

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



**“FUNCIONES EJECUTIVAS EN ADOLESCENTES CON Y SIN CONSUMO DE
ALCOHOL DEL INABIF, VARONES - AREQUIPA”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

CONZA HUARACHI, JENNY ROCÍO

HUARCA SULLA, CARON AMY

Para optar el título profesional de

PSICÓLOGAS

Asesor: Adalberto Ascuña Rivera

AREQUIPA - PERÚ

2018

DEDICATORIA

A nuestros padres por su amor, trabajo y sacrificio
durante todos estos años. Ha sido un orgullo y un
privilegio de ser sus hijas

Caron y Jenny

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, por sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial al asesor y a los jurados, quienes han guiado con su paciencia y sabiduría; a los adolescentes del INABIF de varones de la ciudad de Arequipa por su valiosa participación para llevar acabo la presente investigación.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN

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

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

SEÑOR/A PRESIDENTE/A DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRATICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de presentar nuestro trabajo de investigación titulado “**FUNCIONES EJECUTIVAS EN ADOLESCENTES CON Y SIN CONSUMO DE ALCOHÓL DEL INABIF, VARONES - AREQUIPA**” con el cual pretendemos obtener el título profesional de Psicólogas.

Así mismo, esperamos que la presente investigación contribuya al conocimiento de las implicancias del consumo de alcohol en el funcionamiento ejecutivo en adolescentes del INABIF de varones de la ciudad de Arequipa y que sirva de motivación para futuras investigaciones en el campo de la neuropsicología y áreas afines como la psicología social y del desarrollo.

Arequipa, diciembre del 2018

Bachilleres:

Conza Huarachi, Jenny Rocío

Huarca Sulla Caron Amy

RESUMEN

La presente investigación lleva por título: “FUNCIONES EJECUTIVAS EN ADOLESCENTES CON Y SIN CONSUMO DE ALCOHÓL DEL INABIF, VARONES - AREQUIPA”, donde el objetivo principal ha sido determinar las diferencias de las Funciones Ejecutivas en adolescentes que consumen bebidas alcohólicas frente aquellos que no consumen en el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar de la ciudad de Arequipa-2018.

Método: Se recurrió al enfoque cuantitativo, se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo-comparativo, de corte transversal. El tipo de muestreo que se utilizó en la presente investigación es “no probabilístico”, por lo que la muestra estuvo conformada por 46 adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años, todos del sexo masculino. El instrumento aplicado fue la Batería de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales, cuya validez y confiabilidad son corroboradas por la utilización amplia de la comunidad científica mundial, por lo que se garantiza la generalización y la comparación de resultados entre diversos grupos de investigación. Para la prueba de Hipótesis se recurrió a la prueba T de Student para muestras independientes y también a la U de Mann Whitney.

Resultados: Se afirma la hipótesis de investigación, la cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en cuanto a las Funciones Ejecutivas, esto significa que los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas presentan bajos niveles en el desempeño en cuanto a sus Funciones Ejecutivas frente a los adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas. El presente estudio proporciona nuevas líneas de

investigación, siendo uno de los pocos estudios realizados en nuestro medio local, la cual indica alteraciones en áreas del funcionamiento ejecutivo en adolescentes consumidores de alcohol, esto permite conocer la magnitud de los daños relacionados con el alcohol, y difundir la información de las consecuencia del alcohol en funciones ejecutivas, así como también elaborar nuevos programas con adolescentes para concientizar y reforzar el compromiso social.

Palabras claves: Funciones ejecutivas, consumo de alcohol y adolescentes.

ABSTRACT

The present research is titled: "EXECUTIVE FUNCTIONS IN ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT ALCOHOL CONSUMPTION OF INABIF, VARONES - AREQUIPA", where the main objective has been to determine the differences of the Executive Functions in adolescents who consume alcoholic beverages versus those who do not consume in the National Comprehensive Program for Family Welfare of the city of Arequipa-2018.

Method: The quantitative approach was used, a non-experimental design of descriptive-comparative, cross-sectional type was used. The type of sampling used in the present investigation is "non-probabilistic", so the sample consisted of 46 adolescents, whose ages range from 14 to 17 years, all of the male sex. The instrument applied was the Battery of Executive Functions and Frontal Lobes, whose validity and reliability are corroborated by the wide use of the world scientific community, so that the generalization and comparison of results between different research groups is guaranteed. For the Hypothesis test we used the Student's T test for independent samples and also the Mann Whitney U test.

Results: The research hypothesis is affirmed, which indicates that there are statistically significant differences between the study groups in terms of Executive Functions, this means that adolescents who consume alcoholic beverages have low performance levels in terms of their Executive Functions in front of adolescents who do not consume alcoholic beverages. The present study provides new lines of research, being one of the few studies conducted in our local environment, which indicates alterations in areas of executive functioning in adolescents who consume alcohol, this allows to know the magnitude of the alcohol-related

damages, and disseminate information on the consequences of alcohol in executive functions, as well as develop new programs with adolescents to raise awareness and strengthen social commitment.

Keywords: Executive functions, alcohol consumption and adolescents.

ÍNDICE

	PÁG.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
PRESENTACIÓN	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
3. HIPÓTESIS	10
3.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	10
4.OBJETIVOS	10
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	11
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	15
7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	16
8. VARIABLES E INDICADORES	17
9. ANTECEDENTES	18

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. FUNCIONES EJECUTIVAS	20
1.2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS	20
1.3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS ACTUALES EN EL ESTUDIO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS	26
1.3.1. MODELO DEL SISTEMA ATENCIONAL SUPERVISOR (SAS).	26

1.3.2. MEMORIA DE TRABAJO Y FUNCIONES EJECUTIVAS	27
1.3.3. MODELO JERÁRQUICO DE STUSS Y BENSON	28
1.3.4. MODELO CONCEPTUAL.....	30
1.4. LÓBULOS FRONTALES	30
1.4.1. SÍNDROME ORBITOFRONTAL Y MEDIAL.....	32
1.4.2. SÍNDROME DORSOLATERAL.....	32
1.5. NEUROANATOMÍA FUNCIONAL DE LOS LÓBULOS FRONTALES	33
1.5.1. CORTEZA PREFRONTAL ORBITO – MEDIAL:.....	33
1.5.2. CORTEZA ORBITAL FRONTAL:	34
1.5.4. CORTEZA PREFRONTAL DORSOLATERAL:	35
1.5.5. CORTEZA PREFRONTAL ANTERIOR (CPFA)	37
1.6. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS	37
1.6.1. PLANEACIÓN	37
1.6.2. FLEXIBILIDAD MENTAL.....	38
1.6.3. CONTROL INHIBITORIO	38
1.6.4. MEMORIA DE TRABAJO.....	38
1.6.5. PROCESAMIENTO RIESGO-BENEFICIO	39
1.6.6. ABSTRACCIÓN	39
1.6.7. METACOGNICIÓN.....	39
1.7. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS	40
2. ALCOHOL	42
2.1. ORIGEN, HISTORIA Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	42
2.2. ALCOHOL	43
2.3. DEFINICIÓN DEL ALCOHOL.....	44
2.3.1. ADICCIÓN	44
2.3.2. DEPENDENCIA.....	45
2.3.3. TOLERANCIA	45
2.3.4. CONSUMO DE RIESGO.....	46
2.3.5. CONSUMO PERJUDICIAL	46
2.3.6. SÍNDROME DE DEPENDENCIA	46
2.3.7. INTOXICACIÓN POR ALCOHOL	47

2.3.8. NEUROADAPTACIÓN.....	49
2.4. TIPOLOGÍA	50
2.5. MODELO CAUSAL CONCEPTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	52
2.5.1. CONSUMO DE ALCOHOL.....	52
2.5.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA PERSONA	53
2.5.3. FACTORES DE VULNERABILIDAD DE LA SOCIEDAD	54
2.5.4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	55
2.5.5. CONSECUENCIAS SOCIOECONÓMICAS.....	55
2.6. ALCOHOLEMIA	56
2.7. PROBLEMAS POR CONSUMO DEL ALCOHOL.....	57
2.7.1. PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA ASOCIADOS AL CONSUMO DEL ALCOHOL	57
2.7.2. PROBLEMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.....	58
2.8. RIESGO DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES	59
3. ADOLESCENCIA.....	61
3.1 DEFINICIÓN.....	61
3.2 EL ADOLESCENTE EN EL PERÚ.....	62
3.3. TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA.....	62
3.3.1. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA	63
3.3.2. PERSPECTIVA COGNITIVO-EVOLUTIVA	64
3.3.3. PERSPECTIVA SOCIOLOGICA	65
3.4. DESARROLLO PSICOLÓGICO.....	65
3.5. CAMBIOS COGNOSCITIVOS EN LA ADOLESCENCIA.....	66
3.5.1. PENSAMIENTO ABSTRACTO	67
3.5.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y DESARROLLO COGNOSCITIVO DEL ADOLESCENTE	68
3.6. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	69
3.6.1. ADOLESCENCIA TEMPRANA.....	70
3.6.2. ADOLESCENCIA INTERMEDIA	71

3.6.3. ADOLESCENCIA TARDÍA ADOLESCENCIA TARDÍA	71
3.7. EL CEREBRO ADOLECENTE.....	72
3.8. PELIGROS DEL INICIO TEMPRANO	73
3.9 INFLUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS DE LOS ADOLESCENTES	74

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	77
2. POBLACION Y MUESTRA.....	79
2.1. POBLACIÓN.....	79
2.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	80
2.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	80
3. INSTRUMENTOS.....	81
3.1. LA BATERÍA DE FUNCIONES EJECUTIVAS Y LÓBULOS FRONTALES (BANFE-2)	81
5. PROCEDIMIENTO	85

CAPÍTULO IV RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	89
2. RESULTADOS DE LA PRUEBA EN LOS SUJETOS PARTICIPANTES	93
3. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO	101

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	111
CONCLUSIONES	118
RECOMENDACIONES.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	133

INDICE DE CASOS CLINICOS

CASOS CLÍNICOS	1
CASO N° 1	2
HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA	3
EXAMEN MENTAL.....	15
INFORME PSICOMÉTRICO	20
INFORME PSICOLÓGICO	28
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO	34
ANEXOS	
 CASO N° 2	1
HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA	2
EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO.....	18
INFORME PSICOMÉTRICO	24
INFORME PSICOLÓGICO	31
PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO	40
ANEXOS	

ÍNDICE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01: Efectos y Consecuencias del alcohol.....	44
Tabla N° 02. Alcoholemia.....	56
Tabla N° 03: Datos de la muestra.....	86
Tabla N° 04: Datos de la muestra.....	91
Tabla N° 05: Area Orbitomedial.....	93
Tabla N° 06: Área Prefrontal.....	95
Tabla N° 07: Área Dorsolateral.....	97
Tabla N° 08: Funciones Ejecutivas (General).....	99
Tabla N° 09:Comparación de medias (área Orbitomedial) entre los dos grupos de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo (Prueba t para muestras independientes).....	103
Tabla N° 10:Comparación de medias (área Prefrontal) entre los dos grupos de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo.....	105
Tabla N° 11:Comparación de medias (área Dorsolateral) entre los dos grupos de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo.....	107
Tabla N° 12:Comparación de medias (Funciones Ejecutivas) entre los dos grupo de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01: Neuroadaptación.....	49

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 01:Medias obtenidas (Adolescentes con y sin consumo de alcohol) en las puntuaciones de normalización.....	101
---	-----

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El alcohol es la sustancia adictiva de uso más extendido a nivel mundial, el uso excesivo de esta droga lícita causa cerca de 2,5 millones de muertes por año en el mundo y en orden de importancia es considerado como el tercer factor de riesgo de enfermedad y discapacidad. De hecho, se estima que cerca del 4% de todas las muertes alrededor del mundo son atribuibles al consumo de alcohol (Villegas, Alonso, Benavides y Guzmán, 2013).

Según los registros que se hallaron en una “Encuesta Global de Alcohol” reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2011, se pudo apreciar que en el lapso de cinco años el 71% de los países encuestados registró un incremento en el consumo de alcohol por parte de la población menor de edad. Estas cifras son preocupantes ya que en la

actualidad los adolescentes comienzan a reproducir los patrones de consumo excesivo de sustancias de la población adulta (Villegas y cols., 2013).

En la actualidad el alcohol es un problema social, que ha venido aumentando su consumo en poblaciones vulnerables como la adolescencia, ya que es considerada como un periodo crítico, donde el ser humano sufre múltiples cambios físicos y psicológicos, donde existe la probabilidad de ser expuesto al consumo de alcohol u otras sustancias, también es importante resaltar la influencia de los factores de vulnerabilidad biológica, que incluyen los antecedentes familiares, que juegan un rol muy importante para iniciarse en el consumo de sustancias toxicas, lo cual afectará en las distintas funciones ejecutivas de la persona como en el nivel de madurez, toma de decisiones y el neurodesarrollo de los procesos emocionales, conductuales y ejecutivos (Enoch, 2013; Feint, 2013; Magnusson, 2012; Starkman y Pandey, 2012, citados por Acosta, Juárez y Cuartas, 2018).

La adolescencia es una fase única en el período del desarrollo humano, es donde se dan dos procesos principales para el desarrollo cerebral: el primero de ellos es el perfeccionamiento sináptico, que se refiere al perfeccionamiento de las sinapsis o conexiones entre las células cerebrales, lo que convierte al cerebro en un órgano eficaz y también se produce la mielinización de la materia blanca, donde los axones de las neuronas se cubren de mielina con lo que se logra que la información se procese de manera adecuada en el interior del cerebro. Si todo evoluciona normalmente durante la adolescencia, el cerebro gana eficacia en cuanto a transmisión de información con vistas a la madurez (Cepeda, 2014).

Según Castaño y Calderón (2014), la población juvenil que está expuesta a los efectos negativos del consumo de alcohol, presentan alteraciones en las relaciones sociales (familiares, amicales, etc.) como: bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, perturbación del orden público y conductas de alto riesgo; por lo que considera que los adolescentes que beben grandes cantidades de alcohol, comparados con los que no beben, exhiben más conductas de riesgo para sí mismos y para los demás.

Así también, se observa que el consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia tiene repercusiones desfavorables a nivel personal, académico, parental, laboral y social. Según diversas investigaciones, existen diversos determinantes del uso de sustancias en los jóvenes entre ellos se encuentra, las formas como ellos afrontan los estresores de la vida, las expectativas que tienen sobre los efectos de las sustancias, la presión de los pares y las normas percibidas, así como la autoeficacia para rechazar las sustancias que les son ofrecidas (Oei, Fergusson y Lee, 1998, citada por Chau y Van de Broucke, 2005).

Según revisiones literarias consideran que el consumo de bebidas alcohólicas a nivel cerebral puede tener consecuencias en su desarrollo neurológico, así como también en su funcionamiento cognitivo. Villegas y cols. (2013), Señalan que el consumo de alcohol en los menores de edad se asocia con mayores daños cerebrales con implicaciones negativas en el aprendizaje, memoria y desarrollo intelectual en comparación con los adultos, debido a que durante la adolescencia tardía, el cerebro se encuentra aún en etapas de desarrollo, por ende el consumo de alcohol podría tener repercusiones en el desarrollo neurológico del adolescente y consecuentemente en su vida adulta.

Villegas, y cols. (2013) en sus investigaciones con adolescentes consumidores destacan que existen alteraciones en la planeación estratégica, organización perceptual, razonamiento abstracto, atención y la organización de información en la memoria de trabajo.

Asimismo, existen estudios que constatan la alteración de la capacidad de atención alternante y de las habilidades visoconstructivas; así como un déficit en la capacidad para ejecutar tareas psicomotoras complejas y en la capacidad para resolver problemas y manipular conceptos abstractos (Moselley, Georgiou y Kahn, 2001, citado por Landa, Fernández, Tirapu, 2004).

Según algunos estudios, los hijos de alcohólicos muestran mayor vulnerabilidad a conductas internalizantes como: el consumo de alcohol a temprana edad y mayor predisposición de ser consumidores frecuentes de alcohol; también conductas externalizantes como: buscar la novedad, tomar riesgos, impulsividad respecto a controles (Acosta y Cols., 2018).

Tomado en cuenta diversas investigaciones, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol) durante la adolescencia tiene repercusiones negativas, debido que se encuentra en proceso de desarrollo neurobiológico, afectando en diversas capacidades cognitivas, lo cual es muy importante en el adolescente porque gracias a las FE (Funciones Ejecutiva) éste se podrá desenvolver sin problemas ya sea en el ámbito académico, familiar y social.

Actualmente se encontró pocas investigaciones sobre los problemas asociados al consumo del alcohol y su relación con las funciones ejecutivas en adolescentes, siendo esta

la razón fundamental que motivó a la realización del presente trabajo de investigación titulado: “FUNCIONES EJECUTIVAS EN ADOLESCENTES CON Y SIN CONSUMO DE ALCOHOL DEL INABIF, VARONES - AREQUIPA” en donde se describe las características de los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas frente a aquellos que no consumen, de igual forma se efectuó las diferencias existentes en las Funciones Ejecutivas, además se estableció las diferencias en la afectación de las funciones ejecutivas en adolescentes con consumo de bebidas alcohólicas frente a los que no consumen, para establecer dichas diferencias se utilizó la prueba T de Student y la U de Mann Whitney para muestras independientes; para realizar el presente estudio se recurrió al enfoque cuantitativo de la investigación y se utilizó el diseño no experimental de tipo descriptivo-comparativo.

Es así que, se ha estructurado el presente estudio en cuatro capítulos que se detalla a continuación:

En el Capítulo I, se ha planteado la problemática a investigar, los objetivos, la hipótesis, las variables e indicadores; así también, la importancia de este estudio, las limitaciones del mismo y se concluye con la definición de términos. En el Capítulo II, denominado “Marco Teórico”, se ha expuesto la base teórica de la presente investigación, donde se profundiza las Funciones Ejecutivas, el consumo de alcohol, así también, para complementar un acápite de adolescencia. En el Capítulo III, se presenta la Metodología o diseño de investigación, donde se plantea la población y la muestra, además de la descripción de los instrumentos y técnicas, junto con los procedimientos realizados para el desarrollo de este estudio. En el Capítulo IV, se presentan los resultados a través de cuadros estadísticos con sus respectivas interpretaciones, así como la comprobación de la hipótesis, conclusiones,

sugerencias y recomendaciones. Esperando que la presente investigación cumpla su fin primordial e incentive al lector a seguir estudiando las funciones ejecutivas asociado al consumo del alcohol en adolescentes, pues aún hay mucho por descubrir e investigar con la finalidad de ayudar a la población vulnerable de adolescentes consumidores de alcohol.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Perú es el tercer país que consume más alcohol en América Latina. Se calcula que al menos 700 mil peruanos son alcohólicos y necesitan tratamiento especializado. Un 30% de escolares ya consumió alcohol y se inició a los 13 años, así mismo precisó que las encuestas realizadas entre escolares de diversos colegios revelan, que la edad de inicio en el consumo de alcohol ha disminuido a los 13 años y se ha incrementado el consumo entre adolescentes, pero sobre todo entre las mujeres más jóvenes. Aunque antes el consumo en el grupo de varones era siempre mayor al de las mujeres, sin embargo, los últimos estudios dan cuenta de que la brecha es muy corta, así mismo (Eduardo, 2016, citado en Blog Perú 21, 2016).

Como se puede observar el problema del consumo de alcohol ha permanecido en los últimos años de manera constante, no se ha logrado la reducción en su consumo de manera significativa, sobre todo en menores de edad (adolescentes), pese a las políticas preventivas que realiza el Estado Peruano. Más al contrario, la edad de inicio se ve reducida, de acuerdo a los estudios del INSM (Instituto Nacional de Salud Mental), el promedio en las diferentes regiones era de 12.6 años, variando desde 11.9 años en la Sierra urbana a 13.1 en Lima y Callao, es necesario afirmar que, al consumir excesivamente bebidas alcohólicas, especialmente a temprana edad, traerá consecuencias negativas severas, como bajo

rendimiento escolar, malas relaciones sociales tanto en el ámbito familiar y escolar (MINSA, 2017).

Los estudios revelan que quienes inician el consumo de alcohol en la adolescencia son en promedio 7.5 veces más propensos a desarrollar un patrón de consumo abusivo (Korkeila, 2000; OMS, 2002; citados por Acosta y Cols., 2018).

Villegas y cols. (2013), señalan que el consumo de alcohol en los menores de edad se asocia con mayores daños cerebrales con implicaciones negativas en el aprendizaje, memoria y desarrollo intelectual en comparación con los adultos, debido a que durante la adolescencia tardía el cerebro se encuentra aún en etapas de desarrollo, por ende el consumo del alcohol podría tener repercusiones en el desarrollo neurológico del adolescente y consecuentemente en su vida adulta, tanto en el funcionamiento cognitivo como en la vida adulta.

No hace mucho tiempo, la mayoría de los científicos creían que el cerebro alcanza su madurez plena para la pubertad. Ahora, los estudios con imágenes cerebrales revelan que el cerebro adolescente todavía se encuentra en constantes cambios, en las estructuras cerebrales implicadas en las emociones, juicio, organización del comportamiento y autocontrol. Es posible que estos hallazgos ayuden a explicar la tendencia de los adolescentes a los exabruptos emocionales y los comportamientos de riesgo (ACT for Youth, 2002, citado por Papalia, Wedkons y Duskin, 2009).

Los adolescentes procesan información sobre las emociones de manera diferente a la de los adultos. En una serie de estudios, los investigadores escanearon la actividad cerebral de

adolescentes mientras éstos identificaban emociones en imágenes de rostros que se proyectaban en una pantalla de computadora. Los adolescentes tempranos (edades 11 a 13 años) utilizaron la amígdala, una pequeña estructura en forma de almendra que se encuentra localizada a nivel profundo en el lóbulo temporal y que tiene una fuerte participación en las reacciones emocionales e instintivas, mientras los adolescentes mayores así como los adultos, tenían mayor probabilidad de utilizar los lóbulos frontales, que manejan la planificación, razonamiento, juicio, regulación emocional y control de impulsos y que, en consecuencia, permiten juicios más precisos y razonados. Esto sugiere una posible razón por la que algunos adolescentes jóvenes toman decisiones poco prudentes, como el abuso de sustancias o los riesgos en conducta sexual: es posible que el desarrollo cerebral inmaduro permita que los sentimientos superen a la razón y que impida que algunos adolescentes escuchen advertencias que parecen lógicas y persuasivas para los adultos (Baird et al., 1999; Yurgelon-Todd, 2002; citados por Papalia y cols. 2009).

Respecto a las alteraciones en el desarrollo de los procesos emocionales, conductuales y cognitivos, se encontró que se relacionan con mayor probabilidad de llegar al consumo excesivo de alcohol y evidencian problemas en la planeación, abstracción, inhibición de respuestas irrelevantes, flexibilidad mental, toma de decisiones y tolerancia a la frustración, las cuales forman parte de las funciones ejecutivas (Crews y Boettiger, 2009; García, García y Secades, 2011; Mullan, Wrong, Allom y Laurel, 2011; Serrani, 2009; Verdejo, López, Orozco y Pérez, 2002; citados por Acosta y Cols., 2018).

En el contexto local es necesario realizar investigaciones que permitan ahondar más el tema, sobre todo en poblaciones vulnerables (Adolescentes y niños), ya que estas poblaciones están

en pleno desarrollo y se podrá establecer las consecuencias que podría generarles el consumo de sustancias toxicas, especialmente el alcohol que es una droga de fácil acceso, debido que es una sustancia legal en el medio local.

También es importante señalar que cuando se consumen a temprana edad, las sustancias psicotrópicas, habrá más probabilidades de que una persona sea más propensa a ser dependiente de dichas sustancias toxicas, dentro de ellas el alcohol, así también afectará en el normal desarrollo de sus funciones ejecutivas.

Por lo anteriormente expuesto, la presente investigación pretenderá determinar las diferencias existentes entre las Funciones Ejecutivas en adolescentes que consumen alcohol y adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas, ante la ausencia de estudios en el medio local, se observa la relevancia de profundizar en el desempeño de funciones ejecutivas y consumo de alcohol en adolescentes vulnerables albergados en el INABIF de la ciudad de Arequipa, de tal modo que esta investigación sea un alcance inicial para futuros estudios.

2.1. Formulación Del Problema

¿Existirán diferencias significativas en el desempeño de las Funciones Ejecutivas de los adolescentes que consumen frente a los que no consumen bebidas alcohólicas del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, varones de la ciudad de Arequipa-2018?

3. HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

H_1 : Existen diferencias significativas en el desempeño de las Funciones Ejecutivas en los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas frente a aquellos adolescentes que no consumen alcohol en el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, varones de la ciudad de Arequipa-2018.

H_0 : No Existen diferencias significativas en el desempeño de las Funciones Ejecutivas en los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas frente a aquellos adolescentes que no consumen alcohol, en el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, varones de la ciudad de Arequipa-2018.

4.OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Determinar las diferencias en el desempeño de las Funciones Ejecutivas en adolescentes que consumen bebidas alcohólicas frente aquellos que no consumen en el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones de la ciudad de Arequipa-2018.

4.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar quienes consumen y quienes no consumen bebidas alcohólicas en adolescentes del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones de la ciudad de Arequipa-2018.
- b. Evaluar el nivel de desempeño de las Funciones Ejecutivas en adolescentes del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones de la ciudad de Arequipa-2018.
- c. Establecer las diferencias existentes en las áreas (Orbitomedial, Prefrontal anterior y Dorsolateral) de las Funciones Ejecutivas en adolescentes que consumen frente aquellos que no consumen bebidas alcohólicas del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones de la ciudad de Arequipa-2018.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El consumo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en riesgo tanto el desarrollo individual y social de una persona, siendo los más propensos para tener este problema los adolescentes y jóvenes, ya que están en situación de vulnerabilidad y en pleno desarrollo emocional.

El consumo de alcohol está relacionado con la población adolescente, en la búsqueda de emociones fuertes o para olvidar situaciones problemáticas, ya sean en el hogar, colegio,

con sus padres o en la necesidad de aprobación de sus pares, elige como reemplazo y lo que inicialmente se puede dar como curiosidad puede crear hábito y finalmente dependencia. La familia es el primer vínculo socializador en cuyo interior se educa y forma a la persona, de esta manera permite que sus miembros sean personas autónomas y capaces.

Algunos adolescentes consideran al consumo de bebidas alcohólicas como un medio fácil de huir de la realidad que les rodea, la mayoría busca llenar un vacío o tratar de superar diversos problemas familiares y emocionales. A través del consumo de estas sustancias experimentan una serie de emociones, sentimientos, reacciones y actitudes, pero también les trae consigo vivencias negativas.

En el Perú se ha incrementado el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes, además de ello la edad de inicio del consumo se ha adelantado a tempranas edades, como así lo señala, Maximiliano, Ortega, Salas y Vais (2015), donde indican que el inicio del consumo en la población de peruanos adolescente, oscila entre los 11 y 13 años de edad. Así mismo, existen evidencias de que los jóvenes están comenzando a beber a edades cada vez más tempranas. Esto puede causar daño fisiológico en el cerebro (que madura hasta los 25 años de edad); esta posibilidad incrementa de cuatro a cinco veces el riesgo de desarrollar dependencia del alcohol y puede tener consecuencias agudas que juegan un papel significativo en las estadísticas de mortalidad.

Así también, Sánchez (2008), manifiesta que la ingesta habitual de pequeñas cantidades de alcohol a nivel nacional, es frecuente sobre todo en las familias de zonas rurales y entre

los habitantes de viviendas y barrios precarios, en los cuales el 50 % de los menores de 12 años y el 10 % de los menores de 13 años beben alcohol y sufren graves consecuencias, como así lo afirman Sánchez y el Grupo PrevInfad/PAPPS (2012), en su estudio realizado, donde señalan que existe un daño neuronal secundario al consumo intermitente de alcohol en animales adolescentes, así como alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje, además consideran que según estudios neuroanatómicos, el hipocampo como una de las áreas preferentemente dañadas, lo que ha podido comprobarse mediante estudios realizados con técnicas de imagen (resonancia magnética funcional que muestran su menor tamaño. Por otro lado, un inicio más tardío y un consumo menor se relacionan con un mayor tamaño del hipocampo.

Esta problemática resulta preocupante para los profesionales de la salud mental, cuya fuente de información permita identificar la prevalencia del consumo de alcohol; así como el inicio temprano de dicho consumo, permitiendo reforzar, planificar y ejecutar actividades preventivas promocionales. Por todo ello, es necesario averiguar la realidad en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en el medio local, ello con la finalidad de instaurar políticas de prevención, ya que, según estadísticas a nivel nacional esta problemática ha ido en aumento, y según los estudios señalados, definitivamente causará daños severos e irreversibles en el sistema nervioso, lo que es muy preocupante.

Los adolescentes son una población muy vulnerable a ciertos patrones de consumo debido a varios factores. Fisiológicamente, se encuentran todavía experimentando cambios en su desarrollo. El cerebro del adolescente se encuentra en un alto nivel de desarrollo. Este desarrollo establece las bases para las habilidades de la persona en su vida adulta, tales

como la planeación, la integración de información, la resolución de problemas, el discernimiento y el razonamiento. Estos importantes cambios que están sucediendo son la razón de que el cerebro del adolescente sea más vulnerable a los efectos nocivos del alcohol en comparación con un cerebro adulto.

En el INABIF existen programas para adolescentes que consumen alcohol en forma excesiva, con el objetivo de disminuir el consumo, sin embargo, no se logra resultados satisfactorios, ya que muchos de ellos vuelven a recaer; esto se debe al poco compromiso y voluntad que poseen los adolescentes y a la falta de conciencia de su problema; además, muchos de ellos tienen poca tolerancia a la frustración; demostrando poco interés en aprender de sus experiencias pasadas.

El presente estudio se considera importante porque permitirá conocer qué Funciones Ejecutivas se ven afectadas cuando un adolescente consume alcohol de manera excesiva. Puesto que, según Flores, Ostrosky y Lozano (2014), consideran que el consumo de alcohol afecta los procesos de atención, memoria y lenguaje. Además, la importancia radica en que las funciones ejecutivas, en adolescente consumidores de alcohol, se ve afectadas en la toma de decisiones, la planeación, memoria de trabajo, solución de problemas, fluidez verbal, flexibilidad mental y generación de hipótesis.

Por lo que, en la presente investigación se podrá comprobar en cómo el consumo de alcohol afecta de manera negativa en las funciones ejecutivas, para entender mejor este problema del medio local, se conocerá los daños producidos por el consumo de alcohol en las funciones ejecutivas, ya que es primordial para la toma de decisiones, organización,

control inhibitorio, flexibilidad mental, etc., los cuales son de vital importancia para una educada planeación de la conducta y los procesos cognitivos que permite desarrollar actividades independientes y productivas.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo, permitirá implementar políticas preventivas en el consumo de cualquier sustancia psicotrópicas, sobre todo en poblaciones vulnerables (niños y adolescentes), además señalar el rol importante que juega la familia para poder evitar el problema. Una vez estudiado el tema, se podrá contribuir con algunas herramientas para hacer frente el problema del consumo de alcohol en adolescentes que tanto aqueja a la sociedad actual. Es así que se podrá implementar programas para la mejora de habilidades sociales y habilidades para la vida (cómo desenvolverse adecuadamente en la sociedad).

Con la presente investigación se podrá aportar a las áreas de la ciencia de la psicología, ya que el tema del consumo de alcohol es tratado por la psicología social, educativa, clínica y el área de desarrollo humano, de esta manera permite conocer la magnitud de los daños relacionados con el alcohol, y difundir la información de las consecuencias del alcohol en funciones ejecutivas, así como también elaborar nuevos programas con adolescentes para concientizar y reforzar el compromiso social.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- a. Al formular el presente proyecto, se pudo observar que existen muy pocas investigaciones en el medio local en cuanto a la variable de estudio.

- b. La población que se encuentra albergada, son adolescentes de alto riesgo, lo que en cierto momento fue difícil su acceso, ya que hubo poca predisposición por parte de la población.
- c. Los problemas de conducta de los adolescentes fue un inconveniente ya que hubo resistencia por parte de éstos al momento de la aplicación del instrumento.
- d. Lo resultados arribados en la presente investigación no podrán ser generalizados a otros contextos, puesto que el tipo de muestreo aplicado en la presente investigación fue no probabilístico, específicamente la intencional.

7. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

A. Adolescencia: La Unicef (2002), la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, en donde la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables.

B. Consumo de Alcohol: Ahumada, Gámez y Valdez (2017), describe en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. La Organización Mundial de la Salud (2001) citado por Ahumada, Gámez y Valdez (2017) establece

que una bebida estándar corresponde aquella que contiene alrededor de 10 gramos de alcohol semejante a una lata de cerveza de 330 ml.

C. Funciones Ejecutivas: Lezak (1995), citada por Flores, Ostrosky y Lozano (2014).

Define las funciones ejecutivas como una serie de capacidades que permiten controlar, regular y planear la conducta y los procesos cognitivos, a través de ellas los seres humanos pueden desarrollar actividades independientes, propositivas y productivas.

8. VARIABLES E INDICADORES

Variables	Indicadores	Índice	Valores	Nivel de Medición
Funciones Ejecutivas Serie de capacidades que permiten controlar, regular y planear la conducta y los procesos cognitivos.	Orbitomedial (BANFE)	116 o más	Normal alto	Medición Ordinal
		85 – 115	Normal	
		70 – 84	Alteración leve	
		69 ó menos	Alteración severa	
	Prefrontal anterior (BANFE)	116 o más	Normal alto	
		85 – 115	Normal	
		70 – 84	Alteración leve	
		69 ó menos	Alteración severa	
	Dorsolateral (BANFE)	116 o más	Normal alto	
		85 – 115	Normal	
		70 – 84	Alteración leve	
		69 ó menos	Alteración severa	

9. ANTECEDENTES

La investigación de Villegas y cols. (2013): “Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: una revisión sistemática” se realizó la investigación mediante la recopilación de documentos, se consideraron publicaciones, con población adolescente y joven entre 10 y 20 años de edad (de ambos sexos), escolarizados o no escolarizados, de cualquier nacionalidad y con antecedente de ingesta de cualquier tipo de bebida alcohólica alguna vez en la vida. En este sentido, se concluyó; que en procesos como la inhibición de respuestas y la toma de decisiones parece existir un deterioro asociado con el consumo de alcohol en la adolescencia, el cual se apreció en más del 70 % de las investigaciones.

La investigación de García, Expósito, Sanhueza y Angulo (2008): “Actividad pre frontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes”: Donde realizaron un análisis comparativo, participaron en el estudio 62 estudiantes universitarios menores de 20 años y alumnos de primer curso de carrera.

Los datos de la investigación apoyan la idea de que el consumo elevado de alcohol por parte de los jóvenes en fin de semana ocasiona daños en la corteza prefrontal del cerebro que se traducen en una alteración significativa de las funciones ejecutivas, capacidades que se requieren para la organización de la conducta y el diseño de estrategias encaminadas a lograr objetivos.

Así mismo, Martínez (2018) en su investigación que lleva como título “funciones ejecutivas y consumo de alcohol en jóvenes universitarios: capacidad predictiva de las

medidas de evaluación”, para ello se planteó el siguiente objetivo, observar la correspondencia entre la autopercepción de jóvenes con diferentes patrones de consumo de alcohol sobre sus funciones ejecutivas en tareas cotidianas (evaluación sujetocéntrica) y la ejecución en tareas administrativas en situaciones de laboratorio (evaluación externa). Utilizo el método de estudio de casos y controles. Según los resultados las pruebas neuropsicológicas no permiten establecer diferencias entre jóvenes con distintos patrones de consumo mientras los instrumentos autoaplicados sugieren que los casos clasificados en el grupo CIA (Consumo intensivo de alcohol) difieren negativamente de los moderados y controles, indicando una peor capacidad de inhibición y autorregulación emocional en situaciones sociales. La capacidad de autorregulación de la conducta socioemocional (soportada por los circuitos ventromediales) explica una característica fundamental de las funciones ejecutivas, que puede no ser evidente o no interferir en la ejecución de tareas cognitivas ajena a la cotidianidad. En Arequipa la situación es aún más alarmante ya que se identificó en un estudio 14% de adolescentes alcohólicos en Arequipa. Donde los factores de riesgo que se encontraron en este estudio son una mayor proporción de padres analfabetos entre los adolescentes alcohólicos (3.38%), un número mayor de familias divorciadas (30.6%) entre los alcohólicos (normales 21.6%), la dinámica familiar en la mayoría de familias divorciadas se encuentra alterada, también se encontró familias nucleares y de clase social alta.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. FUNCIONES EJECUTIVAS

1.2. Aproximación Conceptual de las Funciones Ejecutivas

El concepto funciones ejecutivas es relativamente nuevo en psicología y neurociencia, remite a un conjunto de procesos complejos situados en la parte más alta de la jerarquía de operaciones cognitivas responsables del control de la conducta de los individuos. El estudio científico de las funciones ejecutivas es heredero, en parte, del interés tanto filosófico como teológico sobre conceptos como el de libre albedrío, intencionalidad o voluntad como capacidades distintivas de la especie humana. Sin embargo, ya a mediados del siglo XIX, se demostró que pacientes con lesiones frontales, como en el

conocido caso de Phineas Gage, se ha convertido en el ejemplo clásico de la patología de lóbulo frontal y del trastorno de las funciones ejecutivas (Harlow, 1868 citado por Ardila 2008). Phineas era un capataz responsable quien sufrió un trágico accidente en el que una barra de metal fue proyectada hacia su lóbulo frontal. Milagrosamente sobrevivió, pero después del accidente, fue descrito como “profano, irascible e irresponsable”. Se reportaron cambios de personalidad graves y de acuerdo con Harlow, comenzó a “comportarse como un animal”. El caso de Phineas Gage se cita generalmente como el ejemplo típico de alteraciones en las funciones ejecutivas. Sin embargo, es obvio que los trastornos presentados por Phineas Gage se situaban básicamente al nivel cognitivo/emocional, no al nivel puramente cognitivo. Se observaron los cambios conductuales externos tal como suele encontrarse en la patología de lóbulo frontal, pero las alteraciones puramente cognitivas no fueron documentadas, en parte debido a la falta de instrumentos de evaluación apropiados.

Entre los factores históricos que contribuyeron al estudio de Funciones Ejecutivas, cabría destacar: las secuelas en los pacientes supervivientes de las guerras mundiales; los avances en neurocirugía, la resección quirúrgica de porciones de cerebro permite observar la conducta resultante ante lesiones bien definidas, y los avances en psicometría y estadística que permiten el desarrollo de los primeros test psicológicos que comienzan a ser aplicados a pacientes con lesión cerebral.

Luria (1979) citado por Ardila (2013), fue uno de los primeros autores en establecer la relación entre lóbulos frontales y lo que hoy se llaman funciones ejecutivas, el autor señaló que los lóbulos frontales serían la estructura esencial para la organización de la

actividad intelectual, que incluiría la programación de dichos actos intelectuales y la supervisión de su ejecución. Mediante la observación de pacientes con lesiones en los lóbulos frontales, Luria describiría una serie de “trastornos en la iniciativa, motivación, formulación de metas y planes de acción y el autocontrol de la conducta, asociados a lesiones frontales”. Propuso tres unidades funcionales en el cerebro:

- Alerta-motivación (sistema límbico y reticular).
- Recepción, procesamiento y almacenamiento de la información (áreas corticales post-rolándicas).
- Programación, control y verificación de la actividad (corteza prefrontal).

