



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO SOBRE EL
CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA
ADOLESCENTE DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA – AYAVIRI, 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ADICCIONES CON
ENFOQUE DE GÉNERO**

MARGARITA VERA HUIRSE

LIMA – PERÚ

2024

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

Vocal

Mg. Esther Yaya Castañeda

Secretaria

Lic. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

ASESORA DE TRABAJO ACADÉMICO

Lic. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

DEDICATORIA

Mi logro va dedicado a la memoria de mis padres, en especial a la que fue mi linda madrecita, a mis hermanos por seguir todos unidos y por el constante apoyo de mi hermana Elsa no sólo hasta conseguir mi objetivo, sino para continuar en la labor como profesional apoyando a la humanidad.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por ser mi fortaleza, por prestarme la vida, por darme la salud tanto física, psíquica y por ser mi guía constante en el camino que profeso.

Doy gracias al Ministerio de Salud, ya que a través de ello tengo la oportunidad de ampliar más mis capacidades como profesional y poder servir a mi institución a través de las atenciones al ser humano que lo requiera.

Dar gracias a la Universidad Cayetano Heredia por esta oportunidad de poder especializarme en adicciones con enfoque de género.

Dar gracias por el constante apoyo a mi asesora Jennifer Denisse Carrasco Tacuri, a fin de culminar este trabajo académico.

ESTUDIO DE CASO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNA ADOLESCENTE DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA – AYAVIRI, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	1%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

Jennifer Denisse Carrasco Tacuri
Asesora

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
7	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	vsip.info Fuente de Internet	<1%

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Identificación y planteamiento del problema	1
1.2. Descripción del caso	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Revisión teórica de las variables	7
2.2. Antecedentes	17
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN	24
3.1. Técnica o métodos de evaluación:	24
3.2. Instrumentos de evaluación:	25
3.3. Procedimiento de evaluación	29
3.4. Presunción diagnóstica del estudio caso:	32
3.5. Resultados obtenidos	33
CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN	36
4.1. Problema delimitado.	36
4.2. Objetivos de la intervención	36
4.3. Técnicas	36

4.4.	Ejecución: descripción del plan de intervención	38
4.5.	Indicadores de logro	41
4.6.	Monitoreo y evaluación de la intervención	44
	DISCUSIÓN	43
	CONCLUSIONES	47
	RECOMENDACIONES	49
	LIMITACIONES	50
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	51
	ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Área emocional	33
Tabla 2: Área de consumo de alcohol	35
Tabla 3: Número de sesiones terapéuticas	38
Tabla 4: Sesión terapéutica 1	39
Tabla 5: Indicadores de logro	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Procedimiento de atención para la usuaria

30

RESUMEN

El presente “Estudio de caso sobre el consumo de alcohol en una adolescente de una Institución Educativa - Ayaviri, 2019”; tuvo como objetivo disminuir el consumo de alcohol en la evaluada de una Institución Educativa de Ayaviri.

Para la recopilación de información del estudio, se utilizó el cuestionario de autoestima de Coopersmith y el Test de Identificación de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT).

Al inicio presentó problemas de probable dependencia en su consumo de alcohol y con una autoestima diferenciada en las cuatro áreas; siendo su autoestima baja en las áreas del hogar y escuela. Se programó como apoyo sesiones terapéuticas, las cuáles dieron como resultado, en su persona, saber afrontar y eliminar las situaciones negativas del consumo de alcohol y creencias negativas, reforzando su autoestima de manera positiva. Llegó a dominar las relaciones negativas de su entorno escolar y superó las deficiencias en su hogar con el apoyo de su familia; así como en el consumo de alcohol ya no hay dependencia. Se esforzó por ser apoyo para otras adolescentes consumidoras de alcohol, incentivando a recibir apoyo profesional.

Palabras clave: adolescente, autoestima, consumo de alcohol.

ABSTRACT

The present "Case study on alcohol consumption in an adolescent from an Educational Institution - Ayaviri, 2019"; the objective was to reduce alcohol consumption in the evaluated Educational Institution of Ayaviri.

For the collection of study information, the Coopersmith self-esteem questionnaire and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) were used.

At the beginning, he presented problems of probable dependence on his alcohol consumption and with differentiated self-esteem in the four areas; his self-esteem being low in the areas of home and school. Therapeutic sessions are scheduled as support, which resulted, in his person, knowing how to face and eliminate negative situations of alcohol consumption and negative beliefs, reinforcing his self-esteem in a positive way. He manages to master the negative relationships in his school environment and overcomes the deficiencies at home with the support of his family; as well as in the consumption of alcohol there is no longer dependence. She strives to be a support for other adolescent alcohol consumers, encouraging them to receive professional support.

Keywords: adolescent, self-esteem, alcohol consumption.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Identificación y planteamiento del problema

Este trabajo se inició con propósito de conocer en adolescentes el consumo en lo que respecta las bebidas alcohólicas, incrementándose de forma alarmante, esta información se manifestó con continuidad en las Instituciones de educación secundaria, por lo que el MINSA indicó en el 2017, se atendieron a 22 niños de 10 y 11 años por tener casos de alcohol, seguido de 324 adolescentes entre 12 a 14 años y por último 765 jóvenes entre 15 a 17 años, es decir, un total de 1111 menores de edad (Perú 21, 2017). El consumo de alcohol y drogas fue un indicador de prevalencia creciente a nivel mundial, DEVIDA publicó que el ingerir las bebidas alcohólicas entre jóvenes de la región Puno aumentó paulatinamente de 0,5% en 2012 a 2,7% en 2016, lo que se registró en su conjunto en la población de 12 a 18 años (Diario sin fronteras, 2017). En el 2014 mostraron que la ingesta de alcohol subió gradualmente en los estudiantes de 12 a 17 años, sugiriendo que un mayor consumo de alcohol, ocasionaría problemas de conducta, violencia y embarazo no deseado (Vollatoro et al., 2014).

En lo referido a la sumisión de alcohol, se dio dos definiciones: la dependencia psicológica y física. La búsqueda de la materia se dio en la primera muestra, y de la misma manera los patrones de uso patológico, respecto a los efectos en lo físico de los varios casos de uso de alcohol se dio en la segunda (Ugarte et al., 2014). La población de adolescentes que se ubicaron en los últimos grados del nivel secundario, sintieron ser personas adultas, desearon realizar con su vida, lo que ellos

creyeron conveniente, pudiendo integrarse a un hábito muy dañino del consumo de alcohol, el acceso a la ingesta de alcohol cada vez se va incrementando, a pesar de la prohibición de venta a menores de edad.

La adolescencia se consideró una etapa en formación, en esta fase la autoestima disminuyó. Este episodio narra las experiencias de eventos actuales y, a veces, estresantes que desafiaron la visión durante la adolescencia. La autoestima de los jóvenes fue un factor importante que los afectó psicológica y socialmente. Así, la baja autoestima o autoestima en jóvenes se asoció a varios síntomas psicopáticos. En cuanto a la baja autoestima conlleva a los jóvenes el ingerir alcohol, la baja autoestima también se asocia al desarrollo de ingerir alcohol y drogas (OMS, 2016).

La OMS se refirió a: la salud física, social y sobre todo mental, manteniendo el estado de integridad física, psíquica y social en un factor protector muy importante contra los trastornos alimentarios, es decir, una autoestima saludable reduciendo significativamente el riesgo de consumir drogas peligrosas o sustancias psicoactivas, comportamiento sexual de riesgo.

En lo que respecta al uso de sustancias que son adictivas como el alcohol actualmente fue un fenómeno muy complejo, cuyo efecto fue un problema para la salud humana. Además de ser un problema global, sus raíces también incluyeron determinantes y circunstancias culturales (Musayón et al., 2005).

La ingesta de alcohol actualmente fue el 3er. factor-riesgo de morbilidad a nivel mundial; número uno en Pacífico Occidental, el factor de riesgo número dos en todo Europa, el maltrato infantil y el ausentismo laboral que confirmó la (OMS,

2016)

Cutipé (2014), “Director de Salud Mental del MINSA” resaltó en 2014 el número de casos es de 1062 estos con trastornos alimenticios en lo que respecta a nivel general. Pero en el año 2016, alcanzaron de 2,258 y estos 743 son anorexia, 395 casos de bulimia, cerca de 25 casos examinados en las regiones de nuestro país. 2 de cada 3 suicidios se deben a baja autoestima o depresión, mientras que el resto se debió a problemas específicamente la violencia doméstica.

