, sin presentar dificultades.

### **III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

- Pruebas psicológicas.
  - Test de inteligencia no verbal TONI-2
  - Escala de Depresión de Zung
  - Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)

### **IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **A. Test de inteligencia no verbal TONI-2**

##### **a) Análisis cuantitativo**

El paciente obtuvo un puntaje directo de 46, el que equivale a un cociente intelectual (CI) de 121 el cual lo ubica en el rango de superior al término medio.

#### **b) Análisis cualitativo**

El paciente es capaz de entender las relaciones entre los objetos que le rodean, planificar y así dirigir su conducta hacia un objetivo y una meta, buscando una solución hacia los problemas que se le puedan presentar; pero que no aplica para dirigir su vida ya que está cargado de pensamientos intrusivos y disruptivos.

### **B. Escala de depresión de Zung**

#### **a) Análisis cuantitativo**

El paciente en la evaluación obtiene un puntaje directo de 54 que equivale a un puntaje EAMD de 68 correspondiente a una depresión moderada intensa.

#### **b) Análisis cualitativo**

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede apreciar la presencia de una depresión moderada intensa, caracterizándose por humor depresivo, perspectiva sombría del futuro y trastornos del sueño que arrastraría el paciente de forma crónica.

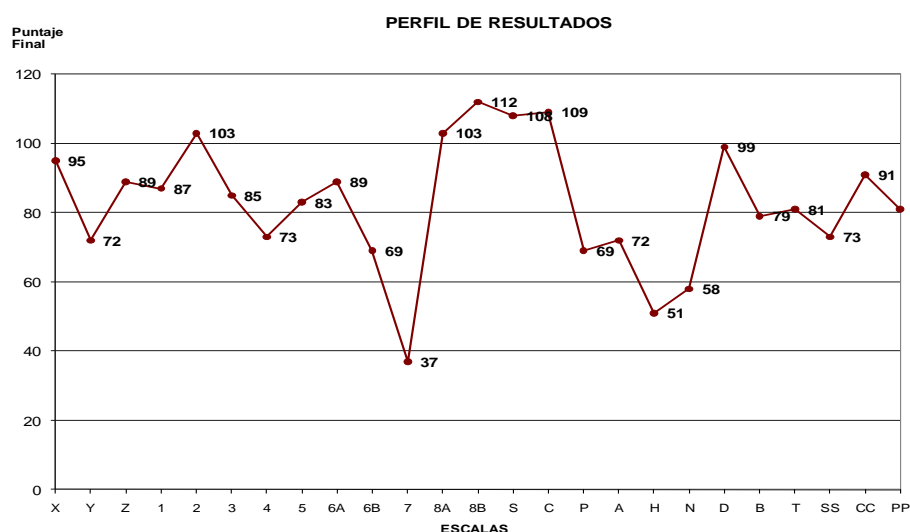
### **C. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)**

#### **a) Análisis cuantitativo**

Escala de Validez		Puntaje Bruto	PUNTAJE FINAL
<b>V</b>	Validez	0	<b>Válido</b>
<b>X</b>	Sinceridad	541	<b>95</b>
<b>Y</b>	Deseabilidad Social	15	<b>72</b>
<b>Z</b>	Autodescalificación	29	<b>89</b>
Patrones clínicos de personalidad		Puntaje Bruto	PUNTAJE FINAL
<b>1</b>	Esquizoide	33	<b>87</b>
<b>2</b>	Evitativo	42	<b>103</b>
<b>3</b>	Dependiente	40	<b>85</b>
<b>4</b>	Histriónico	44	<b>73</b>
<b>5</b>	Narcisista	46	<b>83</b>
<b>6A</b>	Antisocial	44	<b>89</b>
<b>6B</b>	Agresivo-sádico	34	<b>69</b>
<b>7</b>	Compulsivo	28	<b>37</b>