Luria plantea que esta tercera unidad cumple un papel ejecutivo, que explica el “como” de las conductas y las diferencias de los otros procesos cognitivos.

Durante los años ochenta, la acumulación de datos experimentales y neuropsicológicos precedió a la aparición de los primeros modelos de control ejecutivo e intentos de definiciones sobre este concepto. Así, en el año 1982, Muriel Lezak utiliza por vez primera el término funciones ejecutivas tal como se conoce hoy en día. En su trabajo titulado “*El problema de la evaluación de las funciones ejecutivas*”, la autora define dichas funciones como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y adaptada socialmente (Lezak, 1982). En su formulación, la autora, basándose en los postulados de Luria, agrupa los componentes o conjuntos que permitirían explicar cómo los seres humanos desarrollan conductas intencionales. De la siguiente manera:

- Formulación de metas: definida como la capacidad de generar y seleccionar

objetivos o estados deseables en el futuro.

- Planificación o selección de las acciones, elementos y secuencias necesarias para alcanzar el objetivo y su correcta secuenciación temporal.
- Desarrollo: implicaría capacidades más básicas como las de iniciar, detener, mantener y cambiar entre acciones planificadas.
- Ejecución: guardaría relación con la capacidad de supervisar, ajustar o corregir las acciones puestas en marcha en pro de la consecución del logro.

Entre las principales aportaciones de este modelo, está el proporcionar un punto de partida para el desarrollo de la investigación científica de las funciones ejecutivas.

En este sentido, el modelo proporciona un inventario concreto de las habilidades que deben ser objeto de análisis científico respecto a las funciones ejecutivas. Es importante señalar que, hasta el momento el surgimiento del modelo de Muriel Lezak, permitió describir el conjunto de relaciones que se establecen entre los componentes descritos, donde existirían procesos de alto nivel y alta abstracción (al hablar del establecimiento de metas) y procesos de bajo nivel o baja abstracción (detección de errores), cuya relación jerárquica permitiría explicar cómo se articulan las operaciones conducentes a la generación de la conducta intencional.

Luria (1979), relacionó la actividad de los lóbulos prefrontales con la inhibición de respuestas inmediatas, abstracción, solución de problemas, regulación verbal de la conducta, reorientación de la conducta de acuerdo a las consecuencias conductuales, integración temporal de la conducta, integridad de la personalidad y conciencia.

Durante la década de 1970, 1980 y 1990, se dedicaron varios libros al análisis de la

corteza prefrontal. Inicialmente se pensaba que el “lóbulo frontal” y la “corteza prefrontal” eran sinónimos del déficit ejecutivo. Posteriormente, se hizo evidente que el “síndrome prefrontal” y las “funciones ejecutivas” no son sinónimos. La corteza prefrontal juega un papel clave de monitoreo en las funciones ejecutivas, pero también participan otras áreas del cerebro.

En algunas definiciones contemporáneas de las funciones ejecutivas se destaca el planteamiento de Ardila y Rosselli (2007) los cuales la conceptualizan como: Los procesos cognitivos que permiten la organización y planeación, la flexibilidad cognoscitiva, la capacidad de filtrar interferencias, el control de las conductas dirigidas a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de las conductas, el manejo simultáneo de diversos subsistemas necesarios para realizar una tarea; también incluye la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia.

En la actualidad se definen las funciones ejecutivas como el grupo de habilidades cognoscitivas que tienen por objetivo facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas y complejas, incluyendo otras conductas que simplemente las habituales y automáticas (Rosselli, Jurado y Matute 2008).

La importancia de estas funciones radica en reconocerlas como el ejecutivo que monitorea o regula el comportamiento humano, no sólo en el aspecto conductual, sino también cognitivo y hasta moral. Las funciones ejecutivas es una temática indispensable en el proceso de aprendizaje “debido a que un individuo aprende en tanto sus dispositivos básicos funcionen adecuadamente; por dispositivos se reconocen los procesos cognitivos

relacionados primordialmente con las funciones ejecutivas” (Vergara, 2008: citado por Batista en el 2012). Recordando que un sujeto debe desarrollar estas funciones para lograr aprender todas las nociones, proposiciones y conceptos que le brinda el sistema educativo, alcanzar sus metas estudiantiles e interactuar en forma eficiente en el contexto sociocultural en que se desarrolle.

Para ello, se debe estimar también la dificultad de la tarea y el tiempo que se requiere en realizarla. Por ello, un buen desarrollo de las funciones ejecutivas durante la infancia y adolescencia implica el desarrollo de una serie de capacidades cognitivas que permiten la regulación del pensamiento, las acciones y las emociones. Se alcanza una capacidad ejecutiva similar a la observada en el adulto entre la adolescencia y principios de la segunda década de la vida (García, Enseñat, Tirapu y Roig, 2009).

En síntesis, las funciones ejecutivas comprenden una serie de procesos cognitivos entre los que destacan la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección de la conducta, la autorregulación, el autocontrol y el uso de la retroalimentación o feedback para llevar a cabo una conducta eficiente. Son muy importantes en el ámbito emocional, conductual y funcional, operan en función del contexto (externo, interoceptivo y metacognitivo) y de la previsión de nuestros objetivos futuros (Verdejo y Bechara, 2010 citado por Sanches y Tirapu 2012). Como se puede observar, las funciones ejecutivas conforman un conjunto de habilidades diversas pero relacionadas e imbricadas. Para comprender a una persona, es importante observar cuáles son sus habilidades ejecutivas problemáticas y en qué grado lo son. De hecho, se dispone de escalas de evaluación que se utilizan para crear el “perfil ejecutivo” de una persona.

1.3. Perspectivas teóricas actuales en el estudio de las Funciones Ejecutivas.

Los autores anteriores han contribuido significativamente a los conocimientos actuales sobre las funciones ejecutivas y su relación con la organización cerebral. Las aportaciones descritas han sido importantes para el desarrollo de algunos de los modelos más conocidos sobre funcionamiento ejecutivo, que se presentan a continuación.

1.3.1. Modelo del sistema atencional supervisor (SAS).

El Sistema de Supervisión Atencional (SSA) fue propuesto por Sallice y Burgess (1991) citado por Portellano y García (2014) y resalta la relevancia del sistema prefrontal para el procesamiento de la información, facilitando el adecuado control atencional frente a las tareas novedosas. Consta de dos componentes:

- a) Nivel inferior o programador de contienda, que se activa cuando es necesario emitir una respuesta más rutinaria, previamente aprendida, incluso cuando la tarea tiene cierto nivel de complejidad.

- b) Nivel superior: se activa ante situaciones novedosas en las que no se dispone de respuestas conocidas, cuando la selección de acciones rutinarias no es suficiente. Siempre que haya que emitir una respuesta compleja se activa el SSA, que se encarga de suprimir las respuestas irrelevantes, facilitando de ese modo la correcta focalización sobre la tarea que se está llevando a cabo.

1.3.2. Memoria de trabajo y Funciones Ejecutivas

Baddeley y Hitch (1974) citado por Portellano y García (2014), presentaron un modelo de memoria operativa el cual conocemos como “memoria de trabajo”, después fue aún más desarrollado por Baddeley. La memoria de trabajo (MT) es un componente esencial del sistema atencional operativo que permite trabajar contenidos de la memoria en línea, guiando y planificando el comportamiento dirigido a fines. Es un sistema activo que mantiene y manipula la información permitiendo que se lleven a cabo diversos procesos cognitivos como la lectura, el razonamiento o la comprensión lingüística. La MT es algo así como el brazo activo de las funciones ejecutivas y consta de tres componentes:

- a) Bucle fonológico. Es un almacén fonológico a corto plazo que mantiene la información en la conciencia durante el tiempo necesario para realizar una actividad. Para ello utiliza un sistema subvocal que permite retener la operación mientras el sujeto realiza una determinada actividad. El bucle fonológico está dividido en dos subcomponentes: un almacén pasivo, situado en el giro supramarginal izquierdo, y un sistema activo de repaso subvocal que actualiza los elementos almacenados para evitar su decaimiento; dicho almacén está situado en el área de Broca.
- b) Agenda visoespacial. Crea, mantiene y manipula las imágenes visuales, permitiendo la planificación y ejecución de tareas espaciales, percepción visual, orientación espacial y correcta direccionalidad de los movimientos espaciales. Tiene dos subcomponentes: un sistema de almacenamiento pasivo y otro de tipo activo que

transforma, manipula e integra los contenidos almacenados. Se asume que la agenda visoespacial se localiza en la corteza parietal posterior y en el córtex temporal inferior.

c) Sistema Ejecutivo Central (SEC). Realiza operaciones de control y selección de estrategias, integrando al bucle fonológico y la agenda visoespacial. El SEC no almacena información, pero selecciona adecuadamente el patrón de conducta a seguir, siendo la expresión más elevada de la inteligencia humana. Cuando las tareas cognitivas tienen poca relevancia, por ser más sencillas o rutinarias, el sistema ejecutivo central no se activa, permitiendo que sean el bucle fonológico o la agenda visoespacial quienes gestionan el procesamiento de la información. Pero cuando el componente cognitivo es de mayor complejidad, es imprescindible que se active el sistema ejecutivo central, localizado en el área dorsolateral, para facilitar la solución del problema planteado. El hecho de que el sistema ejecutivo central no se active para resolver problemas de menor complejidad es un factor ventajoso, ya que así se evita su saturación, lo que impediría resolver nuevas cuestiones de mayor complejidad.

1.3.3. Modelo jerárquico de Stuss y Benson

El modelo de Stuss y Benson (1986) citado por Portellano y García (2014) plantearon un modelo jerárquico de las funciones mentales, según el cual el córtex prefrontal controlaría otras funciones más básicas, que estarían distribuidas jerárquicamente e interrelacionadas, así mismo estas no se encargarían de la ejecución, sino del control, la planificación y selección para la activación de las acciones (Tirapu y Luna, 2008

citado por Portellano y García (2014). Este modelo estaría formado por tres componentes

- Autoconciencia o autoanálisis: Representa las experiencias subjetivas del sujeto, controla la actividad mental y hace uso del conocimiento previo para resolver situaciones novedosas y para la toma de decisiones, esta depende de los inputs y outputs, la influencia del medio externo).
- Control ejecutivo: tiene funciones como la selección de metas, iniciación de acciones, anticipación de las consecuencias y monitoreo, la cual solo se activaría en situaciones novedosas.
- Un tercer nivel que estaría formado por el impulso (drive) que se relaciona con la motivación, el estado emocional del sujeto y por la organización temporal, que estaría relacionada con la función de organizar temporalmente la información y con la percepción del orden temporal de los sucesos.

En una revisión más reciente, estos autores proponen que cada uno de estos sistemas hace uso de los siguientes componentes básicos: la entrada de información, un sistema de comparación de la información entrante y un sistema de salida.

La entrada de información sería específica dependiendo del nivel de representación de la información: un sistema de comparación entrante, que compara la información

relacionándola con el conocimiento previo y un sistema de salida, que interpreta los resultados hacia un tipo de respuesta (Ilioudi, 2013 citado por Portellano y García 2014).

1.3.4. Modelo Conceptual

Con base en la Batería neuropsicológica de funciones frontales y ejecutivas (Flores, Ostrosky y Lozano, 2012 citado por Portellano y García, 2014), se desarrolló un esquema que sirve de modelo conceptual a estos procesos. El esquema se dividió en cuatro niveles jerárquicos: en el nivel más básico se encuentran las funciones frontales básicas (control inhibitorio, control motriz, detección de selecciones de riesgo), este corresponde a la corteza orbitofrontal y corteza frontomedial; en el siguiente nivel está el sistema de memoria de trabajo, en el tercer nivel se encuentran las funciones ejecutivas (planeación, fluidez, productividad, secuenciación, flexibilidad mental, etc.), que también corresponde a la corteza prefrontal dorsolateral; y en el cuarto y más complejo nivel se hallan las metafunciones (metacognición, abstracción y comprensión del sentido figurado) el cual corresponde a la corteza prefrontal anterior.

1.4. Lóbulos Frontales

Hay dos habilidades de lóbulo prefrontal diferentes pero que están estrechamente relacionadas (Fuster, 2002; Happaney, Zelazo, & Stuss, 2004 citado por Ardila y Obstrosky, 2008):

a. Solución de problemas, planeación, inhibición de respuestas, desarrollo e implementación de estrategias y memoria de trabajo (estas son las funciones que generalmente se entienden como funciones ejecutivas, generalmente medidas a través de pruebas neuropsicológicas de funciones ejecutivas); estas son las habilidades más estrechamente relacionadas con el área dorsolateral de la corteza prefrontal y se puede hacer referencia a ellas como “funciones ejecutivas metacognitivas”.

b. Coordinación de la cognición y la emoción. Se refiere a la habilidad de satisfacer los impulsos básicos siguiendo estrategias socialmente aceptables. En el último caso, lo que es más importante no necesariamente es el mejor resultado conceptual e intelectual, sino el resultado que va de acuerdo a los impulsos personales.

En ese sentido, la función principal del lóbulo prefrontal es encontrar justificaciones aparentemente aceptables para los impulsos límbicos (los cuales constituyen las “funciones ejecutivas emocionales”). Sin duda, si las funciones ejecutivas metacognitivas fueran utilizadas en la solución de problemas sin involucrar impulsos límbicos, la mayoría de los problemas sociales que se presentan en todo el mundo habrían sido resueltos, porque el hombre contemporáneo posee recursos suficientes para solucionar la mayoría de los problemas más relevantes (tales como la pobreza y la guerra).

1.4.1. Síndrome Orbitofrontal y Medial.

El daño orbitofrontal ha sido asociado con la desinhibición, conductas inapropiadas, cambios en la personalidad, irritabilidad, labilidad emocional, poco tacto, y distractibilidad. Estos pacientes son incapaces de responder a claves sociales y atienden sólo a los estímulos presentes. Damasio (1998) acuñaron el término “sociopatía adquirida” para describir la alteración que conjuga tanto la falta de insight como la falta de remordimiento ligado a estas conductas. Esto refleja la naturaleza concreta de este tipo de trastorno. La corteza orbitofrontal parece estar unida predominantemente con estructuras límbicas y basales del cerebro anterior. El daño al lóbulo frontal medial causa apatía o abulia (una forma severa de apatía). Lesiones agudas bilaterales del área medial frontal pueden causar mutismo acinético, en el cual el individuo está despierto y presenta conciencia de sí mismo, pero no es capaz de iniciar acciones. De acuerdo con Fuster (1997, 2002) citado por Ardila y Ostrosky (2008) las áreas ventromediales de la corteza prefrontal están involucradas en la expresión y control de las conductas emocionales e instintivas.

1.4.2. Síndrome Dorsolateral.

Cummings (1993) citado por Gómez y Tirapu (2012), señaló que el circuito dorsolateral es el más importante de las funciones ejecutivas. El déficit más notable es la incapacidad de organizar una respuesta conductual ante un estímulo complejo o novedoso. Los síntomas son un continuo y reflejan la capacidad de cambiar los conjuntos cognitivos, aplicar estrategias existentes y organizar la información en forma

tal que se ajuste a las demandas ambientales. Varios investigadores, incluyendo a Luria, (1969) citado por Ardila, (2013), han descrito perseveraciones, conductas centradas en el estímulo, ecopraxia y ecolalia. Se ha señalado que las áreas ventrales y dorsales de la corteza prefrontal interactúan en el mantenimiento de la toma de decisiones de forma racional y “no riesgosa”. De acuerdo con Fuster (1997, 2002) citado Ardila y Ostrosky, (2008), la función ejecutiva más general de la corteza prefrontal lateral es la organización temporal de las acciones dirigidas hacia una meta dentro del campo de la conducta, cognición y lenguaje. Es evidente que estos dos síndromes prefrontales pueden tener dos manifestaciones clínicas completamente diferentes (metacognitivo y emocional) dependiendo de la localización específica del daño. Esta misma distinción ha sido propuesta por diferentes autores.

1.5. Neuroanatomía Funcional de Los Lóbulos Frontales

Según Fuster (2002) citado por citado Ardila y Ostrosky, (2008), se pueden distinguir tres áreas en la corteza prefrontal (CPF): corteza prefrontal dorsolateral, corteza prefrontal medial y corteza prefrontal orbital o ventral. Tomando en cuenta las aportaciones de Ardila y Ostrosky (2012) pasamos a caracterizar cada una de estas áreas.

1.5.1. Corteza Prefrontal Orbito – Medial:

En esta área se encuentran las funciones frontales básicas como son: el control inhibitorio, control motriz y detección de selecciones de riesgo, las cuales dependen

principalmente de la Corteza Orbitofrontal (COF) y de la Corteza Prefrontal Ventromedial (CPFVM).

1.5.2. Corteza orbital frontal:

Está situada en la cara basal anterior, en la zona ubicada encima de las órbitas oculares.

Se encuentra conectada con el sistema límbico. Su función se relaciona con la regulación de las emociones y participa en conductas afectivas y sociales y en la toma de decisiones. Participa también en el procesamiento de la información relativa a la recompensa, posibilitando la detección de cambios en las condiciones ambientales negativas y positivas (de riesgo o de beneficio para el sujeto), lo que permite que realizar ajustes a los patrones de comportamiento en relación con los cambios que ocurren de forma rápida o repentina en el ambiente o la situación en que los sujetos se desenvuelven (Rolls, 2000, citado por Flores, Ostrosky,Lázaro,2014).Participa de forma muy importante en la toma de decisiones basadas en la estimación del riesgo – beneficio de las mismas . La COF se involucra aún más en la toma de decisiones ante situaciones inciertas, poco específicas o impredecibles. Su papel es la marcación de la relevancia (emocional) de un esquema particular de acción entre muchas opciones más que se encuentran disponibles para la situación dada (Elliot, Dolan & Frith, 2000 citado por Flores, Ostrosky y Lázaro,2014).

1.5.3. Corteza prefrontal medial:

Se encuentra ubicada en las caras mediales de los lóbulos frontales, en la mitad anterior del fascículo cingulado. En ella se encuentran regiones pertenecientes al córtex premotor, prefrontal y límbico. Según Fuster (2002, citado por Ardilla y Ostrosky, 2012) se relaciona con la inhibición, detección y solución de conflictos y regulación de la atención, así como de la regulación de la agresión y de los estados motivacionales. Participa también en la regulación del tono cortical, en el aprendizaje y la habituación. Se considera que la corteza del cíngulo anterior (área 24) funciona de forma integrada con esta región (Miller & Cohen, 2001 citado Ardila y Ostrosky, 2008). Su porción inferior (infero-medial: área32) se relaciona estrechamente con el control autonómico, las respuestas viscerales, las reacciones motoras y los cambios de conductancia de la piel ante estímulos afectivos (Ongur, 2003 citado por Ardilla y Ostrosky, 2012); mientras que la porción superior (supero-medial) se relaciona más con los procesos cognitivos (Burgess, 2000 citado por Ardilla y Ostrosky, 2012).

1.5.4. Corteza prefrontal dorsolateral:

La corteza prefrontal dorsolateral, “ubicada en la zona rostral externa del lóbulo frontal, realiza asociaciones intermodales necesarias en los procesos cognitivos lo que facilita la interacción entre la información sensorial y los núcleos límbicos”. La cual se divide en dorsolateral y anterior.

Se relaciona a procesos tales como: la planeación, memoria de trabajo, solución de problemas, fluidez, flexibilidad mental, inhibición, generación de hipótesis, que en su mayoría se consideran funciones ejecutivas (Tapia, 2015).

La corteza dorsolateral prefrontal (CDLPF) es la porción más nueva de la corteza prefrontal, se relaciona con los procesos cognitivos más complejos que el hombre ha desarrollado a través de su evolución (Fuster, 2002, citado por Ardila y Ostrosky, 2012). ubicada en la zona rostral externa del lóbulo frontal es la más compleja desde un punto de vista funcional y la que mayor desarrollo muestra en la especie humana. Es la región que más se relaciona con procesos cognitivos de alto nivel como las FE de planeación, abstracción, memoria de trabajo, fluidez (diseño y verbal), solución de problemas complejos, flexibilidad mental, generación de hipótesis y estrategias de trabajo, seriación, secuenciación y representa el aspecto “frío” de la toma de decisiones (Stuss & Alexander, 2000, Ardila y Ostrosky 2012).

Según Stuss, Alexander, Floden, Binns, Levine, McIntosh, y Knight (2002) citado por Rodriguez (2015), la corteza prefrontal dorsolateral se subdivide a su vez en dos regiones: dorsolateral y anterior. La región dorsolateral se asocia con la memoria de trabajo, planificación, fluidez verbal y de diseño, solución de problemas, flexibilidad, estrategias y secuenciación. La región anterior se relaciona más con capacidades de mayor jerarquía cognitiva: metacognición, auto-evaluación y ajuste de la actividad en base a la realización continua además de con el autoconocimiento, consiguiendo una integración de las experiencias emocionales y cognitivas de las personas (Ardila y Ostrosky, 2008)

1.5.5. Corteza Prefrontal Anterior (CPFA)

Más conocida como la corteza prefrontal rostral (CPFR), o también llamada frontopolar (CPF). Esta sería la parte anterior de la corteza dorsolateral. Contiene conexiones con las zonas anterior y posterior del giro cingulado, además recibe señales de la parte anterior de la ínsula. “Al parecer esta red trabaja independientemente de la estimulación externa, por lo que se la ha relacionado con la introspección o con la información generada internamente” (Gómez y Tirapu, 2012)

Flores y Ostrosky (2012) mencionan que las activaciones de la CPFA (área 10 rostral) reflejan los niveles más complejos del control cognitivo o procesos de “cuarto nivel”, situados en una jerarquía mayor que las funciones ejecutivas. Además, esta área sería la última en desarrollarse, entre los 16 a 30 años de edad.

1.6. Descripción de las Funciones Ejecutivas

1.6.1. Planeación

La planeación es la capacidad para integrar, secuenciar y desarrollar pasos intermedios para lograr metas a corto, mediano o largo plazo (para lo cual también se requiere de flexibilidad mental, otra función ejecutiva importante) (Baker 1996 citado por Flores y Obstrosky 2012).

1.6.2. Flexibilidad mental

Es la capacidad de adaptarnos a situaciones nuevas, diferentes o cambiantes que se nos presenten; esto mediante la generación de respuestas funcionales, lo que implica modificar una respuesta en relación a estas nuevas exigencias, para ello, es necesario que se inhiba y genere otros patrones de conducta más acorde a la respuesta que se espera (Flores y Obstrosky 2012).

1.6.3. Control inhibitorio

Cohen, (1993) citado por Flores y Obstrosky, (2012), considera como la capacidad de control sobre los demás procesos neuronales que se llevan a cabo dentro y fuera de ella, permite retrasar las respuestas impulsivas originadas en otras estructuras cerebrales, lo cual resulta primordial para regular la conducta y la atención.

1.6.4. Memoria de trabajo

La memoria de trabajo es una memoria temporal que se utiliza para alcanzar objetivos inmediatos y a corto plazo permitiendo un procesamiento activo de la información, que puede mantenerse durante cierto tiempo para realizar una acción o una serie de acciones, así como para resolver problemas mediante el uso de información de manera activa. Se ha encontrado, además, que interviene en procesos como la comprensión del lenguaje, la lectura, y el razonamiento. En la actualidad, se ha dividido este proceso en cuatro subcomponentes: el bucle fonológico, la agenda visuoespacial, el sistema

ejecutivo central y el buffer episódico. (Baddeley, 1990; 2003 citado por Flores y Obstrosky, 2012).

1.6.5. Procesamiento riesgo-beneficio

Se basa en modificar el desarrollo de las conductas personales, a través de sus estados afectivos y en sus consecuencias psicológicas, un adecuado funcionamiento de esta zona permite guardar las experiencias y conductas negativas y positivas y relacionar un estado fisiológico-afectivo con una situación o conducta social específica (Flores y Obstrosky, 2012).

1.6.6. Abstracción

La abstracción nos permite reconocer criterios abstractos de situaciones, objetos e información en general, es decir aquellos criterios no visibles, además de que nos permite entender el sentido figurado de cierta información. (Lezak, 1982).

1.6.7. Metacognición

La metacognición es la capacidad para monitorear y controlar los propios procesos cognitivos .En otras palabras, la metacognición nos permite planificar estrategias para una determinada situación, aplicarlas y saber controlarlas; detectando las posibles fallas. (Flores y Ostrosky, 2012).

1.7. Desarrollo de las Funciones Ejecutivas

Dicho de forma sencilla, los lóbulos frontales y la corteza prefrontal constituyen la base anatómica o biológica de la función ejecutiva. Aunque no son sólo éstas las regiones del cerebro responsables de las habilidades de control mental, los lóbulos frontales son los últimos en madurar de forma completa. Puesto que la corteza prefrontal es la que se desarrolla más tarde y no alcanza su pleno crecimiento y mielinización hasta la tercera o cuarta década en la vida de un individuo, es lógico que las funciones a las que atiende vayan desarrollándose progresivamente a lo largo de ese espacio temporal (Fuster, 2014 citado por Ardila y Ostrosky, 2008).

Así como esperamos que los niños anden y hablen a determinadas edades, también confiamos que aprendan a planificar, organizarse y ejecutar las tareas de forma más eficaz e independiente conforme se hacen mayores, es decir, conforme va evolucionando, enriqueciéndose, la corteza prefrontal. El desarrollo de las funciones ejecutivas está relacionado tanto con los procesos biológicos de la maduración del cerebro (naturaleza) como con la experiencia (educación), así como con factores motivacionales y emocionales. Este desarrollo conduce y traslada a los niños desde la dependencia de estructuras y apoyos elaborados por el adulto, a modos más independientes y flexibles de pensar y de actuar. Existe una gran variabilidad en la velocidad a la que los niños desarrollan el control ejecutivo. Algunos experimentan retrasos en el desarrollo de estas importantes habilidades. Algunos consiguen superarlos pero otros siguen arrastrando debilidades ejecutivas en la edad adulta, (Flores, Castillo y Jiménez, 2014)

El desarrollo de las funciones ejecutivas son de inicio temprano y éste se prolonga hasta la edad adulta; por tanto, son las que tardan más en desarrollarse. El rendimiento en diversas tareas consideradas ejecutivas, experimenta mejoras significativas en los primeros años de vida (Carlson, 2005, citado por Flores, Castillo y Jiménez, 2014) y presentan distintos “picos” madurativos a lo largo de su desarrollo.

Aun así, y en breve referencia al desarrollo de las distintas habilidades que engloban las funciones ejecutivas, cabe destacar que antes del año, el niño reacciona a los estímulos que le proporciona el entorno inmediato casi de manera automática. Sin embargo, antes de los dos años pueden observarse los primeros indicios de conducta ejecutiva. Progresivamente, hacia los tres años, el niño muestra mayor capacidad de controlar su conducta y mejorar el control de la inhibición para contener impulsos, resistir a la distracción y no responder impulsivamente.

Es a partir de los cuatro años aproximadamente cuando empieza a autorregular los propios procesos cognitivos, es decir, se inicia en el proceso de la metacognición (García y cols., 2008) gracias al proceso de mediación que ejercen las personas con las que interactúa. Todo ello favorece la capacidad de controlar y manejar sus emociones para lograr una adaptación adecuada al entorno, siendo el lenguaje su mayor herramienta.

Entre los 6 a 8 años de edad se adquiere la capacidad de autorregulación de la conducta siendo capaz de anticiparse a los eventos sin perder las instrucciones externas, aunque está presente cierto grado de descontrol e impulsividad. La función reguladora del lenguaje es importante para los procesos de inhibición motora y control de impulsos,

aunque no es hasta los 10 años cuando alcanza el pleno dominio de la capacidad inhibitoria.

Al igual que otros procesos ejecutivos, la capacidad de planificación y organización sigue un proceso de desarrollo que abarca un amplio período evolutivo, y alrededor de los 12 años alcanza una organización cognoscitiva similar a la que se observa en el adulto.

Las funciones ejecutivas se desarrollan a lo largo de la infancia y la adolescencia en paralelo con los cambios madurativos que moldean la corteza prefrontal y sus conexiones con el resto del cerebro. Desde un punto de vista neuroevolutivo, la corteza prefrontal es conocida por ser la región del cerebro de desarrollo más lento y que muestra cambios significativos en su desarrollo incluso hasta en la edad adulta. En los primeros 5 años, gracias a la neuroplasticidad, ocurren cambios cruciales en el desarrollo de funciones cognitivas básicas que tienen amplias implicaciones para el desarrollo posterior.

2. ALCOHOL

2.1. Origen, historia y consumo de bebidas alcohólicas

Su origen reside en los brebajes elaborados por los monjes de la Edad Media en busca de poción medicinales. Para mejorar su aroma suavizaron sus licores con flores y frutas maceradas, con el paso del tiempo, las destilaciones se perfeccionaron logrando así

mejorar también el sabor. Desde la población egipcia o sumeria hasta la ruta jacobea, pasando por los clásicos, las ciencias, las artes, el fenómeno religioso, todo lo que ha sido civilización mediterránea tiene en común no solo una filosofía de vida sino también hábitos culturales que hacen igualmente de la gastronomía una liturgia social. Formando parte de esta cultura encontramos con frecuencia un lugar propio al consumo moderado y responsable de bebidas alcohólicas, principalmente durante las comidas y por parte de la población adulta, (Fundación alcohol y sociedad, s.f.).

2.2. Alcohol

El etanol como ingrediente activo de las bebidas alcohólicas ha sido producido y consumido por los humanos durante miles de años, en forma de fermentados y destilados; dando lugar a una enorme variedad de productos alcohólicos que forman parte de la cultura y tradición de muchos pueblos. La tabla 1 presenta aspectos básicos relacionados con el consumo de alcohol y la enfermedad del alcoholismo (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2016)

Tabla1: Efectos y Consecuencias del alcohol

Principio activo: Alcohol etílico. Características: Bebida presentada de diversos colores, graduaciones y procedencia. Producción: Se produce a partir de la catalización de azúcares naturales presentes en los productos de los que se deriva, obtenidos por destilación y/o fermentación. Presentación: Dependiendo del tipo puede llevar sobrenombres que se identifican con su procedencia y formas de preparación: 'chela', 'wiskacho', 'wiskola', etc. Generalmente se comercializa en botellas y latas en forma pura o combinada, con diferentes grados de pureza.		
EFFECTOS DE LA INTOXICACIÓN	EFFECTOS NO DESEADOS	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Euforia. - Desinhibición. - Aumento de la sociabilidad. - Pérdida del control de las facultades superiores: dificultad para asociar ideas. - Estado de apatía, relajación y somnolencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Órganos más afectados: hígado (destrucción celular) y sistema digestivo (gástritis). - Disminución del ritmo cardiorrespiratorio. - Pérdida de masa neuronal. - Dependiendo de la dosis se pueden afectar otros sistemas: habla, equilibrio, visión y oído. - Disminución de reflejos y pérdida de la coordinación motora fina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de responsabilidad social. - Desestructuración familiar. - Malos tratos. - Ausentismo laboral. - Baja productividad. - Exposición a accidentes fatales. - Conductas delictivas. - Suicidios. - Accidentes de tráfico. - Conductas temerarias.

Fuente: CEDRO (2006).

2.3. Definición del alcohol

El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C_2H_5OH , alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (OMS, 1994).

2.3.1. Adicción

Geisel, (2006), citado por Mauricio, (2014), menciona que una adicción es un vicio que controla a la persona y sobre el cual se tiene poco o ningún control, ubica a la persona adicta en una posición de incapacidad para poder evadirlo o abandonarlo.

Por otro lado, el diccionario psicológico define como la tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación con el consumo de drogas, el uso de objetos (computador) o la repetición de actividades (compulsivo), hasta el punto de dañarse a sí misma o a la sociedad (Consuegra, 2010).

2.3.2. Dependencia.

El término dependencia es definido por Kramer y Cameron (1975) citado en Pons y Berjano, (1999), como un estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continuada o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces por evitar el malestar producido por la privación.

Según el diccionario psicológico a nivel emocional, se habla de dependencia como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales estrechas, esta búsqueda está destinada al fracaso o en el mejor de los casos al logro de un equilibrio precario (Consuegra, 2010).

2.3.3. Tolerancia

Se refiere al “proceso de “neuroadaptación” o adaptación neuronal tras la administración crónica de una droga. Los efectos reforzadores o de recompensa

producidos por el alcohol al principio de su administración se van y buscan la gratificación inmediata que esta les da a través de la repetición continua (Sumba, 2014).

2.3.4. Consumo de riesgo

Se considera consumo de riesgo de alcohol aquel que supera los límites del consumo moderado (o prudente) y que aumente el riesgo de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o de comportamiento (Gunzerath y Cols., 2004 citados por Guardia, Jimenez, Pascual, Florez y Contel, 2007).

2.3.5. Consumo perjudicial

Según el CIE-10 se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicótropas por vía parental) o mental, como, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol (Organización Mundial de la Salud, 1992).

2.3.6. Síndrome de dependencia

La OMS (1976) acuño el término de síndrome de dependencia alcohólica que corresponde a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.

Según el CIE-10 se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del reto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (Organización Mundial de la Salud, 1992).

2.3.7. Intoxicación por alcohol

Según el DSM-5 la característica esencial es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, deterioro del juicio deterioro de la actividad social o laboral) que se desarrollan durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol. Estos cambios se acompañan de la evidencia de los problemas de funcionamiento y del juicio y, si la intoxicación es intensa puede ocasionar un coma como riesgo vital (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Brunt (1982) citado por Pons y Berjano (1999), detallaremos las características de cada fase de la intoxicación alcohólica.

Primera fase.

Con dosis inferiores a 0.5 grs. de alcohol por litro de sangre, puede aparecer un cierto estado de bienestar y calor en el rostro, inducido por la vasodilatación periférica que ocasiona el alcohol.

Segunda fase.

Con cantidades de entre 0.5 a 0.8 grs. de alcohol por litro de sangre, coincidiendo con el comienzo de la intoxicación alcohólica aguda en un individuo adulto de unos 70-75 Kgs. de peso, el sujeto puede experimentar euforia, fases de locuacidad y de depresión, comenzando a perder los reflejos más sencillos. La exactitud de algunos movimientos automáticos como andar, mecanografiar, etc. disminuyen. A partir de los 0.5 grs./l. el estado de ánimo comienza también a exaltarse y la persona se siente fuerte y segura de sí misma, sus reflejos le parecen más activos que nunca, pero en realidad, el tiempo de reacción se alarga y disminuye la coordinación mano-ojo.

Tercera fase.

Coincide con la segunda fase de intoxicación aguda (0.8-1.5 grs./l.) los reflejos se alteran todavía más, los movimientos se hacen aún más lentos, la locuacidad se torna en incoherencia verbal, y la persona comienza a discutir, pelear o tomar iniciativas impulsivas sin ningún control.

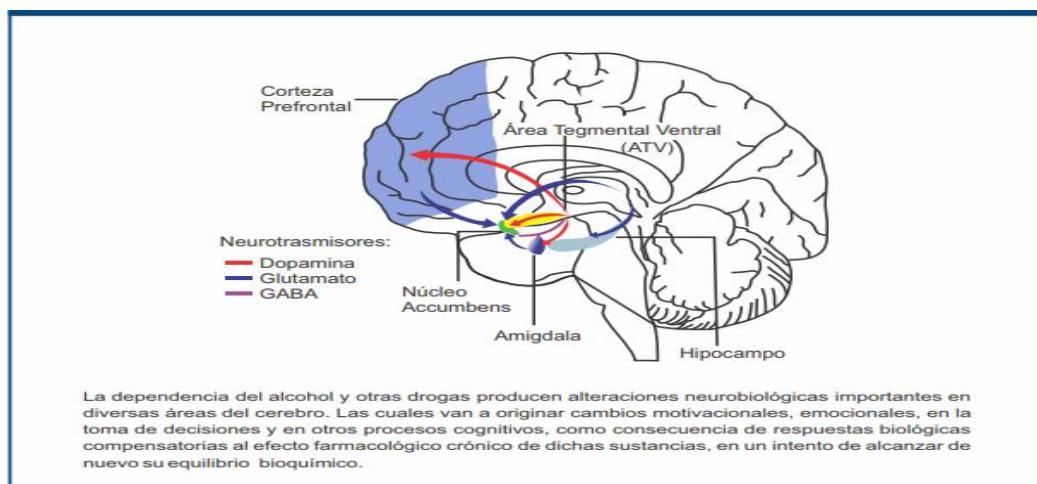
Cuarta fase.

Si la embriaguez progresá, el individuo entrará en una nueva fase de intoxicación (1.5-4 grs./l.) y como consecuencia, se produce una pérdida del equilibrio, se instaura una doble visión, y sigue alterándose la conducta hasta transformarse en comportamiento de tipo psicótico-incoherente. Existiría todavía una quinta fase caracterizada por una concentración alcohólica superior a 4 grs. de alcohol por litro sangre. Aquí, el sujeto entra en un estado de sueño profundo de tipo comatoso pudiendo llegar incluso al fallecimiento por depresión bulbar del Sistema Nervioso.

2.3.8. Neuroadaptación

Los cambios en los diversos neurotransmisores y receptores en el tejido cerebral ante la presencia recurrente de una droga, como por ejemplo el alcohol, se han denominado neuroadaptación, fenómeno que se desarrolla tras un periodo de ingestión crónica de la droga (CEDRO, 2016). Como se puede observar en el grafico 01

Figura 01: Neuroadaptación



Fuente: CEDRO (2016).

2.4. Tipología

La organización Mundial de la Salud (OMS), citado por la Sociedad Española de Toxicomanías (2003), citado en Mauricio (2014), establece categorías de bebedores:

- Los abstemios; aquellos que en ningún momento de la vida han consumido alcohol.
- Los bebedores normativos; aquellos que ingieren hasta 280 gramos/semana de alcohol en los hombres y de 168 gramos en mujeres.
- Bebedores en riesgo; aquellos que ingieren por encima de los 280 y 168 gramos/semana respectivamente para hombres y para mujeres.

Por su parte, Kessel y Walton (1989) citado en (Pons y Berjano, 1999), también se refieren a la relación con el alcohol en términos de abstención, moderación, exceso y dependencia. Sin embargo, su tipología recoge consideraciones psicosociales, y no sólo la simple frecuencia de consumo.

- **Abstemios.** Son las personas que no beben.
- **Bebedores sociales.** Son la mayoría de las personas de nuestra sociedad. Beben de forma moderada, en el marco de determinados acontecimientos sociales. Pueden emborracharse alguna vez, pero no crean ni se crean excesivos problemas sociales o de salud pública.
- **Bebedores excesivos.** Consumen alcohol de forma excesiva. Es característico, al menos en muchos casos, el no reconocimiento de su hábito. Sus excesos se

manifiestan por la frecuencia con la que se intoxican y por las consecuencias sociales, económicas y médicas de su ingestión continuada.

- **Alcohólicos.** Son personas con un desorden que puede definirse en términos clínicos y que requiere un régimen apropiado de tratamiento. Tienen enormes dificultades para dejar de beber de forma espontánea y aunque puedan estar sin beber algunos períodos más o menos largos, es muy probable que recaigan en el hábito.