En cuanto a los estudios epidemiológicos, la investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado”, conceptualizó que el 8,6% de los adolescentes limeños presentaron episodios de depresión con la autoestima muy baja, mientras que los trastornos de ansiedad fueron comunes en el 7,8% de los adolescentes ayacuchanos, y el 5,8% de Puno, presentaron problemas de conducta asociados a la ingesta de alcohol, en cada 8 niños o en la etapa adolescente uno puede tener este problema (MINSA, 2012).

La ingesta de alcohol en el Perú se volvió en una grave adicción, en los escolares del nivel secundario, es por ello el informe del IV Estudio (DEVIDA, 2012) en estudiantes del nivel secundario 2012.

DEVIDA (2016), informó que en la región de Puno, por 10 en la etapa adolescente, 04 tuvieron una prevalencia de ingesta de drogas, alcohol, indicador que pudo sucesivamente aumentarse.

En el departamento de Puno, esencialmente en la ciudad de Ayaviri,

considerada la capital ganadera del Perú, con una población de 22.667 en 2007 y una densidad poblacional de 22,4. Ayaviri celebra cada año la fiesta patronal de la “Virgen de Alta Gracia” desarrollándose entre el 4 al 17 de setiembre. La fiesta religiosa inició con la entrada de cirios del alferado. Se mencionó algo de las festividades de Ayaviri y las costumbres que tuvieron los pobladores, se continuó con el desarrollo de la ingesta de alcohol de los adolescentes, en especial se siguió señalando, como ellos se dedicaron a este consumo espirituoso.

En Ayaviri, según la manifestación de docentes y autoridades, que los alumnos del nivel dieron muestra o signos de estado de ebriedad, sin importar el actuar causando el desorden, y muchos de ellos no asistieron a sus clases a causa del consumo de alcohol, también asistieron a estas fiestas patronales.

Estos casos que se trató no son los únicos que se ha descubierto dentro de esta Institución Educativa Secundaria de Ayaviri, cabe decir que en los otros colegios de Ayaviri también existieron casos, sino que los profesores los derivaron a la DEMUNA o caso contrario son expulsados de sus instituciones debido a que no pudieron corregir dichas conductas negativas de los adolescentes.

La ingesta de bebidas alcohólicas no solo está nominado la ingesta de alcohol, su presencia estuvo en todas las actividades de celebraciones y eventos sociales, con fines de recreación, juego y distracción; acompañado del ocio, la tristeza, angustia y en lo anímico, este tipo de conductas es muy común en los adolescentes, es por ello que una vez conocido los efectos que pudo causar su organismo, siguieron consumiendo en repetidas ocasiones, y esto hizo costumbre a diario en los

adolescentes, por ello que el consumo motivó a los adolescentes se vuelvan más agresivos.

En este marco, el interés se dirigió a mostrar el nivel de autoestima que presentaron las mujeres adolescentes ocasionado por diferentes motivos, incluyendo la ingesta de consumo de bebidas alcohólicas, irrumpió la prolongación de sus estudios, por lo que muchos de los adolescentes no asistieron a sus sesiones de clase, a consecuencia del consumo de alcohol, también este problema produjo un riesgo de tener relaciones sexuales sin protección, de forma irresponsable.

El presente estudio de caso se centró en analizar el consumo de bebidas alcohólicas en una institución educativa de la ciudad de Ayaviri. Este análisis permitió obtener un conocimiento detallado sobre los patrones de consumo de alcohol de la evaluada y de dicha institución. A partir de estos hallazgos, se trató de recurrir a las autoridades competentes para que tomen medidas y diseñen estrategias efectivas con el objetivo de disminuir y eventualmente eliminar el problema del consumo de alcohol entre los jóvenes.

1.2. Descripción del caso

La evaluada quien cursó el 4to° nivel secundario de una Institución Educativa de la ciudad de Ayaviri fue traída por su madre, manifestando que en varias oportunidades salió de su hogar para encontrarse con amigos conocidos, desconociendo el lugar donde la evaluada se reunía y donde se dedicó al consumo de alcohol. Esto preocupó a su madre, desconociendo el motivo de su consumo, y además siendo su única hija mujer; fue necesario el apoyo de su familia lo que

conllevó a no fracasar en sus estudios y relaciones familiares. Además, la evaluada no reflejó una buena relación familiar con su hermano mayor, con quien existió un vínculo negativo al presentar una relación de indiferencia entre ambos. En tal sentido la evaluada prefirió no permanecer en su domicilio por no encontrarse con su hermano, quién en una oportunidad la castigó, por no preparar el almuerzo y ante este castigo prefirió no permanecer en el hogar toda vez que llegaba del colegio, esto sucedió en ausencia de la madre, ya que salía a trabajar en las ferias, llevando la economía por no tener solvencia económica buena para sus dos hijos. Su madre desconoció el castigo del hermano hacia su hermana, y también desconoció el motivo por el cual no se hablaban. La evaluada reflejó falta de confianza con su madre. Madre e hija viven en el segundo piso y su hermano varón estudiante vive en el tercer piso. Padre de sus hijos estuvo ausente por el momento, trabajaba muy lejos. Y por los problemas psicológicos de la evaluada, presencia de alcohol y autoestima baja, su madre la trajo en esa oportunidad, para que reciba apoyo psicológico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Revisión teórica de las variables

2.1.1. *Adolescencia*

Esta etapa de adolescencia se dio inicio a los 12 años hasta 20 años, se evidencia en los cambios fisiológicos, la adolescencia fue el grupo etario que logró el más alto grado intelectual, En la región prefrontal, la materia gris aumentó a los 11 años en las mujeres y disminuyó a los 12 años en los hombres, lo que reflejó nuevas sinapsis. Este evento se llamó ramificación neuronal y aumentó la eficiencia de las conexiones neuronales.

2.1.2. *Cambios en la adolescencia*

Se produjo frecuentes cambios físicos y psicológicos los que se dio inicio con la pubertad y terminó con el cese del crecimiento.

2.1.2.1. Cambios físicos

Emergió a través de las transformaciones puberales. Iniciando este periodo ocurrieron cambios hormonales, que se evidenció o se generó el desarrollo de características sexuales secundarias, es decir, aumento de dimorfismo sexual.

2.1.2.2. Cambios mentales

Respecto a estos cambios, cognitivamente se dio por la forma de desarrollar un pensamiento imaginario, tuvieron la capacidad de pensar diferentes procesos. Por consiguiente, no fue continua el logro de todos los sujetos, fue dependiente del apoyo en lo cultural y educacional, existió un control interno del comportamiento, en lo que respecta al razonamiento autónomo.

2.1.2.3. Cambios psicosociales

Respecto a los cambios psicosociales fueron variaciones, que modifican el pensamiento, emociones, y sobre la conducta de los adolescentes, fue un cambio del nuevo yo, es decir una transformación en esta etapa de vida.

2.1.3. Autoestima

Fue una etapa psíquica vinculada al ser humano. Aristóteles aplicó el término para denotar "amor propio" y William James exploró la división del yo en "Yo sé" y "Yo sé", iniciando un fenómeno psicológico que luego fue la fórmula de un éxito personal.

2.1.3.1. Componentes de la autoestima

Se detalla lo siguiente:

El auto concepto: Fue el aspecto valioso que se fundamentó la autoestima, se refirió a toda creencia que tiene uno mismo.

El auto respeto: Fue cuando uno se quiere a sí mismo, consideró que se respeta a sí mismo.

El autoconocimiento: Fue el fundamento que generó una evaluación y valoración objetiva de sí mismo.

La autoevaluación: Fue el proceso que las personas identificaron sus fortalezas, valoraron sus propios resultados.

Auto aceptación: Fue cuando se asumió los pensamientos propios, sentimiento y conducta realista.