<b>8A</b>	Pasivo-agresivo	47	<b>103</b>
<b>8B</b>	Autoderrotista	44	<b>112</b>
<b>Patología severa de personalidad</b>			
<b>S</b>	Esquizotípico	46	<b>108</b>
<b>C</b>	Borderline	68	<b>109</b>
<b>P</b>	Paranoide	46	<b>69</b>
<b>Síndromes clínicos</b>			
<b>A</b>	Ansiedad	24	<b>72</b>
<b>H</b>	Somatoformo	27	<b>51</b>
<b>N</b>	Bipolar	33	<b>58</b>
<b>D</b>	Distimia	56	<b>99</b>
<b>B</b>	Dependencia de alcohol	34	<b>79</b>
<b>T</b>	Dependencia de drogas	47	<b>81</b>
<b>Síndromes severos</b>			
<b>SS</b>	Desorden del pensamiento	30	<b>73</b>
<b>CC</b>	Depresión mayor	44	<b>91</b>
<b>PP</b>	Desorden delusional	28	<b>81</b>



## b) Análisis cualitativo

### Patrones Clínicos de Personalidad

**Autoderrotista:** Se relaciona con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, permite que los demás lo exploten o se aprovechen de él. Piensa que merece ser avergonzado y humillado. Para integrar su dolor y angustia recuerda activa y repetidamente sus percances pasados y transforma otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos.

**Pasivo - agresivo:** Pugna sus deseos de seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Suele entrometerse en discusiones y riñas interminables ya que vacila entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y

negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

**Evitativo:** Experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

### **Patología Severa de Personalidad**

**Borderline:** Experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que los distingue más claramente de los otros dos patrones graves es la disregulación de sus afectos, vista más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio, aparecen hiperpreocupado por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

**Esquizotípico:** Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclínados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes.

### **Síndromes Clínicos:**

**Distimia:** se ha visto afectado con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con

frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

### **Síndromes Severos:**

**Depresión mayor:** Estos pacientes son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo; son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas.

## **V. RESUMEN**

El paciente tiene un CI de 121 que lo ubica en el rango de superior al término medio, presenta rasgos de depresión moderada-intensa. Tiende a mostrarse ante los demás como una persona asequible, colaboradora, escrupulosa y que respeta los cánones sociales. Por lo general, experimenta sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía además de una tendencia a apartarse del grupo social. Se siente merecedor del aprecio de los demás. Presenta sentimientos de soledad y de no ser querido que le llevan a actuar de forma autoanuladora, situándose siempre en un plano secundario; es escrupuloso y terco en temas de moral y ética, teme al error y a los juicios equivocados. Se relaciona con personas a las que pueda servir y sacrificarse permitiendo que los otros le traten mal o se aprovechen de él. Es evasivo para interpretar positivamente las cosas por temor a que, si lo hace, se conviertan en problemas; se habitúa a expresar repetidas veces actitudes y anticipaciones contrarias a creencias y sentimientos favorables; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y por tanto merecería sufrir consecuencias dolorosas, recurriendo a conductas autodestructivas

experimentando una mezcla compleja de emociones, siendo a veces ansiosamente aprensivo, otras se siente angustiado y atormentado. Su estado de ánimo fluctuante, con predominancia de estados de tensión, tristeza e ira y desconfianza de los demás. Utiliza la fantasía, como mecanismo de defensa, para así poder enfrentar las frustraciones de sus necesidades y poder descargar su resentimiento e ira. Asimismo presenta indicadores de un cuadro depresivo que lo llevan a sentimientos de vulnerabilidad y desprotección, tiende a ver más el lado negativo de la vida y esperar que le ocurra lo peor, mostrando una actitud fatalista, derrotista, sintiéndose incapaz de soportar mucho el estrés que lo lleva a descompensarse, y podría presentar conductas autodestructivas y gestos suicidas.

Arequipa, 29 de noviembre 2016.

---

Cristhian Berly Huayta Chambi  
Bachiller en Psicología

## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

<b>1. Nombres y Apellidos</b>	: S. A. N. M.
<b>2. Edad</b>	: 43 años
<b>3. Sexo</b>	: Masculino
<b>4. Fecha de Nacimiento</b>	: 11 de octubre de 1973
<b>5. Lugar de Nacimiento</b>	: Arequipa
<b>6. Lugar de Procedencia</b>	: Arequipa
<b>7. Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>8. Estado Civil</b>	: Separado
<b>9. Ocupación</b>	: Profesor de arte
<b>10. Religión</b>	: Ninguna
<b>11. Informante</b>	: Paciente
<b>12. Lugar de evaluación</b>	: H.R.H.D.
<b>13. Fechas de evaluación</b>	: 23 y 24 de noviembre 2016
<b>14. Examinador</b>	: Cristhian Berly Huayta Chambi

### II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente fue ingresado al servicio de Psiquiatría por sus familiares presentando signos de angustia, decaimiento e ideación suicida; debidos a la separación de su esposa. El paciente refiere sentir “mucha tristeza, porque su esposa lo abandonó, lo dejó solo, separándolo de sus hijos”. Debido a ello manifiesta que no le importa nada, ni su aspecto físico, ni su cuidado personal; recuerda su pasado lo que le genera rabia y tristeza, para consigo mismo y para con los demás.