Finalmente, Morales, Camarena y Torres (1992), citado en Pons y Berjano, (1999), recogen una tipología de consumo, bastante similar a las anteriores, pero con referencias más cercanas a nuestro ámbito cultural:

- **Uso de alcohol.** Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas. Este concepto, al igual que el de abuso, son poco específicos en lo que se refiere a la idea de adaptación/desadaptación, pues son términos que tienen mucho que ver con patrones sociales y culturales propios de cada comunidad humana. En nuestro país, existen unas pautas de consumo “adaptado” vinculado a determinadas costumbres y ritos sociales por todos conocidos, que desde fuera de nuestro medio pudieran ser consideradas de abuso.
- **Abuso de alcohol.** Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede

resultar peligrosa; ej.: conducir o realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual).

- **Dependencia del alcohol.** El Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo, el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta de S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico; jóvenes politoxicómanos; o alcoholómanos con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol.

2.5. Modelo causal conceptual del consumo de alcohol y consecuencias para la salud

“Hay muchos factores personales y sociales interrelacionados que contribuyen al consumo de bebidas alcohólicas y a los daños que provoca” (Organización Panamericana de la Salud, en el Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas, 2015).

2.5.1. Consumo de alcohol

Hay dos dimensiones del consumo que se correlacionan con los daños causados por el alcohol: el volumen general de alcohol consumido y el patrón de consumo (por

ejemplo, la frecuencia y la cantidad ingerida cada vez, tanto a nivel de la persona como de la sociedad).

2.5.2. Factores de vulnerabilidad de la persona

La vulnerabilidad personal hace referencia a los factores que incrementan la propensión de algunas personas a consumir más alcohol y a seguir patrones más perjudiciales, así como la propensión a las lesiones causadas por el alcohol (controlando la cantidad de alcohol ingerido y los patrones de consumo). Estos factores son:

- **La edad**, los jóvenes son más propensos a los patrones más peligrosos.
- **El sexo**, las mujeres metabolizan el alcohol con más rapidez porque normalmente tienen menos masa corporal y una mayor proporción de grasa que los varones.
- **Los roles de género**, en muchas sociedades dominadas por los hombres, a las mujeres era habitual denegarles la posibilidad de beber alcohol, aunque no se libraran de los daños producidos por el consumo masculino; al cambiar estos roles, las mujeres se han convertido en destinatarias de la publicidad del alcohol y han adoptado patrones de consumo masculinos sin dejar de ser víctimas del consumo de sus parejas.
- **Los factores familiares**, las personas con antecedentes familiares de trastornos por consumo de alcohol son más propensas a sufrir los mismos problemas, tanto por la genética como por la influencia familiar.

- **La situación socioeconómica**, las personas de los estratos socioeconómicos más bajos tienden a sufrir mayores consecuencias por litro de alcohol ingerido que las de clase socioeconómica más alta.

2.5.3. Factores de vulnerabilidad de la sociedad

Hace referencia a los factores propios de la sociedad que tienen un efecto sobre los patrones de consumo y los daños causados por el alcohol (de nuevo controlando la cantidad consumida y los patrones de consumo). Estos factores son:

- **El nivel de desarrollo**, los residentes de países menos desarrollados tienden a consumir menos bebidas alcohólicas, pero también tienden a tener menos servicios disponibles para mitigar los daños causados por el alcohol.
- **La cultura y las normas**, muchas culturas en las Américas celebran las fiestas u ocasiones especiales con alcohol, mientras que la estigmatización y las normas sociales pueden disuadir a la persona de buscar ayuda o tratamiento.
- **El contexto del consumo**, beber en lugares públicos conlleva diferentes riesgos que beber en casa.
- **La producción, la distribución y la reglamentación**, la producción y la distribución tienen que ver con la disponibilidad de alcohol en todas partes, mientras que, si se regulan los precios, la disponibilidad y la venta, se puede limitar la disponibilidad.

2.5.4. Consecuencias para la salud

El consumo de alcohol perjudica a la persona de diversas maneras:

- Provoca lesiones en los órganos, los tejidos.
- Induce comportamientos peligrosos durante la fase de intoxicación etílica.
- Favorece el desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol.

Las consecuencias para la salud pueden ser crónicas (como los tumores, la cirrosis hepática o el alcoholismo) o agudas (como la intoxicación etílica, que puede ocasionar minusvalías irreversibles o la muerte). Hay más de 60 afecciones provocadas exclusivamente por el alcohol y más de 200 en las que el alcohol puede tener una repercusión negativa.

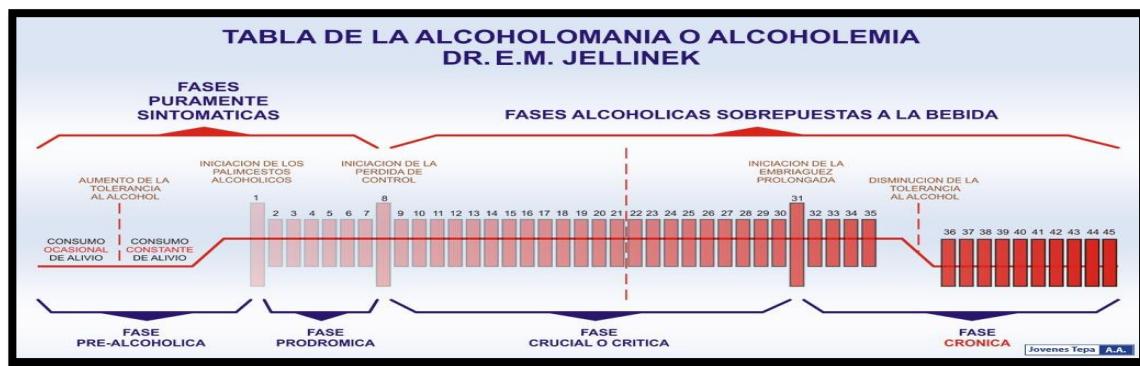
2.5.5. Consecuencias socioeconómicas

Las consecuencias socioeconómicas del consumo de alcohol son diversas y hasta la fecha no hay un inventario completo, pero comprenden los fondos invertidos en las actuaciones policiales para prevenir la violencia relacionada con el alcohol y en la asistencia sanitaria de quienes sufren los trastornos agudos y crónicos, así como el dinero dedicado por las empresas a recuperar la productividad perdida, además de muchos otros costos intangibles.

2.6. Alcoholemia

OMS, (1994), es la concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Se expresa habitualmente en forma de masa por unidad de volumen, aunque en cada país se expresa de forma distinta o se utilizan unidades diferentes, por ejemplo: miligramos por 100 mililitros (mg/100 ml o, de forma incorrecta, mg por ciento), miligramos por litro (mg/l), gramos por 100 mililitros (g/100 ml), gramos por ciento y milimoles por litro. La alcoholemia suele calcularse a partir de una medición realizada en el aire espirado, en la orina o en otros líquidos biológicos en los que la concentración de alcohol guarda una relación conocida con la existente en la sangre. La fórmula de Widmark es una técnica que permite calcular la alcoholemia en un momento dado tras el consumo de alcohol, partiendo de la extrapolación de niveles de alcohol en determinados momentos y aplicando una tasa fija de eliminación del alcohol (cinética de orden cero).

Tabla N° 2. Alcoholemia



2.7. Problemas por consumo del alcohol

2.7.1. Problemas de salud física asociados al consumo del alcohol

Algunos de los principales efectos nocivos para el organismo asociados al consumo habitual de bebidas alcohólicas, citados en la literatura científica al uso (Santo Domingo, 1990; Alfonso e Ibáñez, 1992; Rodés, Caballería y Parés, 1992, citados por (Pons y Berjano, 1999). Afección tóxica de las células hepáticas, esteatosis hepática, acúmulo de grasa en las células hepáticas, cirrosis hepática, alteración estructural del hígado que resulta irreversible. Se pueden detectar también, asociadas a un consumo habitual, alteraciones en diversos órganos del aparato digestivo, tales como grietas en las porciones inferiores del esófago, gastritis, inflamación de la mucosa gástrica o alteraciones en el tránsito intestinal, todo ello acompañado de los desequilibrios nutritivos. Por otra parte, un consumo continuado, aunque en cantidades socialmente aceptadas, también puede afectar al páncreas y dar lugar a un grave proceso patológico que se denomina pancreatitis, y que se caracteriza por intensos dolores abdominales, vómitos y alteraciones metabólicas y enzimáticas, que en ocasiones requieren resecciones parciales del páncreas afectado. Se ha difundido la idea de que el alcohol es beneficioso para el funcionamiento del corazón, como vasodilatador. Sin embargo, no existe en la literatura científica evidencia razonable del efecto beneficioso del alcohol sobre la circulación coronaria y, por el contrario, existen pruebas de que altera la función energética del corazón, produciendo lesiones en el músculo cardíaco y los vasos sanguíneos y generando importantes procesos patológicos, que pueden afectar también al aparato ocular, produciendo en ocasiones trastornos que pueden acabar en

ceguera. En un uso habitual durante al menos 8-10 años, el alcohol afecta a los nervios periféricos dando lugar a un proceso que se denomina polineuritis alcohólica caracterizada por alteraciones en las extremidades inferiores, tales como fatiga al andar, calambres, dolores nocturnos, anulación de reflejos y parálisis muscular, pudiendo estos síntomas extenderse a las extremidades superiores. Por otra parte, la persona que ha bebido alcohol tiene una vasodilatación periférica aumentada, es decir, los vasos sanguíneos de la piel y de las mucosas y otros órganos están dilatados y con mayor cantidad de sangre. Esta es la causa del enrojecimiento de la piel en la persona que ha bebido. Al contener más sangre, la piel se calienta, entonces a través de la piel se produce una pérdida de calor, lo cual disminuye la temperatura interior del cuerpo. Finalmente, el consumo abusivo de bebidas alcohólicas produce alteraciones hormonales que pueden ser causantes de esterilidad, anorgasmia femenina e impotencia masculina.

2.7.2. Problemas conductuales y psicológicos asociados al consumo de alcohol

Los efectos del alcohol sobre la conducta van a ser diferentes y más o menos intensos en función de una serie de variables: con la misma cantidad de alcohol, se embriagarán más rápidamente las personas más delgadas, los jóvenes menores de 17 años y las mujeres; igualmente, favorece la intoxicación la ingesta nocturna y la realizada con el estómago vacío o en un estado de cansancio corporal (Santo Domingo, 1987; Montoro, 1991, citados por Pons y Berjano, 1999).

Consecuencias de la intoxicación alcohólica, alteraciones conductuales tales como disartrias, descoordinación, labilidad emocional, irritabilidad, locuacidad, alteraciones de la atención, etc. (Santo Domingo, 1984; citado por Pons y Berjano, 1999).

Se ha considerado la incidencia del consumo de alcohol sobre los suicidios, destacándose que aproximadamente entre un 35% y un 45% de los intentos de suicidio en los varones y entre un 15% y un 20% en las mujeres, son realizados por personas con síntomas de alcoholismo (Robinson, 1989; Merrill et al., 1992, citados por Pons y Berjano, 1999).

Respecto a la relación entre consumo de alcohol y delincuencia, citaremos que González, (1980), citado por Pons y Berjano (1999), estimaba que una cuarta parte de los delitos son cometidos por individuos que en el momento del acto delictivo están bajo los efectos de productos cannábicos asociados con bebidas alcohólicas.

2.8. Riesgo del alcoholismo en adolescentes

A continuación, mencionamos algunos riesgos del consumo del alcohol en adolescentes Sumba, (2014)

- Los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis del hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer.

- Los adolescentes que consumen alcohol están más expuestos a iniciar actividad sexual temprana, situación que expone a un mayor riesgo de contagio con el virus SIDA, las enfermedades de transmisión Sexual y los embarazos no deseados, incrementan la probabilidad de verse afectados por la impotencia y la disfunción eréctil.
- Los adolescentes que abusan son cuatro veces más vulnerables a la depresión severa que aquellos que no tiene un problema de alcohol.
- Al ser depresor del sistema central, afecta funciones cognoscitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejos) y emocionales (sensatez y madurez).
- El alcohol afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado, siendo este contraproducente para el periodo de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes.
- El alcohol incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes, frente al consumo de otras sustancias adictivas.
- Adopción de conductas de riesgo, como conducir tras haber bebido, primera causa de mortalidad en este grupo de edad
- Alteraciones en los procesos de memoria y aprendizaje, con cambios cerebrales, tanto a nivel funcional como estructural, y con diferencias del daño observadas en jóvenes.
- El consumo excesivo de alcohol en la adolescencia desciende los niveles de hormonas sexuales (estrogenos y testosterona) y de las hormonas de crecimiento.

3. ADOLESCENCIA

3.1 Definición

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia, 2001).

Consuegra (2010), es la etapa de transición en el desarrollo que se da entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios biológicos y psicológicos; los principales cambios físicos que se producen son un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y la forma corporales (debidos a la maduración de los órganos reproductivos y al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias) y el logro de la madurez sexual; los cambios psicológicos más importantes son los signos de autonomía (manteniendo sin embargo los lazos que los unen a sus padres y familiares), distanciamiento de los adultos que hasta ahora influían de manera importante en su vida, excesiva preocupación por la apariencia física, egocentrismo, búsqueda de identificación con su grupo de pares, rebeldía, entre otras; se considera que su comienzo se da en la pubertad, aproximadamente a los 12 años y suele extenderse hasta el comienzo de los 20 años. De acuerdo con la teoría de las etapas cognitivas de Piaget, citado por consuegra (2010), los adolescentes se encuentran en la etapa de las operaciones formales, caracterizada porque la persona puede pensar en términos abstractos, lidiar con situaciones hipotéticas y pensar en una diversidad de posibilidades.

3.2 El Adolescente en el Perú

En el Perú, la Convención sobre los Derechos del Niño (2009) citado por chirinos, (2017), reconoce la condición de los niños, niñas y adolescentes, en la cual define como niño a “todo ser humano menor de 18 años”.

Según la investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la población estimada de niñas, niños y adolescentes del país, hasta los 17 años son más de 10 millones 404 mil 271 personas, que representa casi un tercio de la población total del país. De este total, 5 millones 300 mil 516 son varones, es decir el 50,9% y 5 millones 103 mil 755 son mujeres y representan el 49,1%. (INEI, 2016).

En nuestro país los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, pero los une la edad (entre 12 y 18 años) y una actitud contestataria que persigue el valor de lo social en la relación consigo mismos, con los amigos, con los padres, los afectos, el placer, el juego, la música, el teatro, los deportes y la cultura en su sentido más amplio. (Freyre, 2004, citado por chirinos, 2017).

3.3. Teorías Sobre la Adolescencia

Es uno de los precursores del estudio científico de la adolescencia. Para el autor el ambiente es un factor secundario. Sin embargo, reconocía que en la adolescencia los factores ambientales jugaban un papel importante y que es necesario contemplar dinámicamente la interacción entre la herencia y las influencias ambientales para

determinar el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo (Hall 1844-1924, citado por Adrián y Rangel, 2005).

La idea central de Hall fue la de identificar la adolescencia como un periodo turbulento dominado por los conflictos, los cambios anímicos, en el cual el adolescente experimenta como un nuevo nacimiento como ser biológico y social.

En la actualidad, las concepciones principales sobre la adolescencia se pueden resumir en tres tendencias dominantes (Delval, 1996, citado por Adrián y Rangel, 2005): la perspectiva psicoanalítica, la cognitivo-evolutiva y la sociológica.

3.3.1. Perspectiva psicoanalítica

Adrián y Rangel, (2005), el psicoanálisis considera la importancia de los factores internos, que desencadenan en mayor o menor medida conflictos de integración social.

Considerando a la adolescencia el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Con la pubertad se inicia la fase genital en el individuo, que se prolonga hasta la edad adulta. En esta fase se produce una reactivación de los impulsos sexuales (reprimidos durante la fase de latencia anterior, correspondiente a la infancia a partir de los seis años) que conduce al individuo a buscar objetos amorosos fuera del ámbito familiar y a modificar los vínculos establecidos hasta ese momento con los padres.

El adolescente está impulsado por una búsqueda de independencia, esta vez de índole afectiva, rompiendo los vínculos afectivos de dependencia anterior. Durante el periodo de ruptura y sustitución de vínculos afectivos, el adolescente experimenta regresiones en el comportamiento, tales como:

- Identificación con personajes famosos, como artistas o deportista
- Fusión con ideales abstractos referidos a la belleza, la religión, la política o la filosofía.
- Estados de ambivalencia, manifestados en la inestabilidad emocional de las relaciones, las contradicciones en los deseos o pensamientos, las fluctuaciones en los estados de humor y comportamiento, la rebelión y el inconformismo.

El individuo tiene que integrar los cambios sufridos en los distintos aspectos del yo y establecer procesos de identificación y compromiso respecto a valores, actitudes y proyectos de vida. En este proceso, el sujeto puede experimentar crisis de difusión de la identidad con resultados inciertos.

3.3.2. Perspectiva cognitivo-evolutiva

Adrián y Rangel, (2005), tomando en cuenta la perspectiva de Jean Piaget, la adolescencia es una etapa en donde los jóvenes acceden a diversas formas de razonamiento, de lo que se denomina pensamiento formal. Estas nuevas capacidades les permiten desarrollar un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta

perspectiva la adolescencia surge de la interacción entre factores individuales y sociales.

3.3.3. Perspectiva sociológica

Esta perspectiva considera a la adolescencia como un periodo en el que los jóvenes tienen que llevar a cabo los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles sociales.

El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. La situación de segregación social de la que provienen y el alargamiento de los procesos de tránsito a la sociedad adulta les coloca en una situación de vulnerabilidad (Adrián y Rangel, 2005).

3.4. Desarrollo Psicológico

La adolescencia es un período de cambios rápidos y notables entre los que figuran los siguientes:

- La maduración física: el crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- La maduración cognoscitiva: una nueva capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista.

- El desarrollo psicosocial: una comprensión mejor de uno mismo en relación a otros.

Cada área del cambio es independiente de las otras, no obstante, todas están estrechamente vinculadas. El desarrollo físico y cognoscitivo ocurren ya sea que el adolescente lo desee o no. El desarrollo psicosocial, por otro lado, debe tener lugar dentro de un contexto social.

Es el proceso de aprendizaje acerca de sí mismo en relación con los compañeros y los adultos, el adolescente se enfrenta a diferentes tareas tales como:

- La identidad: un sentido coherente de "quién soy", que no cambia en forma significativa de un contexto al otro.
- La intimidad: una capacidad para las relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales.
- La integridad: un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal
- La independencia psicológica: un sentido suficientemente fuerte de sí mismo que le permite a uno tomar decisiones, andar por el mundo sin depender excesivamente de otros y asumir las funciones y las responsabilidades del adulto.
- La independencia física: una capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio sustento

3.5. Cambios Cognoscitivos en la Adolescencia

Durante la adolescencia hay una amplia capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas

habilidades permiten una rápida acumulación de conocimientos que enriquecen y complican su vida. En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición. Los cuales permiten el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y la capacidad para emitir juicios morales (Craig y Baucum, 2009).

3.5.1. Pensamiento abstracto

Inhelder y Piaget, (1997) citado por Craig, y Baucum, (2009). describieron el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo. Todavía hoy, los teóricos discuten si el inicio del pensamiento abstracto es imprevisto y radical o si forma parte de un proceso gradual y continuo.

- **Pensamiento operacional formal** En la teoría de Piaget la etapa final es la del pensamiento operacional formal. Este procesamiento intelectual es abstracto, especulativo e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas.

El pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Requiere manipular no sólo lo conocido y verificable, sino también las cosas contrarias a los hechos.

Los adolescentes muestran asimismo una capacidad cada día mayor para planear y prever. El pensamiento operacional formal puede entonces definirse como un proceso

que consiste en reflexionar sobre nuestros pensamientos, buscar los nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad. A continuación, se incluyen tres cualidades notables del pensamiento del adolescente:

1. La capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema.
2. La capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá en otra.
3. La capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva (“Si se presenta X, ocurrirá Y”) (Gallagher, 1973 citado por Craig y Baucum, 2009).

En general, se acepta que no todos los individuos logren dominar el pensamiento operacional formal. Al parecer es indispensable cierto grado de inteligencia para el pensamiento de las operaciones formales. Intervienen, además, factores culturales y socioeconómicos, en especial la escolaridad (Neimark, 1975 citado por Craig, 2009).

3.5.2. Procesamiento de la información y desarrollo cognoscitivo del adolescente

En este proceso de la adolescencia para el procesamiento de la información toma importancia, el mejoramiento de la metacognición en el adolescente. Aprende a examinar y a modificar de manera consciente los procesos de pensamiento porque ha perfeccionado la capacidad para reflexionar sobre el pensamiento, formular estrategias y planear.

Así, pues, el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención y la transferencia de información.
2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en formas simbólicas.
4. Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones (Sternberg, 1988, citado por Craig y Baucum, 2009).

El desarrollo cognoscitivo y, por lo mismo, el crecimiento de la inteligencia abarca tanto la acumulación de conocimientos como el perfeccionamiento del procesamiento de la información. Son dos procesos interrelacionados. Los problemas se resuelven de manera más eficaz cuando se ha almacenado información abundante y pertinente. Los individuos que tienen estrategias eficaces de almacenamiento y recuperación crean una base más completa de conocimientos. Los adolescentes resuelven los problemas y hacen inferencias en forma más adecuada y satisfactoria que los niños de edad escolar; pero también poseen más guiones o esquemas a los cuales recurrir (Craig y Baucum, 2009).

3.6. Etapas de la Adolescencia

La organización mundial de la salud en 1979, citado por el Ministerio de Salud Pública (2017), define a la adolescencia como el periodo que trascurre entre los 10 a 19 años. Se divide en adolescencia primaria o temprana entre los 10 a 13 años, adolescencia media

de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años. A continuación, se presenta las etapas de la adolescencia.

3.6.1. Adolescencia temprana.

Inicia en la pubertad (entre 10 a 13 años). La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios. (Tanner, 1962, citado por Cenal y Casas, 2005).

Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Su orientación es existencialista, narcisista y son tremadamente egoístas. (Cenal y Casas, 2005).

El adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig y Baucum, 2009).

3.6.2. Adolescencia intermedia

Inicia entre los 14 a 17 años. El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va surgiendo una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida.

En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Papalia et. al., 2001).

3.6.3. Adolescencia tardía Adolescencia tardía.

Inicia entre los 17 a 21 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía.

El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos (Casas y González, 2005).

Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

3.7. El Cerebro Adolecente

No hace mucho tiempo, la mayoría de los científicos creían que el cerebro alcanza su madurez plena para la pubertad. Ahora, los estudios con imágenes cerebrales revelan que el cerebro adolescente todavía es un trabajo en progreso. Los cambios espectaculares en estructuras cerebrales implicadas en las emociones, juicio, organización del comportamiento y autocontrol ocurren entre la pubertad y la adultez joven. Es posible que estos hallazgos ayuden a explicar la tendencia de los adolescentes a los exabruptos emocionales y los comportamientos de riesgo (ACT for Youth, 2002; Papalia, Wedkons y Duskin, 2009) Y plantean dudas acerca del grado en que los adolescentes deberían considerarse legalmente responsables de sus actos.

Los adolescentes procesan información sobre las emociones de manera diferente a la de los adultos. En una serie de estudios, los investigadores escanearon la actividad cerebral

de adolescentes mientras éstos identificaban emociones en imágenes de rostros que se proyectaban en una pantalla de computadora. Los adolescentes tempranos (edades 11 a 13 años) utilizaron la amígdala, una pequeña estructura en forma de almendra que se encuentra localizada a nivel profundo en el lóbulo temporal y que tiene una fuerte participación en las reacciones emocionales e instintivas, mientras los adolescentes mayores, como los adultos, tenían mayor probabilidad de utilizar los lóbulos frontales, que manejan la planificación, razonamiento, juicio, regulación emocional y control de impulsos y que, en consecuencia, permiten juicios más precisos y razonados. Esto sugiere una posible razón por la que algunos adolescentes jóvenes toman decisiones poco prudentes, como el abuso de sustancias o los riesgos en conducta sexual: es posible que el desarrollo cerebral inmaduro permita que los sentimientos superen a la razón y que impida que algunos adolescentes escuchen advertencias que parecen lógicas y persuasivas para los adultos (Baird et al., 1999; Yurgelon-Todd, 2002; citados por Papalia, Wedkons y Duskin, 2009).

3.8. Peligros Del Inicio Temprano

La edad promedio en que comienza a beber alcohol es de 13 a 14 años y algunos comienzan antes. En 2003, cerca de 28% de los bebedores menores de edad habían iniciado antes de los 13 años (Faden, 2006; citado por Papalia, Wedkons y Duskin, 2009). A su vez los jóvenes que comienzan a beber pronto por lo general tienen problemas de conducta o hermanos que tienen dependencia al alcohol (Kuperman et al., 2005; citado por Papalia, Wedkons y Duskin, 2009). Aquellos que comienzan a beber antes de los 15 años tiene una probabilidad por lo menos cinco veces mayor de adquirir

una dependencia al alcohol o de abusar de él que aquellos que no comenzaron a beber hasta que tenían 21 años o más (SAMHSA, 2004; citado por Papalia, Wedkons y Duskin, 2009). Por otro lado, Du-Rant, Smith, Kreiter y Krowchuck (1999), citados por Papalia, Wedkons y Duskin (2009), manifiesta que el uso temprano de alcohol y marihuana también se asocia con múltiples comportamientos de riesgo.

3.9 Influencia del consumo de alcohol en las Funciones Ejecutivas de los adolescentes

El cerebro del adolescente al estar en pleno desarrollo, se caracteriza por presentar una región cortical prefrontal más amplia, una mayor tasa de formación de células cerebrales nuevas y mielinización, aparte de una extensa reorganización en la inervación de algunos sistemas de neurotransmisores en regiones concretas del cerebro. Estos cambios neuromadurativos afectan sobre todo a estructuras límbicas y temporomediales, que son claves en el aprendizaje, la memoria y el procesamiento afectivo, y a regiones prefrontales, implicadas en lo que se conoce como funciones ejecutivas. Es durante esta etapa que el rendimiento neurocognitivo en los adolescentes mejora en procesos como atención, velocidad de procesamiento o memoria, especialmente episódica. Con respecto a las funciones ejecutivas, durante la adolescencia se puede observar una mejora funcional en este ámbito; aspectos como la flexibilidad cognitiva, el control inhibitorio, la planificación o la toma de decisiones se van configurando de un modo similar al que persistirá en la adultez (Cepeda 2018).

Las funciones que están desarrollándose, son las más sensibles al consumo abusivo de alcohol, pues dependen de la integridad y correcto desarrollo de áreas cerebrales

parcialmente inmaduras y sobre las que el alcohol ejerce su efecto tóxico en mayor medida. Algunos investigadores creen que el consumo de alcohol (u otras drogas) durante la adolescencia puede ser más peligroso que en la edad adulta porque las drogas interferirían con estos procesos de desarrollo neural. Además, la existencia de los cambios neuromadurativos en la neurotransmisión y la plasticidad neuronal hacen que el cerebro adolescente sea más vulnerable que el adulto a la presencia de cualquier agente tóxico.

Se ha demostrado también que la neurotoxicidad relacionada con el alcohol se produce en regiones implicadas en la memoria y el aprendizaje, como son el hipocampo y la región prefrontal.

Por ello, los adolescentes con altos índices de consumo concentrado en poco tiempo tendrán problemas en el medio escolar y también en la conducta ya que se ha constatado que se vuelven más agresivos.

Esta última característica sería un indicador relevante para explicar la proliferación de actividades violentas entre adolescentes como el pandillaje o el bullying, tan difundidas entre los adolescentes hoy en día. Esto adicional al inevitable fracaso escolar pues estas habilidades son necesarias para tener éxito en la actividad académica.

La ingesta de alcohol en la adolescencia trae consecuencias negativas inmediatas: accidentes domésticos, mayores probabilidades de violencia en el hogar y entre pares, conductas sexuales no deseadas, entre otras consecuencias nocivas. Otra consecuencia

es que pone al niño o adolescente que consume a riesgo de desarrollar problemas con el alcohol más tarde en la vida. Específicamente, se ha observado una relación significativa, positiva y lineal entre la edad de inicio al consumo de alcohol y la probabilidad de ser diagnosticado con abuso y dependencia hacia el alcohol: cuanto más temprano ocurre la primera experiencia con el alcohol, mayores las probabilidades de abuso y dependencia. Otros investigadores encontraron que los sujetos que se habían iniciado en el consumo de alcohol antes de los 15 años poseían cuatro veces más posibilidades de desarrollar dependencia hacia la droga que los que habían empezado luego de los 21 años.

Es importante señalar entonces que los adolescentes que hacen uso abusivo del alcohol denotan rasgos de personalidad y carácter menos adaptable a diferencia de los abstemios. (Cepeda, 2018) Además, muestran comportamientos que son el resultado de sutiles alteraciones cerebrales que, aparte de ser permanentes, interferirán en su desempeño en la vida cotidiana, así como el probable fracaso en sus actividades académicas y profesionales.

Es durante la adolescencia donde se forma la autoconciencia de nosotros como individuos. Si los adolescentes acostumbran a beber alcohol para interactuar con el medio social, aprenderán a disfrutar de sí mismos en el mundo social solamente en presencia del alcohol. Así de adultos no se sentirán cómodos en situaciones sociales si no hay alcohol. Es por esto que es necesario que los adolescentes completen su desarrollo tanto neurológica como psicológicamente antes de beber alcohol, para evitar que sufran daños irreversibles en su desarrollo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo se recurrió al enfoque cuantitativo, puesto que se utilizó la estadística inferencial para poder contrastar la hipótesis. Asimismo, se utilizó el diseño no experimental, porque no hubo manipulación deliberada de la variable de estudio (Funciones Ejecutivas); porque en este tipo de investigación sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Se utilizó el diseño transversal, descriptivo, según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Fue transversal porque se recolectó datos en un solo momento, en un tiempo único; es decir, se recolectó datos sobre las Funciones Ejecutivas en adolescentes con y sin consumo de alcohol en un solo momento. El propósito fue describir la variable y analizar su incidencia en un momento dado. Fue descriptivo porque se indagó la incidencia de las categorías o niveles de la variable planteada en la muestra; es decir, describir los niveles del desempeño en las Funciones Ejecutivas en adolescentes con y sin consumo de alcohol

Además, en la presente se empleó un diseño descriptivo-comparativo (Sánchez y Reyes, 2006), puesto que se comparó el nivel de las funciones ejecutivas en adolescentes con y sin consumo de alcohol en el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones de Arequipa. Según la gráfica:

Adol. C.A.	O1	
Adol. S.C.A.	O2	
O1	=	O2
O1	≠	O2

2. POBLACION Y MUESTRA

2.1. Población.

La población total está conformada por 64 adolescentes que se encuentran Institucionalizados y reciben tratamiento en el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones-INABIF, ubicado en la ciudad de Arequipa.

2.2. Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó en la presente investigación es “no probabilístico”, según la clasificación realizada por Hernández y colaboradores (2014), los cuales la definen como la “elección de los elementos en los que no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación”.

Además de ello, se utilizó específicamente el muestreo de tipo Intencional, en la que según Carrasco (2005), señala que en este tipo de muestreo no existe regla matemática o estadística, y que el investigador procede al seleccionar la muestra en forma intencional, eligiendo aquellos elementos que considere convenientes y cree que son los más representativos.

De esta manera en la investigación, la muestra está conformada por 46 adolescentes, los cuales están divididos en dos grupos; 24 adolescentes con consumo de alcohol y 22 sin consumo de bebidas alcohólicas; todos del sexo masculino, cuyas edades fluctuarán entre 14 a 17 años de edad del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, Varones-INABIF de la ciudad de Arequipa.

Para la elección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

2.2.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes varones de 14 a 17 años de edad, con y sin consumo de bebidas alcohólicas.
- Adolescentes que por lo menos hayan consumido bebidas alcohólicas 6 meses a más.
- Adolescentes que hayan cursado primaria completa.
- Adolescentes con condiciones sociodemográficas similares

2.2.2. Criterios de exclusión

- Adolescentes que no hayan culminado el nivel primario.
- Adolescentes con discapacidad auditiva, visual y/o motora o algún problema del desarrollo neurológico.
- Adolescentes que hayan consumido otras drogas (marihuana, cocaína, pasta básica, etc.)

3. INSTRUMENTOS

3.1. La Batería De Funciones Ejecutivas Y Lóbulos Frontales (BANFE-2)

Ficha Técnica

Nombre : (BANFE-2) Batería neuropsicología de funciones ejecutivas y lóbulos frontales

Autores : Flores, J.; Ostrosky, F. y Lozano, A. (2014)

Procedencia : D.R. ©' 2014 por editorial El Manual Moderno S.A. de c.v.

Ámbito de Aplicación: Desde los 6 años hasta la edad adulta.

Duración : 50 minutos aproximadamente.

Finalidad : Evaluar el desempeño de las funciones ejecutivas.

Contexto : Niños, adolescentes y adultos, se aplica de forma individual.

La prueba consta de 15 sub test (los que nos brindan puntuaciones directas en unos mientras que otros datos deben ser normalizados con los baremos por edad y años de escolaridad), agrupados se corresponden con tres categorías anatomo funcionales (Orbitomedial, Prefrontal Anterior y Dorsolateral), que sumadas dan información de un índice general de funciones ejecutivas. Está organizado de la siguiente manera:

AREA	SUBPRUEBA	INDICADOR	INDICES
ORBITOMEDIAL	efecto stroop a	PD Aciertos	0-84
		PN Tiempo	1-5
		PN Errores Stroop	1-5
	efecto stroop b	PD Aciertos	0-84
		PN Tiempo	1-5
		PN Errores Stroop	1-5
	juego de cartas	PN Riesgo	1-5
		PN Puntaje Total	1-5
		PN Atravesar	1-5
PREFRONTAL ANTERIOR	Metamemoria	PN Errores positivos	1-5
		PN Errores negativos	1-5
		PN Tiempo	1-5
	selecciones de refranes	PN Aciertos	1-5
		PN Total de Categorías abstractas	1-5
DORSOLATERAL			
MEMORIA DE TRABAJO	memoria de trabajo visoespacial	PD Nivel máximo	1-4
		PN	1-5
		Perseveraciones	1-5

		PN Errores de orden	
	suma consecutiva	PD Aciertos PN Tiempo	0-20
	resta consecutiva	PD Aciertos 40-3 PN Tiempo 40-3 PD Aciertos 100-7 PN Tiempo 100-7	0-13 0-14
	ordenamiento alfabético de palabras	PN Ensayos Lista 1 PN Ensayos Lista 2 PN Ensayos Lista 3	1-5 1-5 1-5
	señalamiento autodirigido	PD Aciertos PN Tiempo PN Perseveraciones	0-25 1-5 1-5
FUNCIONES EJECUTIVAS	torre de Hanoi	PN Tiempo III PN Movimientos III PN Tiempo IV	1-5 1-5 1-5 1-5

		PN Movimientos IV	
	fluidez verbal	PN Total PN Perseveraciones	1-5 1-5
	generación de clasificaciones semánticas	PN Total de Categorías PD Promedio PN Puntaje Total	1-5 0-10 1-5
	clasificación de cartas	PD Aciertos PN Tiempo PN Perseveraciones PN Perseveraciones de Criterio	0-64 1-5 1-5 1-5
	Laberintos	PN Tiempo PN Planeación	1-5 1-5

Una vez registrado los valores por cada área funcional, el puntaje directo total de cada una es convertido según baremo por edad y escolaridad; mientras que la suma total brinda una puntuación directa que es convertida para hallar el valor normalizado que corresponde al

índice general de funciones ejecutivas. Las tres áreas funcionales tanto como el índice general se valoran según las siguientes categorías descritas:

NORMAL SUPERIOR	115-140
NORMAL	86-115
ALTERACIÓN LEVE	70-85
ALTERACIÓN SEVERA	1-69

Validez y confiabilidad

Las pruebas que conforman la batería se seleccionaron con base en su validez neuropsicológica: son pruebas ampliamente utilizadas por la comunidad internacional, con soporte en la literatura científica y con especificidad de área, determinada tanto por estudios con sujetos con daño cerebral como por estudios de neuroimagen funcional. Este es un procedimiento de validez convergente y clínica propuesto para la neuropsicología (Stuss y Levine, 2002, citados por flores y Cols, 2014). Debido a que las pruebas incluidas en esta batería son utilizadas ampliamente por la comunidad mundial, se garantiza la generalización y comparación de resultados entre diversos grupos de investigación.

5. PROCEDIMIENTO

- Para la presente investigación se identificó el tema a investigar, para ello se procedió a buscar información necesaria y pertinente, a través de distintas fuentes de investigación: Primaria, secundaria y terciaria.

- Para llevar a cabo la presente investigación, primero se solicitó las respectivas autorizaciones al director del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar-INABIF, ubicado en la ciudad de Arequipa, para tener acceso a la población y a la muestra.
- En seguida se procedió a coordinar con el encargado del área de psicología, para poder determinar los turnos y horarios para administrar el instrumento de medida, ello con la finalidad de no interferir en la actividad profesional del grupo multidisciplinario.
- A continuación, se procedió a evaluar las funciones ejecutivas con el instrumento de medida, BANFE -2, a los sujetos participantes, adolescentes con o sin consumo de alcohol, para ello se les brindó las instrucciones necesarias para su comprensión y desarrollo de la evaluación, adicionalmente se utilizó la técnica de observación y entrevista personalizada.
- Posterior a la evaluación se procedió a la calificación del instrumento de medida, BANFE- 2, para obtener el nivel de desempeño de funciones ejecutivas en los adolescentes con y sin consumo de alcohol.
- Luego de la calificación se creó una base de datos con los resultados obtenidos de los adolescentes, en el paquete estadístico para las ciencias sociales, SPSS versión 22, ya que este programa posee las herramientas necesarias para realizar el análisis de datos.
- Finalmente se ejecutó la base de datos en el programa SPSS para determinar los resultados arribados en la investigación para su posterior interpretación, para ello se

recurrió a la prueba estadística del T de Student y la U de Mann Whitney para muestras independientes, con la finalidad de establecer las diferencias en cuanto al desempeño de las funciones ejecutivas en adolescentes con o sin consumo de alcohol.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Para la presentación de los resultados, éstos se presentarán de acuerdo a un orden lógico, tomando en cuenta los objetivos de la investigación. Y para su mejor compresión e interpretación se presentarán a través de cuadros y gráficas, así mismo se recurrirá a la estadística descriptiva para el uso de tablas de frecuencias.

Se debe tener presente que para contrastar las hipótesis se utilizó la prueba estadística del T de Student para muestras independientes y también la prueba U de Mann Whitney para establecer las diferencias existentes en ambos grupos de estudio (adolescentes que consumen bebidas alcohólicas y adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas).

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Tabla N° 03: Datos de la muestra

		Consumo de alcohol	
		Frecuencia	Porcentaje
Comsumo	Sí	24	52.2
	No	22	47.8
	Total	46	100.0
Edad			
Edades	14 años	7	15.2
	15 años	23	50.0
	16 años	12	26.1
	17 años	4	8.7
	Total	46	100.0
Tiempo de ingreso			
Tiempo	0-6 meses	23	50.0
	7-12 meses	11	23.9
	13-18 meses	5	10.9
	19-24 meses	6	13.0
	25 meses a más	1	2.2
	Total	46	100.0

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

La N° 03 reflejan datos de las características de la muestra analizada (adolescentes del INABIF), se puede observar que el total de sujetos de la muestra es de 46 adolescentes. En cuanto al consumo de alcohol, el 52,2 posee problemas o consume bebidas alcohólicas; (ron, vodka, cerveza, etc.); por último, el 47,8% nunca consumió alguna bebida alcohólica.