2.1.3.2. Tipos de autoestima

En cuanto al tipo de autoestima se pudo considerar dos:

Autoestima positiva: Fue el impulso que todos necesitamos para conseguir el objetivo que nos trazamos, esto mediante la propia aceptación personal, el cual nos ayudó a formar expectativas constructivas.

Autoestima negativa: Fue cuando la persona no se quiso así misma, no deseó quererse como tal, sentirse mal con su personalidad, se encuentra insatisfecho y decepcionado de sí misma. (Barrientos U., 2003).

2.1.3.3. Niveles de Autoestima según S. Coopersmith:

Autoestima Alta: La persona creyó conscientemente en valores y principios, estuvo listo para defenderlos incluso frente a la oposición y sintió su seguridad como para revisarlos si sus nuevas experiencias demostraron que estaba con falta. Fue capaz de actuar como mejor le parezca, confió en su propio juicio y no se sintió culpable si los demás pensaron que lo que estaba haciendo estaba mal. Mantuvo confianza para la resolución de problemas y no tuvo miedo al fracaso o la dificultad.

Autoestima Promedio: El sujeto tuvo tener la actitud positiva de su propio yo, se valora verdaderamente, aceptó con tolerancia y esperanza respecto a su limitación, debilidad, fracasos y errores: atención y protección de sus sentimientos, sus verdaderas necesidades físicas, psíquicas e intelectuales. Pero en tiempos de crisis mantuvo baja la autoestima, lo que requiere esfuerzo para recuperarse. Un nivel regular de autoestima puede afectar gravemente su rendimiento, salud mental y física

(M.E. Seligman, 1992).

Nivel bajo de autoestima: Aquí se encontró varias características:

- El auto -crítica estricta y excesiva.
- Fácil de criticar
- Lleno de miedo a cometer errores.
- Responsabilidad: deseo excesivo de complacer a quienes tuvieron

demasiado miedo de decir que no.

- Perfeccionismo.
- Culpabilidad neurótica.
- Hostilidad flotante: Irritabilidad a flor de piel. Nada le satisfizo.
- Tendencias Depresivas: un negativismo general.

Según el autor S. Coopersmith (1959), publicado en 1967 intervalo de grado de Autoestima para niños de 5° y 6° grado; esta prueba se generalizó tanto que Coopersmith desarrolló una versión para adultos basada en esta prueba de 58 ítems, por Panizo M.I. 1988 (PUCP) utilizado para un procedimiento de doble traducción (retrotraducción), “Escala Primaria de Autoestima, Formulario Escolar”, (Chahuayo y Diaz, 1988). Quienes brindaron información sobre sus 4 subescalas:

- a) Yo General
- b) Coetáneos del Yo Social

c) Académica/Escolar

d) Hogar/Padres.

Las pruebas estandarizadas se administraron en quinto y sexto grado. Coopersmith (1967) estudió a niños de 5to y 6to grado. En la prueba al inicio, el puntaje promedio de niños no fue en el reconocimiento, sino en las entrevistas y la observación más profunda; Coopersmith eligió a 85 niños y ninguna niña para eliminar una posible barrera de género. Aunque la muestra final se limitó a jóvenes de clase media con solo 2 años de diferencia de edad. Coopersmith concluyó que las personas basan su autoimagen en cuatro criterios:

- **Significación:** El grado en que se sintieron amados y aceptados por quienes les importan.
- **Competencia:** Capacidad para desempeñar tareas que consideraron importantes.
- **Virtud:** logros a nivel moral y ético.
- **Poder:** la medida en que influyeron en sus vidas y en las vidas de los demás.

Aunque las personas pudieron tener una autoimagen positiva cuando obtuvieron una calificación alta en algunas medidas y bajas en otras, pudieron describirse a sí mismas de manera más positiva si obtuvieron una puntuación alta en los 4 criterios.

No es de sorprender que los alumnos que en el estudio tuvieron una alta autoestima fue más populares y les fue mejor en el colegio, que los que tenían una autoestima baja y tendían más a ser solitarios, a mojarse la cama y a ser malos estudiantes.

2.1.4. *Autoestima y la adolescencia*

En particular, los primeros años de la adolescencia se consideran un período particularmente relacionado con el desarrollo de la autoestima, cuando los adolescentes pueden evaluar una reducción de la autoestima. En este grupo etario se dio por experimentar eventos nuevos a veces estresantes que desafiaron la percepción que el joven tiene de sí mismo y su estabilidad emocional. El resultado cuyo nivel de autoestima de los jóvenes en estos grupos de edad no solo bajó con frecuencia, sino que también fluctuó mucho, mientras que las fluctuaciones generales de autoestima que ocurrieron en la adolescencia temprana estuvieron relacionadas con experiencias negativas, por lo que la autoestima. Los niveles disminuyeron.

Por el contrario, los adolescentes con baja autoestima se vieron más afectados por los acontecimientos cotidianos que los adolescentes con alta autoestima. Sin embargo, independientemente del nivel promedio de autoestima a lo largo del tiempo, cuanto más cortas y rápidas fueron las fluctuaciones de la autoestima, más dificultades tuvieron los jóvenes con el comportamiento posterior.

Con respecto a los sentimientos de autoestima momento a momento de los jóvenes, encontraron que la mayoría de los cambios mostrados fueron impredecibles. Sin embargo, mostraron que las experiencias transitorias de autoestima de los jóvenes

varían mucho dependiendo de si experimentaron éxito o fracaso en áreas que amenazan su autoestima.

Así, lo inestable de la autoestima reflejó lo susceptible en los jóvenes como resultado del éxito o el fracaso, es decir, en un contexto de autoestima. Especialmente las fluctuaciones de éxito y fracaso que con mayor frecuencia condujeron a la inestabilidad de la autoestima ocurrieron en las áreas donde los jóvenes encontraron que sus habilidades fueron involucradas, es decir, sus propias habilidades fueron las áreas que los hicieron sentir satisfechos con sus habilidades. Necesidades, autoestima, accidentes.

□ El déficit de autoestima es vulnerable a otros problemas

Fue un factor importante en lo que respecta a la autoestima, influye en el proceso psicológico y/o social. Por lo tanto, la baja autoestima en la adolescencia se asoció con varios síntomas psiquiátricos. Estos incluyen reacciones de ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza y tendencias suicidas.

La baja autoestima también es común en los adolescentes que tendieron a procrastinar o dedicar tiempo innecesario a la tarea y en los adolescentes que exhibieron un comportamiento agresivo, un comportamiento antisocial, violencia en la escuela y violencia en las relaciones con los demás.

Otra característica de los jóvenes con baja autoestima fue una peor salud física. Entre las actitudes y comportamientos asociados con baja autoestima o riesgo

de autoestima y problemas de salud, los jóvenes reportaron menos abstinencia de sexo sin protección y anorexia y bulimia. Las mujeres más jóvenes tuvieron más probabilidades de experimentar problemas de salud relacionados con la baja autoestima, lo que se explicó por el hecho de que su entorno sociocultural las hizo más propensas que los hombres a experimentar dificultades relacionadas con los procesos físicos durante la pubertad. Se demostró que la alta autoestima protegió contra el uso de esteroides androgénicos anabólicos en hombres jóvenes.

Finalmente, valió la pena señalar que la baja autoestima en la pubertad fue un factor de riesgo para diversos problemas en la edad adulta, en un estudio longitudinal, Trzesniewski et al. (2006) encontraron que los jóvenes con clara evidencia de una baja autoestima, reportaron peor salud física y mental, peores perspectivas laborales y económicas que los adultos, y fueron más propensos a involucrarse en conductas delictivas que los jóvenes con alta autoestima. Este conjunto de hallazgos nos llevó a concluir que mejorar la autoestima de los adolescentes puede ayudar a prevenir una variedad de problemas conductuales, emocionales y de salud en la adolescencia y la edad adulta.

2.1.5. *Consumo de alcohol*

Las bebidas alcohólicas se obtuvieron de dos procesos: fermentación y/o destilación. El proceso de fermentación consistió en la descomposición de materia orgánica bajo la influencia de enzimas microbianas, por la liberación de gas de fermentación alcohólica y la conversión de jugos de frutas dulces en bebidas alcohólicas, lo que dio como resultado bebidas como vino o cerveza. La destilación es

la evaporación parcial de un líquido y la condensación de los vapores resultantes para separarlos. Se refirió a productos agrícolas que se pudieron fermentar para producir alcohol. Esto dio como resultado un vino con un mayor contenido de alcohol. La destilación de licores ocurrió usando este proceso para bebidas fermentadas.