### III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevistas
- Pruebas psicológicas
  - Test de inteligencia no verbal TONI-2
  - Escala de Depresión de Zung
  - Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II)

#### **IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

Paciente de 43 años de edad, nacido de parto normal a término medio, desarrollo de su infancia con normalidad. Segundo hijo del segundo compromiso de su padre; inicia su escolaridad de manera normal, en el colegio La Salle, siendo un estudiante regular durante su primaria y parte de su secundaria, hasta la edad de 14 años en la que presencia el suicidio de su mejor amigo, un hombre de 39 años que era ayudante del taller de arte de su padre. Pasa por un estado depresivo, llegando a padecer mutismo por casi un mes, decae en sus notas escolares, además que empieza a reaccionar agresivamente ante los comentarios de sus compañeros y sus profesores de colegio, razón por la que es cambiado al colegio Luis Pasteur donde recibe tratamiento psicológico. Al terminar sus estudios escolares, discutió con su padre a causa de sus preferencias para los estudios, motivo por el cual decide dedicarse a la música sólo para contradecir a su padre, el cual quería que se dedique al arte. A lo largo de su vida fue muy selectivo con sus amistades, estas fueron muy reducidas. A los 23 años decide aislarse completamente para dedicarse a sus actividades artísticas y se muda a vivir en su taller. Estuvo en dicho aislamiento durante casi un mes, salió solo por el pedido de su madre. A la edad de 24 años estableció una relación formal con Rocío, la que es madre de sus hijos, uno de 9 años y otra de 4 años, además de un hijastro de un compromiso anterior de su pareja, sostiene que ella lo engañó fingiendo un embarazo para poder casarse con él. Cuando el paciente tenía 29 años fallece su padre producto de un cáncer de pulmón, lo que le genera sentimientos de culpa, vuelve a aislarse mudándose al taller. Tiene una vida sexual desordenada recurriendo a prostíbulos, llegando a tener una relación amorosa con una prostituta, la cual lo abandona. Se siente solo y regresa con su esposa, la cual lo acepta. Hace nueve meses aproximadamente, tras una relación caótica con su esposa, se separa temporalmente de ella para reflexionar sobre su situación familiar, luego decide que lo importante es su familia; intenta acercarse a su esposa pero ella se niega a continuar la relación, ya que tenía otra pareja, razón por la que el paciente presenta estados de tristeza, angustia y ansiedad; siendo ingresado al servicio de psiquiatría por su madre.

#### **V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES**

El paciente es de estatura alta y contextura delgada, aparenta mayor edad de la que posee, mantiene buena actitud hacia la evaluación aunque por momentos se muestra

pensativo algo cansado. Presenta un grado de atención focal normal que le permite concentrar su atención por un tiempo prudente para evaluar situaciones, comprender sus relaciones y planificar objetivos. Se encuentra lúcido, orientado en persona, espacio y tiempo, presta atención a las indicaciones dadas y responde adecuadamente ante las preguntas formuladas; su pensamiento es lógico y coherente, su lenguaje es comprensible, de curso y velocidad lento, tono adecuado de pronunciación, guardando coherencia en las palabras, tiempos gramaticales y sintaxis. Asimismo presenta ideas de resignación, sin presencia de ideas autolíticas. Su memoria, pasada y reciente, está conservada adecuadamente, su memoria a corto y largo plazo se encuentra en condiciones favorables. Presenta una adecuada discriminación de conceptos, estableciendo apropiadas relaciones de semejanzas y resolución de situaciones prácticas, cálculo aritmético conservado, con tendencias al pensamiento abstracto; lee y escribe correctamente, interpreta adecuadamente la información. El paciente presenta un tono emocional decaído, refiere sentirse triste debido a su situación familiar; presentando sentimientos de culpa, es consciente que sus problemas personales han repercutido en su vida familiar, pero no reconoce abiertamente ser responsable de su situación actual, racionalizando ciertas dificultades a su favor para hacerse ver como una víctima de las circunstancias.