En cuanto a la distribución por edad, se puede ver que el 15,1% posee una edad de 14 años; de otro lado, el 50% tiene una edad de 15 años; por otra parte, el 26,1% de la muestra posee edad de 16 años; por último, solo un 8,7% de los adolescentes posee la edad de 17 años. Los resultados hacen inferir que la mayoría de adolescentes de la muestra poseen la edad de 15 años.

En lo que respecta al tiempo de ingreso de la muestra, se puede decir que el 50% de los adolescentes permanece entre 0 a 6 meses; de otro lado, el 23,9%, está internado entre 7 a 12 meses; por otro lado, un 10,9% permanece internado entre 13 a 18 meses; el 13% permanece en las instalaciones del INABIF entre 18 a 24 meses; y solamente el 2,2% permanece internado más de 25 meses. Por lo que se puede decir, la mayoría de adolescentes de la muestra están internados de 0 a 6 meses.

Tabla N° 04: Datos de la muestra

		Motivo de ingreso	
		Frecuencia	Porcentaje
Motivo	Pequeños robos	6	13.0
	Abandono de hogar	23	50.0
	Falta sustento económico	9	19.6
	Abandono moral y material	5	10.9
	Pandillaje	3	6.5
	Total	46	100.0

		Edad de inicio	
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	0 años	22	47.8
	9 años	1	2.2
	10 años	2	4.3
	11 años	1	2.2
	12 años	5	10.9
	13 años	3	6.5
	14 años	6	13.0
	15 años	6	13.0
	Total	46	100.0

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación

La tabla N° 04 muestra las características con respecto al motivo de internamiento y edad de inicio de consumo de alguna bebida alcohólica. Como se puede observar, el 13% de estos adolescentes cometió la falta de robo; el 50% de ellos está por abandono o fuga de hogar; el 19,6% está por falta de sustento económico; un 10,9% está por abandono moral y material;

por último, el 6,5% está internado por problemas de pandillaje. Como se observa, un gran porcentaje está por abandono de hogar u fuga.

De otro lado, con respecto al inicio de consumo de alguna bebida alcohólica, se puede observar que el 47,8% de estos adolescentes nunca consumió alguna bebida alcohólica; sin embargo, un 2,2% consumió a los 9 años de edad; por otra parte, un 4,3% consumió a los 10 años de edad; el 2,2% de adolescentes empezó a consumir a los 11 años de edad, un 10,9% bebió por primera vez alcohol a los 12 años; el 6,5% de ellos consumió a los 13 años de edad; un 13% consumió por primera vez a los 14 años; por último, un 13% consumió a los 15 años de edad.

2. RESULTADOS DE LA PRUEBA EN LOS SUJETOS PARTICIPANTES

Tabla N° 05: Area Orbitomedial

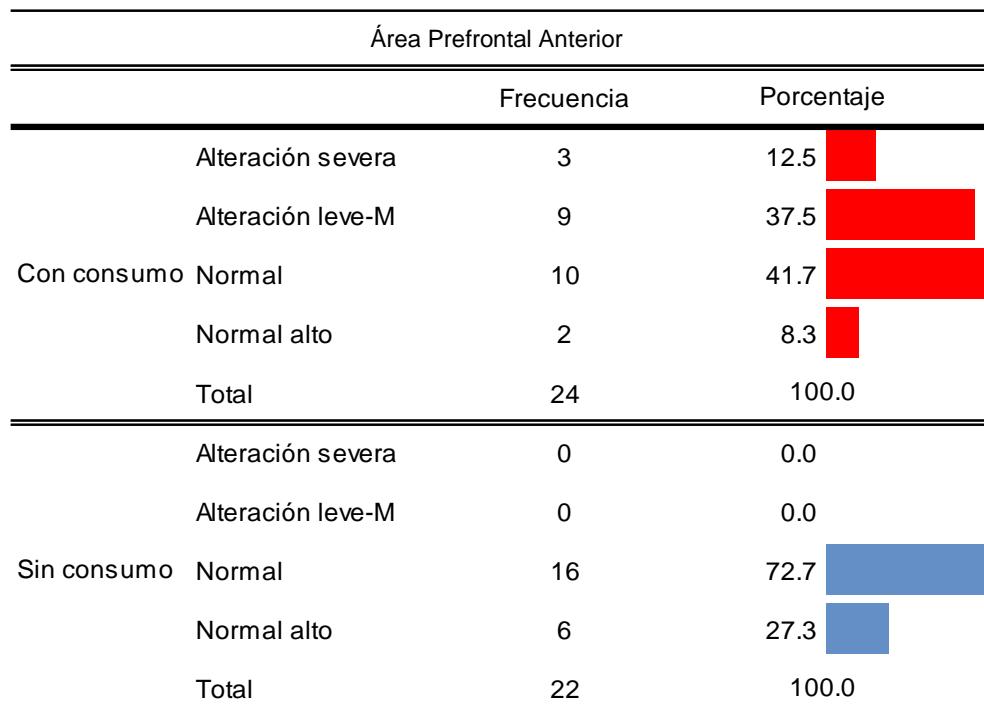
Area Orbitomedial			
		Frecuencia	Porcentaje
Con consumo	Alteración severa	12	50.0
	Alteración leve-M	7	29.2
	Normal	5	20.8
	Normal alto	0	0.0
	Total	24	100.0
Sin consumo	Alteración severa	1	4.5
	Alteración leve-M	2	9.1
	Normal	14	63.6
	Normal alto	5	22.7
	Total	22	100.0

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

La tabla N° 05 describen los resultados luego de aplicar el BANFE-2, en cuanto al área Orbitomedial. Se puede apreciar que dentro de los que consumen bebidas alcohólicas, el 50% de ellos pose una “alteración severa” en esta área; de otro lado, un 29,2% de este grupo tiene una “alteración leve-moderada”; sin embargo, un 20,8% posee el nivel “normal”; por último, ningún sujeto que tiene problemas con bebidas alcohólicas logra un nivel “normal alto”. Por otra parte, en el grupo de adolescentes que nunca han consumido alcohol, sólo el 4,5% posee una alteración severa; del mismo modo, un 9,1% posee alteración leve-moderada; por otro lado, un significativo 63,6% posee un nivel normal; por último, el 22,7 % posee el nivel normal alto. Como se puede observar, en el grupo de adolescentes que consumen bebidas

alcohólicas los niveles que resaltan en ellos es de alteración severa y alteración leve (50% y 29,2% respectivamente), por lo que estos adolescentes tienen serios problemas en cuanto al procesamiento y regulación de emociones y estados afectivos, así como la regulación y el control de la conducta, de igual forma en lo que respecta a la toma de decisiones ante situaciones inciertas. Lo contrario sucede con los adolescentes que no consumen alcohol, ya que el nivel resaltante en ellos es de “normal” (63,6 %).

Tabla N° 06: Área Prefrontal Anterior

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

De la siguiente tabla, se describen los resultados en cuanto al área prefrontal anterior. Dentro del grupo de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, el 12,5% de ellos tiene una “alteración severa”; el 37,5% tienen una “alteración leve-moderada”; un 41,7% de ellos tiene un nivel “normal” y sólo un 8,3% tienen un nivel “normal alto”. Con respecto al grupo de adolescentes que no consume bebidas alcohólicas, ninguno de ellos posee una “alteración severa”; así mismo ninguno tiene una “alteración leve-moderada”; un significativo 72,7% tiene un nivel “normal” y un 27,3% posee un nivel “normal alto”. Como se puede apreciar,

dentro del grupo de adolescentes con consumo de bebidas alcohólicas, el nivel que sobre sale en ellos es de “normal” (41,7%); sin embargo, hay que tomar en cuenta que un 50% (12,5% alteración severa y 37,5% alteración leve) de ellos posee problemas para detectar y solucionar conflictos, en la regulación y esfuerzo atencional, para regular la agresión y estados emocionales. Lo contrario sucede en el grupo de adolescentes que no consume bebidas alcohólicas, puesto que la mayoría de ellos no se ubica en el nivel “normal” (72,7%).

Tabla N° 07: Área Dorsolateral

Área dorsolateral		
	Frecuencia	Porcentaje
Con consumo	Alteración severa	2 8.3
	Alteración leve-M	12 50.0
	Normal	10 41.7
	Normal alto	0 0.0
	Total	24 100.0
Sin consumo	Alteración severa	0 0.0
	Alteración leve-M	2 9.1
	Normal	16 72.7
	Normal alto	4 18.2
	Total	22 100.0

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

De la tabla N° 7 muestra los resultados del BANFE-2, en cuanto al área dorsolateral, de los sujetos participantes. Así pues, se observa que dentro del grupo de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, el 8,3% de ellos tiene una “alteración severa”; el 50% de estos adolescentes posee una “alteración leve-moderada”; un 41,7% tiene un nivel “normal” y ninguno posee el nivel “normal alto”. Por otro lado, dentro del grupo de adolescentes que no consume alcohol, ninguna posee un nivel de “alteración severa”; un 9,1% tiene una “alteración leve-moderada”; sin embargo, un significativo 72,7% de adolescentes posee un nivel “normal”; por último, un 18,2% tiene un nivel “normal alto”. Estos resultados hacen

inferir que hay un gran porcentaje de adolescentes que consumen alcohol, que es un 58,3% (8,3% alteración severa y 50% alteración leve), que tienen problemas con los procesos de planeación, memoria de trabajo, solución de problemas complejos, flexibilidad mental, generación de hipótesis y estrategias de trabajo, así también, problemas en la seriación y secuenciación.

Tabla N° 08: Funciones Ejecutivas (General)

Funciones Ejecutivas		
	Frecuencia	Porcentaje
Con consumo	Alteración severa	7
	Alteración leve-M	7
	Normal	10
	Normal alto	0
Total		24
		100.0
Sin consumo	Altetación severa	0
	Alteración leve-M	1
	Normal	13
	Normal alto	8
Total		22
		100.0

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

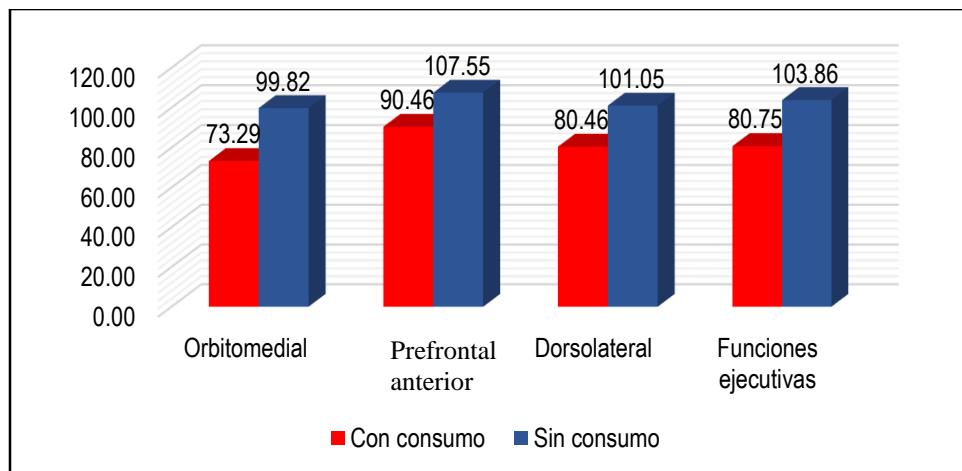
Interpretación:

La presente tabla describe los resultados en cuanto a las funciones ejecutivas de los sujetos participantes en la presente investigación. Dentro del grupo de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas el 29,2% de estos adolescentes poseen una “alteración severa”; de la misma forma, un 29,2% poseen una “alteración leve-moderada”; un 41,7% posee el nivel “normal”; por último, ningún adolescente con consumo de alcohol posee el nivel “normal alto”. De otro lado, dentro del grupo de adolescentes sin consumo de bebidas alcohólicas, ninguna tiene una “alteración severa”; sólo un 4,5% de sujetos tiene una “alteración leve-moderada”; un significativo 59,1% de ellos posee el nivel “normal”; y un importante 36,4%

posee el nivel “normal alto”. Estos resultados reflejan que los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas poseen serios problemas en cuanto a sus funciones ejecutivas ya que un total de 58,4% (29,2% con alteración severa y 29,2% alteración leve) poseen niveles no esperados según a su edad cronológica; en cambio, en los adolescentes que no tienen problemas con bebidas alcohólicas, un significativo 59,1% de ellos posee un nivel “normal” en sus funciones ejecutivas, lo que haría concluir que existen diferencias entre los dos grupos de estudio.

3. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Gráfica 01:Medias obtenidas (Adolescentes con y sin consumo de alcohol) en las puntuaciones de normalización



Interpretación:

Como se puede apreciar, al comparar las medias obtenidas en ambos grupos de estudio, con respecto al área ***Orbitomedial***, el grupo de adolescentes que consumen alcohol obtiene una media de desempeño de 73,29, que le corresponde un nivel de “alteración leve o moderada”; mientras que el grupo de adolescentes que no consumen, obtienen una media de 99,82, que les corresponde un nivel de desempeño “normal”. De otro lado, con respecto al ***área prefrontal anterior***, dentro del grupo de adolescentes que consumen alcohol, la media obtenida es de 90,46 que les corresponde un nivel de desempeño “normal”; del mismo modo, en el grupo de los que no consumen se obtiene una media de 107,55 que corresponde a un nivel de desempeño “normal”; por tanto, no habría diferencias entre ambos grupos. Por otra parte, en relación al ***área Dorsolateral***, la media obtenida dentro del grupo de adolescentes que consumen alcohol es de 80,46 que les corresponde un nivel de “alteración leve o moderada”; mientras que el grupo que no consumen obtienen una media de 103,86 que les corresponde el nivel de desempeño “normal”. Por último, en las Funciones Ejecutivas

(general), el grupo de adolescentes que consumen alcohol obtiene una media de 80,7 que le corresponde un nivel de desempeño de “alteración leve o moderada”; mientras que el grupo de adolescentes que no consumen alcohol, obtiene una media de 103,86, que corresponde al nivel de desempeño “normal”; esto indica que existen diferencias en el rendimiento del desempeño de ambos grupos.

Tabla N° 09:Comparación de medias (área Orbitomedial) entre los dos grupos de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo (Prueba t para muestras independientes)

Estadísticas de grupo				
Consumo de alcohol		N	Media	Desviación
Puntuación orbitomedial	Sí	24	73.29	18.677
	No	22	99.82	18.533

Pruebas de normalidad				
Consumo de alcohol	Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	
Puntuación orbitomedial	0.926	24	0.078	
	0.939	22	0.189	

Prueba de muestras independientes					
	Puntuación orbitomedial	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias	
		F	Sig.	t	gl
	Se asumen varianzas iguales	0.039	0.844	-4.830	44
	No se asumen varianzas iguales			-4.831	43.711
					0.000

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

Para poder determinar si existen diferencias entre el grupo de adolescentes con consumo de alcohol y los que no consumen, se tomó en cuenta la prueba de Normalidad Shapiro-Wilk ($p>0,05$) para determinar si se recurre a una prueba paramétrica o una no paramétrica; por lo que, en aquellas áreas donde existe distribución normal será pertinente utilizar la prueba t y en donde no exista distribución normal se utilizará la prueba de U de Mann Whitney. Por otro lado, el nivel crítico o error aceptado es del 5% ($p<0,05$).

Se observa en la tabla que sí existe una distribución normal en las puntuaciones de normalización del instrumento de medida, por tanto, es pertinente aplicar la prueba t para muestras independiente y asumiendo que existe una igualdad de varianzas y con un nivel de error o significancia aceptado del 5% (0,05); la t calculada toma un valor de – 4,830 con 44 grados de libertad, con un nivel de significancia del 0,000. Este último valor está muy por debajo del nivel crítico ($p < 0,05$), por lo que se acepta la hipótesis alterna, la cual señala que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio (adolescente con consumo de alcohol y sin consumo), por lo que se acepta la hipótesis alterna, el cual señala que existen diferencias significativas en cuanto al área Orbito medial, siendo los adolescentes que no consumen alcohol quienes se desempeñan mejor que los que consumen alcohol en esta área.

Tabla N° 10:Comparación de medias (área Prefrontal) entre los dos grupos de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo

Estadísticas de grupo				
Consumo de alcohol		N	Media	Desv. Desviación
Puntuación prefrontal anterior	Sí	24	90.46	21.106
	No	22	107.55	10.400

Pruebas de normalidad				
Consumo de alcohol	Shapiro-Wilk			Sig.
	Estadístico	gl		
Puntuación prefrontal anterior	Sí	0.937	24	0.143
	No	0.884	22	0.015

Estadísticos de prueba^a	
Área prefrontal	
U de Mann-Whitney	118.000
W de Wilcoxon	418.000
Z	-3.574
Sig. asintótica(bilateral)	0.000

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

Para poder determinar si existen diferencias entre el grupo de adolescentes con consumo de alcohol y los que no consumen, se tomó en cuenta la prueba de Normalidad Shapiro-Wilk ($p>0,05$) para determinar si se recurre a una prueba paramétrica o una no paramétrica; por lo que, en aquellas áreas donde exista distribución normal será pertinente utilizar la prueba t y en donde no exista distribución normal se utilizará la prueba de U de Mann Whitney. Por otro lado, el nivel crítico o error aceptado es del 5% ($p<0,05$).

Se puede observar que, en uno de los grupos de estudio, no existe una distribución normal en las puntuaciones de normalización del instrumento de medida, por lo cual, no es pertinente aplicar la prueba t; por tanto, se recurirá a una no paramétrica, específicamente a la U de Mann Whitney. Se observa que el valor calculado para la U es de 118,000 con un nivel de significancia de 0,000 lo cual está por debajo de nivel de error aceptado ($p < 0,05$), por lo que, se decide aceptar la hipótesis alterna la cual indica que existen diferencias entre los grupos de estudio en cuanto al área prefrontal anterior, por lo que los adolescentes que no consumen alcohol se desempeñan mejor que los que consumen alcohol en esta área.

Tabla N° 11:Comparación de medias (área Dorsolateral) entre los dos grupos de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo

Estadísticas de grupo				
Consumo de alcohol	N	Media	Desv.	Desviación
Puntuación dorsolateral Sí	24	80.46	11.953	
Puntuación dorsolateral No	22	101.05	13.957	

Pruebas de normalidad				
Consumo de alcohol	Shapiro-Wilk			Sig.
	Estadístico	gl	Sig.	
Puntuación dorsolateral Sí	0.935	24	0.056	
Puntuación dorsolateral No	0.948	22	0.285	

Prueba de muestras independientes						
	Puntuación dorsolateral	Se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	prueba t para la igualdad de medias		
			F	Sig.	t	gl
			0.534	0.469	-5.387	44
					-5.350	41.572
						0.000
						0.000

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

Para poder determinar si existen diferencias entre el grupo de adolescentes con consumo de alcohol y los que no consumen, se tomó en cuenta la prueba de Normalidad Shapiro-Wilk ($p>0,05$) para determinar si se recurre a una prueba paramétrica o una no paramétrica; por lo que, en aquellas áreas donde existe distribución normal será pertinente utilizar la prueba t y en donde no exista distribución normal se utilizará la prueba de U de Mann Whitney. Por otro lado, el nivel crítico o error aceptado es del 5% ($p<0,05$).

En relación al área Dorsolateral, para establecer diferencias en ambos grupos de estudio (adolescentes con consumo de alcohol y sin consumo), se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, puesto que se pudo comprobar que existe una distribución normal en las puntuaciones de normalización del instrumento de medida, por tanto, es pertinente utilizar la prueba t para muestras independientes. Bajo la premisa de que se consideran varianzas iguales, se observa que la t calculada toma el valor de – 5,387 con 44 grados de libertad, con un nivel de significancia calculado de 0,000, este último valor está por debajo de nivel de error aceptado ($p < 0,05$), por lo que, se decide aceptar la hipótesis alterna la cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en cuanto al área Dorsolateral, lo cual significa que son los adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas los que desempeñan mejor en esta área que los adolescentes que consumen alcohol.

Tabla N° 12:Comparación de medias (Funciones Ejecutivas) entre los dos grupo de estudio, adolescentes que consumen alcohol y sin consumo

Estadísticas de grupo				
Consumo de alcohol		N	Media	Desv. Desviación
Puntuación funciones ejecutivas	Sí	24	80.75	16.446
	No	22	103.86	13.899

Pruebas de normalidad				
Consumo de alcohol	Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	
Puntuación funciones ejecutivas	Sí	0.951	24	0.280
	No	0.922	22	0.084

Prueba de muestras independientes						
Prueba de Levene de igualdad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias			
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	
Puntuación funciones ejecutivas	Se asumen varianzas iguales	0.101	0.752	-5.124	44	0.000
	No se asumen varianzas iguales			-5.162	43.729	0.000

Fuente: SPSS-Elaboración Propia

Interpretación:

Para poder determinar si existen diferencias entre el grupo de adolescentes con consumo de alcohol y los que no consumen, se tomó en cuenta la prueba de Normalidad Shapiro-Wilk ($p>0,05$) para determinar si se recurre a una prueba paramétrica o una no paramétrica; por lo que, en aquellas áreas donde exista distribución normal será pertinente utilizar la prueba t y en donde no exista distribución normal se utilizará la prueba de U de Mann Whitney. Por otro lado, el nivel crítico o error aceptado es del 5% ($p<0,05$).

La tabla N° 10 muestran la comparación realizada entre las medias entre ambos grupos de estudio (adolescentes con consumo de alcohol y sin consumo) con respecto a las Funciones Ejecutivas, para ello se recurrió a la prueba t de Student para muestras independientes, puesto que se comprobó que existe una distribución normal en ambos grupos en cuanto a sus puntuaciones de normalización del instrumento de medida. Bajo la premisa de que se consideran varianzas iguales, se observa que la t calculada toma el valor de – 5,124 con 44 grados de libertad, con un nivel de significancia calculado de 0,000, este último valor está por debajo de nivel de error aceptado ($p < 0,05$), por lo que, se decide aceptar la hipótesis alterna la cual indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en cuanto a las Funciones Ejecutivas, esto significa que son los adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas los que se desempeñan mejor en cuanto a sus Funciones Ejecutivas que los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la presente investigación el objetivo principal fue determinar las diferencias en el desempeño entre adolescentes que consumen y no consumen bebidas alcohólicas, respecto a sus Funciones Ejecutivas (orbitomedial, frontolateral, dorsomedial). Por ello en este capítulo se contrastará con investigaciones a nivel local, nacional e internacional, asimismo, con diversos autores especialistas en el tema de problemas de alcohol en la adolescencia y su relación con las funciones ejecutivas.

Tras el avance de técnicas de resonancia magnética, se ha podido comprobar que la fase de maduración del cerebro adolescente no concluye hasta los 21-25 años (Montesinos, 2014 citado por Pérez de Guzmán, 2018). Los cambios más importantes a nivel cerebral suceden

entre la niñez y la adolescencia, y tienen lugar, principalmente, en el córtex prefrontal y estructuras del sistema límbico. Dichas modificaciones se relacionan de manera directa con el desarrollo de las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales, que serán de utilidad en el adulto, con un entorno social más complejo. (Pérez de Guzmán, 2018)

Según los registros que se hallaron en una “Encuesta Global de Alcohol” reportada por la Organización Mundial de la Salud (2011) citado por Villegas y cols (2013), se pudo apreciar que en el lapso de cinco años el 71% de los países encuestados registró un incremento en el consumo de alcohol por parte de la población menor de edad.

En el Perú no ha sido muy estudiado el problema del consumo del alcohol en relación a los efectos a nivel neuropsicológico. Solo existen en su mayoría artículos de otros países, lo cual ha motivado y propiciado el presente estudio, donde se pretende determinar las diferencias existentes en cuanto al desempeño de las Funciones Ejecutivas en adolescentes con y sin consumo de bebidas alcohólicas del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar, varones de la ciudad de Arequipa.

Para realizar una correcta interpretación de los resultados encontrados es necesario considerar que en el contexto local no existen muchos centros para el acogimiento de adolescentes vulnerables y también debido al difícil acceso por el carácter de reserva y principios de confidencialidad. Así también, no se consideró en la evaluación a aquellos adolescentes que presentaban diagnósticos como trastornos de neurodesarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicológico y adolescentes que hayan consumido drogas como: marihuana, cocaína, etc, de tal manera que los efectos propios de estos diagnósticos y consumo de otras sustancias no

alterasen los resultados del presente estudio, controlándose aquellos variables intervinientes que afecten la presente investigación.

Según lo mencionado anteriormente, se pasará a analizar los resultados en contraste con investigaciones precedentes.

Según el informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, realizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en el año 2010, el 75,1% de los estudiantes españoles de 14-18 años de edad han probado alcohol alguna vez en su vida, iniciándose en su consumo a los 13,7 años de media (Gil, 2012, citado en Lucas, 2014). Así mismo, en el Perú el consumo de alcohol es un problema social que ha venido afectando a una gran parte de la población de adolescentes vulnerables en los últimos años; se encontró en el Perú, la existencia de medio millón de peruanos alcohólicos de los cuales, el 20 por ciento son jóvenes que han iniciado su adicción desde los 11 años de edad aproximadamente (Rojas 2015, citado en Perú 21 (2016); lo que indica que la edad de inicio en el consumo de alcohol ha disminuido y se ha incrementado el consumo entre adolescentes, esto permite corroborar con la presente investigación puesto que muchos adolescentes de la muestra de estudio han iniciado su consumo de bebidas alcohólicas entre los nueve y diez años de edad. Es así que según algunas investigaciones se ha demostrado una clara correlación entre la edad en la que se comienza a consumir alcohol y el riesgo de ser consumidor en la edad adulta. Cuanto antes se comienza a beber, el riesgo es mayor (Rodríguez, Sanchiz, Bisquerra, 2014)

Si bien es cierto que a nivel local no se ha encontrado ninguna investigación que evalúe el funcionamiento ejecutivo en función a las áreas implicadas, las investigaciones realizadas hasta el momento demuestran una afectación general de las funciones ejecutivas y los procesos implicados. Siendo que, a diferencia de otras investigaciones, presentamos el funcionamiento ejecutivo en relación al criterio anatomo-funcional: las funciones básicas (corteza orbitomedial), la memoria de trabajo y funciones ejecutivas (corteza dorsolateral) y las metafunciones (corteza prefrontal anterior).

Al evaluar el nivel de desempeño de las Funciones Ejecutivas en los adolescentes con y sin consumo de alcohol, se encontró en la muestra que gran parte de la población con consumo de bebidas alcohólicas presenta una alteración severa en el área orbitomedial de las funciones ejecutivas, estas áreas nos permite hacer ajustes a nuestro comportamiento, lo cual implica una afectación en el procesamiento, regulación de emociones y el control de la conducta, esto permite explicar las razones por las cuales gran parte de la población de la muestra de consumidores de alcohol han ingresado al albergue por pertenecer algún grupo de pandillas o infringir la ley penal. De modo que suele relacionarse esta área con el control inhibitorio, Elliot y cols. (2000).

De acuerdo a los resultados obtenidos respecto al área Prefrontal anterior se evidencian entre alteración severa y moderada la mitad de adolescentes con consumo de bebidas alcohólicas respecto a adolescentes sin consumo de bebidas alcohólicas quienes presentan un funcionamiento ejecutivo entre normal y normal alto; el cual permite corroborar con la investigación realizada por García y cols. (2009) la idea de que el consumo elevado de alcohol por parte de los jóvenes ocasiona daños en la corteza Prefrontal del cerebro ya que

se traducen en una alteración de funciones ejecutivas, capacidades que requieren para la organización y el diseño de estrategias encaminadas a lograr objetivos.

En el área dorsolateral más de la mitad de los adolescentes con consumo de bebidas alcohólicas presentan una alteración entre severa y leve moderada, mientras los adolescentes sin consumo de bebidas alcohólicas presentan un funcionamiento ejecutivo normal en esta área; lo cual permite afirmar la investigación de Villegas y cols., (2013), mediante una revisión sistemática a través de la recopilación de documentos, en la cual se concluye que en procesos como la inhibición de respuestas y la toma de decisiones parece existir un deterioro asociado con el consumo de alcohol en la adolescencia en más de 70% de las investigaciones, siendo esta área la más afectada en cuanto a las funciones ejecutivas.

Al evaluar el nivel de desempeño de las Funciones Ejecutivas en los adolescentes con y sin consumo de alcohol siendo el área dorsolateral, una de las más afectadas, la cual implica los procesos de la toma de decisiones, tales como: la planeación, memoria de trabajo, solución de problemas, fluidez verbal, flexibilidad mental, generación de hipótesis, estrategias de trabajo, seriación y secuenciación, viéndose afectada la capacidad de adaptación a situaciones novedosas, así como el tiempo y calidad de la toma de decisiones, (Pereira, 2017 citado por Villegas y cols.,2013),en los adolescentes evaluados estos resultados se contrastan con el estudio que se realizó al comparar el tamaño de cada una de estas regiones de la corteza prefrontal en los cerebros de los adolescentes bebedores en exceso y en los de los bebedores moderados. Y se observó que, comparado con los adolescentes bebedores moderados, el volumen de las diferentes regiones era inferior en los bebedores en exceso, especialmente el volumen del componente ventral de la corteza prefrontal, que incide en el proceso de toma

de decisiones, de supervisión de nuestro propio comportamiento y en el autocontrol sobre nuestros sentimientos (Tapert, 2016 citado por HealthDay, 2009).

Baddeley y Wilson, (1988) citado por Landa y cols. (2004) indica que alteraciones en el área frotomedial se caracteriza por dificultades para, centrarse en una tarea y finalizarla sin un control externo; establecer nuevos repertorios conductuales y utilizar estrategias operativas; mantener una conducta flexible y creativa, con una evidente falta de flexibilidad cognitiva y anticipar las consecuencias de su comportamiento, lo que provoca una mayor impulsividad e incapacidad para posponer una respuesta (aspecto crucial en la comprensión de las conductas adictivas).

Lorenzo (2005) citado por Garrido y Trejo (2015) hace mención que “entre los repetidores hay una gran proporción de alumnos que beben alcohol hoy es claro la relación que existe entre consumo de alcohol y fracaso escolar”; por lo cual, en el presente estudio muchos de los adolescentes reinciden en el consumo de las bebidas alcohólicas, además de haber dejado sus estudios y/o repetido el año académico.

Según investigaciones los adolescentes que consumen alcohol en exceso muestran un 10% menos de capacidad para recordar información aprendida previamente, mayor lentitud para procesar la información, manifiestan problemas de atención y dificultad para ejecutar las tareas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo (Tapert, 2016 citado por HealthDay, 2009).

En síntesis, el resultado ofrecido en el presente estudio proporciona nuevas líneas de investigación, siendo uno de los pocos estudios realizados en el Perú, la cual indica las alteraciones en áreas del funcionamiento ejecutivo en adolescentes consumidores de alcohol, además de la relación existente entre ambas variables. A pesar de ello, aun se requieren más estudios a profundidad y en muestras más grandes que confirmen estos resultados y permitan la implementación de programas de intervención en los centros de acogimiento de adolescentes de Arequipa.

CONCLUSIONES

- Primera:** Según los datos analizados en la presente investigación, estudio realizado en el INABIF, se concluye que los Adolescentes que consumen bebidas alcohólicas difieren significativamente de aquellos que no consumen alcohol en cuanto al desempeño de sus Funciones Ejecutivas, por lo que se acepta la hipótesis general planteada en el presente estudio.
- Segunda:** Los Adolescentes que consumen bebidas alcohólicas difieren de manera significativa de aquellos que adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas en cuanto al área Orbito medial puesto que en los primeros resalta las calificaciones entre alteración severa a alteración leve, mientras que en el segundo grupo posee un desempeño normal.
- Tercera:** Con respecto al área Prefrontal Anterior, los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, pese a que en ellos resalta una calificación normal, difieren significativamente de los adolescentes que no consumen alcohol, donde se ha demostrado que el segundo grupo se desempeña mejor que los del primer grupo.
- Cuarta:** En lo referente al área Dorsolateral, los adolescentes que consumen bebidas alcohólicas difieren significativamente de aquellos adolescentes que no consumen bebidas alcohólicas, esto quiere decir, que en la mayoría de adolescentes que consumen alcohol resalta en ello una calificación de

alteración leve a una alteración severa, mientras que en el segundo grupo la mayoría de adolescentes posee un desempeño normal.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos de la investigación, se presenta a continuación las siguientes recomendaciones:

- Primera:** Para la comunidad científica, se debe ampliar más investigaciones comparativas sobre el desempeño ejecutivo entre adolescentes con consumo de bebidas alcohólicas y adolescentes sin consumo de alcohol, para ver el grado de afectación a nivel de funciones ejecutivas y proponer nuevas alternativas de reeducación.
- Segunda:** Las Instituciones Educativas de nuestra región, deben implementar políticas preventivas, dando énfasis en las consecuencias que acarrea el consumo de alcohol y sus implicancias que tiene a nivel neuronal, académico, social, familiar y psicológico, con el objeto de disminuir y /o eliminar el consumo de alcohol en los adolescentes y sus consecuencias de la misma.
- Tercera:** Para el INABIF e instituciones afines, se sugiere realizar programas de intervención para fortalecer las áreas que se encuentran alteradas producto del consumo de sustancias alcohólicas tales como: planeación, organización y toma de decisiones, con el fin de reforzar y evitar un deterioro mayor en estas áreas.

- Cuarta:** En el INABIF, realizar actividades ocupacionales que permitan desarrollar sus habilidades y competencias, el cual les permita reinsertarse en la sociedad y evitar que vuelvan a reincidir en el consumo de alcohol.
- Quinta:** Se sugiere realizar un estudio exploratorio a nivel regional sobre el consumo del alcohol en adolescentes, con el propósito de conocer a profundidad las causas a fines y sus implicancias del mismo, para conseguir una recopilación amplia sobre esta problemática y poder encaminar la implementación de un programa de prevención a nivel general.
- Sexta:** Para la comunidad neurocientífica se sugiere realizar estudios longitudinales, en muestras de tamaño apropiado para generalizar, los cuales ayuden a identificar qué estructuras están más afectadas y cuáles son las consecuencias neurocognitivas a corto y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M.; Juárez F. y Cuartas M. (2018).** Funciones ejecutivas y antecedentes familiares de alcoholismo en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*. Colombia. 1 (16). 57-68.
- Adrian, J. y Rangel, E. (2005).** *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad*. España. Editorial: Universitat Jaume.
- Ahumada, J., Gámez, M. y Valdez C. (2017).** *Consumo de Alcohol como problema de Salud Pública*. Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa (México). *RAXIMHAI*. 13(2). 13-24.
- Alcohólicos Anónimos. (2013).** *La tabla del Dr. E. M. Jellinek*. Alcohólicos Anónimos. Recuperado en <http://aadistrito8bogota.blogspot.com/2013/02/la-tabla-del-dr-e-m-jellinek.html>.
- Ardila, A., Roselli, M. (2007).** *Neuropsicología Clínica*. Editorial El Manual Moderno. Colombia
- Ardila, A.y Ostrosky, F. (2008).** Desarrollo Histórico de las Funciones Ejecutivas. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 8(1). 1-21.

Ardila, A. (2008). Funciones ejecutivas. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Colombia. 8(1).

Ardila, A. (2013). Función ejecutiva [fundamentos y evaluación]. Florida International University.

Recuperado

en:

<https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2013-ardila-funcic3b3n-ejecutiva-fundamentos-y-evaluaciac3b3n.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría: DSM-5 (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5^a Ed. Arlington. Editorial medica panamericana. España.

Batista, J. (2012). Revisión Teórica De Las Funciones Ejecutivas. Recuperado en <https://guayacan.uninorte.edu.co/divisiones/iese/lumen/ediciones/14/articulos/revisi%C3%B3n-teorica-de-las-funciones-ejecutivas.pdf>.

Blog de la defensoría del pueblo (2014). *Perú 25 años de la convención de los Derechos del Niño*. Recuperado en <http://www.defensoria.gob.pe/blog/peru-a-25-anos-de-la-convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>

Blog de Perú 21 (2016). *El consumo de alcohol aumenta entre adolescentes peruanas*. Recuperado en <https://peru21.pe/lima/consumo-alcohol-aumenta-adolescentes-peruanas-236759>.

Blog de HealthDay (2009). Los atracones de bebida podrían dañar los cerebros de los adolescentes. Recuperado en: <https://consumer.healthday.com/espanol/general-health-information-16/alcohol-abuse-news-12/los-atracones-de-bebida-podria-dañar-los-cerebros-de-los-adolescentes-626400.html>.

Carrasco, S. (2005). *Metodología de la Investigación Científica.* Ed. San Marcos. Lima.

Castaño, G. y Calderon, G. (2014). Problemas asociados al consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Revista Latino-Am. Enfermagem.* Colombia. 22(5). 739-746.

Cenal, J y Casas, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral.* 9(1). 20-24.

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (2016).
El problema de las drogas en el Perú. Lima. Biblioteca Nacional del Perú.

Cepeda, C. (2014). Consumo de alcohol: impacto en el desarrollo cerebral del adolescente. *Revista de la Facultad de ciencias de la Educación UNIFE.* (20) 31-34.

Chau, C. y Van de 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.

Chirinos, C. (2017). Estilos Parentales y Soledad Percibida Adolescentes I.E. José Santos Atahualpa Arequipa 2017. *Tesis Para obtener el Título Profesional.* Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Facultad De Enfermería Escuela Profesional De Enfermería. Perú.

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología.* 2da ed. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Consumo de alcohol aumenta entre las adolescentes peruanas (24 de diciembre del 2016). Perú 21. Recuperado en <<[>>](https://peru21.pe/lima/consumo-alcohol-aumenta-adolescentes-peruanas-236759).

Craig, G. y Baicum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico.* México. Editorial Mexicana.

Damasio, A. (1998). *The Somatic Marker Hypothesis and the possible functions of the Prefrontal cortex, executive and cognitive functions.* New York: Oxford University Press.

Elliot, R., Dolan, R. & Frith, C. (2000). Dissociable functions in the medial and Lateral orbitofrontal cortex: Evidence from human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, 10 (3), 308-317.

Flores, J. y Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.* México, D. F. 8 (1). 47-58.

Flores, J. y Ostrosky, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas.* Colombia. Editorial el Manual Moderno.

Flores, J.; Castillo, R. y Jiménez, N. (2014). Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. Facultad de Psicología, Universidad de Guadalajara, *Centro Universitario del Sur* (México). 30 (2). 463-473.

Flores, J.; Ostrosky F. y Lozano, A. (2014). *Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales.* México. Ed. El Manual Moderno

Fundación Alcohol Y Sociedad (s.f.). *Alcohol y adolescencia.*

García, A., Enseñat, A., Tirapu, J., y Roig, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología.* 48: 435-440.

García, L., Expósito, J., Sanhueza, C., y Angulo, M. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. Facultad de Educación, Universidad Complutense de Madrid, Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (España). 20 (3). 271-279.