Antes de continuar con una breve descripción de los tipos de ingesta en alcohol más utilizados, se dio un concepto importante en su comprensión, como es el grado alcohólico de la bebida. La prueba de ingesta de alcohol fue la cantidad de alcohol en un volumen dado. Así, por ejemplo, si decimos que un vino tiene una graduación de 12°, quiere decir que hay un 12% (alcohol puro), que son 12 cl. o 120 cm³. Por tanto, un litro de vino de 12° contiene la misma cantidad de alcohol puro que un 4to de litro de brandy de 48°. Se señaló que la parte utilizada pudo invertirse proporcionalmente al contenido de alcohol. Esto significó que se consumió más cerveza de 5° por ración que licores de 40°.

Las bebidas fermentadas fueron algunas de sus características:

- Vino (del latín vinum). Fermentación del jugo de uva. La mayoría de las veces, el contenido de alcohol fue alrededor de 12°.
- Cerveza (del latín cervesiam). Se elaboró fermentando azúcar de cebada malteada con levadura y aromatizado con lúpulo. El grado de alcohol de la cerveza suele rondar los 5°.
- Champan (de la región de Champagne en el noreste de Francia). Fue un vino espumoso elaborado según el método de Champagne, principalmente a partir

de una mezcla de varios tipos de uvas, que pasan por una 2da. fermentación en botella. varios meses. El contenido de alcohol fue aproximadamente 11°.

- Vermut (vermú, del alemán wermuth = absenta). Mezcla de vino y otros amargos y tónicos. el grado de esta sustancia rondó los 16 grados.
- Whisky Fue un brandy destilado de cebada tostada (es decir, malta). El grado de alcohol fue muy alta - 43°.
- Coñac (de Cognac, una ciudad en el suroeste de Francia) Fue un brandy obtenido por destilación de alcohol ligero y luego envejecido en barricas de roble. Su grado alcohólico fue de unos 36 grados.
- El Ron (del inglés run) se obtuvo destilando la fermentación del jugo de la caña de azúcar. Su escala fue de unos 40°.

2.1.6. *Metabolismo del alcohol*

Se consideraron los siguientes factores:

Debido al calor que produce, el alcohol fue un producto energético, pero esta energía sólo pudo utilizarse para el metabolismo celular básico en condiciones de reposo. No se usó para trabajos manuales, ni se usó para protegerse del frío. El calor generado por el alcohol solo se pudo utilizar para la respiración celular básica y pudo proteger solo una parte de la energía requerida para estas oxidaciones.

La actividad muscular vigorosa no eliminó el alcohol del cuerpo más rápido de lo que comúnmente se cree. Los músculos nunca usaron el alcohol para trabajar, y

su efecto sobre el sistema nervioso evitó que el bebedor se sienta cansado temporalmente. Esto redujo la capacidad de ejercer un esfuerzo vigoroso o prolongado, lo que llevó a una sobrecarga vascular, reflejos más lentos y fatiga acumulada y subjetivamente desapercibida. Consumo, abuso y adicción al alcohol El consumo de alcohol fue el uso de una sustancia en un momento determinado con un efecto determinado. Está claro que tanto los alcohólicos como los bebedores habituales consumieron alcohol. Pudo ser leve o abusado como bebedor ocasional, como bebedor por primera vez.

2.2. Antecedentes

A nivel internacional

Contreras et al. (2008). En su trabajo “Concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol “, El objetivo fue contrastar el nivel de autoevaluación de jóvenes consumidores de tabaco y alcohol y no fumadores y consumidores de alcohol. Se realizaron estudios observacionales, analíticos, transversales. A 46 jóvenes se les administró el test de autoconcepto SDQ II, una lista de preguntas para evaluar el consumo de alcohol, a la par un cuestionario para evaluar el consumo de tabaco, luego de lo cual fueron divididos en grupos según si consumían tabaco y/o alcohol. Dos grupos compararon los niveles de autopercepción entre los grupos: el 65,2% (15 jóvenes) de los jóvenes que bebían y/o fumaban tuvieron niveles bajos de autoconcepto, mientras que solo el 4,4% tuvieron baja autoestima.

Barraza et al. (2010). En su tesis “Consumo de Alcohol y el nivel de autoestima en profesionales de la Salud”, cuyo objetivo fue comprender el consumo

de alcohol y el nivel de autoestima de los profesionales de la salud. El estudio se realizó mediante métodos cuantitativos, descriptivos y transversales, seleccionando 95 participantes de 17 a 58 años mediante muestreo probabilístico aleatorio simple utilizando dos instrumentos: la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) Gestionaron participantes con consentimiento previo. Los rangos de edad fueron 17-27 años y 28-37 años, que representaron el 31,5% respectivamente, y el género es predominantemente femenino (73,7%). Respecto a la bebida, el 86,3% de la población no presentó riesgo de consumo, el 11,6% de la población desarrolló problemas con la bebida, el 2,1% de la población también presentó alto riesgo, el 73,7% de la población presentó autoestima alta, el 15,8% de las personas mostraron autoestima media, el 10,5% tuvieron autoestima baja.

Álvarez (2011) realizó una investigación en México para probar la eficacia de una intervención a corto plazo para prevenir el consumo de alcohol entre los jóvenes. El diseño cuasi-experimental utilizó dos grupos de control (Muestra 161) y un grupo de intervención (Muestra 172). El estudio se diseñó desde una perspectiva conceptual sobre cuatro variables psicosociales: autoestima, autoconfianza, autoeficacia y resiliencia, las cuales constituyeron la base de una intervención breve. El tratamiento consistió en intervenciones breves una vez por semana durante 12 semanas.

Chicaiza (2013). En su estudio: “El consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas, en los adolescentes del segundo año de bachillerato del colegio Técnico Pujilí, de la ciudad de Pujilí” El objetivo fue determinar el efecto del

consumo de alcohol en el comportamiento agresivo de los estudiantes de segundo año de secundaria de Pugetly Technical College. Resultados: El 31% no tuvo problema con la bebida, mientras que el 33% estuvieron en riesgo de beber, y el 36% representó a jóvenes con problemas físicos y psicológicos debido a la bebida y que pudieron ser dependientes del alcohol, mostraron los resultados, el 35% de la población nunca había abanderado, el 43% de la población marcó la bandera una vez al mes o menos, el 20% de la población marcó la bandera de 2 a 4 veces al mes y el 2% de la población de 2 a 3 veces al mes.

A nivel nacional

Ticona (2012). En un estudio titulado: “Nivel de autoestima y consumo de alcohol como factores de riesgo para inicio precoz de las relaciones coitales en los adolescentes de la IE Mariscal Cáceres del distrito de ciudad nueva Tacna, 2012”, controlado analíticamente en una muestra de 250 adolescentes y 151 adolescentes de 14 a 17 años. Los resultados fueron nivel de autoconfianza medio (53,64%) y nivel de autoestima bajo (21,19%), nivel de ingesta de alcohol en mayor frecuencia de riesgo (72,85%), dependencia del alcohol (14,57%) y consumo nocivo. (12 58 %). Grupo etario cuyo inicio de relaciones sexuales se dio de 13 años, y los juegos sexuales comenzaron antes de los 13 años (37,09%).

Chapa y Ruiz (2012). En su estudio: “Relación entre el nivel de Autoestima y Rendimiento académico con la Violencia Familiar en Estudiantes de Secundaria de la IE N°0031 María Ulises Dávila Pinedo. Morales; octubre-diciembre 2011”. Se utilizaron para este estudio instrumentos de recolección de datos encuestas auto

administradas, la primera de las cuales utilizó la prueba de Rosenberg y la segunda una encuesta de 07 ítems con preguntas diseñadas para determinar la presencia o ausencia del procedimiento SPSS versión 17 en los hogares. Nuevamente, se visualizó una significativa independencia de las variables mediante la prueba de chi-cuadrado al 95% de nivel de confianza. En cuanto a la autoestima la mayoría de los estudiantes (64,5%) no alcanzó un nivel óptimo.