## **VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

La evaluación realizada al paciente demuestra que se encuentra lúcido y orientado en persona, tiempo y espacio. Posee un CI de 121 que lo ubica en la categoría superior al término medio, siendo su pensamiento lógico y coherente, que a pesar de ser óptimo, no le permite afrontar adecuadamente sus problemas; presenta ideas recurrentes respecto a su familia, no presenta dificultades relacionados con la conservación de su memoria, su estado de ánimo por lo general presenta un tono decaído el cual depende del momento o situación que narra.

Considerando los datos bibliográficos del paciente, se observa que las carencias afectivas, el tipo de crianza y los sucesos de violencia que vivió durante su niñez y adolescencia, hicieron del paciente una persona emocionalmente inestable y dependiente, con sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía; la poca confianza con las personas de su entorno hicieron que el paciente se apartase del grupo social cercano, asumiendo actitudes egoístas y de rebeldía con el afán de poder sentirse

seguro. Presenta sentimientos de soledad y de no ser querido que le llevan a actuar de forma autoanuladora, temiendo al error y a los juicios equivocados, buscando relaciones con personas a las que pueda servir y sacrificarse por ellas permitiendo que se aprovechen de él, reforzando su dependencia emocional y sus necesidades de afecto. Es evasivo para interpretar positivamente las cosas por temor a que, si lo hace, se conviertan en problemas; se habitúa a expresar repetidas veces actitudes y anticipaciones contrarias a creencias y sentimientos favorables; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y por tanto merecería sufrir consecuencias dolorosas, recurriendo a conductas autodestructivas, experimentando una mezcla compleja de emociones, siendo a veces ansiosamente aprensivo, otras se siente angustiado y atormentado. Su estado de ánimo es fluctuante, con predominancia de estados de tensión, tristeza, ira y desconfianza de los demás. Utiliza la fantasía, como mecanismo de defensa, para así poder enfrentar las frustraciones de sus necesidades y poder descargar su resentimiento e ira. Asimismo presenta indicadores de un cuadro depresivo que lo llevan a sentimientos de vulnerabilidad y desprotección, que tiende a ver más el lado negativo de la vida y esperar que le ocurra lo peor, mostrando una actitud fatalista, derrotista, sintiéndose incapaz de soportar mucho el estrés que lo lleva a descompensarse, llegando a presentar conductas autodestructivas y gestos suicidas (ideas autolíticas).

## **VII. DIAGNÓSTICO**

El paciente presenta baja tolerancia a la frustración, siendo emocionalmente inestable y dependiente, tiene sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa, así como una marcada necesidad de afecto. Su estado de ánimo es depresivo, sensible al entorno por lo que fácilmente se desmorona y cae en periodos de tristeza y desesperanza, tiene dificultades para la concentración y en la toma de decisiones, configurando un Episodio Depresivo Mayor Recurrente.

## **VIII. PRONÓSTICO**

De pronóstico reservado por las características de personalidad que presenta, así como el contexto social donde vive.



## **IX. RECOMENDACIONES**

- a. Psicoterapia Individual.
- b. Psicoterapia Familiar.
- c. Continuar la intervención psiquiátrica.

Arequipa, 29 de noviembre 2016.

---

Cristhian Berly Huayta Chambi  
Bachiller en Psicología

## **PLAN PSICOTERAPÉUTICO**

### **I. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>1. Nombres y Apellidos</b>	: S. A. N. M.
<b>2. Edad</b>	: 43 años
<b>3. Sexo</b>	: Masculino
<b>4. Fecha de Nacimiento</b>	: 11 de octubre de 1973
<b>5. Lugar de Nacimiento</b>	: Arequipa
<b>6. Lugar de Procedencia</b>	: Arequipa
<b>7. Grado de instrucción</b>	: Superior
<b>8. Estado Civil</b>	: Separado
<b>9. Ocupación</b>	: Profesor de arte
<b>10. Religión</b>	: Ninguna
<b>11. Informante</b>	: Paciente
<b>12. Lugar de evaluación</b>	: H.R.H.D.
<b>13. Fechas de evaluación</b>	: 23 y 24 de noviembre 2016
<b>14. Examinador</b>	: Cristhian Berly Huayta Chambi