Garrido, B. y Trejo, L. (2015). El alcoholismo como factor de bajo rendimiento escolar en alumnos de tercer grado de secundaria. *Tesis de licenciatura.* Universidad Pedagógica Nacional. México D.F.

Gómez, M., y Tirapu, J. (2012). Neuropsicología de la corteza prefrontal y funciones ejecutivas: una visión panorámica. In Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas. *ReserchGate.* 89-120

Gómez, M.(s.f.). Síndromes Disejecutivos: Bases, Clínica Y Evaluación. Recuperado en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/14_disejecutivos.pdf

Guardia, J.; Jimenes, M.; Florez, G . y Contel, M. (2007). Alcoholismo. 2da ed.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill.

INEI (2016). *Las niñas adolescentes en el Perú.* Fondo de población de las Naciones Unidas – Perú

Landa, N.; Fernández, J. y Tirapu, J. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones.* 16 (1). 41-52

Lezak, M. (1982): The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology.* 17 (1-4). 281-297.

Lozano, A. y G.; Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.* 11(1):159-172.

Luria, A. R. (1979). El cerebro en acción. Barcelona: Ed. Fontanella.

Lucas, G. (2013). Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la comunidad de Madrid. *Tesis Doctoral.* Facultada de Psicología, Universidad complutense de Madrid.

Martínez, G. (2018). Funciones ejecutivas y consumo de alcohol en jóvenes universitarios: capacidad predictiva de las medidas de evaluación. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes.*

Mauricio, F. (2014). *Factores desencadenantes del alcoholismo en mujeres de 20 a 50 años.* (Tesis de grado). Universidad Rafael Landivar. Guatemala.

Maximiliano, L.; Ortega, A.; Salas, M. y Vais, R. (2015). Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. *Revista enferm Herediana.* 8(2):89-96.

Ministerio de Salud Pública (2017). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes.* Uruguay. Fondo de población de las Naciones Unidas

Ministerio de Salud (2017). *Documento Técnico situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú.* Lima. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Rodríguez, F., Sanchiz, M. y Bisquerra, R. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud Mental.* México. 4(37). 255-260.

Rodríguez, M. (2015). Desarrollo de las funciones Ejecutivas a través de los Videojuegos en la atención a la diversidad. *Tesis Doctoral.* Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología.

Pérez de Guzmán, M. (2018). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes y riesgos en su desarrollo. *Tesis de Grado.* Universidad de Cantabria. Facultad de Enfermería. Cantabria.

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas.* 2da ed. Geneva.

Organización Mundial de la Salud: CIE-10 (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento.* Madrid. Editorial MEDITOR.

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas.* Whashinton D.C. Organización Mundial de la Salud.

Papalia, wendkos, dunkin (2001). *Desarrollo humano.* México. McGraw-Hill.

Papalia, wendkos, dunkin (2009). *Desarrollo humano.* México. McGraw-Hill.

Pautasi, R. (2013). Consumo de alcohol durante la adolescencia y el desarrollo temprano, causas y consecuencias. *Revista: Ciencia e Investigación.* Editorial: asociación Argentina para el progreso de las ciencias. Argentina. 63 (4). 25-36.

Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social.* Recuperado en:
<http://www.cedro.sld.cu/bibli/a/a4.pdf>.

Portellano, J. y García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria.* Ed. Síntesis. España - Madrid.

Rosselli, M., Jurado, M. y Matute, E. (2008). Las Funciones Ejecutivas a Través de la Vida. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.* 8 (1). 23-26

Sánchez, E. (2008). *Factores condicionantes de alcoholismo en pacientes con tratamiento ambulatorio en el Hospital Hermilio Valdizán, noviembre-diciembre, 2007.* (Tesis Profesional de Licenciada). Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Lima.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica.* Lima. Bussines Suport.

Sanchez, I.; Tirapu, J. y Adrover, D. (2014). Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. Recuperado en:
https://www.researchgate.net/publication/257269127_Neuropsicologia_de_la_cognicion_social_y_la_autoconciencia.

Sánchez, J. y Grupo PrevInfad/PAPPS (2012). Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatria Atención Primaria.* 14 (56). 335-342

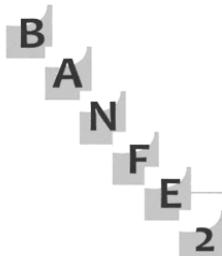
Sumba, M. (2014). *El alcoholismo en la adolescencia.* (Monografía previa a la obtención del Título de Licenciado en Orientación Familiar). Universidad de Cuenca. Cuenca.

Tapia, M. (2015). *Evaluación de las funciones ejecutivas en adolescentes infractoras en el Centro “El Buen Pastor” de Quito durante el periodo 2014* (Master's thesis) Universidad Central del Ecuador.Quito.

UNICEF (2002). *Adolescencia, una etapa fundamental.* Nueva york. Recuperado en <<https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf>>.

Villegas, M.; Alonso, M.; Benavides, R. y Guzmán, F. (2013). Consumo de alcohol y funciones ejecutivas en adolescentes: *Una revisión Sistemática Aquichan. Colombia.* 13 (2). 234-246.

ANEXOS

Anexo 01**Protocolo**

Julio César Flores Lázaro, Feggy Ostrosky Shejet y Asucena Lozano Gutiérrez

DATOS GENERALES

NOMBRE _____
 FECHA DE EVALUACIÓN _____ / _____ / _____ NO. EXPEDIENTE _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ IDIOMA _____
 EDAD _____ GÉNERO _____ ESCOLARIDAD _____
 LATERALIDAD _____ OCUPACIÓN _____
 ESCOLARIDAD MADRE _____ ESCOLARIDAD PADRE _____
 REFERIDO POR _____ TELÉFONO _____
 MOTIVO DE CONSULTA _____

OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS

I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál, la dosis y la duración del tratamiento:

III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, otros.

IV.- Antecedentes médicos, niños, adolescentes y adultos:

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | |
|---|---|
| (<input type="checkbox"/>) Hipertensión Arterial | (<input type="checkbox"/>) Traumatismos craneoencefálicos |
| (<input type="checkbox"/>) Enfermedades pulmonares | (<input type="checkbox"/>) Diabetes |
| (<input type="checkbox"/>) Alcoholismo | (<input type="checkbox"/>) Tiroidismo |
| (<input type="checkbox"/>) Farmacodependencia | (<input type="checkbox"/>) Accidentes cerebrovasculares |
| (<input type="checkbox"/>) Disminución de agudeza visual o
auditiva. | (<input type="checkbox"/>) Otros _____ |

Nota: Este cuaderno está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

1. Laberintos

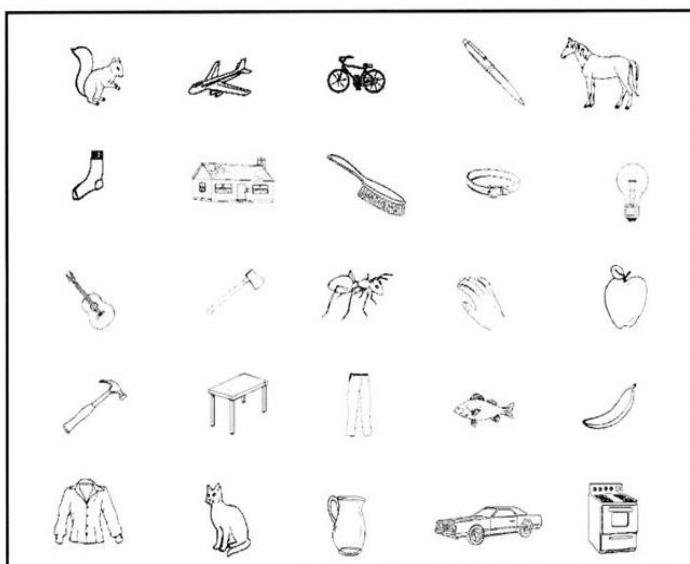
6 y 7 años (5 min) + 8 años (4 min)

Laberinto	Toca	Atravesa	Sin salida	Tiempo
1				
2				
3				
4				
5				
Total:				

2. Señalamiento autodirigido

(5 minutos)

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.



Tiempo	—
Perseveraciones	—
Omisiones	—
Aciertos (máximo posible = 25)	—

3. Ordenamiento alfabético de palabras

Ensayos

Lista 1

1 2 3 4 5

1. Eco (2) _____ (2)
2. Árbol (1) _____ (1)
3. Oso (4) _____ (4)
4. Uva (5) _____ (5)
5. Imán (3) _____ (3)

No. de ensayos _____ Errores de orden _____
 Perseveraciones _____ Intrusiones _____

Lista 2

1 2 3 4 5

1. Goma (5) _____ (5)
2. Casa (2) _____ (2)
3. Beso (1) _____ (1)
4. Faro (4) _____ (4)
5. Joya (6) _____ (6)
6. Dedo (3) _____ (3)

No. de ensayos _____ Errores de orden _____
 Perseveraciones _____ Intrusiones _____

Lista 3

1 2 3 4 5

1. Carro (3) _____ (3)
2. Bata (2) _____ (2)
3. Feo (6) _____ (6)
4. Dado (4) _____ (4)
5. Gota (7) _____ (7)
6. Ajo (1) _____ (1)
7. Edad (5) _____ (5)

No. de ensayos _____ Errores de orden _____
 Perseveraciones _____ Intrusiones _____

Nota: Este cuadernillo está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

4. Resta consecutiva

(5 minutos por cada tarea)

Resta consecutiva A (40-3)

*Aplicar a partir de los ocho años de edad.

37 34 31 28 25 22 19 16 13 10 7 4 1

Aciertos (máximo 13) _____

Errores _____

Tiempo _____

Resta consecutiva B (100-7)

*Aplicar a partir de los 10 años de edad.

93 86 79 72 65 58 51 44 37 30 23 16 9 2

Aciertos (máximo 14) _____

Errores _____

Tiempo _____

5. Suma consecutiva

* Aplicar a partir de los ocho años.

6 11 16 21 26 31 36 41 46 51

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

56 61 66 71 76 81 86 91 96 101

Aciertos (máximo 20) _____

Errores _____

Tiempo _____

6. Clasificación de cartas
 (10 minutos)

1 C F N O	17 C F N O	33 C F N O	49 C F N O
2 C F N O	18 C F N O	34 C F N O	50 C F N O
3 C F N O	19 C F N O	35 C F N O	51 C F N O
4 C F N O	20 C F N O	36 C F N O	52 C F N O
5 C F N O	21 C F N O	37 C F N O	53 C F N O
6 C F N O	22 C F N O	38 C F N O	54 C F N O
7 C F N O	23 C F N O	39 C F N O	55 C F N O
8 C F N O	24 C F N O	40 C F N O	56 C F N O
9 C F N O	25 C F N O	41 C F N O	57 C F N O
10 C F N O	26 C F N O	42 C F N O	58 C F N O
11 C F N O	27 C F N O	43 C F N O	59 C F N O
12 C F N O	28 C F N O	44 C F N O	60 C F N O
13 C F N O	29 C F N O	45 C F N O	61 C F N O
14 C F N O	30 C F N O	46 C F N O	62 C F N O
15 C F N O	31 C F N O	47 C F N O	63 C F N O
16 C F N O	32 C F N O	48 C F N O	64 C F N O

Nota: Este cuadernillo está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Aciertos (máximo posible=64) _____ Errores _____ Perseveraciones _____

Perseveraciones diferidas _____ Error mantenimiento _____ Tiempo _____

7. Clasificaciones semánticas

(5 minutos)

Grupo 1 Criterio:	Grupo 2 Criterio:	Grupo 3 Criterio:	Grupo 4 Criterio:	Grupo 5 Criterio:	Grupo 6 Criterio:
_____	_____	_____	_____	_____	_____

1. _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____	5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____	6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____	7. _____	7. _____	7. _____
8. _____	8. _____	8. _____	8. _____	8. _____	8. _____
9. _____	9. _____	9. _____	9. _____	9. _____	9. _____
10. _____	10. _____	10. _____	10. _____	10. _____	10. _____

Grupo 7 Criterio:	Grupo 8 Criterio:	Grupo 9 Criterio:	Grupo 10 Criterio:	Grupo 11 Criterio:	Grupo 12 Criterio:
_____	_____	_____	_____	_____	_____

1. _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____	5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____	6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____	7. _____	7. _____	7. _____
8. _____	8. _____	8. _____	8. _____	8. _____	8. _____
9. _____	9. _____	9. _____	9. _____	9. _____	9. _____
10. _____	10. _____	10. _____	10. _____	10. _____	10. _____

Grupo	C	F	A	
1	—	—	—	No. de categorías concretas
2	—	—	—	Promedio animales
3	—	—	—	—
4	—	—	—	No. de categorías funcionales
5	—	—	—	Promedio animales
6	—	—	—	—
7	—	—	—	No. de categorías abstractas
8	—	—	—	Promedio animales
9	—	—	—	—
10	—	—	—	Total de categorías
11	—	—	—	Promedio total animales
12	—	—	—	Puntuación total

8. Efecto Stroop Forma A

(5 minutos)

Columna	1	2	3	4	5	6	7
Fila							
1	Rojo	Café	Azul	<u>Café</u>	Negro	Rosa	<u>Café</u>
2	Café	<u>Azul</u>	Café	Rojo	<u>Rosa</u>	Negro	<u>Azul</u>
3	<u>Rojo</u>	Rosa	Rojo	<u>Verde</u>	Verde	Café	Verde
4	Azul	<u>Verde</u>	Verde	Rosa	<u>Café</u>	Azul	<u>Negro</u>
5	Negro	Rojo	Rosa	<u>Rosa</u>	Azul	Rojo	Rosa
6	<u>Negro</u>	<u>Rosa</u>	Negro	Café	<u>Negro</u>	Verde	<u>Rosa</u>
1	<u>Verde</u>	Café	<u>Azul</u>	Negro	<u>Verde</u>	Azul	<u>Rosa</u>
2	Café	<u>Negro</u>	Café	Rosa	Negro	Café	Verde
3	<u>Azul</u>	Rosa	<u>Negro</u>	Café	Azul	Rojo	<u>Azul</u>
4	Verde	<u>Café</u>	Azul	Rojo	<u>Rosa</u>	Verde	Negro
5	Rosa	<u>Verde</u>	<u>Rojo</u>	Azul	Verde	Rosa	<u>Verde</u>
6	<u>Café</u>	Azul	Rosa	Verde	<u>Negro</u>	Negro	<u>Rojo</u>

Aciertos (máximo 84) _____ Tiempo _____ Errores Stroop _____ Errores no Stroop _____

9. Fluidez verbal

(1 minuto)

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1. _____ | 15. _____ | 29. _____ |
| 2. _____ | 16. _____ | 30. _____ |
| 3. _____ | 17. _____ | 31. _____ |
| 4. _____ | 18. _____ | 32. _____ |
| 5. _____ | 19. _____ | 33. _____ |
| 6. _____ | 20. _____ | 34. _____ |
| 7. _____ | 21. _____ | 35. _____ |
| 8. _____ | 22. _____ | 36. _____ |
| 9. _____ | 23. _____ | 37. _____ |
| 10. _____ | 24. _____ | 38. _____ |
| 11. _____ | 25. _____ | 39. _____ |
| 12. _____ | 26. _____ | 40. _____ |
| 13. _____ | 27. _____ | |
| 14. _____ | 28. _____ | |

Nota: Este cuadernillo está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Intrusiones _____ Perseveraciones _____ Aciertos _____

10. Juego de cartas

 (5 minutos)

Número de cartas:

$$1 = \underline{\hspace{1cm}} = \underline{\hspace{1cm}}$$

$$2 = \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

$$3 = \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

4 = _____ " _____

$\beta = \frac{1}{2} - \frac{1}{2}$

Número de castigos:

$$1 = \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

$$2 = \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

$$3 = \underline{\quad} = \underline{\quad}$$

4= _____ - _____

— — —

Puntuación total (puntos menos castigos)

Porcentaje de cartas de riesgo

(cartas 4+ cartas 5) / (total de cartas tomadas) x100

*Al terminar la tarea, realizar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles grupos de cartas eran los que más puntos le daban? _____
 2. ¿Con cuál grupo de cartas se quedaba con menos puntos? _____
 3. ¿Cuáles grupos de cartas le quitaban puntos con más frecuencia? _____
 4. ¿Cree que ganó o que perdió? _____

11. Selección de refranes
 (5 minutos)
1. A caballo regalado no se le ve el diente

- a) Cuando las cosas no nos cuestan no las valoramos
- b) Los regalos son buenos por sí mismos
- c) No todos los regalos son buenos

2. Una golondrina no hace verano

- a) No importa el tamaño de los problemas siempre hay que tener cuidado
- b) Los problemas más pequeños son los más peligrosos
- c) A veces exageramos algo pequeño

3. Camarón que se duerme se lo lleva la corriente

- a) Las oportunidades de la vida son evidentes
- b) Hay pocas oportunidades en la vida y debemos aprovecharlas
- c) Hay que dejar que las oportunidades vengan a nosotros

4. Al que madruga Dios le ayuda

- a) Si se pone suficiente empeño las cosas salen bien
- b) El que empieza a trabajar temprano le va mejor
- c) En la mañana las cosas salen mejor

5. En boca cerrada no entran moscas

- a) Las personas discretas son reservadas
- b) Las personas prudentes son bien recibidas
- c) Siempre hay que decir la verdad

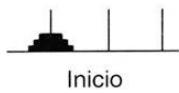
Aciertos (máximo 5) _____

Tiempo _____

Nota: Este cuadernillo está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

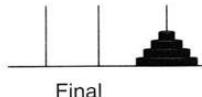
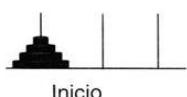
12. Torre de Hanoi

(5 minutos 6 y 7 años) (4 minutos ≥ 8)

1. Problema con 3 discos * Aplicar a partir de los seis años de edad

Movimientos
(mínimo 7)
Error tipo 1
Error tipo 2

Tiempo total _____
Total errores _____

2. Problema con 4 discos * Aplicar a partir de los 10 años de edad

Movimientos
(mínimo 14)
Error tipo 1
Error tipo 2

Tiempo total _____
Total errores _____

13. Metamemoria

	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Ensayo 5
--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Predicción	_____	_____	_____	_____	_____
Palabras	_____	_____	_____	_____	_____

Pera	_____	Pera	_____	Pera	_____	Pera	_____
Tubo	_____	Tubo	_____	Tubo	_____	Tubo	_____
Vaca	_____	Vaca	_____	Vaca	_____	Vaca	_____
Bote	_____	Bote	_____	Bote	_____	Bote	_____
Goma	_____	Goma	_____	Goma	_____	Goma	_____
Lija	_____	Lija	_____	Lija	_____	Lija	_____
Mano	_____	Mano	_____	Mano	_____	Mano	_____
Arco	_____	Arco	_____	Arco	_____	Arco	_____
Carta	_____	Carta	_____	Carta	_____	Carta	_____

Total	_____	_____	_____	_____	_____
Error	_____	_____	_____	_____	_____

Intrusiones	_____	Perseveraciones	_____
Errores positivos	_____	Errores negativos	_____
		Total de errores	_____

14. Memoria de trabajo visoespacial

Nivel 1	Ensayo 1	Ensayo 2	Nivel 2	Ensayo 1	Ensayo 2
1. Casa	_____	_____	1. Mano	_____	_____
2. Pantalón	_____	_____	2. Avión	_____	_____
3. Martillo	_____	_____	3. Mesa	_____	_____
4. Cinturón	_____	_____	4. Calceta	_____	_____
			5. Manzana	_____	_____

1	2
Sustituciones	_____
Perseveraciones	_____
Errores-orden	_____

Nivel 3	Ensayo 1	Ensayo 2	Nivel 4	Ensayo 1	Ensayo 2
1. Hormiga	_____	_____	1. Foco	_____	_____
2. Guitarra	_____	_____	2. Pez	_____	_____
3. Ardilla	_____	_____	3. Pluma	_____	_____
4. Foco	_____	_____	4. Casa	_____	_____
5. Plátano	_____	_____	5. Bicicleta	_____	_____
6. Hacha	_____	_____	6. Cinturón	_____	_____
			7. Calceta	_____	_____

3	4
Sustituciones	_____
Perseveraciones	_____
Errores-orden	_____

Secuencia máxima (máximo 4) _____
 Total sustituciones _____
 Total perseveraciones _____
 Total errores -orden _____

Nota: Este cuadernillo está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

15. Efecto Stroop Forma B

(5 minutos)

* No aplicar a niños de 6-7 años.

Columna	1	2	3	4	5	6	7
Fila							
1	Rojo	Rosa	Azul	Café	Negro	Rosa	Rojo
2	Café	Azul	Café	Negro	Café	Verde	Café
3	Verde	Café	Rojo	Verde	Verde	Rojo	Verde
4	Azul	Verde	Verde	Rojo	Rojo	Azul	Negro
5	Negro	Negro	Rosa	Rosa	Azul	Negro	Rosa
6	Rosa	Rosa	Negro	Azul	Rosa	Café	Azul
1	Rojo	Verde	Rosa	Azul	Rosa	Verde	Rojo
2	Negro	Café	Café	Negro	Negro	Café	Verde
3	Azul	Rosa	Rojo	Rosa	Azul	Rojo	Azul
4	Café	Azul	Verde	Café	Negro	Azul	Rosa
5	Verde	Negro	Negro	Verde	Verde	Rosa	Negro
6	Rosa	Rojo	Azul	Rojo	Rojo	Negro	Café

Aciertos (máximo posible=84) _____

Tiempo _____

Errores Stroop _____

Errores no Stroop _____

Hoja de resumen BANFE

ÁREA	SUBPRUEBA	PUNTUACIÓN	
		NATURAL	CODIFICADA
ORBITOMEDIAL	Laberintos. Atravesar (codificado).		
	Juego de cartas. Porcentaje de cartas de riesgo (codificado).		
	Juego de cartas. Puntuación total (codificado).		
	Stroop forma "A". Errores tipo Stroop (codificado).		
	Stroop forma "A". Tiempo (codificado).		
	Stroop forma "A". Aciertos.		
	Stroop forma "B". Errores tipo Stroop (codificado).		
	Stroop forma "B". Tiempo (codificado).		
	Stroop forma "B". Aciertos.		
	Clasificación de cartas. Errores de mantenimiento (codificado).		
SUBTOTAL			
PREFRONTAL ANTERIOR	Clasificación semántica. Número de categorías abstractas (codificado).		
	Selección de refranes. Tiempo (codificado).		
	Selección de refranes. Aciertos.		
	Metamemoria. Errores negativos (codificado).		
	Metamemoria. Errores positivos (codificado). -		
	SUBTOTAL		
	Señalamiento autodirigido. Perseveraciones (codificado).		
	Señalamiento autodirigido. Tiempo (codificado).		
	Señalamiento autodirigido. Aciertos.		
DORSOLATERAL, MEMORIA DE TRABAJO	Resta consecutiva "A". 40-3. Tiempo (codificado).		
	Resta consecutiva "A". 40-3. Aciertos.		
	Resta consecutiva "B". 100-7. Tiempo (codificado).		
	Resta consecutiva "B". 100-7. Aciertos.		
	Suma consecutiva. Tiempo (codificado).		
	Suma consecutiva. Aciertos.		
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 1 (codificado).		
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 2 (codificado).		
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 3 (codificado).		
	Memoria de trabajo visoespacial. Secuencia máxima.		
DORSOLATERAL, FUNCIONES EJECUTIVAS	Memoria de trabajo visoespacial. Perseveraciones (codificado).		
	Memoria de trabajo visoespacial. Errores de orden (codificado).		
	SUBTOTAL		
	Laberintos. Planeación (sin salida) (codificado)		
	Laberintos. Tiempo (codificado).		
	Clasificación de cartas. Aciertos.		
	Clasificación de cartas. Perseveraciones (codificado).		
	Clasificación de cartas. Perseveraciones diferidas (codificado).		
	Clasificación de cartas. Tiempo (codificado).		
SUBTOTAL	Clasificación semántica. Total de categorías (codificado).		
	Clasificación semántica. Promedio total animales (codificado).		
	Clasificación semántica. Puntaje total (codificado).		
	Fluidez verbal. Aciertos (codificado).		
	Fluidez verbal. Perseveraciones (codificado).		
	Torre de Hanoi 3 discos. Movimientos (codificado).		
	Torre de Hanoi 3 discos. Tiempo (codificado).		
	Torre de Hanoi 4 discos. Movimientos (codificado).		
	Torre de Hanoi 4 discos. Tiempo (codificado).		

PUNTUACIONES TOTALES	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN NORMALIZADA	DIAGNÓSTICO
Subtotal orbitomedial			
Subtotal prefrontal anterior			
Total dorsolateral (MT + FE)			
Total Batería de Funciones Ejecutivas			

Nota: Este cuadernillo está impreso en color. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

CASOS CLÍNICOS

CASO N° 1

Presentado por: Bach. Jenny Rocio Conza Huarachi

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

I. Datos de filiación:

- Nombres y Apellidos : José Q. Q.
- Fecha de nacimiento : 01 de Octubre de 1987
- Edad : 30 años
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : La Unión, Arequipa
- Grado de instrucción : Superior
- Estado civil : Soltero
- Ocupación : Docente de Secundaria
- Religión : Católica
- Informante : El paciente
- Lugar de Evaluación : Servicio de Psicología
- Fecha de Evaluación : 03 junio del 2018
- Examinadora : Bachiller Jenny Rocío Conza Huarachi

II. Motivo de consulta:

Paciente de 30 años de edad acude al servicio de Psicología, refiere sentirse triste, angustiado, desesperado con sentimientos de abatimiento, focaliza su atención en el dolor, teniendo la idea pesimistas de poder mejorar y no volver a ser el mismo de antes debido a que no puede realizar sus actividades laborales, ni cotidianas con normalidad debido a los fuertes dolores de la columna producto de Escoliosis – Lumbalgica, esto ha generado conducta de aislamiento, ideas de sentirse inferior frente a los demás, inseguridad, y en ocasiones

dificultad para conciliar el sueño. Todo esto ha afectado tanto su vida social, académica y laboral, por lo cual el paciente desea mejorar su situación.

III. Historia de la enfermedad o del problema actual:

José hace dos años ha comenzado sentir dolores en la espalda, aunque sin dar mucha importancia, consideraba que era producto del cansancio y del trabajo pesado que realizaba en casa, por ende, seguía realizando sus actividades -como jugar futbol frecuentemente- con normalidad hasta que en una de esas actividades deportivas hizo un movimiento brusco que fue una causa para que a partir de ese momento los dolores de la columna fueran más intensos. Según el diagnóstico médico y neurológico, el paciente presentaba lumbalgia y escoliosis lumbar lo cual le ha generado dolores progresivos que no volvería a mejorar, que sería una carga para su familia y nadie podría quererlo en ocasiones se hacia la pregunta ¿para qué vivo? si no soy útil, frente a esto sentía de desesperación, tristeza y mucha cólera consigo mismo, así también considera que cuando las situaciones se tornan estresantes para él, comienza a sentir el dolor con mayor intensidad.

A partir de los síntomas que se fueron manifestando y los pensamientos que tenía ha dejado de realizar algunas actividades sociales como reunirse con su grupo de amigos para jugar futbol, salir a bailar, incluso ha comenzado a postergar sus reuniones que realiza con sus compañeros de trabajo, hace dos meses ya no quiere ir a trabajar prefiere estar solo.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Etapa Pre-Natal

No refiere datos precisos más sí indica que la madre tuvo dos gestaciones frustradas anteriormente, él es el primer, gestante nacido después dos gestaciones incompletas por la falta de cuidados médicos, manifiesta también que el tiempo de gestación tuvo una duración de 9 meses, la madre trabajaba en el campo y no tenía controles médicos debido a la falta de asistencia médica. Ella trataba de cuidarse a su manera para cuidar su embarazo.

El embarazo duró 36 semanas, durante los primeros meses su madre manifestó vómitos y mareos, después de los tres meses no presentó algún malestar o enfermedad.

2. Etapa Natal

El nacimiento de José fue asistido por una partera del pueblo debido a la falta de asistencia médica, dándose a través del parto natural, sin complicaciones, ni sufrimiento fetal aparente. Se desconoce algunas características físicas del niño al nacer, en el momento de su nacimiento las personas que le acompañaron en el parto manifestaron a la madre, que José nació con bajo peso. El estado emocional de la madre en el momento del parto fue de tristeza y preocupación debido a que tenía pocas esperanzas de que su hijo sobreviviera por las pérdidas de sus anteriores hijos.

3. Etapa Post-Natal

3.1 primera infancia

Su desarrollo motor y del lenguaje estuvo dentro de lo esperado, desconoce los rasgos y características físicas de su desarrollo. La interacción con su madre durante los primeros años de vida fue constante, ya que ella lo cuidaba.

3.2 infancia media

José no realizó la etapa preescolar debido a que no había centro de estudios de nivel inicial en el pueblo donde él vivía. En todo este periodo, él se quedaba en casa o ayudaba a sus padres en la chacra, las actividades lúdicas que realizaba eran contexto donde él vivía.

Comenzó a asistir al colegio a la edad de los 6 años, toda la primaria lo hizo en el mismo colegio el cual quedaba a unos pocos metros de donde residía, por lo general iba contento al asistir al colegio por que podía interactuar con niños de su edad, en ocasiones asistía al colegio con mucho miedo, debido a que la profesora que les enseño hasta tercer grado, los insultaba continuamente con frases peyorativas acerca de su forma de vestir, utilizando frases despectivas y los castigaba echándoles en ocasiones agua fría. Cuando ingreso a cuarto de primaria, estuvo a cargo de un profesor el cual los sancionaba cuando no rendían en el ámbito académico haciéndolos arrodillar en piedras u ortigas, estas situaciones le provocaban mucha incomodidad de pequeño. Sin embargo, su desempeño académico en el nivel primario fue muy bueno ocupaba por lo general el segundo puesto de su salón. Por lo general su madre le ayudaba con las tareas, en algunas ocasiones su padre, a él no le agradaba

que su padre le ayudase debido a que se impacientaba cuando no podía realizar bien sus actividades en ocasiones lo golpeaba cuando no entendía las tareas o cuando traía calificaciones que no le agradaban.

3.3 Pubertad y adolescencia

En la secundaria se trasladó a otro colegio debido que en el pueblo donde él vivía no había nivel secundario, el colegio quedaba a una hora de camino a su casa por lo general tenía que salir a las seis y media de la mañana, para poder llegar puntual al colegio, en este periodo pudo conocer a diversos profesores que lo apoyaron en el ámbito académico, a partir del segundo año de secundaria sus padres deciden llevarlo a un albergue de Cotahuasi en donde se quedaba internado de lunes a viernes, asistiendo a la par al colegio, el iniciar un nuevo periodo académico con personas desconocidas le era muy incómodo debido a que extrañaba a sus padres, pero también deseaba tener una carrera más adelante y sus padres no podrían ayudarle por este motivo trataba de esforzarse. En quinto de secundaria se trasladó a un albergue de Circa de Arequipa, esta etapa fue muy complicada, debido a que continuamente era víctima de discriminación y malos tratos por parte de sus compañeros, volviéndose un muchacho más reservado y poco amigable.

Su rendimiento académico en el nivel secundario era muy bueno ocupaba por lo general uno de los primeros puestos.

3.4 Juventud

Al culminar el colegio con buenas calificaciones y buen comportamiento, la institución de Circa decide apoyarlo para el ingreso a la universidad, decide postular a la carrera de Educación en donde ingresa en segundo lugar en la Universidad Nacional de San Agustín.

Los primeros años en la universidad le eran complicado socializar, pero buscaba la forma de mostrarse empeñoso, responsable, comunicativo y participativo, en ocasiones era elegido de delegado y participar en actividades de organización de Circa Al tercer año de la carrera, el eligió por la especialidad de lengua y literatura, su desempeño académico fue muy bueno. Terminando su carrera con éxito

4 Desarrollo y Función sexual –

-Aspectos fisiológicos

El paciente es de sexo masculino, comenzó a tener la noción y a diferenciarse con respecto a las niñas, a los 4 años aproximadamente, desarrollándose de manera adecuada en este aspecto, en cuanto a la masturbación manifiesta que lo práctico algunas veces ya en la adolescencia lo cual no lo ha realizado con mucha frecuencia. No ha tenido relaciones coitales prematuras (en la adolescencia), dice no haber tenido enamorada durante la adolescencia. Teniendo su primer encuentro sexual ya entrado los 24 años de edad, manifestando presentar eyaculación precoz.

- Aspecto psicosexual y Matrimonio

El paciente manifiesta que tuvo su primera pareja a los veintidós años de edad, mantuvo una relación con ella un tiempo aproximado de dos meses, durante ese tiempo manifiesta haberse sentido feliz al mismo tiempo era incomodo debido a que era su primera enamorada, debido al tiempo y su situación económica decidieron terminar la relación. Luego de dos años decide iniciar una relación con compañera de estudio, la relación no tuvo mucho éxito debido a que no sintió atracción sincera y dijeron terminar la relación y alejarse. Hace un año ha iniciado una relación de pareja, manifiesta que tiene miedo a defraudarle debido a su malestar corporal.

- Historia de la recreación y de la vida

En su niñez, destaco en actividades deportivas, lo que le permitió hacer amigos ya que era muy bueno en el futbol por lo general jugaba con sus compañeros de colegio y vecinos del barrio, ya en la secundaria destacaba en el atletismo. En la adolescencia se acentuaron sus conflictos de autoestima, por miedo a sentirse rechazado. Después de salir de la secundaria y seguir estudios superiores empezó a relacionarse con el sexo opuesto, no era una persona de salir muy frecuentemente a fiestas.

José es una persona que se muestra en ocasiones un poco tímido, le cuesta iniciar la conversación con personas extrañas especialmente cuanto siente una atracción física por personas del sexo opuesto, tuvo amigos a los que ya no frecuenta mucho, con relación a su familia no recuerda muchos momentos de recreación, en su adolescencia no salía a fiestas ni reuniones con sus compañeros, en la actualidad lo hace cuando hay oportunidad, mantiene reuniones con compañeros de trabajo.

- Actividad laboral

José empezó a trabajar a partir de los 13 años de edad en el periodo de vacaciones, en oficios de corto tiempo (apoyo en chacras)no siendo remunerado, pero recibía a cambio alimentos los cuales llevaba a casa, a la edad de 15 años se fue con un grupo de amigos de sus edad a trabajar a una mina informal, terminando su secundaria permaneció en el albergue de Circa, en el cual trabaja realizando actividades de cuidado con niños, después que terminó sus estudios superiores consiguió un trabajo correspondiente a su carrera (Educación) laborando aproximadamente 2 años, más tarde postula a puestos de contrato para la carrera pública del Ministerio de Educación, en el cual sigue actualmente laborando.

- Religión

Su familia siempre fue católica, el despertó desde muy pequeño en esta creencia, así también el centro en el cual labora actualmente, son de creencia católica, lo que implica que él tenga que asistir constantemente a actividades religiosas, reuniones semanales y misas.

- Hábitos e influencias nocivas o toxicas

José tiene un hábito alimenticio inadecuado, alterando sus horas de comida por motivos de tiempo y trabajo, no consume alcohol o sustancias toxicas, últimamente tiene problemas para conciliar el sueño por los continuos dolores de espalda y la preocupación, anteriormente mantenía un ritmo de sueño normal.

5. Antecedentes mórbidos personales –

Enfermedades y accidentes

El paciente menciona que se le diagnosticó Escoliosis-lumbalgia hace dos años; hace 5 años jugando futbol se desvió el tabique para lo cual se realizó una operación en el tabique ya que constantemente le traía problemas en la obstrucción de la respiración, lo cual si requirió de hospitalización. No presento enfermedades psiquiátricas anteriormente.

Personalidad premórbida

En la infancia era tímido, en ocasiones sumiso, reservado y tenía pocos amigos. En su adolescencia continuaba su timidez manifestándose más aun su introversión, no salía mucho a fiestas.

6. Antecedentes familiares

a) **Composición familiar:** Su padre tiene 68 años de edad, su madre tiene 66 años ambos trabajaban en la chacra, El carácter de su padre era en ocasiones colérico, exigente y renegón, su madre por lo contrario era sumisa, calmada, serena y paciente, José actualmente tiene 30 años tiene dos hermanas menores una de ellas 27 años estudio contabilidad y actualmente labora en el área administrativa de una constructora, su hermana menor Vilma tiene 24 años ella estudio Agronomía, pero no pudo concluir sus estudios debido a que se encuentra gestando. Actualmente sus padres residen en La Unión, hace dos meses el dejó de vivir con sus hermanas, ya que ambas hermanas

salieron embarazadas y decidieron formar su familia, lo cual le incómodo y actualmente vive en un cuarto alquilado.

b) Dinámica familiar

Cuando era pequeño vivía en un hogar conflictivo debido a que su padre consumía alcohol con frecuencia maltratando físicamente y psicológicamente a su madre, muchas veces trataba de descargar su cólera con él y sus hermanas golpeándolos, anteriormente sentía mucho rechazo a su padre , debido a las situaciones conflictivas de la infancia, actualmente, la relación con sus padres es muy buena, ya que han cambiado mucho su carácter , mostrándose más afectuosos con él, la relación con sus hermanas ha sido muy buena, pero por motivos de trabajo se han distanciado, por lo que no se frecuentan constantemente. Actualmente siente poco respaldo emocional por parte de su familia.

c) Condición socioeconómica Proviene de un nivel socioeconómico medio bajo donde ambos padres trabajaban en la chacra para aportar al hogar José radica en Arequipa hace quince años actualmente vive en una casa alquilada de dos pisos con todos los servicios básicos.

d) Antecedentes patológicos No hay presencia de algún caso de enfermedad hereditaria o psiquiatría en su familia.

V. RESUMEN

Paciente de 30 años de edad, procedente de la provincia de La Unión, Cotahuasi, es el mayor de tres hermanos refiere que su madre tuvo cinco embarazos, sus dos primeros hermanos no pudieron sobrevivir por la falta de cuidados médicos, manifiesta que el tiempo de duración del embarazo de su madre fue de 9 meses. El nacimiento de José fue asistido por una partera del pueblo debido a la falta de asistencia médica, dándose por parto natural, sin complicaciones, ni sufrimiento fetal aparente. Se desconoce algunas características físicas del niño

José no realizó la etapa preescolar debido a que no había centro de estudios de nivel inicial en el pueblo donde él vivía. Comenzó a asistir al colegio a los 6 años edad, toda la primaria lo hizo en el mismo colegio en ocasiones asistía con mucho miedo debido a que la profesora que les enseñaba, los insultaba continuamente con frases peyorativas acerca de su forma de vestir, utilizando frases despectivas y los castigaba echándoles en ocasiones agua fría. Por lo general su madre le ayudaba con las tareas, en ocasiones su padre quien se impacientaba cuando no podía realizar bien sus actividades a veces lo golpeaba cuando no entendía las tareas.

En la secundaria asistió a un colegio lejos del pueblo donde él vivía, quedaba a una hora de camino a su casa, en este periodo pudo conocer a diversos profesores que lo apoyaron en el ámbito académico, a partir del segundo año de secundaria sus padres deciden llevarlo a un albergue en donde se quedaba internado de lunes a viernes, asistiendo a la par al colegio. El irse a un albergue sintió que fue lo mejor debido a que vivía en un hogar conflictivo, su padre consumía alcohol con frecuencia maltratando físicamente y psicológicamente a su madre,

muchas veces trataba de descargar su cólera con él y sus hermanas golpeándolos, anteriormente sentía mucho rechazo a su padre, debido a las situaciones conflictivas de la infancia.