Uribe (2012). Realizó una investigación titulada, Relación que existió entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del C.E. “Leoncio Prado” de San Juan de Miraflores, 2011”. La muestra de 50 jóvenes seleccionados al azar del 5to. de secundaria de la IE. Leoncio Prado, la Escala de Autoestima Modificada de Coopersmith y la Encuesta de Dinámica Familiar. El 62% de los adolescentes encuestados presentaron autoestima alta y el 90% presentaron una dinámica familiar normal.

A nivel local

Centeno (2017). Realizó un estudio de diseño descriptivo y correlacional titulado I.E.P. Industrial 32-Puno (2016) Niveles de Autoestima en Adolescentes y Consumo de Alcohol, el cual tuvo una muestra de 250 jóvenes de 4to. y 5to. grado de educación media; Se utilizaron métodos de encuesta, a saber, la prueba de autoestima de Rosenberg y la prueba de identificación de enfermedades relacionadas con el alcohol (AUDIT), cuyas conclusiones fueron: El 54,8% de los estudiantes presentaron trastornos por consumo de alcohol. Autoestima alta, 26,8% autoestima media, 18,4% autoestima baja. El 22% de los jóvenes consumió alcohol, de ellos el

10,8% tiene autoestima alta, el 6,8% tuvieron autoestima media y el 4,4% tuvieron autoestima baja. Entre ellos hay más hombres, que sumaron el 14%, y la edad media fue de 16 años. Finalmente, no hubo correlación entre la baja autoestima y el consumo de alcohol entre los jóvenes estudiados.

Arosquipa y Mamani, (2018), En 2016 se realizó una encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas entre los alumnos del nivel secundario de la región de Macusani durante la fiesta patronal denominada “Inmaculada Concepción”. Y con este objetivo describir y analizar la situación de la patrona de la “Inmaculada Concepción” en la ingesta de bebidas alcohólicas. Consumo de alcohol en estudiantes del distrito. El método de investigación fue el método deductivo, la población fue 1319 estudiantes de 03 instituciones educativas cuya muestra. n=298. Los métodos de recopilación de información fueron los siguientes: encuesta, observación, entrevista estructurada, entrevistas en profundidad y testimonio de personas clave. Herramientas para prestar servicios de recopilación de información; cuestionarios, guías de observación, formularios de entrevistas estructuradas, formularios de profundización de informantes clave y formularios de registro de testimonios, resultando en hallazgos que se describió solo a los más relevantes para el estudio, alumnos de 3 instituciones de una muestra global de 124 estudiantes de 14 a 16 años. En la región de Macusani, el 57% dijo creer que los Días Patronus se tratan de dar; de esta manera expresaron patrones culturales regionales, institucionales y familiares. Por otro lado, el 53% de las personas creyeron que el día del tutor se dedicó a la dedicación y el entretenimiento, lo que reflejó los cambios en la estructura central de los estudiantes,

que fueron creados o influenciados por la sociedad, la cultura, el sistema y los antecedentes familiares. En una muestra mundial de 103 estudiantes, los estudiantes de 16 años o más respondieron que 50 estudiantes creyeron que el Día del Santo Patrono se trató de diversión y generosidad; La participación fue más acentuada en festivales donde la diversión fue el factor principal, por lo que la diversión fomentó el consumo de alcohol, convirtiéndose en un patrón cultural y familiar.

Mamani (2017). Realizado en la comunidad de Capilla Pampa, distrito de Patambuco-Sandia-Puno, tuvo como título: “Consumo de alcohol por parte de los padres y su impacto en los procesos de socialización de los adolescentes”. Bebidas consumidas por los padres de familia en la secundaria, la población fue de 102 estudiantes, encuesta a 30 estudiantes, de la comunidad Capilla Pampa entre los 3 sectores, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario, los resultados relevantes fueron 43.3% de adolescentes, donde los padres ingirieron bebidas alcohólicas, de los cuales 33.3%(sentimiento de cólera), también 46.7% no empezaron conversación, fue en el año 2022 en los primeros días del mes de diciembre, ingresaron en el hospital dos adolescentes por intento de suicidio y eso fue bajo los estragos del alcohol. La causa fundamental en estos dos hechos fue que provenían de hogares disfuncionales, donde no figuraba el padre y en uno de ellos existió la figura del padrastro. El consumo del alcohol en la evaluada fue más consecutivo y a su vez perteneció a la misma institución educativa, al cual me refiero en este proyecto.

Gómez (2017). En el Liceo José Antonio Encina de Puno realizó un estudio de ingesta alcohol en adolescentes y sociabilidad, el cual fue de tipo

descriptivo-correlación, con el objetivo de determinar la relación entre alcohol y sociabilidad, una muestra y una población de 113 hombres y mujeres jóvenes. Estudiantes mujeres de 14 a 17 años, estudiantes de 3°, 4° y 5° grado de septiembre a octubre de 2017 utilizaron métodos como entrevistas y encuestas. Las herramientas utilizadas fueron. Prueba de Escala de Riesgo y Encuesta de Escala de MESSY. Los resultados son: El 83,30% de la población se encontraron en estado de consumo bajo de alcohol, el 17,70% se encontraron en estado de consumo moderado de alcohol, y entre los jóvenes no se encontró consumo alto de alcohol; en cuanto a las habilidades sociales el 28,32% fueron bajas, el 71,68% moderadas y no se observó interacción social. Jóvenes con capacidades superiores. En cuanto a la competencia social: 8,85% puntuó bajo en la dimensión de habilidades sociales apropiadas, promedio 15,05% en comportamiento impulsivo/antisocial, 29,20 alto en exceso de confianza y bajo 9,73 en porcentaje de amistad.

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN

3.1. Técnica o métodos de evaluación:

En el presente trabajo se utilizó las siguientes técnicas para la recolección de información personal de la evaluada y su familia.

3.1.1. *Observación*

Fue un método de investigación psicológica inmerso en todo el proceso de investigación y tratamiento, en el que el investigador desempeñó el papel de observador participante, fue capaz de observar adecuadamente, integrándose en la situación y participó activamente. En este caso, fue muy valioso observar información como movimientos, acciones, posturas, lenguaje y reacciones de la evaluada.

3.1.2. *Entrevista*

Una entrevista psicológica fue un tipo de entrevista basada en una relación entre dos o más personas, donde los participantes (es decir, los psicólogos) hacen preguntas para obtener información. Esto creó un intercambio entre quienes buscaron ayuda y los expertos.

Los pacientes confiaron en que el terapeuta esté "cara a cara" porque la entrevista psicológica creó intimidad. Fue una técnica muy utilizada porque recogió eficazmente información adicional (gesto, postura, expresión) para analizar el comportamiento del paciente. En este caso, se utilizó una entrevista no estructurada para dar más confianza a la evaluada.

3.1.3. *Evaluación*

La evaluación psicológica fue una disciplina diseñada para estudiar y analizar el comportamiento, la personalidad, las capacidades cognitivas y otras características de un individuo, pareja, familia o grupo de personas. Por ello, utilizó métodos y técnicas científicas de recopilación de información, como: pruebas psicométricas, cuestionarios u observaciones directas, que luego se interpretaron para sacar conclusiones o crear modelos analíticos.

3.2. **Instrumentos de evaluación:**

Se aplicó la prueba, por un proceso de interrogantes para recopilar la información necesaria de la evaluada.

3.2.1. *Cuestionario de autoestima*

Autoestima (inventario)-forma escolar de Stanley Coopersmith

Nombre: Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI).

Autor: Stanley Coopersmith Administración: Individual y Colectiva.

Duración: Aprox. 30 minutos.

Aplicación (niveles): De 8 a 15 años de edad.

Finalidad: Midió las actitudes valorativas hacia el SÍ MISMO, en las áreas: académica, familiar y personal de la experiencia de una persona.

Para medir el nivel de autoestima: Cooper Smith midió autoconfianza alta, autoconfianza moderadamente alta, confianza normal, autoconfianza moderada y

autoconfianza muy baja. Las preguntas de respeto incluyeron 58 elementos o se centraron en la confianza y la aceptación.