### **II. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA**

El paciente presenta baja tolerancia a la frustración, siendo emocionalmente inestable y dependiente, tiene sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa, así como una marcada necesidad de afecto. Su estado de ánimo es depresivo, sensible al entorno por lo que fácilmente se desmorona y cae en periodos de tristeza y desesperanza, tiene dificultades para la concentración y en la toma de decisiones, configurando un Episodio Depresivo Mayor Recurrente.

### **III. OBJETIVO GENERAL**

Reducir la sintomatología depresiva, ayudando al bienestar biopsicosocial del individuo, concientizando al paciente sobre el problema, para que pueda aprender a evaluar las situaciones de forma realista y así aprenda a formular explicaciones racionales.

#### **IV. TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS**

- Psicoterapia individual.
- Reestructuración cognitiva.

##### **a) Acciones terapéuticas**

Se aplicará el presente plan psicoterapéutico en 10 sesiones a lo largo de 3 meses, aproximadamente, dependiendo de la disponibilidad del paciente.

##### **b) Desarrollo de técnicas Psicoterapéuticas**

###### **▪ Psicoterapia individual**

La psicoterapia individual está dirigida a crear un clima de confianza donde el paciente se sienta seguro y competente, donde se le instruirá acerca de qué es la depresión, además del control de sus emociones, la tolerancia a la frustración, abordando los sentimientos de inseguridad, soledad y culpa, así como sus necesidades de afecto y la confianza en uno mismo.

###### **▪ Reestructuración cognitiva**

Esta parte de la psicoterapia está destinada a identificar esquemas cognitivos, organizaciones individuales de reglas sobre la vida, ligados a ciertos patrones de conducta, los cuales hacen reaccionar al paciente ante ciertos eventos estresantes de la vida.

La reestructuración se enfocará en dos sentidos, primero identificar los pensamientos, creencias asociadas a la problemática personal y familiar. Segundo, se analizará cómo ciertos esquemas mentales han estado presentes a lo largo de su vida y en qué forma le han afectado al paciente en su vida diaria. Esto se realizará a través del cuestionamiento de evidencias subjetivas, análisis de las ventajas y desventajas del mantenimiento de un esquema o creencia.

## V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Sesión	Técnica Psicoterapéutica	Objetivo	Actividades
<b>Sesión 1</b>	▪ Psicoeducación	Crear un clima de confianza e instruir al paciente respecto a su trastorno, del proceso cognitivo y del proceso de la terapia; normalizando las dificultades del paciente, además de averiguar sus expectativas y corrigiéndolas en el caso que sea necesario	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se le explicará el proceso psicoterapéutico, revisando el problema y se conversará sobre su situación actual; identificando problemas y estableciendo objetivos.</li> <li>▪ Se instruirá al paciente acerca del modelo terapéutico cognitivo (ideas-pensamientos), averiguando las expectativas del paciente respecto a la terapia, para luego instruirlo respecto a su trastorno.</li> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas respecto a lo conversado.</li> <li>▪ Se hablará de la importancia que tiene la respiración en el afrontamiento de diferentes circunstancias y como esta repercute positivamente en la salud de las personas.</li> </ul>
<b>Sesión 2</b>	▪ Psicoeducación	Buscar que el paciente asiente sus conocimientos sobre su problema, que pueda identificar ideas y pensamientos que propician estados de ánimo depresivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se realizará una exploración de los estados de ánimo del paciente, buscando que este pueda identificar de la manera más precisa dichas emociones.</li> <li>▪ Se buscará explorar los pensamientos automáticos del paciente, además se le explicará la relación entre los pensamientos y los sentimientos,</li> </ul>