En quinto de secundaria se trasladó a un albergue de Circa en Arequipa, esta etapa fue muy complicada, debido a que continuamente era víctima de discriminación y malos tratos por parte de sus compañeros.

Al culminar el colegio con buenas calificadores y buen comportamiento, la institución de Circa decide apoyarlo para el ingreso a la universidad, decide postular a la carrera de Educación en donde ingresa en segundo lugar en la Universidad Nacional de San Agustín. Actualmente se desenvuelve en su carrera.

Actualmente, la relación con sus padres es muy buena, ya que han cambiado mucho su carácter, mostrándose más afectuosos con él.

Hace dos años ha manifestado sentir fuertes dolores de columna producto de Escoliosis – Lumbalgica, Todo esto ha afectado tanto su vida socioemocional, académica y laboral, por lo cual el paciente refiere sentirse triste, desesperado y preocupado.

Jenny Rocío Conza Huarachi

Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : José Q. Q.
- Fecha de nacimiento : 01 de octubre de 1987
- Edad : 30 años
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : La Unión, Arequipa
- Grado de instrucción : Superior
- Estado civil : Soltero
- Ocupación : Docente de Secundaria
- Religión : católica
- Informante : El paciente
- Lugar de Evaluación : Servicio de Psicología
- Fecha de Evaluación : 08 junio del 2018
- Examinadora : Bachiller Jenny Rocío Conza Huarachi

II. MOTIVO DE EVALUACION:

Explorar el comportamiento, actitudes, funciones psíquicas superiores del paciente evaluado.

III. EVALUACIÓN

- ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO**

José es una joven de 30 años de edad, que aparenta la edad que presenta, es de contextura delgada, mide 1.75 cm de estatura, tez trigueña, cabello color negro, ojos cafés oscuro, rostro ovalado. Tiene un adecuado cuidado y aliño personal. Su postura es ligeramente encorvada, su marcha es lenta, hace contacto visual durante la entrevista.

Durante la evaluación, entabla conversación de forma tranquila y pausada. En el tránscurso de sus diálogos sus gestos son poco expresivos. La actitud hacia la examinadora al inicio mostraba timidez, pero en el tránscurso fue comentando su problema de manera más abierta. Su rostro por pequeños momentos denota preocupación, con cierta tristeza, colabora con las preguntas realizadas y añade comentarios y detalles personales.

- CONCIENCIA, ATENCIÓN, Y ORIENTACIÓN**

El evaluado se encuentra orientado en tiempo, lugar y espacio, responde de una manera adecuada frente a estímulos de distinta intensidad; presenta buena capacidad para centrarse en una actividad, respondiendo de forma selectiva a un estímulo o estímulos que actúan sobre sus órganos receptores.

- **LENGUAJE**

Tanto el lenguaje expresivo y comprensivo están conservados, es capaz de entender las preguntas que se le formulan y de responderlas adecuadamente, comprende textos escritos, su lenguaje es coherente, el ritmo de su discurso pausado y su tono de voz modulado.

- **PENSAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO)**

Asocia ideas de forma coherente, responde adecuadamente a las preguntas planteadas y su capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo es buena. Relaciona correctamente los términos utilizados y su pensamiento es lógico.

- **PERCEPCIÓN.**

Durante la evaluación no se evidencia ninguna alteración en cuanto a su percepción, no presentando ilusiones, ni alucinaciones en ninguna de sus modalidades. También, por su parte la percepción de su esquema corporal es la adecuada.

- **MEMORIA**

Su memoria a corto y a largo plazo se encuentran conservadas, recordando varios hechos de su historia personal, en especial hechos relacionados con su historia personal, de igual manera

la memoria para hechos recientes no presenta alteración alguna, también esta conservada la capacidad para retener nueva información.

- **FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL**

En general, sus funciones cognitivas intelectuales se encuentran conservadas, está dentro de lo esperado, es capaz de realizar actividades de razonamiento, discrimina satisfactoriamente las semejanzas y diferencias, resuelve sin dificultad problemas de tipo lógico y presenta buena capacidad de cálculo, acorde a su grado de instrucción alcanzado, así mismo responde acertadamente a preguntas de cultura general, referida a fechas, personajes y lugares.

- **ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS**

En cuanto a su afectividad, muestra coherencia en su lenguaje verbal y no verbal, manifiesta tristeza y llanto al recordar episodios de su infancia su tono de voz , su postura y estado de ánimo, se observa que va acorde con lo que expresa, ocasionalmente sonríe al recordar momentos agradables de su historia, en ocasiones manifiesta sentimientos poco valorativos con respecto a sí mismo, sintiéndose frustrado y con sentimientos de inferioridad al no desenvolverse con normalidad y poder realizar algunas actividades cotidianas, en general, durante las evaluaciones se muestra con disposición.

- COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD**

El paciente es consciente del problema actual, que tiene y del grado en que está afectando su vida por lo cual está dispuesto a desarrollar terapia psicológica, así como también terapias físicas que le puedan ayudar a recuperarse y salir de la angustia y preocupación.

IV. RESUMEN

José de 30 años de edad, muestra una apariencia correspondiente a su edad. Es de contextura delgada y de estatura promedio, mantiene un cuidado y arreglo personal adecuado. Al hablar de los problemas físicos expresa sentimientos de frustración que se hacían notorios a través de su expresión facial, los constantes movimientos corporales y de sus manos, evitando en ocasiones el contacto visual. El examen mental, a través de sus diferentes consideraciones evaluativas, muestra un proceso de desarrollo idóneo, ya que se expresa de manera coherente, coloquial y espontánea; tanto oral como en el área de la escritura; su discurso en el lenguaje es pausado acompañado de su tono de voz moderado. Junto a ello sus funciones psicológicas; es decir, su atención, conciencia, orientación, lenguaje, pensamiento, percepción, memoria, funcionamiento intelectual, estado de ánimo y afecto; se encuentran sin ninguna perturbación aparente que pudiera afectar su desarrollo personal, social e intelectual. Sin embargo, es consciente de su situación actual del problema emocional como producto de su malestar físico.

Jenny Rocío Conza Huarachi
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : José Q. Q.
- Fecha de nacimiento : 01 de octubre de 1987
- Edad : 30 años
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : La Unión, Arequipa
- Grado de instrucción : Superior
- Estado civil : Soltero
- Ocupación : Docente de Secundaria
- Religión : Católica
- Informante : El paciente
- Lugar de evaluación : Servicio de Psicología
- Fecha de Evaluación : 15 junio del 2018
- Examinadora : Bachiller Jenny Rocío Conza Huarachi

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Conocer el perfil de personalidad del paciente, establecer el nivel de afectación anímica con relación a su enfermedad, conocer su madurez socio emocional frente a los problemas que podrían presentarse.

III. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

En el momento de la evaluación, el paciente se mostró colaborador con buena apertura al dialogo expresándose de manera coherente, coloquial y pausada. Su tono de voz es moderado y por momentos también débil; prestaba atención a las indicaciones que se le hacía, manteniendo un contacto visual en el transcurso del dialogo. El desarrollo de las pruebas las culminó sin dificultad en un tiempo determinado. Mantuvo una conducta adecuada en el transcurso de cada evaluación realizada.

El paciente aparenta la edad referida, muestra aliño y arreglo personal adecuado, con postura erguida. Es consciente de su situación actual y está dispuesta a recibir apoyo.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)
 - Test de la Figura Humana Karen Machover
 - Escala para la depresión ZUNG
 - Inventario de Autoestima de Coopersmith

V. RESULTADOS

- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)**

Análisis Cuantitativo:

	Validez	Ptje Tot
	Sinceridad	91
	Deseabilidad Social	71
	Autodescalificación	78
	Esquizoide	104
	Evitativo	90
	Dependiente	96
	Histriónico	55
	Narcisita	66
	Antisocial	59
	Agresivo-sádico	69
	Compulsivo	88
	Pasivo-agresivo	70
	Autoderrotista	100
	Esquizotípico	92
	Borderline	67
	Paranoide	89
	Ansiedad	101
	Somatoformo	77
	Bipolar	53
	Distimia	85

Análisis		
	Dependencia de alcohol	53
	Dependencia de drogas	53
	Desorden del pensamiento	77
	Depresión mayor	77
	Desorden delusional	71

Cualitativo:

Dentro de los patrones clínicos de personalidad presenta indicadores elevados como: Ezquizoide, Autoderrotista, Dependiente y Evitativo, por tanto, podemos decir que el paciente con este estilo de personalidad destaca aspectos de introversión acompañado de rasgos dependientes y evitativos. Se caracteriza por no mostrar interés por los demás ni por las situaciones interpersonales y que no parece alegrarse cuando las cosas van bien, ni decepcionarse demasiado cuando van mal. En ocasiones es silencioso y suele quedarse solo, observando a los demás sin tomar partido en las conversaciones ni implicarse en las discusiones. Tiene pocos amigos y sus relaciones personales suelen ser más bien superficiales. Se muestra indiferente socialmente y aparentemente no necesitan comunicarse o recibir apoyo de los demás. Por lo general se muestra sumiso, dependiente, y se deja llevar fácilmente por los que le rodean, intentando congeniar al máximo con ellos. No soporta las situaciones de competitividad y tiene miedo a ser rechazado, por lo que tiende a experimentar malestar cuando se relacionan con otras personas. En muchas ocasiones trata de aislarlo y no implicarse en las relaciones. Socialmente permanece en el segundo plano y rara vez es el centro de atención. Por otro lado, en general es amigable y colaborador, puede ser percibido como una persona emocionalmente estable y de trato fácil.

Dentro de las patologías severas de la personalidad presenta indicadores elevados en la escala esquizotípica la cual nos indica que el paciente en ocasiones no se encuentra a gusto en situaciones sociales, por lo general frente al grupo se muestra vigilante y desconfiado de los demás.

Entre los síndromes clínicos con elevados indicadores se encuentra la Ansiedad y Distimia, estas escalas indican que el paciente tiende a manifestar tensión y dolores musculares. Muestra una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. El paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad con carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodestructivos. Durante los periodos de depresión puede haber llanto, algunas ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, escaso apetito, agotamiento crónico, baja concentración, pérdida de interés en las actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

- **Test de la Figura Humana Karen Machover**

Análisis Cualitativo:

Según la interpretación de la prueba presenta rasgos de inseguridad, inestabilidad y pesimismo. En ocasiones toma en cuenta las opiniones de los demás para dar un buen realce en su trabajo, así mismo, fácilmente se hace llevar por las opiniones de su entorno, en ocasiones manifiesta sumisión a la autoridad. Así también hay la necesidad de querer controlar la situación, para sentirse cómodo.

Tiene una fuerte necesidad de dependencia, sensación de inferioridad corporal e inmadurez emocional frente a la figura femenina.

- **Escala para la depresión ZUNG**

Análisis Cuantitativo:

<u>Puntaje Total</u>	<u>Rango de Calificación</u>
45	Ligeramente deprimido

Análisis Cualitativo:

El paciente obtiene una puntuación de 45, ubicándose en un Rango Ligeramente Deprimido. Experimentando sentimientos de soledad, cansancio, tristeza, insatisfacción, descontento consigo mismo, se autocritica por tener poca capacidad motora que antes. Le preocupa su aspecto físico. Ve el futuro de manera desalentadora, no se cree útil o necesaria en su entorno. Está más irritado de lo normal, tiene sentimientos de tristeza, se siente como fracasado a pesar de ello siente que debe hacer algo para mejorar su situación actual. Es importante destacar que no presenta ideación suicida

- **Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith Adultos –Forma C**

Análisis Cuantitativo:

ÁREAS	PUNT.	CATEGORÍAS
GENERAL	2	Nivel bajo
SOCIAL	3	Nivel medio bajo
HOGAR	3	Nivel medio bajo
TOTAL	32	Nivel medio bajo

Análisis Cualitativo:

Evidencia una autoestima baja, esto quiere decir, que en situaciones mantiene un estado de insatisfacción consigo mismo, realizándose autocríticas desfavorables. Por lo general busca complacer a los demás, por ello no se atreve a negar, quizá por miedo a desagradar y perder la buena opinión de los demás. En el aspecto social es propenso a tener simpatía por alguien que lo acepta, experimenta dificultades para corresponder los acercamientos afectuosos o de aceptación.

VI. RESUMEN

Sus funciones cognitivas intelectuales del paciente se encuentran conservadas: posee un adecuado pensamiento racional, lógico, habilidades perceptuales, así como la capacidad de comparar y razonar analíticamente acorde a su grado de instrucción alcanzado, por otro lado, se encuentra ligeramente deprimido debido a sentimientos de tristeza, apatía, insatisfacción y disgusto consigo mismo perdiendo interés por sus relaciones interpersonales.

De acuerdo a las evaluaciones realizadas al paciente, manifiesta rasgos de introversión y dependientes que se caracteriza por no mostrar mucho interés en los demás, ni por las situaciones interpersonales, y que no parece alegrarse cuando las cosas van bien, ni decepcionarse demasiado cuando van mal. En ocasiones es silencioso y suele quedarse solo, observando a los demás, sin tomar partido en las conversaciones ni implicarse en las discusiones. Tiene pocos amigos, y sus relaciones personales suelen ser más bien superficiales. Por lo general se muestra sumiso, dependiente, y se deja llevar fácilmente por los que le rodean, intentando congeniar al máximo con ellos. No soporta las situaciones de

competitividad y tiene miedo a ser rechazado. En muchas ocasiones trata de aislarse y no implicarse en las relaciones.

El paciente 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. Presenta una preocupación por su aspecto físico y al no agradarle esté provoca sentimientos de menosprecio y culpa, desencadenando conductas de aislamiento.

Jenny Rocío Conza Huarachi

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : José Q. Q.
- Fecha de nacimiento : 01 de octubre de 1987
- Edad : 30 años
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : La Unión, Arequipa
- Grado de instrucción : Superior
- Estado civil : Soltero
- Ocupación : Docente de secundaria
- Religión : Católica
- Informante : El paciente
- Lugar de Evaluación : Servicio de Psicología
- Fecha de Evaluación : 15 junio del 2018
- Examinadora : Bachiller Jenny Rocío Conza Huarachi

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 30 años de edad acude al servicio de Psicología, refiere sentirse triste, angustiado, desesperado con sentimientos de abatimiento, focaliza su atención en el dolor, teniendo la idea pesimista de poder mejorar y no volver a ser el mismo de antes debido a que no puede realizar sus actividades laborales, ni cotidianas con normalidad debido a los fuertes dolores de la columna producto de Escoliosis y Lumbalgia, esto ha generado conducta de aislamiento, ideas de sentirse inferior frente a los demás, inseguridad, y en ocasiones

dificultad para conciliar el sueño. Todo esto ha afectado tanto su vida social, académica y laboral, por lo cual el paciente desea mejorar su situación.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas:
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II)
 - Test de la Figura Humana Karen Machover
 - Escala para la depresión ZUNG
 - Inventario de Autoestima de Coopersmith

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El paciente indica que la madre tuvo dos gestaciones frustradas anteriormente, él es el primer hijo nacido después dos gestaciones incompletas por la falta de cuidados médicos, el tiempo de gestación tuvo una duración de 9 meses.

El nacimiento de José fue asistido por una partera del pueblo debido a la falta de asistencia médica, dándose a través del parto natural, sin complicaciones, ni sufrimiento fetal aparente.

Se desconoce algunas características físicas del niño al nacer.

Su desarrollo motor y del lenguaje estuvieron dentro de lo esperado, desconoce los rasgos y características físicas de su desarrollo. La interacción con su madre durante los primeros años de vida fue constante, ya que ella lo cuidaba.

José no realizó la etapa preescolar debido a que no había centro de estudios de nivel inicial en el pueblo donde él vivía. En todo este periodo, él se quedaba en casa o ayudaba a sus padres en la chacra, las actividades lúdicas que realizaba eran de acuerdo al contexto donde él vivía.

Comenzó a asistir al colegio a la edad de los 6 años, toda la primaria lo hizo en el mismo colegio, en ocasiones asistía al colegio con mucho miedo, debido a que la profesora que les enseñó hasta tercer grado los insultaba continuamente con frases peyorativas acerca de su forma de vestir, utilizando frases despectivas y los castigaba echándoles en ocasiones agua fría. Cuando ingresó a cuarto de primaria, estuvo a cargo de un profesor el cual los sancionaba cuando no rendían en el ámbito académico haciéndolos arrodillar en piedras u ortigas. Sin embargo, su desempeño académico en el nivel primario fue muy bueno ocupaba por lo general el segundo puesto de su salón. Por lo general su madre le ayudaba con las tareas, en algunas ocasiones su padre, a él no le agradaba que su padre le ayudase debido a que se impacientaba cuando no podía realizar bien sus actividades; en ocasiones lo golpeaba cuando no entendía las tareas o cuando traía calificaciones que no le agradaban.

En la secundaria se trasladó a otro colegio debido que en el pueblo donde él vivía no había nivel secundario, el colegio quedaba a una hora de camino de su casa, a partir del segundo año de secundaria sus padres deciden llevarlo a un albergue de Cotahuasi en donde se quedaba internado de lunes a viernes, asistiendo a la par al colegio, el iniciar un nuevo periodo académico con personas desconocidas le era muy incómodo debido a que extrañaba a sus padres, pero también deseaba tener una carrera más adelante y sus padres no podrían ayudarle por este motivo trataba de esforzarse. En quinto de secundaria se trasladó a un albergue de CIRCA en Arequipa, esta etapa fue muy complicada, debido a que continuamente era víctima de discriminación y malos tratos por parte de sus compañeros,

volviéndose un muchacho más reservado y poco amigable. Su rendimiento académico en el nivel secundario era muy bueno ocupaba por lo general uno de los primeros puestos.

Al culminar el colegio con buenas calificaciones de conducta y rendimiento académico, la institución de CIRCA decide apoyarlo para el ingreso en la universidad y él decide postular a la carrera de Educación donde ocupa el primer puesto en la admisión a la Universidad Nacional de San Agustín, luego decide seguir la especialidad de lengua y literatura; su desempeño académico fue muy bueno, terminando su carrera con éxito.

Actualmente, la relación con sus padres es muy buena, ya que han cambiado mucho su carácter, mostrándose más afectuosos con él, pero por motivos de trabajo se han distanciado, por lo que no se frecuentan constantemente.

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

En el momento de la evaluación el paciente se mostró colaborador con buena apertura al dialogo, se expresa de manera coherente, coloquial y pausada su tono de voz es moderada y por momentos también débil; prestaba atención a las indicaciones que se le hacía, manteniendo un contacto visual en el transcurso del dialogo. El desarrollo de las pruebas las culminó sin dificultad en un tiempo determinado. Mantuvo una conducta adecuada en el transcurso de cada evaluación realizada.

El paciente aparece la edad referida, muestra alineo y arreglo personal adecuado, con postura erguida. Es consciente de su situación actual y está dispuesta a recibir apoyo

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la esfera cognitiva: El paciente evidencia características cognitivas intelectual dentro del promedio, posee un adecuado pensamiento racional, lógico, habilidades perceptuales, así como la capacidad de comparar y razonar analíticamente, discrimina satisfactoriamente las semejanzas y diferencias, resuelve sin dificultad problemas de tipo lógico y presenta buena capacidad de cálculo.

En la esfera afectiva – emotiva: Presenta una autoestima muy baja, una autovaloración negativa, poca estabilidad o confianza en sus habilidades y atributos personales. Le preocupa su aspecto físico y al no agradarle este provoca sentimientos de menospicio y culpa, desencadenando conductas de aislamiento.

En la esfera conativa - volitiva: Es una persona con rasgos de inseguridad, inestabilidad y pesimismo. Tiene una fuerte necesidad de dependencias, sensación de inferioridad corporal e inmadurez emocional frente a la figura femenina, en ocasiones se deja llevar por lo que piensan los demás. No soporta las situaciones de competitividad y tiene miedo a ser rechazado. Socialmente permanece en segundo plano y rara vez es el centro de atención. Por otro lado, en general trata de ser amigable y colaborador, puedes ser percibido como una persona emocionalmente estable y de trato fácil.

Presenta rasgos de Ansiedad lo que indica que el paciente tiende a focalizar su atención, en manifestaciones de tensión y dolores musculares. Muestra una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente.

VII. DIAGNÓSTICO Y CONCLUSIÓN

Paciente de 30 años de edad, evidencia características cognitivas intelectual promedio, presenta rasgos de introversión, inmadurez y posee una baja autoestima, poca confianza en sus habilidades y atributos personales, por lo que es fácil de hacerse llevar por las opiniones de los demás. Muestra poca tolerancia a la frustración y cierta expresión de ansiedad en situaciones conflictivas; por otro lado, siente pesimismo hacia el futuro por los pensamientos negativos, tiende a focalizar su atención en manifestaciones de tensión y dolores musculares. Después de haber realizado la observación, entrevista y las pruebas psicológicas se puede concluir que el paciente presenta un Trastorno de Ansiedad sin especificación F41.9 según el CIE 10.

PRONÓSTICO

Favorable, ya que el paciente es consciente de lo que le está pasando y desea seguir un plan psicoterapéutico.

VIII. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual.
- Terapia de apoyo.

Jenny Rocío Conza Huarachi

Bachiller en Psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : José Q. Q.
- Fecha de nacimiento : 01 de octubre de 1987
- Edad : 30 años
- Sexo : Masculino
- Lugar de nacimiento : La Unión, Arequipa
- Grado de instrucción : Superior
- Estado civil : Soltero
- Ocupación : Docente de Secundaria
- Religión : Católica
- Informante : El paciente
- Lugar de Evaluación : Servicio de Psicología
- Fecha de Evaluación : 2, 6, 12, 18, 24, 31 julio del 2018
- Examinadora : Bachiller Jenny Rocío Conza Huarachi

II. DIAGNÓSTICO:

Paciente de 30 años de edad, evidencia características cognitivas intelectual dentro del promedio Presenta rasgos de introversión, inmadurez y posee una baja autoestima, poca confianza en sus habilidades y atributos personales, por lo que es fácil de hacerse llevar por las opiniones de los demás. Muestra poca tolerancia a la frustración, y cierta expresión de ansiedad por situaciones que sean conflictivas para él; por otro lado, siente pesimismo hacia

el futuro por los pensamientos negativos que piensa él que le pueden suceder, tiende a focalizar su atención, en manifestaciones de tensión y dolores musculares.

Después de haber realizado la observación, entrevista y las pruebas psicológicas se puede concluir que el paciente presenta un Trastorno de Ansiedad sin especificación F41.9 según el CIE 10.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Reducir y controlar los niveles de ansiedad y tensión provocados.
- Reconocer las ideas y percepción que tiene de sí mismo para formar un auto concepto donde se fortalezcan los sentimientos de estima y respeto hacia sí mismo descartando algunas ideas irracionales.
- Fomentar la expresión de sus pensamientos, sentimientos y emociones, consigo mismo y con los demás.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

SESIÓN 1 y 2	
OBJETIVO	<p>La sesión está dirigida a establecer la confianza y dar orientación psicológica al paciente.</p> <p>Identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y relajación.</p> <p>Disminuir los episodios de tensión emocional que viene atravesando en la actualidad</p>
TÉCNICAS	Relajación muscular de Jacobson

DESCRIPCIÓN	<p>Explicada el proceso de la sesión, se da inicio aplicando la relajación muscular progresiva de Jacobson, para ello, se le indica que se siente en una silla, teniendo todos los músculos superiores e inferiores libres de todo objeto y presión, invitándole a que los coloque alrededor del cuerpo; da una respiración profunda, para posteriormente comenzar con las indicaciones.</p> <p>Manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en tus antebrazos y manos. Céntrate en esas sensaciones. Esto es tensión. Suelta las manos, libera la tensión, céntrate en las sensaciones que invaden sus antebrazos y cuán diferentes son respecto a la tensión.</p> <p>Bíceps. Lleva las manos a los hombros y aprieta los bíceps contra los antebrazos. Localiza la tensión en los bíceps. Céntrate en ella. Nota la tensión. Suelta los bíceps, y deja que las manos vuelvan a la posición inicial. Nota la diferencia de sensaciones en tus bíceps.</p> <p>Tríceps. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Nota los puntos de tensión. Fíjate en ellos. Suelta los tríceps, deja caer los brazos y analiza lo que siente.</p>
--------------------	---

	<p>Hombros-trapecio. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nótala en sus hombros y trapezios. Focalícese en lo que nota. Suelta los hombros, déjalos caer. Elimina la tensión. Preste atención a lo que nota.</p> <p>Cuello I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisieras tocar con la barbillas el pecho, pero lentamente. Nota la tensión en la parte posterior del cuello. Vuelve lentamente a la posición de reposo y cántrate en los cambios que estás notando en la parte posterior del cuello.</p> <p>Cuello II. Empuja con la parte posterior de la cabeza el sofá hacia atrás. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Cántrese en ella y manténgala. Suelta lentamente, elimine la tensión y ve notando la diferencia.</p> <p>Frente. Suba las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelte su frente y deje que las cejas reposen. Nota las sensaciones diferentes a la tensión que aparecen en tu frente.</p> <p>Ojos. Aprieta fuertemente los ojos hasta crear arrugas en los párpados. Note la incomodidad y la tensión. Suelta los párpados y deja los ojos cerrados suavemente. Note la diferencia. Lo que siente ahora es diferente a la tensión.</p>
--	---

	<p>Labios y mejillas. Haga una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Localice los puntos de tensión alrededor de su boca. Céntrese en esa tensión, elimina la sonrisa, y note las sensaciones que aparecen.</p> <p>Pecho-espalda. Haga este ejercicio muy lentamente: Arquea el torso, de manera que su pecho salga hacia delante y sus hombros y codos hacia atrás. Mantén esta postura notando la tensión en pecho y espalda. Vuelva muy lentamente a la posición original y deja que su espalda se apoye completamente en el sofá. Note la diferencia.</p> <p>Abdominales I. Mete la zona del estómago hacia adentro. Note la tensión. Suelte y deje que los músculos vuelvan a su posición original. Discrimine las sensaciones.</p> <p>Abdominales II. Saque la zona del estómago hacia fuera hasta notar tensión. Céntrese en la tensión. Suelta y observa los cambios que se producen. Discrimine las nuevas sensaciones.</p> <p>Muslos. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota las sensaciones de tensión que te producen. Suéltalos y analiza la diferencia.</p>
--	---

	<p>Gemelos. Apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión de sus gemelos. Suelta y observa las diferentes sensaciones.</p> <p>Pies. Lleve sus pies hacia abajo intentando formar una línea recta con sus piernas. Localice la tensión en los pies y gemelos. Suelta y sé consciente de las diferencias que nota.</p> <p>Se concluye la sesión de relajación con tres respiraciones y se le pregunta al paciente como sintió la experiencia y en función a ello retroalimentar la sensación de relajación con la que se despide.</p>
MATERIALES	Silla cómoda
TIEMPO	60 minutos

SESIÓN 3	
OBJETIVO	El propósito principal es que el paciente identifique pensamientos negativos y preste atención a los pensamientos automáticos.
TÉCNICAS	Reestructuración cognitiva
DESCRIPCIÓN	Se inicia la sesión con una explicación breve del significado de los pensamientos automáticos.

	<p>Luego se le brinda unas tarjetas con diversas emociones, le pedimos que recuerde y relate las situaciones donde surgieron esas emociones, y anotamos los pensamientos que aparecieron frente a hechos que fueron parte de su historia.</p> <p>De cada emoción se hace un registro de pensamientos</p> <table border="1"> <tr> <td>Enojado</td><td>Culpable</td><td>Feliz</td><td>Aburrido</td></tr> <tr> <td>Ansioso</td><td>Con Pánico</td><td>Arrepentido</td><td>Temeroso</td></tr> </table> <p>automáticos, tanto positivos y negativos de episodios de su vida.</p>	Enojado	Culpable	Feliz	Aburrido	Ansioso	Con Pánico	Arrepentido	Temeroso
Enojado	Culpable	Feliz	Aburrido						
Ansioso	Con Pánico	Arrepentido	Temeroso						
MATERIALES	Hojas Tarjetas de emociones Lapiceros								
TIEMPO	60 minutos								

	SESIÓN 4
OBJETIVO	Reconocer los posibles pensamientos que tiene de sí mismo y las consecuencias que tiene frente a los demás.
TÉCNICAS	Racional emotiva
DESCRIPCIÓN	Se inicia dando un análisis con esta frase “ <i>Toda acción tiene una reacción</i> ”, de esta frase se concluye comentando

	<p>que cada vez queremos hacer algo, necesariamente esa decisión va a traer un cambio y efecto en las personas.</p> <p>Se entrega una hoja con el cuadro “ABC” de Ellis, y se le explica de acuerdo a las situaciones que pueden ser: peleas, situaciones tristes y alegres agruparemos pensamientos que están generando malestar y desagrado en su forma de ser; para ello los escribiremos en un pequeño cuadro, el cual está dividido en tres secciones; donde (A) significa acontecimientos activadores, (B) creencias irracionales y (C). consecuencias emocionales:</p> <p>Con el ejemplo:</p> <p>A: Hay trabajo acumulado</p> <p>B: Soy un desordenado, todo a última hora</p> <p>C: Enojo, tristeza y frustración en sí mismo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>(A) ACONTECIMIENTO</th><th>(B) PENSAMIENTOS</th><th>(C) CONSECUENCIAS</th></tr> </thead> </table> <p>Así, se inicia un debate de las creencias que posee de sus conductas con preguntas como: ¿Qué te hace pensar que esto ocurra? ¿Por qué crees que vas a obtener esa respuesta? ¿Cómo te afecta esta forma de pensar?, etc.</p>	(A) ACONTECIMIENTO	(B) PENSAMIENTOS	(C) CONSECUENCIAS
(A) ACONTECIMIENTO	(B) PENSAMIENTOS	(C) CONSECUENCIAS		

MATERIALES	Hoja de registro
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 5	
OBJETIVO	Reconocer las fortalezas y debilidades
TÉCNICAS	Técnicas expresivas
DESCRIPCIÓN	<p>Identificarse con un objeto. Le damos la posibilidad de percibir las cosas de su entorno percátese de algo que resalte para el paciente</p> <p>Después de percibir un elemento le decimos que sedé cuenta de ello. ¿Cómo es? ¿Cuáles son sus características? ¿Qué es lo que hace?</p> <p>Le pedimos al paciente que identifique con el objeto hasta convertirse en ese objeto utilizando la imaginación.</p> <p>Describase siendo el objeto: ¿Qué es lo que hace y cómo es su existencia? Vea qué más puede descubrir acerca de su experiencia de ser ese objeto.</p> <p>Luego le preguntamos ¿En qué medida puede usted aceptar su experiencia, como una expresión precisa y real acerca de algunos aspectos de su experiencia? Las personas se diferencian de acuerdo a su posición para</p>

	<p>abandonar la idea de cómo son y de descubrirse a sí mismos como realmente son.</p> <p>Le decimos que intente el mismo experimento nuevamente con algo distinto, y vea si puede meterse aún más en la experiencia de identificarse con ello y realmente llegar a ser ese objeto. El mundo y la mayor parte de nuestras vivencias se están ahogando en palabras. Póngase en contacto con su propia experiencia.</p>
MATERIALES	<p>Hojas decoloradas</p> <p>Plumones</p> <p>Colores</p>
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 6	
OBJETIVO	<p>Reconocer las fortalezas y debilidades.</p> <p>Prestar atención a los pensamientos que dan vuelta en su cabeza.</p>
TÉCNICAS	Técnicas expresivas
DESCRIPCIÓN	<p>Se explica al paciente de algunos términos que todos decimos, "Me digo", "Me escucho". De modo que para cambiar trate de escucharse.</p> <p>Comience prestándole atención a los pensamientos que dan vuelta en su cabeza y simplemente obsérvelos.</p>

	<p>Ahora comience a pronunciar esos pensamientos, pero como un murmullo muy suave, de modo que, las palabras apenas escapen de sus labios. Ahora, pronúncialas aumentando el volumen y siga aumentando hasta que alcance su tono de voz normal. Imagine que está realmente hablando con alguien. Siga diciendo sus pensamientos y ponga atención en lo que es comunicado por el sonido de su voz. ¿Cómo es su voz? ¿Es fuerte o débil, clara o confusa, severa o dulce?, etc. ¿Es enjuiciadora, quejosa, enojada o suplicante? ¿Suena esta voz como la de alguien a quien conoce? ¿A quién podrán estar dirigidas esas palabras?</p> <p>Luego le decimos al paciente que ubique alguna persona a quien decirle estas palabras. Imagine que realmente hace esto y vea si las palabras calzan. ¿Cómo se siente cuando le habla a esta persona? ¿Replica esta persona a lo que usted le dice? Analice ahora en silencio su experiencia.</p> <p>Cuando desarrolla esto en un diálogo, cada lado de un conflicto contrasta con el otro y lo clarifica. Usted puede hacer mucho por sí mismo manteniendo estos diálogos.</p> <p>Le sugerimos al paciente de estar alerta de su propia experiencia a medida que va haciendo esto.</p>
--	--

MATERIALES	Música relajante
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 7	
OBJETIVO	<p>Dar al paciente la responsabilidad de sus sentimientos, pensamientos y acciones.</p> <p>Reconocer las fortalezas y debilidades.</p>
TÉCNICAS	Técnicas expresivas " <i>Tengo que</i> y <i>Elijo que</i> "
DESCRIPCIÓN	<p>Se le dice al paciente que imagine que está diciendo a alguna persona que conoce, frases como "Tengo que...". Haga una larga lista de cosas que tiene que hacer.</p> <p>Se le dice al paciente que se tome cinco minutos, aproximadamente, ahora retroceda a las frases que dijo y reemplace con "Elijo...".</p> <p>Diga exactamente lo que dijo antes, salvo en dicha palabra. Me gustaría que se dé cuenta que tiene el poder de tomar una decisión, aún en el caso de que esa elección sea entre alternativas indeseables. Tome tiempo para darse cuenta como experiencia cada frase que comienza "Elijo..."</p> <p>Luego repita esta frase e inmediatamente agregue cualquier frase que se le ocurra a continuación. Por ejemplo, "Elijo conservar mi empleo", "Me siento</p>

	<p>protegido y seguro". Tómese nuevamente unos cinco minutos para hacer este ejercicio.</p> <p>Luego el paciente nos cuenta sus experiencias en este ejercicio. Y le realizamos la siguiente pregunta ¿Tiene usted alguna experiencia real de tomar responsabilidades por una elección propia?</p>
MATERIALES	Música relajante
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 8	
OBJETIVO	Prestar atención a las necesidades corporales y personales del paciente. Reconocer las fortalezas y debilidades.
TÉCNICAS	Técnicas expresivas" Necesito - Quiero"
DESCRIPCIÓN	El paciente comenzará a decir sus frases que empiecen con la palabra "Necesito..." Tómese unos cinco minutos para hacer una larga lista de sus necesidades. Retroceda a las frases que acaba de decir y reemplace el "Necesito..." por "Quiero...". Diga exactamente lo que anteriormente dijo, salvo en dicha modificación, y luego dése tiempo para tomar conciencia de cómo se siente diciendo cada frase. ¿Se trata de algo que realmente necesita o es algo que usted quiere, pero puede

	<p>sobrevivir fácilmente sin ello? Quiero que se dé cuenta de la diferencia entre algo que realmente necesita, como aire y alimentos, y otras cosas que quiere y son muy agradables y bonitas, pero no absolutamente necesarias.</p> <p>Luego repita esa frase que comienza con "Quiero..." e inmediatamente agregue las palabras que se le ocurran.</p> <p>Tómese unos cinco minutos en esta operación.</p> <p>Se le pregunta al paciente ¿Sintió algún tipo de alivio o libertad al comprender que algunas de sus "necesidades"? ¿De qué otra cosa tomó conciencia?.</p>
MATERIALES	Música relajante
TIEMPO	45 minutos

SESIÓN 9	
OBJETIVO	Reconocer las fortalezas y debilidades. Prestar atención a los pensamientos que dan vuelta en su cabeza.
TÉCNICAS	Técnicas expresivas “Diálogo del síntoma”
DESCRIPCIÓN	Se le pide al paciente que piense en su síntoma físico que le preocupa y piense también en un síntoma que pueda sentir ahora mismo. El paciente fija su atención en ese síntoma y toma conciencia más minuciosa del mismo. ¿qué partes de su

VI.	<p>cuerpo están afectadas? y ¿qué sensaciones siente en tales partes? Preste particular atención a las sensaciones de dolor y tensión. Vea si puede aceptar completamente todo malestar que siente, y déjelo entrar en su conciencia. Vea si puede aumentar ese síntoma. Tome conciencia de cómo incrementa ese síntoma y vea ahora si puede reducirlo librándose de él de algún modo. Tómese un tiempo más para explorar mejor el síntoma y tomar mayor conciencia del mismo. Conviértase ahora en ese síntoma, indague, ¿Cómo es usted siendo síntoma?, ¿Cuáles son sus características y ¿qué le está haciendo a esta persona?</p> <p>Luego se le pide al paciente que sea el mismo nuevamente. Se le dice al paciente qué puede aprender de cada él, mientras prosigue el diálogo, con los ojos cerrados y recapacite en silencio sobre la experiencia. Se le pide que abra los ojos y comunique su experiencia en primera persona del presente, como si estuviere sucediendo ahora. Con frecuencia, un síntoma tiene mucho que comunicarle si se toma el tiempo de prestarle atención y escuchar los mensajes que le envía.</p> <p>Se le explica al paciente que un síntoma no sólo es la expresión de una parte suya indisposta, también tiene</p>
-----	--

TIEMPO DE EJECUCION

El	efectos poderosos sobre los demás. Vea qué puede aprender al respecto del experimento que sigue.
MATERIALES	Música relajante Hojas
TIEMPO	45 minutos

desarrollo del plan psicoterapéutico tendrá una duración aproximada de 3 meses con una sesión por semana: cada sesión tendrá una duración de 45 a 60 minutos aproximadamente. El plan podrá ser modificado considerando la evolución del paciente y los progresos en la psicoterapia.

VI. AVANCES TERAPÉUTICOS

- Se logró reducir los niveles de ansiedad y tensión provocados
- Se logró reconocer las ideas y percepción que tiene de sí mismo
- Se logró fortalecer el autoconcepto donde se fortalezcan los sentimientos de estima y respeto hacia sí mismo
- Se fomentó la expresión de sus pensamientos, sentimientos y emociones, consigo mismo y con los demás.