La escala de autoevaluación se pudo completar siguiendo las respuestas o utilizando las cinco plantillas recortables. Cada pregunta respondida correctamente valió 1 punto y cada pregunta no respondida valió 0 puntos. Cada plantilla se colocó en la hoja de respuestas del candidato y coordinó cada respuesta.

Cada Sub escala permitió un puntaje parcial, para obtener así la puntuación total de 50; que multiplicado por 2 nos dio el Puntaje máximo: 100. La Escala L no se puntuó, la cual es dudable a partir de cinco respuestas dadas.

La puntuación directa obtenida mediante la sumatoria de los aciertos que logró el sujeto en la prueba fue convertida a un Baremo o Escalas, en Percentiles, Puntajes T o Eneatipos. Obtenido el puntaje parcial de las subescalas y el total se siguió con la interpretación cualitativa.

Confiabilidad y validez:

A través de la validación realizada por Kimball (1972) trabajó con niños de diferentes escuelas públicas, que fueron seleccionados como muestra, confirmándose la validez de la estructura de las sub escalas que Coopersmith propuso.

Respecto a la fiabilidad a través de la fórmula K de Richardson, Kimball administró a otros niños de otras escuelas siendo el coeficiente que arrojó entre 0.87-0.92 para los diferentes grados académicos por lo tanto se consideró confiable.

3.2.2. *Test de AUDIT*

Test que identificó los Trastornos debido a la ingesta de Alcohol (test –AUDIT)

Autores: OMS.

Administración: grupal o individual.

El test del AUDIT fue diseñado por la OMS como método de estrategia, esta fue utilizada

Ingesta excesiva de alcohol y como ayuda a una evaluación breve. Pudo localizar a las personas con hábitos de ingesta de riesgo.

Se dio para las intervenciones dirigidas a los que beben, permitiéndoles reducir o dejar de beber, por lo tanto, evitó las consecuencias nocivas del consumo de alcohol. También ayudó a identificar algunos efectos específicos de la adicción al alcohol y el consumo nocivo.

Esto se pudo hacer con éxito con:

Pacientes de hospitales generales, en especial aquellos con trastornos claramente relacionados con la dependencia del alcohol (p. ej., enfermedades neurológicas, miocardiopatía, etc.); personas que estuvieron con depresión o que intentaron suicidarse: Pacientes en el departamento de emergencia; Pacientes que visitaron médicos generales. Las personas sin hogar, los reclusos, las personas que fueron multadas por razones legales relacionadas con el alcoholismo (por ejemplo, conducir ebrio, intoxicación pública).

Para grupos especiales de trabajadores, como personas de mediana edad, jóvenes, trabajadores, inmigrantes, etc., la naturaleza de los riesgos varió según la edad, el género, el entorno de uso y su condición, entre los que juegan un papel importante los factores socioculturales.

El efecto de la edad no se analizó con frecuencia como una posible influencia en el AUDIT, pero un estudio mostró que a los pacientes mayores de 65 años se les asignó una sensibilidad menor y mayor. Se encontró que el AUDIT fue preciso para identificar la dependencia del alcohol en estudiantes universitarios.

Pudo ser en forma de entrevista o encuesta, de manera que cada respuesta tuvo una escala de calificación de 0 a 4, compuesta por 10 preguntas, y los intervalos a determinar fueron Zona I: riesgo bajo o medio; Zona II o III para consumo de riesgo o consumo nocivo y finalmente zona 4: consumo dependiente. Todos los puntos de respuesta fueron calculados y registrados. Debido a que los efectos del alcohol variaron según las diferencias en el peso corporal promedio y el metabolismo, reducir el límite en 1 punto redujo la puntuación a 7 para todas las mujeres y hombres de 65 años o más, lo que aumentó la sensibilidad para estas poblaciones. El enfoque del tratamiento del paciente debió tener en cuenta el número total de puntos, el grado de agotamiento, los signos de dependencia y la presencia o ausencia de enfermedad. Las dos últimas preguntas también debieron revisarse para determinar si el paciente tuvo evidencia de problemas pasados (es decir, [sí, pero no en el último año]) (Babor et al., 2012). Las respuestas positivas a estas preguntas debieron usarse para discutir la necesidad de monitorear a los pacientes incluso en ausencia de un uso peligroso

actual.

Cuando se analizó las preguntas formuladas por el paciente, se obtuvo una interpretación más detallada del resultado general del paciente. En general, una puntuación de 1 o más en las preguntas 2 o 3 indicó un consumo de riesgo. La puntuación fue superior a 4-6. El contenido de las preguntas (principalmente síntomas diarios o semanales) indicó la presencia o inicio de dependencia alcohólica. Los resultados de las preguntas indicaron que se produjo una lesión relacionada con el alcohol. Las dos últimas preguntas también se revisaron para determinar si el paciente tuvo evidencia de problemas anteriores (es decir, “sí, pero no en el último año”). (Barbour et al., 2012).

Confiabilidad y validez:

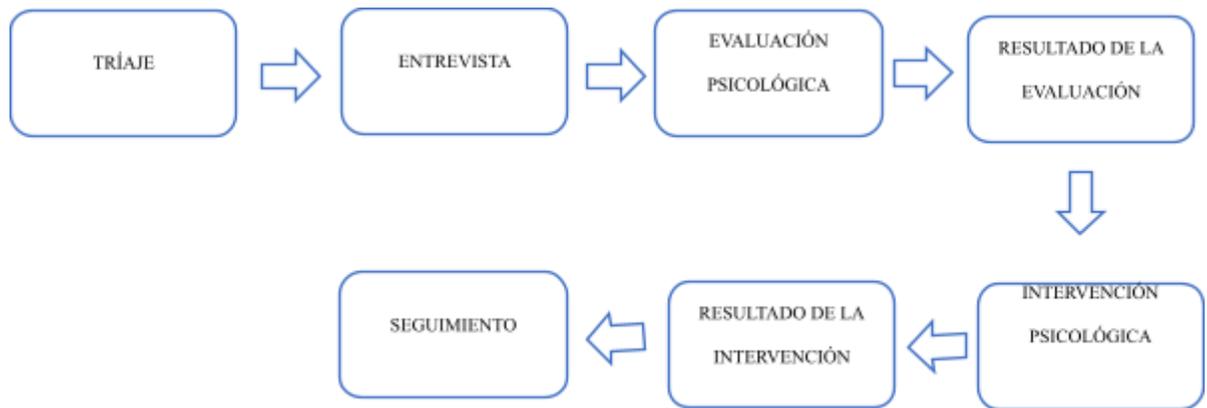
La fiabilidad de la prueba Test (AUDIT) fue de 0,86. El estudio se realizó en el "Instituto Superior Pedagógico Victorino Elorz Goicochea"-Cajamarca, donde se determinó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de Cronbach=0.869. También mencionaron que el índice de validez relacionado con el estilo de crianza fue $r=168$, pero en comparación, estas asociaciones fueron más débiles en comparación con el estilo de crianza de la madre (Lyle y Vázquez, 2016).

3.3. Procedimiento de evaluación

Se explicó el procedimiento de abordaje:

Figura 1:

Procedimiento de atención para la evaluada.



- La evaluada acudió al Hospital en compañía de su madre para recibir apoyo y solución al problema que presentó en esa oportunidad.
- Con la cita, se apersonó a triage y fue derivada al consultorio de Psicología para su primera entrevista en compañía de su madre y obtuvo el motivo de consulta.
- Se realizó la evaluación psicológica, constó de la aplicación del test de consumo de alcohol (Audit); previo un descanso, se aplicó otro Cuestionario (Autoestima).
- Se programó una primera sesión para la devolución de resultados a la madre y a la evaluada, se le indicó el plan de tratamiento a seguir.
- Se inició con las sesiones de intervención. El plan de intervención constó de 10 sesiones en las cuales se desarrolló: logros y cualidades positivas; identificando pensamientos irracionales; abandonando las ideas irracionales; cambiando emociones negativas por positivas, relajándose y diálogo abierto.