			<p>buscando ejemplos para ilustrar el modelo cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas.</li> </ul>
<b>Sesión 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva</li> </ul>	<p>Buscar que el paciente asiente sus conocimientos sobre su problema, que pueda identificar ideas y pensamientos que propician estados de ánimo depresivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se buscará la identificación de los pensamientos automáticos y como diferenciarlos de las emociones, así como evaluar su intensidad.</li> <li>▪ Se explorará su relación emocional con diversas personas de su entorno para identificar cuáles de estas desencadenan sentimientos adversos.</li> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas.</li> </ul>
<b>Sesión 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respiración</li> <li>▪ La silla vacía</li> </ul>	<p>Lograr que el paciente exprese sus emociones en la representación de su padre, para así afrontar su situación actual, sus situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron y que ahora pesan en la vida del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Aplicación de las técnicas de respiración.</li> <li>▪ Se le explicará sobre el papel que juegan las experiencias del pasado en la actualidad, como estas repercuten e intensifican los problemas actuales, y que la acción simbólica de afrontarla ayudará en su equilibrio emocional.</li> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas.</li> </ul>

<b>Sesión 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración del Pensamiento</li> </ul>	<p>Abordar el problema desde el punto de vista de sus emociones, pensamientos, sentimientos y sus consecuencias; para que sea el mismo paciente quien dé cuenta de ello.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se hablará acerca de los temas planificados y desarrollados hasta el momento y cómo estos repercuten en la vida del paciente.</li> <li>▪ Se buscará identificar pensamientos inadecuados que generen emociones adversas en el paciente, para luego evaluarlos y analizarlos y así poder buscar pensamientos alternativos.</li> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas.</li> </ul>
<b>Sesión 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración del Pensamiento</li> </ul>	<p>Abordar el problema desde el punto de vista de sus emociones, pensamientos, sentimientos y sus consecuencias; para que sea el mismo paciente quien dé cuenta de ello.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se buscará identificar pensamientos inadecuados que generen emociones adversas en el paciente, para luego evaluarlos y analizarlos y así poder buscar pensamientos alternativos.</li> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas.</li> </ul>
<b>Sesión 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ABC Emocional</li> </ul>	<p>Que el paciente pueda identificar y detener los pensamientos que le hacen reaccionar de determinada forma y afrontar mejor las circunstancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se identificarán los pensamientos que nos afectan. (A) Se verá qué pensamientos son los que</li> </ul>

			<p>desencadenan nuestra depresión, algún hecho en especial, experiencia, creencia, se identificarán y se seleccionarán por orden de relevancia.</p> <p>(B) Luego se hará una lista de pensamientos y creencias que surgen de ellos, igualmente se pondrá en lista jerárquica. (C) Se verá qué tipo de cambios emocionales y conductuales despiertan estas creencias- pensamientos irracionales, se analizará la secuencia que se ve (A-B-C).</p>
<b>Sesión 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Detención del Pensamiento</li> </ul>	<p>Que el paciente pueda identificar y detener los pensamientos que le hacen reaccionar de determinada forma y afrontar mejor las circunstancias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se buscará qué pensamientos están presentes en el paciente y cuáles de ellos son los que afectan más. Se le instruye en cómo detener dichos pensamientos.</li> </ul>
<b>Sesión 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestructuración del Pensamiento</li> </ul>	<p>Que el paciente pueda evaluar sus relaciones interpersonales y como estas repercuten en su vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se realizará un breve repaso de lo desarrollado en la sesión anterior, además se conversará sobre las tareas planteadas anteriormente.</li> <li>▪ Se explorará sobre las relaciones interpersonales con el paciente, y las razones de su aislamiento, se abordará la importancia de una red de apoyo.</li> <li>▪ Se busca que el paciente pueda restablecer adecuadamente sus relaciones con familiares allegados.</li> <li>▪ Se realizará una síntesis de lo desarrollado en la sesión, además se fijarán metas y tareas.</li> </ul>

<b>Sesión 10</b>	▪ Conversación	Evaluación de la terapia, avances y recomendaciones	▪ Se explorará los avances que se han tenido hasta el momento durante el proceso terapéutico, incidiendo en los puntos que no estén claros, del mismo modo se hará notar la utilidad de los temas abordados.
----------------------	----------------	---	--

## **VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN**

El plan Psicoterapéutico será aplicado en aproximadamente 3 meses en un total de 10 sesiones de aproximadamente 45 a 60 minutos cada una de ellas.