Jenny Rocío Conza Huarachi

Bachiller en Psicología

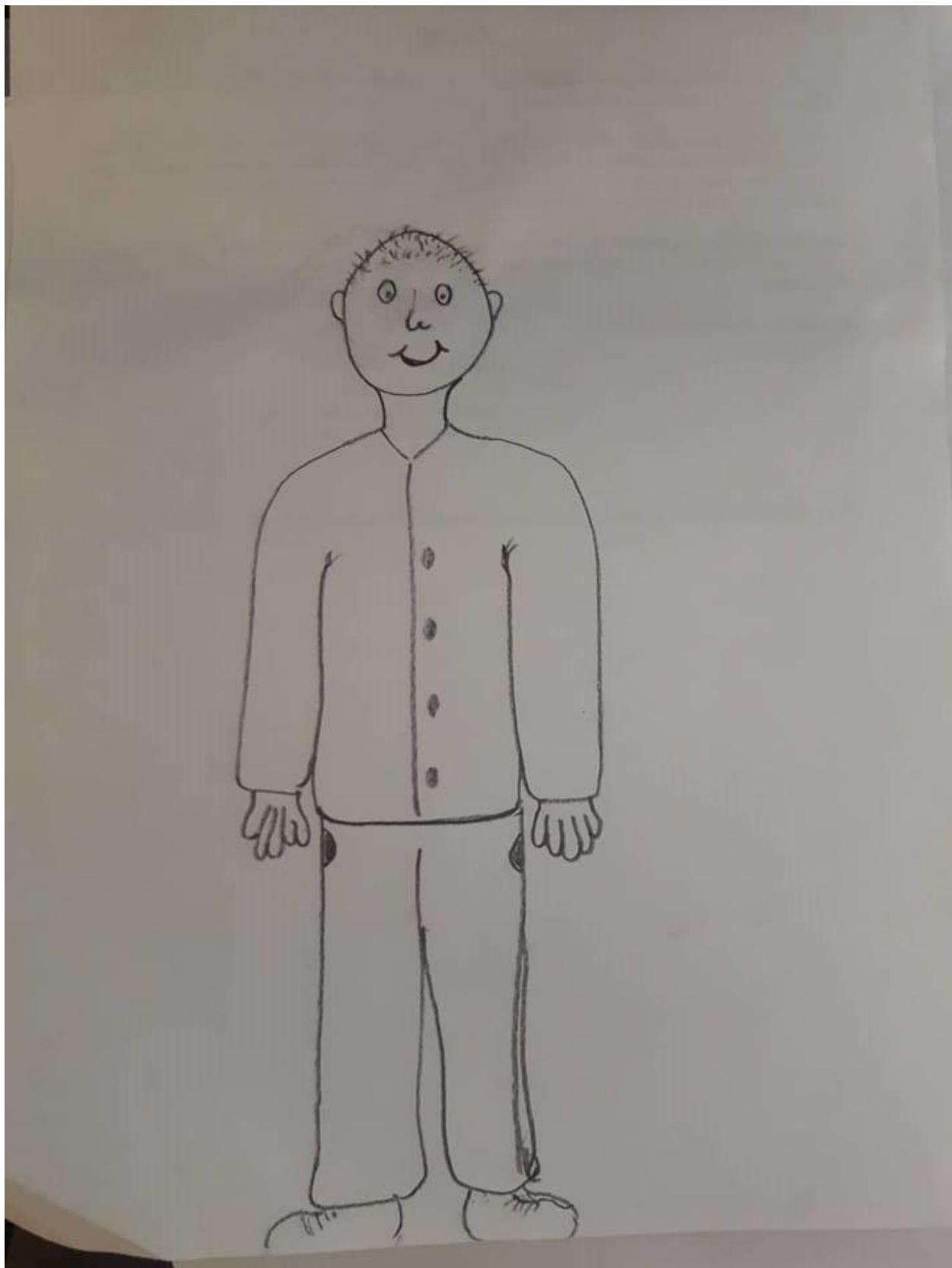
				PUNTAJE FINAL
Valididad	0	=	Válido	
Sinceridad	507	=	Válido	91
Deseabilidad Social	15	=		71
Autodescalificación	26	=		78

	PUNTAJE Bruto	ER	FACTORES		AJUSTES					PUNTAJE FINAL
			X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	
Esquizoide	42	111	104							104
Evitativo	39	97	90							90
Dependiente	45	103	96							96
Histrionico	24	62	55							55
Narcisista	36	73	66							66
Anisocial	27	66	59							59
Agresivo-adicto	36	76	69							69
Compulsivo	51	95	88							88
Pasivo-agresivo	34	77	70							70
Autodenotista	43	107	100		100					100

Esquizoípico	44	96		93		92	92	92		92
Borderline	45	71		68	68	67	67	67		67
Paranoide	49	92		89		89	89	89		89

4

Aniedad	37	109	102			101	101	101		101
Somatoformo	37	85	78			77	77	77		77
Bipolar	22	60	53							53
Distimia	46	93	86			85	85	85		85
Dependencia de alcohol	28	60	53							53
Dependencia de drogas	25	60	53							53



Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.			✓	
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				✓
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.			✓	
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	✓			
5. Como la misma cantidad de siempre.				✓
6. Todavía disfruto el sexo.				✓
7. He notado que estoy perdiendo peso.	✓			
8. Tengo problemas de estreñimiento.	✓			
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.		✓		
10. Me canso sin razón alguna.			✓	
11. Mi mente está tan clara como siempre.			✓	
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacia.	✓			
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.		✓		
14. Siento esperanza en el futuro.				✓
15. Estoy más irritable de lo normal.		✓		
16. Me es fácil tomar decisiones.	✓			
17. Siento que soy útil y me necesitan.			✓	
18. Mi vida es bastante plena.	✓	✓		
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	✓			
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	✓			

	V	F
Las cosas generalmente no me preocupan.		1
Me resulta difícil hablar frente a la clase.		1
Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera.	1	
Puedo tomar decisiones sin muchas dificultades.		1
Soy una persona entretenida.		1
En mi casa me fastidio fácilmente.		1
Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.	1	
Soy popular entre los chicos (as) de mi edad.	1	
Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.		1
Me rindo fácilmente.		1
Mis padres esperan demasiado de mí.	1	
Es bastante difícil ser yo mismo (a).		1
Mi vida es un enredo.	1	
Los chicos /chicas generalmente aceptan mis ideas.	1	
Tengo una pobre opinión de mí mismo (a).	1	
Muchas veces me gustaría irme de casa.	1	
Generalmente me siento fastidiado (a) de mí mismo (a).	1	
Físicamente no soy tan simpático.		1
Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		1
Mis padres me comprenden.	1	
La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo.	1	
Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando.		1
Generalmente me siento desmoralizado (a) en la universidad.	1	
Generalmente desearía ser otra persona.	1	
No se puede confiar en mí.	1	

CASO N° 2

Presentado por: Bach. Caron Amy Huarca Sulla

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: C. M. P.
Edad	: 22 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Hospital de Goyeneche
Fecha de Nacimiento	: 26 de julio del 1994
Lugar de procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior Completa
Ocupación	: Casa
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Lugar que ocupa en la familia	: 2da hija de dos hermanas
Con quien vive	: Con papá, mamá, hermana
Lugar de la consulta	: Centro de Salud Ampliación Paucarpata
Informante	: Paciente y madre.
Fecha de evaluación	: 27 -30 de mayo del 2017
Examinadora	: Bachiller: Huarca Sulla Caron Amy

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a Centro de Salud al área de Psicología por presentar insomnio, inseguridad, ansiedad, preocupación, dolores de cabeza y pensamientos estresantes, ya que piensa en como la puedan calificar las demás personas, de su apariencia física,

su presentación personal, su vestimenta, su manera de hablar; así también manifiesta presentar ansiedad, temor al exponerse ante el público y las demás personas o situaciones desconocidas, por lo cual quiere adquirir confianza, seguridad y eliminar la ansiedad, el miedo, la inseguridad que presenta.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Tiempo de duración

Desde hace 5 años refiere que piensa mucho en como la pueden calificar las personas por lo cual siente ansiedad y temor, sin embargo el problema se agravó hace aproximadamente 1 mes atrás, puesto que se encuentra todo el tiempo en casa, realizando los deberes domésticos desde que culminaron sus estudios universitarios, por lo tanto, la madre le insiste para que trabaje, razón por la cual se siente presionada, provocándole angustia, preocupación y pensamientos estresantes (ya que tiene miedo en como la puedan calificar las demás personas), por el cual tiene temor a las entrevistas de trabajo.

Forma de inicio

La aparición del miedo, la inseguridad, se fue dando en forma progresiva, debido que su padre se dedicaba años atrás al consumo de bebidas alcohólicas e insultaba y pegaba a su madre, tal hecho se fue dando desde que tiene uso de razón, manifiesta que recuerda esconderse debajo de la cama, cada vez que su padre le maltrataba física y emocionalmente a su madre, siendo así en la primaria una niña temerosa, insegura; así mismo presentar inseguridad, ansiedad y ser poco sociable desde 1ro de secundaria manifestándose de forma frecuente hasta 4to de secundaria

aproximadamente y en menor grado en la etapa universitaria, paciente manifiesta “me daba miedo a dar mi opinión por temor a equivocarme, en la universidad se enojaban conmigo por no acumular puntos para mi grupo, entonces en una ocasión di mi opinión y me equivoque, por lo cual tuvimos mala nota todos los integrantes del grupo y me sentí culpable, pienso que si otro hubiera opinado, tal vez no teníamos mala nota, por eso prefiero callarme aunque supiera la respuesta, por miedo a equivocarme”, este suceso se presentó cuando cursaba el cuarto año de la universidad. Desde entonces evitó dar su propia opinión, aunque sepa la respuesta.

Síntomas principales

Animo un tanto decaído, sin ganas de realizar sus actividades con normalidad, dolores de cabeza, se siente aburrida y cansada todo el tiempo, dificultad para tomar una decisión (presentándose estos síntomas por una semana); ansiedad, inseguridad, se aísla de las personas, no socializa, temor ante situaciones nuevas, evita carros con muchas personas y tiendas con muchas personas, se sonroja ante la mirada de las demás personas, presenta malestar estomacal y sudoración de las manos ante el público y personalidades de autoridad, sensible a la evaluación negativa de los demás y preocupación de ser criticada, temor a equivocarse y perjudicar a las demás personas, miedo a no ser aceptada en un grupo social, temor de opinar frente a los demás, miedo a lo desconocido, .

Relato

Paciente manifiesta que desde muy pequeña era tímida, temerosa, poco sociable, insegura de sí misma, no tenía muchos amigos, a consecuencia de las discusiones,

peleas, insultos que evidenciaba entre sus padres y hace cinco años se dio cuenta que piensa mucho y se preocupa de como la puedan ver o calificar las demás personas externas a ella. Actualmente tiene problemas en buscar trabajo debido a quedar mal frente a las demás personas y sus jefes, por tanto, se encuentra por el momento realizando labores domésticas en casa, por lo cual la madre le presiona para que trabaje. Paciente refiere “cuando me subo a carros llenos me incomoda que me miren de pies a cabeza y sus calificaciones que puedan tener, también porque hay hombres mañosos y no me gusta estar cerca de ellos”, no le gusta pedir favores porque piensa que es autosuficiente, refiere “si pido favores pensará que no puedo”, también le molesta las preferencias refiere “me molesta que las personas tengan preferencias con alguien porque todos deberían tener oportunidad”, así mismo las críticas le ocasionan sentimientos negativos como rencor, cólera, fastidio.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

▪ ETAPA PRE-NATAL

Madre refiere que fue hija planificada y deseada por ambos padres, en su embarazo durante los primeros meses le daba asco todo, sin embargo, tuvo un embarazo tranquilo, asistía a sus controles frecuentemente, no tuvo accidentes ni caídas durante su embarazo, emocionalmente se encontraba estable, no ingería bebidas alcohólicas ni otras sustancias tóxicas, recibió el apoyo económico y emocional de su pareja. Sin embargo, tres años antes de embarazarse de la paciente, madre sufría de nervios, deprimiéndose, por el cual acudió esporádicamente al psicólogo durante tres años.

- **ETAPA NATAL**

Nació por parto eutócico, con atención de un médico en el hospital Goyeneche, sin ninguna complicación, el trabajo de parto fue tranquilo y rápido, presentación del recién nacido posturacefálica, no necesitó incubadora ni reanimación, no recuerda la talla, madre refiere que era grande, peso de 3.700 kg, color rosado. Madre tenía 33 años de edad y padre 35 años de edad respectivamente.

- **ETAPA POST NATAL**

Sin aparentes problemas en el desarrollo psicomotriz, ni de lenguaje expresado ni articulado, su desarrollo fue dentro de lo esperado. No tuvo accidentes ni enfermedades significativas durante su infancia y niñez, madre refiere “era una niña sana no me traía problemas, no se enfermaba de nada”. “Era una niña tranquila, no lloraba”. Controló sus esfínteres vesicales y anales dentro de lo esperado, sin dificultades en la audición, ni visión.

- **ETAPA PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR**

Paciente asistió a inicial a los 3 años de edad, era una niña tímida, tranquila, callada, tenía muchos amigos, jugaba en el recreo hasta los cinco años de edad. Empezó la primaria a los 6 años de edad, no tuvo repitencias, su rendimiento académico era regular. En secundaria continúo siendo tímida, callada, no participaba en clase, ni en festividades, ni aniversarios del colegio, su círculo de amigos era de cuatro personas aproximadamente. En la universidad no tuvo repitencias, su rendimiento académico era regular, a inicios de la carrera universitaria tenía entre 3 a 4 amigos, luego se fue aislando poco a poco, refiere “no participaba porque me daba miedo y entonces decían

mis compañeros de grupo decían que no hablo nada, que no aporto al grupo, entonces, participe dando mi opinión, pero me equivoque, entonces ya no querían hablar conmigo y formar grupo más adelante, me sentí mal por lo sucedido, mi amiga ya no me hablaba formaba grupos con otras personas, también mis compañeros de grupo, entonces me integraba a otros grupos”.

▪ **DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL**

Se dio cuenta de la diferencia de género en la primaria a los 6 años de edad mediante la profesora, puesto que nunca preguntó a su madre. Identidad sexual heterosexual. Tuvo su primer enamorado a los 16 años de edad, su pareja tenía 20 años aproximadamente, con el cual tuvo 8 meses de relación, el cual quería tener algo más con ella, razón por la cual terminaron de buena manera sin peleas ni discusiones. Actualmente tiene una pareja sentimental, el cual es alegre, bueno, más hablador, a veces un poco resentido, refiere la paciente. La paciente tiene 22 años de edad y su pareja 23 años de edad respectivamente.

▪ **HISTORIA DE LA RECREACIÓN Y DE LA VIDA**

Frecuentemente en sus horas libres hace manualidades por ejemplo los “origamis”, además de otras, tales como el bordado, adornos decorativos, etc., también se dedica ver televisión (Telenovelas, películas) y bailar coreografías de diferentes tiempos, músicas actuales y pasadas, así como de diferente género. Desde muy pequeña fue poco sociable, temerosa por lo tanto no asistía a fiestas, compromisos, excursiones y festividades.

- **INTERESES**

En el aspecto económico, encontrar trabajo y ganar dinero suficiente para poder mantenerse; en el área social, tener más amigos para interactuar, también en el futuro cercano hacer algo para ayudar a los animales abandonados y/o maltratados. En el aspecto emocional, extinguir el miedo, la ansiedad e inseguridad que presenta.

- **ACTIVIDAD LABORAL**

Refiere que hace dos años atrás estuvo realizando su práctica de un curso de la universidad, por sugerencia de su amiga, en la cual tenía un desenvolvimiento adecuado, sin embargo, en el trabajo tenía una compañera estricta, perfeccionista, la cual la hizo sentir incomoda, refiere “se creía que ella hacia lo correcto y los demás no, me hacía sentir que no hacia bien mi trabajo porque las cosas tenían que estar como ella quería”, por lo tanto paciente quería retirarse a la semana de estar trabajando, sin embargo tomó la decisión de quedarse, desenvolviéndose adecuadamente en su lugar de prácticas, hacía charla informativa sobre la nutrición y volanteaba folletos en la calle junto con sus demás compañeras de prácticas, aproximadamente 6 meses, posteriormente, al ver a diario la directora de su centro de prácticas, se sintió incomoda, ya que pensaba que quizás su trabajo, su desempeño y desenvolvimiento no sería la más adecuada, decidiéndose retirar del lugar de trabajo porque no se sentía a gusto, tenía miedo de que su trabajo no le gustase a su jefa. Actualmente se ocupa en la casa con las actividades domésticas.

▪ HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TÓXICAS

- **Alimenticios:** Actualmente su apetito es normal, come las tres comidas al día; desayuno, almuerzo y cena, a menudo consume mucha verdura, sin embargo, no le gusta tomar agua.
- **Vestido:** Cuida de su ropa y se viste adecuadamente de acuerdo a su edad y la ocasión.
- **Aseo:** Cuida de su aseo personal a diario, se mantienen limpia y con un aspecto personal adecuado, sin embargo, se expresa preocupada.
- **Sueño:** Presenta dificultades en conciliar el sueño, refiere “me duermo temprano a veces tarde, pero cuando me despierto me cuesta mucho dormir nuevamente, porque empieza las preocupaciones el qué dirán de mi las demás personas”.
- **Descripción de la vida habitual:**
 - 7:00 – 7:30 am despertar, levantarse
 - 8:00 am tomar desayuno
 - 8:30 am limpiar habitación
 - 9:00 am limpieza de la cocina
 - 10:00 ayudar a cocinar/ver tv
 - 12:30 md almorzar
 - 2:00 pm ver tv
 - 11:00 pm dormir
- **Consumo de sustancias tóxicas:** No consume ningún tipo de bebidas alcohólicas, ni ningún otro tipo de drogas psicotrópicas, ni medicamentos.

- **SOCIALIZACIÓN**

Madre manifiesta “en la primaria a pesar que su papá y yo teníamos problemas, ella jugaba normal con los niños, después poco a poco en la secundaria ya se comenzó a aislar”. Por otro lado, paciente refiere que desde muy pequeña era tímida, callada, su círculo de amigos más cercanos era de dos a tres personas generalmente, no gustaba participar en actividades, ni festividades del colegio, ni en debates grupales en la universidad, así mismo en la universidad una amiga evitó hablarle porque no había participado para acumular puntajes para su grupo, desde luego su amiga formaba grupos con otras personas y más adelante decidió participar pero se equivocó, entonces tuvieron mala calificación, sintiéndose culpable ya que era importante sumar puntajes para el promedio final del curso, desde entonces evita opinar aunque sepa la respuesta por temor a equivocarse. Refiere no experimentar ansiedad en situaciones sociales de familia y antes sus amigas, sin embargo, ante personas desconocidas o situaciones nuevas presenta ansiedad, sudoración de las manos, agitación, se sonroja, también hace frente a la situación atemorizante si lo amerita pero con mucha ansiedad.

- **SERVICIO MILITAR**

No realizó servicio militar.

- **RELIGIÓN**

Católica

- **AUTODESCRIPCIÓN**

La paciente se describe “Físicamente como una persona normal, es decir no muy atractiva tampoco desagradable; emocionalmente frágil a las críticas y calificaciones de los demás, antisocial, vulnerable, insegura, miedosa, perezosa, buena, sensible, inteligente, responsable, tranquila, autosuficiente de solucionar un problema sin ayuda respectiva de los demás, sea del grupo de amigos o de propia familia, porque si pido ayuda me calificarán de incapaz”.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

- **Enfermedades y accidentes**

No sufrió accidentes de consideración, excepto caídas leves. En cuanto a las enfermedades hace 5 años atrás el médico le diagnosticó asma, por el cual le recetó un inhalador, sin embargo, no usó porque se sentía bien, actualmente se encuentra bien. Así mismo fue diagnosticado de parálisis facial hace un año atrás por el neurólogo, no encontraron causa significativa más allá de estar estresada por estudiar con audífonos, en cuanto a la visión, le informaron que está mal de la córnea, por lo cual actualmente utiliza lentes de aumento. Por otro lado, paciente refiere que hace 7 años atrás le atropellaron su perro, a raíz de ello quedándose en casa una semana por lo ocurrido, desde entonces presenta palpitaciones vasculares leves en ocasiones y eventualmente le salen alergias sin ningún origen aparentemente.

- **Personalidad pre-mórbida**

Paciente se caracteriza por ser tímida, callada, insegura, ello manifestándose progresivamente desde la etapa de la infancia hasta la actualidad; poco sociable, ansiosa, presenta temor ante el público y las demás personas, emocionalmente sensible, madre manifiesta “es tranquila, temerosa, poco sociable, un poco orgullosa, ella no pide ayuda, no me da dolor de cabeza es una chica de su casa no sale a las fiestas”.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Composición familiar**

Padre de 57 años de edad, con secundaria completa, actualmente trabaja en vigilancia de domicilios, paciente lo describe como imponente de carácter fuerte, ausente.”.

Madre de 55 años de edad, con primaria completa, actualmente se ocupa de la casa.

Paciente lo describe de carácter fuerte actualmente ya que antes se dejaba humillar por su pareja, ansiosa, poco orgullosa, muy sociable, madura.

Hermana de 30 años de edad, con secundaria completa, trabaja en ventas, lo describe como temerosa, desordenada en sus cosas, sociable.

Abuela paterna de 75 años de edad, la cual vive de la jubilación de su abuelo.

- **Dinámica familiar**

En su momento no ha sido un hogar acogedor que le deposite confianza y seguridad, más al contrario las peleas frecuentes entre sus padres le creó miedo, desconfianza, inseguridad a la paciente, actualmente es un hogar regularmente estable. Madre refiere que años atrás no vivían en familia, porque el padre no aportaba nada a la casa,

se gastaba su sueldo en las bebidas alcohólicas, tal comportamiento del padre no tenía un motivo que le llevara al consumo de estas sustancias, excepto de consumir solamente por vicio con sus amigos cada fin de semana, entonces se retiró de la casa a petición de la madre, posteriormente dedicándose al consumo de bebidas alcohólicas frecuentemente y andar con mujeres, de vez en cuando llegaba a casa insultando, pidiendo dinero para seguir tomando, este episodio se dio cuando la paciente cursaba nivel primario hasta 3ro de secundaria; sin embargo hace 7 años atrás el padre dejó de tomar las bebidas alcohólicas en exceso, desde entonces se hizo cargo de la manutención del hogar.

La relación con la madre: Es mejor, tiene más confianza y comunicación.

La relación con el padre: No es la más adecuada ya que siempre fue ausente, madre refiere “esta resentida con su padre por todas las situaciones que ha evidenciado y eso la ha dañado”, paciente manifiesta que su padre es ausente porque no hay confianza debido que años atrás se dedicaba frecuentemente a tomar bebidas alcohólicas y actuaba mediante golpes, insultos, por ende, cuando era pequeña se escondía de su padre, tenía mucho miedo.

La relación con su hermana: Se lleva bien ya que no tienen diferencias, sin embargo, no llega a contar cosas fuertes que le competen solo a ella.

La relación entre los padres: En ocasiones es inadecuada debido a que la madre se enfrenta con el padre cada vez que llega a casa bajo los efectos del alcohol, aunque, en esta oportunidad el padre consume bebidas alcohólicas solo en compromisos, sin embargo, cada vez que se presenta estas situaciones la madre refiere “yo los protejo a mis hijas sacándolas a la calle, alejándolas del conflicto, antes permitía gritos, golpes e insultos, pero ahora ya me canse”.

- **Condición socioeconómica**

Vivienda de material noble, viven en casa de los abuelos paternos, cuenta con todos los servicios básicos; agua, luz, desagüe, económicamente depende del padre.

- **Antecedentes patológicos**

No existen antecedentes psiquiátricos, excepto el consumo excesivo del padre desde hace 18 años, evitando ello hace 7 años atrás aproximadamente y madre hace 26 años atrás sufría de nervios, depresión por el cual acudió esporádicamente al psicólogo durante tres años.

VII. RESUMEN

Paciente de 22 años de edad, hija deseada y planificada por ambos padres, de religión católica. Natural de Arequipa, segunda hija de dos hermanas, la madre tuvo un embarazo tranquilo sin dificultades, nació por parto eutóxico, posición cefálica, con atención de un médico, sin complicaciones, nació sana, con un peso de 3.700 kg, color rosado, la madre tenía 33 años de edad y padre 35 años de edad respectivamente. Desarrollo psicomotriz y lenguaje dentro de lo esperado. No tuvo accidentes ni enfermedades significativas durante su infancia y niñez. En cuanto a la escolaridad asistió a nivel inicial a los 3 años de edad, era una niña tímida, tranquila, callada hasta los cinco años de edad; en la primaria y secundaria continúo siendo tímida, callada, no participaba en clase, ni en festividades, aniversarios del colegio, su círculo de amigos era de tres a cuatro personas; en la universidad al empezar la carrera tenía entre 3 a 4 amigos, posteriormente se fue aislando poco a poco; no tuvo repitencias, rendimiento académico regular. Distinguío la diferencia de género a los seis años de

edad a través de la profesora; tuvo su primer enamorado a los 16 años de edad con el cual tuvo 8 meses de relación, el cual quería tener algo más con ella, razón por la cual terminaron de buena manera sin peleas ni discusiones, actualmente tiene una pareja sentimental de 23 años de edad, refiere, es alegre, bueno, más hablador, a veces un poco resentido. En cuanto a su recreación y de la vida, frecuentemente realiza manualidades como origamis, bordados, adornos decorativos, ver televisión y bailar coreografías de cualquier tiempo y género. En cuanto a sus intereses en el aspecto económico encontrar trabajo y ganar dinero suficiente para mantenerse; en el área social, tener más amigos para interactuar, así como ayudar en el futuro cercano a los animales abandonados y/o maltratados, en el aspecto emocional, extinguir el miedo, la ansiedad e inseguridad que presenta. Respecto a la actividad laboral dos años atrás realizó su práctica de un curso de la universidad, por sugerencia de su amiga, en la cual tenía un desenvolvimiento adecuado, sin embargo, tenía una compañera estricta, perfeccionista, la cual, la hizo sentir incomoda, por lo tanto quería retirarse a la semana, sin embargo tomó la decisión de quedarse, desenvolviéndose adecuadamente, hacía charlas informativas de nutrición y volanteaba folletos en la calle junto con sus demás compañeras de prácticas, aproximadamente durante 6 meses, posteriormente, al ver a diario la directora de su centro de prácticas, se sintió incomoda, ya que pensaba que su trabajo, su desempeño y desenvolvimiento quizás no sería la más adecuada, decidiéndose retirar del lugar de trabajo porque no se sentía a gusto, tenía miedo de que su trabajo no le gustase a su jefa, actualmente se ocupa de las labores domésticas en casa. En cuanto a sus hábitos alimenticios no presenta anormalidad, así como en su vestido, aseo, sin embargo, presenta insomnio en cuanto al sueño, debido a la preocupación el qué dirán de ella las demás personas, no

consume ninguna sustancia tóxica ni psicotrópicas. En cuanto a la socialización siempre fue tímida, callada y poco sociable desde la primaria, secundaria y universidad; no experimenta ansiedad en situaciones sociales de familia y antes sus amigas, sin embargo, ante personas desconocidas o situaciones nuevas si presenta ansiedad, sudoración de las manos, agitación, se sonroja, también si lo hace frente a la situación temida lo hace con mucha ansiedad. No realizó servicio militar. Paciente se describe físicamente como una persona normal, se considera no muy atractiva tampoco desagradable; emocionalmente frágil a las críticas y/o calificaciones de los demás, a su vez se califica como antisocial, vulnerable, insegura, miedosa, perezosa, buena, sensible, inteligente, responsable, tranquila, sin embargo se considera autosuficiente de solucionar un problema sin ayuda respectiva de los demás, sea del grupo de amigos o de propia familia ya que piensa que si pide ayuda la calificarán de incapaz. No tuvo accidentes significativos, respecto a las enfermedades hace 5 años fue diagnosticada de asma por el cual el médico le recetó un inhalador, sin embargo no lo utilizó ya que se sentía bien, así mismo fue diagnosticado de parálisis facial hace un año atrás por el neurólogo, no encontraron causa significativa más allá de estar estresada por estudiar con audífonos, en cuanto a la visión utiliza lentes de aumento por estar mal de la córnea, por otro lado, paciente refiere que hace 7 años atrás le atropellaron su perro, a raíz de ello quedándose en casa una semana por lo ocurrido, desde entonces presenta palpitaciones vasculares leves en ocasiones y eventualmente le salen alergias sin ningún origen aparente. La familia está constituida por padre de 57 años de edad, con secundaria completa, trabaja en vigilancia de domicilios, lo describe imponente de carácter fuerte, ausente; madre de 55 años de edad, con primaria completa actualmente se ocupa de la casa, lo describe de carácter

fuerte, ansiosa, insegura, muy sociable, madura; hermana de 30 años de edad con secundaria completa trabaja en ventas, lo describe como insegura, sociable. Respecto a la dinámica familiar en su momento no fue la más adecuada para la paciente, por lo que el padre se dedicaba a consumir bebidas alcohólicas en exceso, actualmente la relación con la madre es adecuada al igual que con la hermana a diferencia del padre por lo que no existe confianza. Vivienda de material noble, casa de abuelos paternos, cuenta con todos los servicios básicos, económicamente depende del padre. No existen antecedentes psiquiátricos, excepto el consumo de bebidas alcohólicas del padre hace 18 años aproximadamente, evitando ello desde hace 7 años aproximadamente; respecto a la madre fue tratado por depresión por un psicólogo durante tres años esporádicamente recuperándose favorablemente.

CARON AMY HUARCA SULLA

Bachiller en psicología

EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: C. M. P.
Edad	: 22 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Hospital de Goyeneche
Fecha de Nacimiento	: 26 de julio del 1994
Lugar de procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior Completa
Ocupación	: Casa
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Lugar que ocupa en la familia	: 2da hija de dos hermanas
Con quien vive	: Con papá, mamá, hermana
Lugar de la consulta	: Centro de Salud Ampliación Paucarpata
Informante	: Paciente y madre.
Fecha de evaluación	: 27 -30 de mayo del 2017
Examinadora	: Bachiller Huarca Sulla Caron Amy

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

Explorar porte, comportamiento, actitud; funciones psíquicas superiores y la esfera afectiva de la paciente.

III. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de 22 años de edad, aparenta la edad que posee, aseo personal adecuado, vestimenta se aprecia en buen estado y regularmente arreglada, sin embargo, se muestra preocupada, con ánimo un tanto decaído, de contextura delgada, de tez blanca y cabello negro largo, ojos negros, estatura (1.60 cm apróx). Su expresión facial al inicio de la entrevista denota miedo, ansiedad, sin embargo, a medida del curso de la entrevista se muestra tranquila, tono de voz bajo, marcha estable y postura encorvada, mantiene contacto ocular con la examinadora, presenta lateralidad diestra, tiene conciencia de su problema actual. Se mostró en todo momento dispuesta a colaborar y participar en las evaluaciones; la actitud hacia la examinadora fue adecuada, mostrando confianza a medida del trascurso de la entrevista, manifestando su interés de mejorarse pronto.

IV. FUNCIONES PSÍQUICAS SUPERIORES

▪ Atención, conciencia y orientación

Posee una capacidad adecuada para concentrarse y enfocarse en el curso de la evaluación, siendo su atención sostenida lo que permitió que la paciente ejecute satisfactoriamente. En cuanto a su conciencia tiene conocimiento de sí mismo, se encuentra en un estado de alerta, capaz de mantener la conversación y responder a las preguntas que se le formulan. Se encuentra orientada en persona, reconociendo datos concernientes a su nombre, edad, etc.; así mismo se encuentra ubicada en relación al espacio ya que sabe el lugar donde se encuentra, discrimina adecuadamente nociones como derecha -izquierda, arriba-abajo; de igual forma con respecto al tiempo se encuentra orientada ya que sabe el día, mes y año en que se encuentra.

- **Lenguaje**

Su lenguaje expresivo se encuentra conservado, no presenta inconvenientes en la velocidad de la respuesta ante los ítems de los test psicológicos, su articulación y ritmo del habla son adecuados, a pesar de que en algunas ocasiones hubo lentitud posiblemente asociado al estado anímico en el que se encontraba; de curso claro, comprensible y con la cantidad necesaria para mantener un dialogo; en cuanto al lenguaje comprensivo es adecuado no presentando problemas en la comprensión de los conceptos, ni de las órdenes ni el significado de las palabras.

- **Pensamiento**

Su pensamiento es de curso claro, expresa ideas sin dificultad, siguiendo un tema de conversación continuado y sin cambios, sin embargo en cuanto al contenido presenta ideas de preocupación respecto a la observación y la calificación de los demás, por ello evita subir a carros llenos, tiendas grandes con mucha gente, cuando ello es posible, refiere “si hay tiempo todavía espero un carro vacío para subirme y me siento atrás, pero si ya no hay tiempo me subo aunque me siento incomoda; si la tienda está vacía o con poca gente una o dos personas entro normal, pero si está lleno de personas no quiero entrar, espero que este un poco vacío y si es urgente ya ni modo”.

- **Percepción**

La paciente en cuanto a los estímulos visuales percibe correctamente los objetos en color, forma, tamaño y dimensiones; respecto a los estímulos auditivos discrimina correctamente los ruidos del carro, al escuchar su nombre; así mismo discrimina los estímulos táctiles entre áspero y liso, al igual que los estímulos térmicos y dolorosos;

en el momento de la evaluación se encuentra lúcida, dándose cuenta de lo que sucede a su alrededor, no registrando alucinaciones ni distorsiones de ningún tipo.

- **Memoria**

Tanto su memoria remota y reciente, se encuentran conservadas, ya que es capaz de recordar o evocar hechos o acontecimientos pasados de su vida y actuales como son su identidad personal, edad de sus padres, fechas de importancia como los cumpleaños etc., así mismo su memoria inmediata o a corto plazo se encuentra conservada ya que recuerda las palabras que se le ha dicho minutos antes de volver a preguntarle por ellas.

- **Funcionamiento intelectual**

De acuerdo al nivel cultural que presenta la paciente, manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio, presentando una capacidad intelectual adecuada para resolver problemas, posee conocimientos generales que los evoca sin dificultad, es capaz de realizar operaciones aritméticas simples, no presenta dificultad en reconocer semejanzas y diferencias, comprende conceptos adecuadamente.

V. EXPLORACIÓN DE LA VIDA AFECTIVA

- **Estado de ánimo y afectos**

La paciente presenta ansiedad, se muestra temerosa y animo un poco decaído al inicio de la entrevista, no obstante, denota entusiasmo la mayor parte del tiempo de la entrevista, sin embargo, expresa tristeza y preocupación en ciertas ocasiones, como al recordar las peleas de sus padres hecho ocurrido hace años atrás. Existe

concordancia entre lo que dice y expresa. A medida del tiempo transcurrido de la entrevista su estado de ánimo es de calma, tranquilidad, expresa esperanza al presentar un estado de ánimo de optimista al expresar que pueda superar su miedo al exponerse ante el público y demás personas.

- **Voluntad**

Se muestra predisposta para lograr salir de la situación por el cual está pasando, realiza las actividades dentro del consultorio demostrando voluntad y colaboración, sin embargo, en cuanto a las tareas encomendadas demuestra poco compromiso, esto quizá por lo que ella misma afirma que es perezosa, como también por el estado de ánimo que experimente en el momento.

VI. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

Paciente es consciente del problema que presenta, así mismo que repercute negativamente en su vida personal, social y en la de sus familiares, por lo cual quiere superar su miedo y sabe lo que tiene que hacer para lograrlo.

VII. RESUMEN

Paciente de 22 años de edad, aparenta la edad que posee, aseada, vestimenta en buen estado, regularmente arreglada, sin embargo, se muestra preocupada, ánimo un tanto decaído, tez blanca, cabello negro largo, ojos negros, estatura (1.60 cm apróx).

Expresión facial al inicio de la entrevista denota miedo, ansiedad, a medida de la entrevista se muestra tranquila, tono de voz bajo, marcha estable y postura encorvada, mantiene contacto ocular con la examinadora, lateralidad diestra, tiene conciencia de

su problema actual. Se mostró en todo momento dispuesta a colaborar y participar en las evaluaciones. Con respecto a la Evaluación de sus funciones psíquicas superiores, paciente, posee una capacidad adecuada para concentrarse y enfocarse en el curso de la evaluación, tiene conocimiento de sí mismo, se encuentra en un estado de alerta, se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo; en cuanto a su lenguaje comprensivo y expresivo no hay alteración; curso del pensamiento claro y en cuanto al contenido presenta ideas de preocupación respecto a la observación y la calificación de los demás, por ello evita subir a carros llenos, tiendas grandes con mucha gente, cuando ello es posible; refiere “si hay tiempo todavía espero un carro vacío para subirme y me siento atrás, pero si ya no hay tiempo me subo aunque me siento incomoda; si la tienda está vacía o con poca gente una o dos personas entro normal, pero si está lleno de personas no quiero entrar, espero que este un poco vacío y si es urgente ya ni modo”. No presenta distorsión en la percepción; en cuanto a su memoria remota, reciente e inmediata se encuentran conservadas, de acuerdo al nivel cultural que presenta la paciente, manifiesta un adecuado nivel de abstracción y raciocinio presentando una capacidad intelectual adecuada para resolver problemas. Respecto a su estado de ánimo presenta ansiedad, temor y ánimo un poco decaído al inicio de la entrevista, sin embargo, a medida del tiempo transcurrido de la entrevista su estado de ánimo denota tranquilidad, tiene voluntad ya que se muestra predisposta para lograr salir de la situación por el cual está pasando, finalmente paciente es consciente del problema, así mismo, de las repercusiones negativas que tiene en su vida personal, social y en la de sus familiares.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: C. M. P.
Edad	: 22 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Hospital de Goyeneche
Fecha de Nacimiento	: 26 de julio del 1994
Lugar de procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior Completa
Lateralidad	: Diestra
Ocupación	: Casa
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Lugar que ocupa en la familia	: 2da hija de dos hermanas
Con quien vive	: Con papá, mamá, hermana
Lugar de la consulta	: Centro de Salud Ampliación Paucarpata
Informante	: Paciente, madre.
Fecha de evaluación	: 27-30 de mayo del 2017
Examinadora	: Bachiller Huarca Sulla Caron Amy

II. MOTIVO DE LA EVALUACIÓN

Realizar una evaluación psicológica integral a nivel cognitivo, conductual, personalidad y afectiva de la paciente para tener una apreciación en profundidad y el grado de afectación.

III. OBSERVACIONES GENERALES DE CONDUCTA

Paciente aparenta su edad cronológica, viste adecuadamente y muestra aseo en su apariencia física, arreglo personal adecuado, sin embargo, se muestra preocupada. En la entrevista inicialmente se le denota nerviosa, en seguida se mostró más tranquila, fue informada de la aplicación de algunos test, a lo cual se mostró colaboradora y entusiasta, actitud que fue mantenida de principio a fin de la evaluación. Sus respuestas eran rápidas, comprendiendo las indicaciones para la realización de la evaluación, respondiendo a los ítems de manera reflexiva. Su expresión facial es de tranquilidad, su tono de voz es baja, marcha estable, postura encorvada y en ocasiones erguida, mantiene contacto ocular con la examinadora, presenta lateralidad diestra, tiene conciencia de su problema actual.

IV. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Test de Inteligencia No Verbal TONI-2, Forma-A
- Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI)-Versión Abreviada (Mini-Mult) de Dr. S.R. Hathaway y Dr. Mc. Kinley.
- Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger (versión resumida).
- Escala de habilidades sociales EHS de Elena Gismero Gonzales.
- Inventario de Autoestima, versión Adultos de Stanley Coopersmith.
- Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover

V. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. Test de Inteligencia No Verbal TONI-2

A. Análisis cuantitativo

Puntaje directo	Coeficiente Intelectual	Rango percentil	Sem
38	99	47%	Medio

B. Análisis Cualitativo

De acuerdo a los resultados la evaluada obtiene un coeficiente intelectual cuantificable de 99, asignándole la categoría Nivel Medio de inteligencia, lo que significa que presenta la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada por lo que se encuentra en condiciones para resolver problemas.