- Se programó 3 visitas domiciliarias.
- Se realizó la evaluación de la intervención.
- En la sesión siguiente, se le informó que obtenidos los resultados

necesitó ser apoyada con sesiones terapéuticas las cuales conlleva a obtener en su persona la recuperación en su vida personal y familiar, para ello se solicitó de la madre una autorización con el propósito de apoyar a la evaluada y priorizar en su persona la aceptación del cambio de sus actitudes negativas a cambios positivos. Y lo primordial es elevar en la evaluada su autoestima lo cual fue muy importante trabajarlo mediante alianzas terapéuticas.

- De la sesión N° 1 a la sesión N° 10 se realizaron las sesiones terapéuticas propiamente dichas. Recibió su primera sesión terapéutica, con la finalidad de mejorar su razonamiento e incrementar la conciencia del problema, buscando los aspectos y cualidades positivas, e impulsándola a vencer cualquier problema que acarreó su tranquilidad. Se le explicó el objetivo al realizar este ejercicio cognitivo conductual.

Después de haber recibido la bienvenida a la segunda sesión terapéutica, y continuar con la confianza en la evaluada, se realizó la identificación de pensamientos irracionales, pensamientos que a la evaluada la mortificaban y le originaron en sus reacciones sociales y familiares emociones irracionales, contraproducentes, que la lastimaron en su convivencia diaria.

Luego del rapport, se observó que, habiendo más confianza en recibir su tercer apoyo terapéutico, la evaluada realizó la eliminación de las creencias

contraproducentes por creencias racionales.

Luego del rapport la evaluada recibió su cuarta sesión terapéutica con la finalidad de cambiar sus emociones negativas por positivas. Se trabajó mediante la terapia racional emotiva.

Después del rapport, la evaluada recibió su quinta sesión terapéutica, a fin de desarrollar en su persona un ejercicio de relajación, lo que permitió dar prioridad a su estabilidad emocional. Semanalmente se realizó una sesión terapéutica, llegando a completar todas las sesiones terapéuticas programadas.

Se comunicó a la evaluada la realización de visita domiciliaria individual y familiar, como soporte a la realización de sus sesiones terapéuticas. La madre de la evaluada estuvo de acuerdo.

Después del rapport, se realizó la retroalimentación, con el propósito de elevar más su autoestima y aceptar a sus seres queridos, dentro de su entorno familiar.

En visita familiar la evaluada respondió al cuestionario de autoestima como salida de las sesiones terapéuticas. Se continuó apoyando a la evaluada terapéuticamente. Consumo de alcohol no presentó, la prioridad fue no descuidarla con el seguimiento que se realizó y esto se hizo bajo planes a desarrollar a fin de verificar los cambios alcanzados y hablar de los cambios en la familia y que ellos dieron su punto de vista, comprometiéndose a realizarlos.

3.4. Presunción diagnóstica del estudio caso:

Autoestima Promedio (General)

Probable dependencia Alcohólica F 102 (Dx. por médico general y corroborado con la evaluación psicológica)

3.5. Resultados obtenidos

a) Área Emocional

Para ello se empleó el cuestionario de autoestima, la evaluada obtuvo como puntaje general 62, lo que correspondió a un rango promedio, esto indicó en general, que la evaluada tuvo una autoestima promedio. Pero habiendo analizado de manera particular, en el área de SÍ MISMO, obtuvo un puntaje de 19 lo que correspondió a un límite medio, indicando que la evaluada presentó una autoestima promedio hacia sí misma. En el área SOCIAL presentó un puntaje de 5 lo que la ubicó dentro del rango moderadamente bajo. En el área del HOGAR su puntaje de 2 se interpreta dentro del nivel bajo. En el área de la ESCUELA obtuvo un puntaje de 5 colocándola en un nivel promedio.

Tabla 1

Área emocional

	Puntaje directo	Puntaje/percentil	
Sí mismo	19	6	70
Social	5	5	40
Hogar	2	3	10
Escuela	5	6	55
Total	31		

Nota. Esta tabla mostró que el factor hogar fue la influencia muy importante dentro de su vivencia de la evaluada, por lo que al obtener el resultado de 2 la evaluada

presentó una autoestima baja dentro del puntaje total. Así mismo su puntaje en lo social y en la escuela determinó un Promedio Bajo. Por consiguiente, sólo obtuvo Puntaje Promedio en el Área de Sí mismo.

En función a los resultados obtenidos, la evaluada alcanzó una autoestima general en nivel promedio. Reflejando las siguientes características: solía mantener una actitud positiva hacia sí misma, se valoró sinceramente, aceptó sus limitaciones, debilidades, errores y fracasos con tolerancia y esperanza; satisfizo sus necesidades emocionales e intelectuales.

Sin embargo, en tiempos de crisis, mantuvo actitudes de la connotación de la baja autoestima, esforzándose por su recuperación.

Un nivel medio de autoestima podría tener un impacto negativo en sus capacidades, salud mental y física.

b) Área de Consumo de Alcohol

En la tabla 02, se apreció la frecuencia del consumo de alcohol de la evaluada siendo el resultado siguiente:

Los resultados del cuestionario indicaron que la evaluada consumió poco alcohol entre 2 o 3 veces a la semana. Su consumo normal fue 1 vaso, sin embargo, pudo llegar a consumir 6 o más bebidas semanalmente, pero con una frecuencia de una vez al año. Considerando el peor de los casos no cumplió con las responsabilidades de casa y de sus estudios por el consumo de alcohol, situaciones extremas consumió en ayunas podría decirse semanalmente, y esto conlleva a tener

remordimientos de conciencia menos de una vez al mes, sirviendo de guía por los consejos de la madre, llegó a controlar en parte el consumo de alcohol.

Tabla 2

Área de consumo de alcohol

Ítems	Puntaje directo
1	3
2	1
3	3
4	1
5	3
6	2
7	1
8	0
9	0
10	2
TOTAL	16

Nota. La puntuación obtenida indicó que la evaluada, estuvo en riesgo de convertirse en consumidora de alcohol. Si los padres no se unieron en apoyar como orientadores para ofrecerle la comprensión que la evaluada necesitó; así como mejorar la relación con el hermano mayor, lo que conlleva a elevar más su autoestima; se cumplió con el apoyo profesional psicólogo y médico, así como el apoyo de los profesores de dicha institución educativa.

CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN

4.1. Problema delimitado.

Mejorar la baja autoestima de la evaluada, por ser un factor preponderante para la solución del consumo de alcohol y sus conflictos entre familia y estudios.

4.2. Objetivos de la intervención

4.2.1. *Objetivo general*

Disminuir el consumo del alcohol en una adolescente de una Institución de Ayaviri.

4.2.2. *Objetivos específicos*

- Mejorar la autoestima en la adolescente por ser un problema relevante
- Disminuir la aparición de pensamientos automáticos o creencias irracionales, mediante el modelo cognitivo conductual.

4.3. Técnicas

Watson (1878-1958). El fundador de la escuela conductista, su firme convicción de que el contenido de la mente y de la conciencia no puede someterse a ningún análisis objetivo, lo llevó a declarar que la conducta explícita fue el único objeto de estudio en psicología y que la observación directa fue el único procedimiento para identificarla.

Terapia Individual.

Se utilizó para trabajar diferentes problemas como: ansiedad, depresión, inseguridad personal, baja autoestima, manejo y autocontrol de las emociones, toma de decisiones y sensación de estancamiento en la vida (a nivel personal, laboral, etc).

Además, la psicoterapia también fue útil para abordar una amplia gama de problemas emocionales y psicológicos, proporcionando a la persona las habilidades necesarias para un mejor manejo y resolución de estos desafíos.

Terapia Racional Emotivo Conductual

Ellis (1913-2007). Psicólogo estadounidense, fundador de la Terapia Racional Emocional Conductual (TREC) y pionero de la psicoterapia cognitiva.

Su enfoque de la terapia buscó descubrir la irracionalidad de nuestros pensamientos para poder reducir las emociones dolorosas, dramáticas y exageradas que causan. El uso de la terapia fue hacerle entender que podía juzgar sus problemas, buscar los aspectos menos positivos, enfocarse en usar criterios lógicos y demostrarle que puede superar cualquier problema usando la razón.