## **V. LOGROS OBTENIDOS**

- El paciente logra tomar conciencia de la magnitud de su trastorno psicológico.
- El paciente toma conciencia de los eventos pasados que generan sus estados depresivos y como estos repercuten en sus estados de ánimo.
- El paciente identifica pensamientos intrusivos y empieza a detenerlos.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Brindar mayor soporte emocional y conductual a los miembros de la familia, para lograr la mejora del paciente.
- Continuar con las sesiones terapéuticas inconclusas.
- Continuar con el tratamiento psiquiátrico.

Arequipa, 29 de noviembre 2016.

---

Cristhian Berly Huayta Chambi  
Bachiller en Psicología



# ANEXOS

## CASO CLÍNICO

- Test de inteligencia no verbal  
TONI-2
- Escala de Depresión de Zung
- Inventario Clínico Multiaxial de  
Millon II (MCMI-II)

# TONI<sup>2</sup>

HOJA DE ANOTACIÓN

## TEST DE INTELIGENCIA NO VERBAL

*Apreciación de la habilidad cognitiva  
sin influencia del lenguaje*

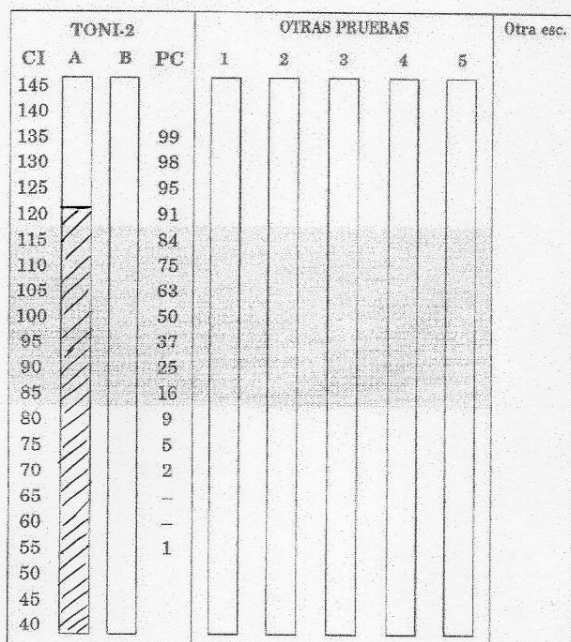
### A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre S. A. N. M.  
Nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_  
Centro H. R. H. D.  
Curso \_\_\_\_\_  
Examinado por CRISTIAN B. HUAYTA CHAMBI

	Año	Mes	Día
Fecha examen	26	11	26
Fecha nacimiento	73	10	11
Edad	43	01	15

Sexo: ☒ M ☐ F

### B. RESULTADOS Y PERFIL



#### TONI-2. Forma A

PD= 45 CI= 121 PC= 90 ETM=

#### TONI-2. Forma B

PD= CI= PC= ETM=

#### Otras pruebas

1.	PD=	PT <sub>0</sub> =
2.	PD=	PT <sub>0</sub> =
3.	PD=	PT <sub>0</sub> =
4.	PD=	PT <sub>0</sub> =
5.	PD=	PT <sub>0</sub> =
6.	PD=	PT <sub>0</sub> =

(1) Escala utilizada: \_\_\_\_\_

### C. CONDICIONES DE APLICACIÓN

- Motivo de la aplicación: EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
- Lugar adecuado: Sí ☒ No ☐. afectó a la aplicación: Sí ☐ No ☐
- Aplicación: Individual ☒ Colectiva ☐
- Aceptación por parte del sujeto: BUENA
- Actitud: FAVORABLE
- Relación con el examinador: BUENA
- Comprensión de la tarea: BUENA
- Interés: SUFICIENTE
- Otras: \_\_\_\_\_



Autoras: Linda Brown, Rita J. Shetler y Susan K. Johnson. Copyright © 1990 by PRO-ED, Austin, Texas 78758.

Copyright de la adaptación española © 1985 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28038 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul y negra. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA LITELKE - Printed in Spain. Impreso en España por CPSA, Orense, 68; 28020 MADRID - Depósito legal: M. 21.561 - 1995.