2. Inventario Multifásico de Personalidad MINI-MULT

A. Análisis cuantitativo

Los puntajes más elevados de acuerdo al perfil se encontraron en las siguientes escalas clínicas:

Escala Clínica	Puntaje T
Depresión	76
Paranoide	82
Esquizofrenia	84

B. Análisis Cualitativo

Paciente según los resultados evidencia depresión moderada, preocupación y pesimismo; reacciona exageradamente a la opinión de los demás, inclinado a culpar a los otros por sus propias dificultades; probablemente un tanto excéntrica, retraída y esquivo, muchos conflictos internos.

3. Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger

A. Análisis cuantitativo

Formula caracterológico : E-nA-P

Tipo de carácter : NERVIOSO

B. Análisis Cualitativo

La evaluada evidencia humor variable, trabaja irregularmente y solo con lo que le agrada, indiferente a la objetividad, siente la necesidad de embellecer la realidad.

4. Escala de Habilidades Sociales

A. Análisis cuantitativo

Subescalas	P. Centil
I. Autoexpresión	12
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	42
III. Expresión de enfado o disconformidad	33
IV. Decir no y cortar interacciones	58
V. Hacer peticiones	29

VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	45
Total	29

B. Análisis Cualitativo

Según los resultados se evidencia dificultad en la capacidad para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad, ya que le cuesta expresar su opinión por el temor de poderse equivocar y presenta temor ante situaciones nuevas y de mucha responsabilidad. Presenta poca capacidad en la conducta asertiva frente a desconocidos, así mismo en expresar sus discrepancias ya que decide callarse para evitarse conflictos, presenta poca habilidad para cortar interacciones que no se quiere mantener y expresar peticiones; a su vez presenta dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad interacciones con el sexo opuesto.

5. Inventario de autoestima adultos COOPERSMITH

A. Análisis cuantitativo

Área	Puntuación	Nivel
Si mismo	3	Bajo
Hogar	1	Bajo
Social	1	Bajo
Laboral	0	Bajo
Autoestima general	5	Bajo

B. Análisis Cualitativo

La evaluada evidencia autoestima baja en todas las áreas y de forma general, lo cual indica que presenta vulnerabilidad a la crítica, indecisión por miedo exagerado a equivocarse, insatisfacción, refleja sentimientos adversos hacia sí mismo, propensa a tener simpatía por alguien que lo acepta.

6. Test Proyectivo de la Figura Humana

A. Análisis cualitativo

De acuerdo a la interpretación de la prueba la paciente proyecta actitud pasiva, introversión, timidez, dificultades de socialización, inhibición, inseguridad, debilidad de voluntad, preocupación por la crítica, vulnerabilidad interna, falta de comunicación por timidez, desconfianza, inseguridad interior, campo de expansión o comunicación reducida, incapacidad para adaptarse adecuadamente a la convivencia con los demás o situaciones nuevas.

VI. RESUMEN

Según los resultados de la evaluación la paciente tiene un coeficiente intelectual Nivel Promedio, lo que significa que se encuentra en condiciones para resolver problemas. Así mismo evidencia depresión moderada, preocupación y pesimismo debido a la exigencia de la madre para que trabaje; reacciona exageradamente a la opinión de los demás, inclinado a culpar a los otros por sus propias dificultades; probablemente un tanto excéntrica, retraída y esquivo, con muchos conflictos internos; por otro lado tiene un carácter de tipo nervioso, trabaja irregularmente y solo con lo que le agrada,

indiferente a la objetividad, siente la necesidad de embellecer la realidad. En cuanto a las habilidades sociales según los resultados se evidencian dificultad en la capacidad para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad, ya que le cuesta expresar su opinión por el temor de poderse equivocar y presentar temor ante situaciones nuevas y de mucha responsabilidad. Presenta poca capacidad en la conducta asertiva frente a desconocidos, así mismo no expresa sus discrepancias ya que decide callarse para evitarse conflictos, presenta poca habilidad para cortar interacciones que no se quiere mantener y expresar peticiones; a su vez presenta dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad interacciones con el sexo opuesto; respecto a la autoestima evidencia vulnerabilidad a la crítica, indecisión por miedo exagerado a equivocarse, insatisfacción, refleja sentimientos adversos hacia sí mismo, calificándose de temerosa, miedosa, propensa a tener simpatía por alguien que lo acepta. Además, proyecta actitud pasiva, introversión, timidez, dificultades de socialización, inhibición, inseguridad, debilidad de voluntad, preocupación por la crítica, vulnerabilidad interna, falta de comunicación por timidez, desconfianza, inseguridad interior, campo de expansión o comunicación reducida, incapacidad para adaptarse adecuadamente a la convivencia con los demás o situaciones nuevas.

CARON AMY HUARCA SULLA

Bachiller en psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: C. M. P.
Edad	: 22 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Hospital de Goyeneche
Fecha de Nacimiento	: 26 de julio del 1994
Lugar de procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior Completa
Ocupación	: Casa
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Lugar que ocupa en la familia	: 2da hija de dos hermanas
Con quien vive	: Con papá, mamá, hermana
Lugar de la consulta	: Centro de Salud Ampliación Paucarpata
Informante	: Paciente, madre.
Fecha de evaluación	: 27-30 de mayo del 2017
Examinadora	: Bachiller, Huarca Sulla Caron Amy

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente acude a Centro de Salud al área de Psicología por presentar insomnio, inseguridad, ansiedad, preocupación, dolores de cabeza y pensamientos estresantes,

ya que piensa en como la puedan calificar las demás personas, de su apariencia física, su presentación personal, su vestimenta, su manera de hablar; así también manifiesta presentar ansiedad, temor al exponerse ante el público y las demás personas o situaciones desconocidas, por lo cual quiere adquirir confianza, seguridad y eliminar la ansiedad, el miedo, la inseguridad que presenta.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- **Entrevista**
- **Observación**
- **Pruebas psicológicas**
 - Test de Inteligencia No Verbal TONI-2, Forma-A
 - Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI)-Versión Abreviada (Mini-Mult) de Dr. S.R. Hathaway y Dr. Mc. Kinley.
 - Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger (versión resumida).
 - Escala de Habilidades Sociales EHS de Elena Gismero Gonzales.
 - Inventario de Autoestima, versión Adultos de Stanley Coopersmith.
- **Prueba Proyectiva**
 - Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 22 años de edad, hija deseada y planificada por ambos padres, de religión católica. Natural de Arequipa, segunda hija de dos hermanas, la madre tuvo un

embarazo tranquilo sin dificultades, nació por parto eutócico, posición cefálica, con atención de un médico, sin complicaciones, nació sana, con un peso de 3.700 kg, color rosado, la madre tenía 33 años de edad y padre 35 años de edad respectivamente. Desarrollo psicomotriz y lenguaje dentro de lo esperado. No tuvo accidentes ni enfermedades significativas durante su infancia y niñez. En cuanto a la escolaridad asistió a nivel inicial a los 3 años de edad, era una niña tímida, tranquila, callada hasta los cinco años de edad; en la primaria y secundaria continúo siendo tímida, callada, no participaba en clase, ni en festividades, aniversarios del colegio, su círculo de amigos era de tres a cuatro personas; en la universidad al empezar la carrera tenía entre 3 a 4 amigos, posteriormente se fue aislando poco a poco; no tuvo repitencias, rendimiento académico regular. Distinguió la diferencia de género a los seis años de edad a través de la profesora; tuvo su primer enamorado a los 16 años de edad con el cual tuvo 8 meses de relación, el cual quería tener algo más con ella, razón por la cual terminaron de buena manera sin peleas ni discusiones, actualmente tiene una pareja sentimental de 23 años de edad, refiere, es alegre, bueno, más hablador, a veces un poco resentido. En cuanto a su recreación y de la vida, frecuentemente realiza manualidades como arigamis, bordados, adornos decorativos, ver televisión y bailar coreografías de cualquier tiempo y género. En cuanto a sus intereses en el aspecto económico encontrar trabajo y ganar dinero suficiente para mantenerse; en el área social, tener más amigos para interactuar, así como ayudar en el futuro cercano a los animales abandonados y/o maltratados, en el aspecto emocional, extinguir el miedo, la ansiedad e inseguridad que presenta. Respecto a la actividad laboral dos años atrás realizó su práctica de un curso de la universidad, por sugerencia de su amiga, en la cual tenía un desenvolvimiento adecuado, sin embargo, tenía una compañera estricta,

perfeccionista, la cual, la hizo sentir incomoda, por lo tanto quería retirarse a la semana, sin embargo tomo la decisión de quedarse, desenvolviéndose adecuadamente, hacía charlas informativas de nutrición y volanteaba folletos en la calle junto con sus demás compañeras de prácticas, aproximadamente durante 6 meses, posteriormente, al ver a diario la directora de su centro de prácticas, se sintió incomoda, ya que pensaba que su trabajo, su desempeño y desenvolvimiento quizá no sería la más adecuada, decidiéndose retirar del lugar de trabajo porque no se sentía a gusto, tenía miedo de que su trabajo no le gustase a su jefa, actualmente se ocupa de las labores domésticas en casa. En cuanto a sus hábitos alimenticios no presenta anormalidad, así como en su vestido, aseo, sin embargo, presenta insomnio en cuanto al sueño, debido a la preocupación el qué dirán de ella las demás personas, no consume ninguna sustancia tóxica ni psicotrópicas. En cuanto a la socialización siempre fue tímida, callada y poco sociable desde la primaria, secundaria y universidad; no experimenta ansiedad en situaciones sociales de familia y antes sus amigas, sin embargo, ante personas desconocidas o situaciones nuevas si presenta ansiedad, sudoración de las manos, agitación, se sonroja, también si lo hace frente a la situación temida lo hace con mucha ansiedad. No realizó servicio militar. Paciente se describe físicamente como una persona normal, se considera no muy atractiva tampoco desagradable; emocionalmente frágil a las críticas y/o calificaciones de los demás, a su vez se califica como antisocial, vulnerable, insegura, miedosa, perezosa, buena, sensible, inteligente, responsable, tranquila, sin embargo se considera autosuficiente de solucionar un problema sin ayuda respectiva de los demás, sea del grupo de amigos o de propia familia ya que piensa que si pide ayuda la calificarán de incapaz. No tuvo accidentes significativos, respecto a las enfermedades hace 5 años

fue diagnosticada de asma por el cual el médico le recetó un inhalador, sin embargo no lo utilizó ya que se sentía bien, así mismo fue diagnosticado de parálisis facial hace un año atrás por el neurólogo, no encontraron causa significativa más allá de estar estresada por estudiar con audífonos, en cuanto a la visión utiliza lentes de aumento por estar mal de la córnea, por otro lado, paciente refiere que hace 7 años atrás le atropellaron su perro, a raíz de ello quedándose en casa una semana por lo ocurrido, desde entonces presenta palpitaciones vasculares leves en ocasiones y eventualmente le salen alergias sin ningún origen aparente. La familia está constituida por padre de 57 años de edad, con secundaria completa, trabaja en vigilancia de domicilios, lo describe como imponente de carácter fuerte, ausente; madre de 55 años de edad, con primaria completa actualmente se ocupa de la casa, lo describe de carácter fuerte, ansiosa, insegura, muy sociable, madura; hermana de 30 años de edad con secundaria completa trabaja en ventas, lo describe como insegura, sociable. Respecto a la dinámica familiar en su momento no fue la más adecuada para la paciente, por lo que el padre se dedicaba a consumir bebidas alcohólicas en exceso, actualmente la relación con la madre es adecuada al igual que con la hermana a diferencia del padre por lo que no existe confianza. Vivienda de material noble, casa de abuelos paternos, cuenta con todos los servicios básicos, económicamente depende del padre. No existen antecedentes psiquiátricos, excepto el consumo de bebidas alcohólicas del padre hace 18 años aproximadamente, evitando ello desde hace 7 años aproximadamente; respecto a la madre fue tratado por depresión por un psicólogo durante tres años esporádicamente recuperándose favorablemente.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente aparenta su edad cronológica, viste adecuadamente y muestra aseo en su apariencia física, regularmente arreglada, sin embargo, se muestra preocupada. En la entrevista inicialmente se le denota nerviosa, en seguida se mostró más tranquila, fue informada de la aplicación de los test evaluados, a lo cual se mostró colaboradora, actitud que fue mantenida de principio a fin de la evaluación. Sus respuestas eran rápidas, comprendiendo las indicaciones para la realización de la evaluación, respondiendo a los ítems de manera reflexiva. Su expresión facial es de tranquilidad, su tono de voz es baja, marcha estable, postura encorvada y en ocasiones erguida, mantiene contacto ocular con la examinadora, presenta lateralidad diestra, tiene conciencia de su problema actual.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados arrojados en los instrumentos, la observación y en la entrevista.

En la esfera Cognitiva.- La paciente presenta un coeficiente intelectual Nivel Promedio, significa que posee la capacidad para aprender y comprender de forma adecuada, por lo que se encuentra en condiciones de resolver un problema, posee una capacidad adecuada de abstracción y raciocinio, habilidades perceptuales adecuados, discriminando correctamente los estímulos, pensamiento con contenido de preocupaciones respecto a la observación y calificación de las demás personas,

evitando subir a carros llenos y tiendas con mucha gente, en cuanto le es posible, por la ansiedad que experimenta ante la mirada de los demás.

En la esfera Afectiva – Emotiva.-Evidencia autoestima baja por lo que presenta vulnerabilidad a la crítica de los demás por ser sensible y emocionalmente frágil a las críticas y /o calificaciones de los demás; indecisión por miedo exagerado a equivocarse, debido a la experiencia negativa que tuvo en la universidad de haber dado su opinión para acumular puntos, equivocándose en la respuesta, por lo cual la amiga tanto sus compañeros no quisieron formar grupo con ella nuevamente, desde entonces evita dar su opinión a pesar de saber la respuesta, preocupación debido a la exigencia de la madre para que trabaje; conflictos internos por inseguridad, propensa a tener simpatía por alguien que lo acepta.

En la esfera Conativa – Volitiva.- La paciente posee motivación de querer extinguir el miedo, la inseguridad que presenta, en cuanto a sus relaciones interpersonales evidencia dificultad en la capacidad para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad, ya que le cuesta expresar su opinión por el temor de equivocarse y presentar temor ante situaciones nuevas; poca capacidad en la conducta asertiva frente a desconocidos, no expresa sus discrepancias ya que decide callarse para evitarse conflictos, presenta poca habilidad para expresar peticiones, ausencia de ansiedad ante personas conocidas, enfrenta situaciones temidas y desconocidas con mucha ansiedad; proyecta rasgos de introversión, timidez, dificultades de socialización, inseguridad, preocupación por la crítica, falta de comunicación por timidez,

desconfianza, inhibición, inseguridad interior, campo de expansión o comunicación reducida.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente de 22 años de edad, presenta nivel promedio de inteligencia, por lo que se encuentra en condiciones de solucionar un problema; evidencia rasgos de introversión, dificultades de socialización, inseguridad, preocupación por la crítica, falta de comunicación por timidez, inhibición, miedo hablar en público, dificultad en la capacidad para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad, indecisión por miedo exagerado a equivocarse, evita carros llenos y tiendas con mucha gente en cuanto le es posible, ausencia de ansiedad ante personas conocidas, enfrenta situaciones temidas y desconocidas con mucha ansiedad, todas estos rasgos especifican, Trastorno de Ansiedad sin Especificación F41.9 según el CIE 10.

VIII. PRONÓSTICO

Pronóstico favorable, ya que acude a consulta psicológica por iniciativa propia y presentar voluntad para superar el miedo, la inseguridad que presenta y contar con el apoyo emocional de su madre.

IX. RECOMENDACIONES

Psicoterapia individual

Orientada para trabajar en la seguridad y confianza de la paciente e instaurar y enriquecer sus relaciones interpersonales.

Psicoterapia familiar

Consejería familiar para reforzar red de soporte familiar, principalmente a nivel emocional.

CARON AMY HUARCA SULLA

Bachiller en psicología

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: C. M. P.
Edad	: 22 años
Sexo	: Femenino
Lugar de Nacimiento	: Hospital de Goyeneche
Fecha de Nacimiento	: 26 de julio del 1994
Lugar de procedencia	: Arequipa
Grado de Instrucción	: Superior Completa
Ocupación	: Casa
Estado civil	: Soltera
Religión	: Católica
Lugar que ocupa en la familia	: 2da hija de dos hermanas
Con quien vive	: Con papá, mamá, hermana
Lugar de la consulta	: Centro de Salud Ampliación Paucarpata
Informante	: Paciente, madre.
Fecha de evaluación	: 27-30 de mayo del 2017
Examinadora	: Bachiller, Huarca Sulla Caron Amy

II. DIAGNÓSTICO

Paciente de 22 años de edad, presenta nivel promedio de inteligencia, por lo que se encuentra en condiciones de solucionar un problema; evidencia rasgos de

introversión, dificultades de socialización, inseguridad, preocupación por la crítica, falta de comunicación por timidez, inhibición, miedo hablar en público, dificultad en la capacidad para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad, indecisión por miedo exagerado a equivocarse, evita carros llenos y tiendas con mucha gente en cuanto le es posible, ausencia de ansiedad ante personas conocidas, enfrenta situaciones temidas y desconocidas con mucha ansiedad, todas estos rasgos especifican, Trastorno de Ansiedad sin Especificación F41.9 según el CIE 10.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Reducir y controlar la ansiedad que presenta.
- Identificar la apreciación que tiene de sí misma para fortalecer su autoestima y autoconcepto.
- Analizar sus actitudes y comportamientos para mejorar en sus relaciones interpersonales.

IV. DESCRIPCION DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

PRIMERA SESIÓN: RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON	
Objetivo	Enseñar a la paciente a relajar los músculos tensionados para disminuir el estado de ansiedad.
	Se instruye de la siguiente manera:

Desarrollo de la técnica	<p>Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón lo más cómodamente, libre de todo objeto para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.</p> <p>1º FASE: Tensión-relajación.</p> <p>Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (se repite cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):</p> <ul style="list-style-type: none"> · Frente: Arruga unos segundos, focalice toda la tensión y relaje lentamente. · Ojos: Abra ampliamente, focalice toda la tensión y cierre los ojos lentamente. · Nariz: Arrugar unos segundos, focalice toda la tensión y relaja lentamente. · Boca: Sonreír ampliamente, focalice toda la tensión, relaja lentamente. · Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, focalice toda la tensión, relaje lentamente. · Mandíbula: Presione los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaje lentamente. · Labios: Arrugue los labios como para dar un beso, focalice toda la tensión y relaje lentamente.
---------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none">· Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, focalice toda la tensión, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, focalice toda la tensión, vuelve a la posición inicial lentamente.· Hombros y cuello: Eleve los hombros presionando contra el cuello, focalice toda la tensión, vuelve a la posición inicial lentamente. <p>Relajación de brazos y manos.</p> <ul style="list-style-type: none">· Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaje lentamente <p>Relajación de piernas:</p> <ul style="list-style-type: none">· Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaje lentamente. <p>2ª FASE: repaso.</p> <p>Repace mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.</p> <p>3ª FASE: relajación mental.</p> <p>Finalmente, se le dice a la paciente piense en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja tu mente en blanco.</p>
--	--

	Al concluir la sesión se le pregunta su experiencia y se recalca su importancia, así mismo se le indica que practique cada vez que experimente una situación de ansiedad.
Materiales	Un sillón
Tiempo	45 minutos

SEGUNDA SESIÓN: ADIESTRAMIENTO DE ACTITUD POSITIVA “El espejo autovaloración”	
Objetivo	Lograr que la paciente tenga conciencia de su propia imagen e identifique sus virtudes.
Desarrollo de la técnica	<p>Para el inicio de la sesión se le invita ponerse cómoda, luego se le entrega una caja forrada con papel de regalo y se le dice que dentro de ella hay lo máspreciado de este mundo, en el cual al abrir la caja encontrará un espejo, se le pregunta ¿qué es lo que hay dentro?, la paciente responderá yo, en caso de que responda un espejo se le preguntara ¿y que hay dentro del espejo?</p> <p>En seguida se hace las siguientes preguntas ¿Qué ves en el espejo? ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo? ¿Qué virtudes tiene esa persona? ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona? ¿Si pudieras cambiar, cambiarias algo de esa persona?</p>

	En base a estas preguntas se le hace ver todos los aspectos positivos que tiene y se recalca que estas son sus herramientas para enfrentar sus dificultades, como por ejemplo la ansiedad, el temor, sus miedos. También se sugiere practicarlo en casa.
Materiales	Silla, espejo, caja, papel de regalo.
Tiempo	45 minutos

TERCERA SESIÓN: BIBLIOTERAPIA	
Objetivo	Que la paciente modifique sus actitudes y comportamientos.
Desarrollo de la técnica	<p>El libro para leer “amarse así mismo” de Walter Riso.</p> <p>Se le recomienda leer este libro para que la paciente pueda interiorizar algunos aspectos importantes de este libro como por ejemplo el autoconcepto, la autoestima.</p> <p>Se inicia la sesión pidiendo al paciente su resumen, para luego analizar los puntos a fines y resaltar la importancia del amor propio y como esta repercute en su vida personal, familiar y en sus relaciones sociales.</p>
Materiales	Silla, libro, hoja y lapicero.
Tiempo	45 minutos

CUARTA SESIÓN: TERAPIA RACIONAL “La persuasión”	
Objetivo	Ayudar a la paciente a razonar sobre sus problemas buscando los aspectos positivos.

Desarrollo de la técnica	<p>Antes de iniciar con la siguiente técnica se pregunta a la paciente cuantas veces se ha presentado una situación de ansiedad en las que ha puesto en práctica la sesión anterior y la experiencia que ha tenido.</p> <p>Luego se le explica a la paciente que existen dos formas de actuar: una sentimental – lógica y otra sentimental irracional, dejándose llevar por los sentimientos. Se recalca que es preciso interactuar con la razón ya que solo los niños actúan afectivamente porque aún no han madurado emocionalmente.</p> <p>A continuación se procede a realizar una conversación cordial, amigable, se ayuda a la paciente a reflexionar utilizando argumentos lógicos para lograr un cambio en los pensamientos negativos hacia sí misma.</p>
Materiales	Una silla
Tiempo	30 minutos

QUINTA SESIÓN: EJERCICIO DE HABILIDADES SOCIALES	
Objetivo	Lograr que la paciente reflexione sobre su comportamiento y sus relaciones sociales con los demás.
	<p>Se procede de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Piensa en un grupo de amigos conocidos con quienes te sientes segura y tranquila; otro en el que te sientas nerviosa y angustiada. Luego se pide a la paciente que escriba en un

Desarrollo de la técnica	<p>folio: “Con esta gente me siento segura porqué..., lo mismo con el grupo de gente en el que te sientes nerviosa. Se dice, al terminar este ejercicio podrás ver que no nos comportamos con toda la gente que conocemos de igual forma y puedes pensar si quieras mejorar la forma en que te relacionas con tus amigos, padres y otras personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Supongamos que vas a una reunión donde te encuentras con tu amiga que hayas discutido un día antes. ¿Qué haces? <ol style="list-style-type: none"> a. te vas de la reunión. b. Le pides que se vaya c. Le ignoras. d. Tratas de conciliar. · Siguiendo con tu respuesta anterior, reflexiona si esa actitud es la más adecuada y por qué.
Materiales	Silla, folio y lapicero.
Tiempo	45 minutos

SEXTA SESIÓN: ADIESTRAMIENTO DE ACTITUD POSITIVA “Actuación frente a situaciones concretas””	
Objetivo	Poner al paciente frente a situaciones concretas imaginarias y que actué.
	Decirle:

Desarrollo de la técnica	<p>Imagínese que está en una cola para pagar al banco, y se mete alguien, hable.</p> <p>Imagínese que está en una combi llena y le empujan, hable.</p> <p>Imagínese que tiene un problema familiar y necesita ayuda, hable.</p> <p>Imagínese que se encuentra con una ex compañera de tu centro de prácticas en la calle, hable.</p> <p>Imagínese que está en una clase de debate sobre el maltrato a los animales, hable.</p> <p>Imagínese que está en un auditorio y usted tendrá que hablar sobre la violencia familiar, hable.</p> <p>Imagínese que está en una entrevista de trabajo y le preguntan que sabe hacer usted y porque la tendrían que contratar, hable.</p>
Materiales	Silla.
Tiempo	45 minutos

SEXTIMA SESIÓN: CONSEJERIA FAMILIAR	
Objetivo	Fortalecer la relación entre sus miembros y encuentren maneras constructivas de ayudarse mutuamente para resolver los problemas que comparten.
	Se les compromete a los familiares para que puedan acudir a consulta.

Desarrollo de la técnica	Se le hablará sobre el estado de la paciente y las medidas que tendrían que tomar en casa en situaciones de crisis, así también se concientizó acerca del rol que asumen cada una de ellas en la mejora de la paciente.
Materiales	Silla.
Tiempo	45 minutos

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Se ejecutó todas las sesiones programadas del plan Psicoterapéutico una sesión por semana.

VI. AVANCES TERAPÉUTICOS

- Se logra disminuir la ansiedad y el temor de expresarse ante personas desconocidas.
- Emocionalmente se muestra optimista, con confianza y seguridad de sí misma.
- Va mejorando en sus relaciones interpersonales.
- Muestra voluntad para emprender una carrera técnica y a su vez de enfrentar día a día sus miedos extinguiendo una por una.

CARON AMY HUARCA SULLA

Bachiller en psicología

TONI-2		Sección I. Datos de Identificación												
Test of Nonverbal Intelligence		Nombre del examinado: <u>E. M. P.</u>												
FORMA A HOJA DE RESPUESTAS Y FORMA DE REGISTRO		Nombre del padre o tutor del examinado: _____												
Sección II. Perfil de los resultados de la Prueba		Colegio: _____ Grado: _____												
TONI-2 COCIENTE		Nombre del Examinador: <u>Caron A. Huarcia Sulla</u>												
RESULTADOS DE OTRAS MEDIDAS		Título del Examinador: _____												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>2017</u></td> <td><u>05</u></td> <td><u>30</u></td> </tr> <tr> <td><u>1994</u></td> <td><u>07</u></td> <td><u>26</u></td> </tr> <tr> <td><u>--22</u></td> <td><u>10</u></td> <td><u>04</u></td> </tr> </tbody> </table>		Año	Mes	<u>2017</u>	<u>05</u>	<u>30</u>	<u>1994</u>	<u>07</u>	<u>26</u>	<u>--22</u>	<u>10</u>	<u>04</u>
Año	Mes													
<u>2017</u>	<u>05</u>	<u>30</u>												
<u>1994</u>	<u>07</u>	<u>26</u>												
<u>--22</u>	<u>10</u>	<u>04</u>												
		Sección IV. Condiciones de Evaluación												
		¿Quién refirió al sujeto? _____												
		¿Cuál fue el motivo de referencia? _____												
		¿Con quién se discutió la referencia del examinado? _____												
		Por favor describa las condiciones de evaluación para el TONI - 2 completando o revisando las categorías expuestas debajo.												
		Administración Grupal (G) ó Individual (I) <u>I</u>												
		Variables de Ubicación: Interferente (I) ó No interferente (N)												
		Nivel de ruido <u>N</u>												
		Interrupciones, distracciones <u>I</u>												
		Luz, temperatura <u>N</u>												
		Privacidad <u>N</u>												
		Otros _____												
		Variables de Evaluación: Interferente (I) ó No interferente (N)												
		Comprensión del contenido de la prueba <u>N</u>												
		Comprensión del formato de la prueba <u>N</u>												
		Nivel de Energía <u>N</u>												
		Actitud frente a la prueba <u>N</u>												
		Salud <u>N</u>												
		Rapport <u>N</u>												
		Otros _____												
Sección III. Datos de Pruebas adicionales														
Nombre _____ Fecha de aplicación _____ Cociente equiv. _____														
1. _____														
2. _____														
3. _____														
4. _____														
5. _____														

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

Techno T

Section VIII. Score Summary

15 Basal Item #

30

2- Number of Correct Responses Between Basal Item and Ceiling Item # _____

+ 8

3.- Total Raw Score

- 38

Section IX. Interpretation and Recommendations

La Evaluada obtuvo un puntaje cuantificable de Q:99, 47% asignandole la categoría Nivel Promedio de Inteligencia, por lo que se encuentra en la capacidad de aprender y comprender de forma adecuada, lo que significa que esta en condiciones para resolver problemas.

Were the results of the TONI-2 interpreted to the:

subject? _____ If yes, by whom? _____

subject's parent/guardian (if appropriate)? _____ If yes, by whom? _____

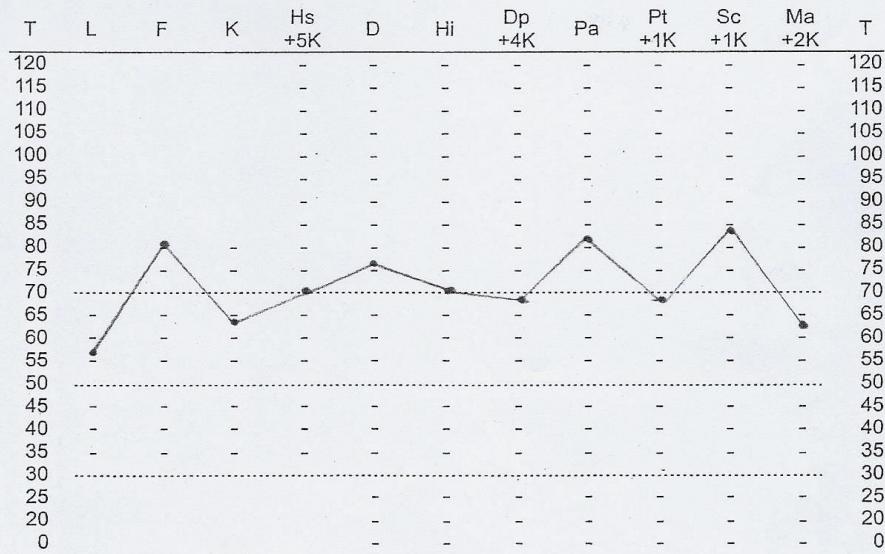
Were the results of the TONI-2 used in a staffing, IEP meeting, or other planning conference? If yes, please attach a copy of the results and recommendations of that meeting to this form.

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: <i>Casa M. P.</i>	Edad: <i>22</i>				
Estado Civil: <i>Soltera</i>	Grado de Instrucción: <i>Superior Completo</i>				
Ocupación: <i>Casa</i>	Fecha de Examen: <i>30/08/2017</i>				
1. <input checked="" type="checkbox"/> F	13. V <input checked="" type="checkbox"/>	25. V <input checked="" type="checkbox"/>	37. V <input checked="" type="checkbox"/>	49. <input checked="" type="checkbox"/> F	61. <input checked="" type="checkbox"/> F
2. <input checked="" type="checkbox"/> F	14. V <input checked="" type="checkbox"/>	26. V <input checked="" type="checkbox"/>	38. V <input checked="" type="checkbox"/>	50. V <input checked="" type="checkbox"/>	62. V <input checked="" type="checkbox"/>
3. V F	15. <input checked="" type="checkbox"/> F	27. V <input checked="" type="checkbox"/>	39. <input checked="" type="checkbox"/> F	51. <input checked="" type="checkbox"/> F	63. <input checked="" type="checkbox"/> F
4. V <input checked="" type="checkbox"/>	16. V <input checked="" type="checkbox"/>	28. <input checked="" type="checkbox"/> F	40. V <input checked="" type="checkbox"/>	52. V <input checked="" type="checkbox"/>	64. V <input checked="" type="checkbox"/>
5. V <input checked="" type="checkbox"/>	17. <input checked="" type="checkbox"/> F	29. <input checked="" type="checkbox"/> F	41. V <input checked="" type="checkbox"/>	53. V <input checked="" type="checkbox"/>	65. <input checked="" type="checkbox"/> F
6. <input checked="" type="checkbox"/> F	18. <input checked="" type="checkbox"/> F	30. <input checked="" type="checkbox"/> F	44. <input checked="" type="checkbox"/> F	54. V <input checked="" type="checkbox"/>	66. <input checked="" type="checkbox"/> F
7. <input checked="" type="checkbox"/> F	19. V <input checked="" type="checkbox"/>	31. <input checked="" type="checkbox"/> F	43. <input checked="" type="checkbox"/> F	55. <input checked="" type="checkbox"/> F	67. <input checked="" type="checkbox"/> F
8. <input checked="" type="checkbox"/> F	20. V <input checked="" type="checkbox"/>	32. <input checked="" type="checkbox"/> F	44. <input checked="" type="checkbox"/> F	56. <input checked="" type="checkbox"/> F	68. <input checked="" type="checkbox"/> F
9. <input checked="" type="checkbox"/> F	21. <input checked="" type="checkbox"/> F	33. <input checked="" type="checkbox"/> F	45. V <input checked="" type="checkbox"/>	57. <input checked="" type="checkbox"/> F	69. V <input checked="" type="checkbox"/>
10. <input checked="" type="checkbox"/> F	22. <input checked="" type="checkbox"/> F	34. V <input checked="" type="checkbox"/>	46. <input checked="" type="checkbox"/> F	58. <input checked="" type="checkbox"/> F	70. <input checked="" type="checkbox"/> F
11. V <input checked="" type="checkbox"/>	23. <input checked="" type="checkbox"/> F	35. V <input checked="" type="checkbox"/>	47. <input checked="" type="checkbox"/> F	59. V <input checked="" type="checkbox"/>	71. V <input checked="" type="checkbox"/>
12. V <input checked="" type="checkbox"/>	24. <input checked="" type="checkbox"/> F	36. <input checked="" type="checkbox"/> F	48. <input checked="" type="checkbox"/> F	60. V <input checked="" type="checkbox"/>	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	6	4	8	11	13	8	8	11	12	7
Puntaje Equivalente	6	16	10	18	33	30	23	19	27	35	20
Añadir K			10	5			4		10	10	2
Puntaje Directo Corregido	6	16	20	23	33	30	27	19	37	45	22
Puntaje T	56	80	64	70	76	70	69	82	69	84	63

DIAGNÓSTICO:

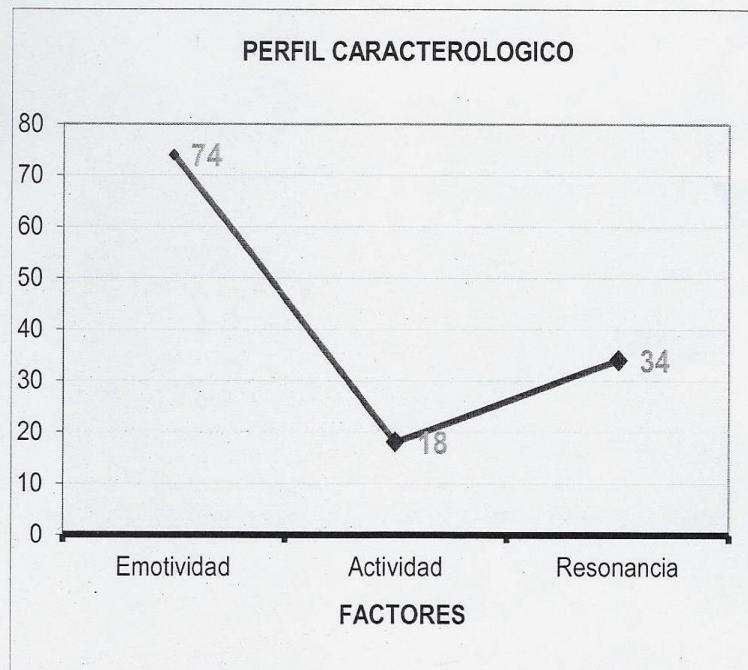


CUESTIONARIO CARACTEROLOGICO DE GASTON BERGER

APELLIDOS M.P.
 NOMBRE C
 EDAD 22 FECHA 27/05/2017
 INSTRUCCIÓN Superior Completo
 EXAMINADOR Bachiller, Caron Amy Huarca Sulla

AREA	PUNTAJE	Ψ TIPO CARACTEROLOGICO
EMOTIVIDAD	74	NERVIOSO
ACTIVIDAD	18	
RESONANCIA S/P	34	

Ψ LECTURA POR FACTORES	Ψ FORMULA CARACTEROLOGICA
EMOTIVO NO ACTIVO PRIMARIO	ENAP



Diagnóstico: Humor variable, trabaja irregularmente y solo con lo que le agrada, indiferente a la objetividad, siente la necesidad de embellecer la realidad.

E | H | S

Nombre y apellido	C. M. Q.
Centro	
Edad	22
Fecha	30/10/11
Sexo	F

PERFILE

SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA
LUEGO SE SUMARÁN LAS PUNTUACIONES DE TODAS LAS ESCALAS PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN GLOBAL

Centil	I	II	III	IV	V	VI	Glo	Cantil
99	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 1
95	□	□	□	□	□	□	05	4 (2) 3 4
90	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
85	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
80	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
75	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
70	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
65	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
60	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
55	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
50	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
45	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
40	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
35	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
30	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
25	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
20	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
15	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
10	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
5	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1
1	□	□	□	□	□	□	03	4 (3) 2 1

Edita TIA Ediciones, S.A. [Logo]
Copyright © 2000 by TIA Ediciones S.A. - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.
Autor: Dr. Luis González González

Centil 12

PD 13

PO 12

PD GLOBAL 78

Centil	I	II	III	IV	V	VI	Glo	Cantil
11	12	12	33	58	29	45	29	12
10	13	13	13	13	13	13	13	12
9	13	13	13	13	13	13	13	12
8	13	13	13	13	13	13	13	12
7	13	13	13	13	13	13	13	12
6	13	13	13	13	13	13	13	12
5	13	13	13	13	13	13	13	12
4	13	13	13	13	13	13	13	12
3	13	13	13	13	13	13	13	12
2	13	13	13	13	13	13	13	12
1	13	13	13	13	13	13	13	12

Centil	I	II	III	IV	V	VI	Glo	Cantil
11	12	12	33	58	29	45	29	12
10	13	13	13	13	13	13	13	12
9	13	13	13	13	13	13	13	12
8	13	13	13	13	13	13	13	12
7	13	13	13	13	13	13	13	12
6	13	13	13	13	13	13	13	12
5	13	13	13	13	13	13	13	12
4	13	13	13	13	13	13	13	12
3	13	13	13	13	13	13	13	12
2	13	13	13	13	13	13	13	12
1	13	13	13	13	13	13	13	12

Consulte los baremos del Manual para interpretar las puntuaciones (PD) de la derecha y anote aquí arriba las puntuaciones cantiles que ha obtenido, finalmente, el perfil en cantiles para disponer de una visión general de las habilidades sociales del sujeto.

**INVENTARIO DE AUTOESTIMA ORIGINAL
FORMA ADULTOS - COOPERSMITH**

**COOPERSMITH
ADULTOS**

Hoja de Respuestas

Nombre: E.M.P.

Sexo: M

Ocupación: Gra

Edad: 22

Fecha de Nacimiento: 26/06/1994

Fecha de hoy: 30/05/17

Examinador: Cajon Amy Huarca Sotila



1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	9	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	17	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	10	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	18	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	11	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	19	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	12	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	20	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	13	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	14	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	15	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	16	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
						25	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>



ÁREA:	L	SM	SOC	H	AG
	0	3	1	1	5
Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