# D. RESPUESTAS FORMA A

## 5-7

1. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 2. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 3. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

## 8-9

4. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 5. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 6. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 7. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

## 10-12

8. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 9. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 10. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 11. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

## 13-17

12. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 13. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 14. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 15. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 16. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

## 18-20

17. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 18. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 19. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 20. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 21. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

## 21 y más

22. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 23. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

24. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 25. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 26. 1 ~~X~~ 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 27. 1 2 3 ~~X~~ 5 6 \_\_\_\_\_  
 28. 1 2 ~~X~~ 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 29. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 30. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 31. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 32. 1 2 3 ~~X~~ 5 6 \_\_\_\_\_  
 33. 1 2 ~~X~~ 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 34. 1 ~~X~~ 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 35. 1 2 ~~X~~ 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 36. 1 2 3 4 ~~X~~ 6 \_\_\_\_\_  
 37. 1 2 3 4 ~~X~~ 6 \_\_\_\_\_  
 38. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 39. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 40. 1 ~~X~~ 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 41. 1 2 3 ~~X~~ 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 42. 1 2 ~~X~~ 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 43. 1 ~~X~~ 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 44. 1 2 3 4 5 ~~X~~ 6 \_\_\_\_\_  
 45. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 46. ~~X~~ 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 47. 1 2 ~~X~~ 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 48. 1 2 3 4 5 ~~X~~ 6 \_\_\_\_\_  
 49. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 50. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 51. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 52. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 53. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 54. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_  
 55. 1 2 3 4 5 6 \_\_\_\_\_

UMBRAL

# E. RESUMEN DE PUNTUACIONES

- Elemento umbral ..... 44
- Respuestas correctas entre umbral y techo o fin ..... 1
- Puntuación directa ..... 45



**ESCALA DE ZUNG  
DEPRESIÓN**

Nombre: S. A. N. M.

EDAD 43

FECHA 25-11-2016

MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE SE AJUSTA A SU RESPUESTA

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	2	③	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	②	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	②	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	②	3	4
5. Como igual que antes	4	3	②	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	②	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	2	③	4
8. Estoy estreñido	4	3	2	①
9. El corazón late más rápido que antes	1	2	③	4
10. Me canso sin motivo	1	2	③	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	4	③	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	③	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	④
14. Tengo confianza en el futuro	4	③	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	④
16. Encuentro fácil tomar decisiones	1	②	3	4
17. Siento que soy útil y necesario	④	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	③	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	1	2	3	④
20. Me gustan las mismas cosas que antes	4	3	2	①

P.B. E.A.D

PUNTAJE TOTAL: 54-68

INTERPRETACIÓN: DEPRESIÓN MODERADA-INTENSA

**MCMI-II**  
 Millon Clinical  
 Multiaxial Inventory - II

Edad: 44 años

**HOJA DE RESULTADOS**

Escala de Validez				PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido	
X	Sinceridad	541	=	Válido	
Y	Deseabilidad Social	15	=		
Z	Autodescalificación	29	=		

Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE FINAL	
	Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.		
1 Esquizoide	33	96	87							87	1
2 Evitativo	42	112	103		103					103	2
3 Dependiente	40	94	85							85	3
4 Histriónico	43	82	73							73	4
5 Narcisista	46	92	83							83	5
6A Antisocial	44	98	89							89	6A
6B Agresivo-sádico	34	78	69							69	6B
7 Compulsivo	28	46	37							37	7
8A Pasivo-agresivo	47	112	103							103	8A
8B Autoderrotista	44	121	112		112					112	8B

Patología severa de personalidad											
S	Esquizotípico	46	116		112		110	110	108		108 S
C	Borderline	68	121		117	117	115	115	109		109 C
P	Paranoide	46	80		76			76	69		69 P

Síndromes clínicos											
A	Ansiedad	24	90	81			79	79	72		72 A
H	Somatoformo	27	67	58			56	56	51		51 H
N	Bipolar	33	67	58							58 N
D	Distimia	56	115	106			104	104	99		99 D
B	Dependencia de alcohol	34	88	79							79 B
T	Dependencia de drogas	47	90	81							81 T

Síndromes severos											
SS	Desorden del pensamiento	30	77		73				73	73	SS
CC	Depresión mayor	43	95		91				91	91	CC
PP	Desorden delusional	28	85		81				81	81	PP

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

**MCMII-II**  
**Millon Clinical**  
**Multiaxial Inventory - II**

81

**PERFIL DE RESULTADOS**