Terapia Cognitivo-Conductual:

Ruiz (1987), Especialista en Psicología clínica “Impartió materias relacionadas con la tecnología y la terapia cognitivo conductual”. Ejerció clínicamente como terapeuta cognitivo conductual en las áreas de ansiedad, depresión, problemas interpersonales y trastornos de personalidad.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), durante las últimas tres décadas, se convirtió en una tendencia psicoterapéutica que ha obtenido la evidencia empírica y experimental más rica de su eficacia y eficiencia en diversos problemas y trastornos psicológicos.

La Terapia Cognitivo Conductual la pudo ayudar a cambiar la forma cómo

piensa (“cognitivo”) y el cómo actúa (“conductual”) y estos cambios la ayudaron a sentirse mejor. Buscó maneras de mejorar su estado anímico actual.

4.4. Ejecución: descripción del plan de intervención

Detallé las terapias:

Tabla 3

Número de sesiones terapéuticas

Sesión	Objetivo	Técnicas
1	Incrementó la autoestima en la evaluada.	Psicoeducación. Círculo de la aceptación incondicional.
2	Se identificó las creencias irracionales que inician conductas contraproducentes	Detección de Ideas Irracionales a través de la Terapia Racional Emotivo conductual.
3	Abandonó las ideas irracionales	Refutación de ideas irracionales a través de la Terapia Emotivo Conductual.
4	Cambió emociones negativas “inapropiadas” por emociones positivas “apropiadas”	Imaginación Racional Emotiva a través de la Terapia Racional Emotiva.
5	Relajó los músculos del cuerpo a fin de disminuir la ansiedad	Relajación progresiva de Jacobson Terapia Cognitivo Conductual.
6	Logró el compromiso en la recuperación de la evaluada	Diálogo abierto a través del apoyo familiar.
7	Identificó por sí sola nuevas formas de control de sus emociones para que así pueda enfrentarla con una actitud positiva	Auto instruirse a través de la Terapia Cognitivo Conductual.
8	Logró que la evaluada realice un plan de vida puntualizando su visión favorable al futuro	Realizó su plan de vida a través de la Terapia Cognitivo Conductual.
9	Reforzó los vínculos afectivos de la familia	Diálogo abierto.
10	Reintegró a la evaluada a la sociedad y a la familia	Diálogo abierto.

Nota. Esta tabla muestra el número de sesiones terapéuticas que se trabajó con la

evaluada, lo cual sirvió como soporte en su tratamiento.

Tabla 4

Sesión terapéutica 1

Logros y cualidades positivas	
Técnica	El árbol de los logros-cognitivo conductual
Objetivo	Fortalecer su autoestima: Analizar la imagen que se tiene de sí misma y centrarse en sus cualidades positivas.
Duración	40 minutos
Descripción	<p>Consistió en una reflexión sobre las capacidades, cualidades positivas y logros desde la infancia a lo largo de su vida.</p> <p>Lo primero que tuvo que hacer fue elaborar una lista de todos sus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor. etc.), sociales (capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad).</p> <p>Cuando culminó la primera lista, elaboró otra con todos los logros que consiguió en la vida. Dio igual si esos logros son grandes o pequeños, lo importante es que sintió orgullo de haberlos logrado.</p> <p>Cuando tuvo las dos listas, se le indicó: “dibuja tu árbol de los logros”. Realizó un dibujo grande, que ocupó toda la hoja y también dibujó sus raíces, las ramas y los frutos. Dibujó las raíces y los frutos de diferentes tamaños. En cada una de las raíces colocó sus cualidades positivas (primera lista). Si consideró que esa cualidad fue muy importante y le sirvió para lograr grandes metas, colocó en una raíz gruesa. Si por el contrario no tuvo mucha influencia, se colocó en una de las pequeñas.</p> <p>En los frutos colocó de la misma manera sus logros (segunda lista). Puso sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños.</p> <p>Una vez concluido, se le compartió reflexiones sobre ello. Es posible que se sorprendió por la cantidad de cualidades obtenidas y todas las cosas importantes que consiguió en la vida.</p>

4.5. Indicadores de logro

Habiendo la evaluada realizado las sesiones terapéuticas y asistidas normal a sus sesiones, se realizó la reevaluación y la evaluada obtuvo un puntaje moderadamente alto, y fue notorio a su vez que el consumo del alcohol no persistió, debido a que tomó más interés por culminar sus estudios del nivel secundario. Mejoró

en un 70% la relación con el hermano varón.

Tabla 5

Indicadores de logro

Objetivo	Indicador de logro
Incrementó la autoestima en la evaluada	Se logró cambiar su conducta desfavorable o de rechazo, por aceptación y reconoció que es una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás, elogiándose a sí misma a través de cumplidos para mejorar los buenos sentimientos y estima personal.
Disminuyó la aparición de pensamientos automáticos o creencias irracionales, mediante el modelo cognitivo conductual	La evaluada respondió negativamente ante preguntas que le ocasionaron malestar de incomodidad, porque su anhelo fue superar esas creencias irracionales.
Refutó las ideas irracionales e identificó las creencias racionales	Aprendió a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales, lo cual sirvió de impedimento a buscar soluciones al problema del consumo del alcohol.
Cambió emociones negativas “inapropiadas” por emociones positivas “apropiadas”	La evaluada logró mantenerse concentrada, relajada y bajo esta técnica llegó a eliminar las emociones negativas que le causaron tristeza, llanto por emociones positivas emociones de agrado y satisfacción, observó que su familia le apoyaba.
Relajó los músculos del cuerpo a fin de disminuir la ansiedad	La evaluada cumplió progresivamente con la técnica de relajación, eliminando algunas conductas que presentó como la ansiedad.
Logró el compromiso en la recuperación de la adolescente	Se logró fortalecer la comunicación en el núcleo familiar, a su vez se practicó consejos y ejercicios prácticos para la solución de problemas familiares.
Identificó nuevas formas de control de sus emociones	La evaluada modificó sus actitudes negativas de inicio por actitudes de aceptación al cambio a fin de mejorar en las relaciones sociales, en el medio

Logró la realización de un plan de vida puntualizando su visión favorable al futuro	ambiente Se logró que tome interés en la culminación de sus estudios secundarios, y que se proyecte a desarrollar un estudio superior escogiendo la carrera que más le agrade.
Reforzó los vínculos afectivos de la familia	La evaluada aprendió a participar en actividades familiares con el fin de reforzar su autoestima y apego familiar.
Reintegrarla a la sociedad y a la familia	Se logró que la evaluada con el apoyo de su familia cumpliera con las responsabilidades que le compartían. Aprendió a desarrollar planes adecuados de seguimiento para poder mantener los cambios alcanzados. Aprendió a reservar un momento del día para hablar.

4.6. Monitoreo y evaluación de la intervención

Luego de haber cumplido todo el tratamiento la evaluada logró afrontar y eliminar las situaciones negativas del consumo de alcohol y creencias negativas reforzando su autoestima de manera positiva. Superó las deficiencias en su hogar con el apoyo de su familia, factor importante dentro del tratamiento. Incrementó el interés por sus estudios y dominó las relaciones negativas del entorno escolar.

Para el monitoreo de la intervención se establecieron llamadas telefónicas, al inicio cada dos sesiones terapéuticas y posterior una vez por semana antes de la culminación de su tratamiento, con la finalidad de concientizar en su persona el interés y motivación a la erradicación del consumo y aumentar su autoestima.

Luego de la intervención con el tratamiento incrementó su autoestima obteniendo un nivel promedio, pero elevando su puntaje en las áreas del hogar y de la

escuela. En lo que es el consumo de alcohol, no existe dependencia, pero fue necesario siempre reforzar con seguimiento continuo.

DISCUSIÓN

Existieron trabajos de investigación confirmando que muchos adolescentes y adultos jóvenes vieron a sus padres como modelos a seguir cuando se trata de beber; muchos de ellos lo probaron una vez para experimentar, aunque muchos se acostumbraron al consumo. (Arosquipa, 2018; Gómez, 2017).

Los adolescentes que estuvieron en constantes cambios con sus sentimientos internos, incapaces de dirigir y liberar adecuada y constructivamente sus preocupaciones y sentimientos, a menudo encontraron la mejor salida del dolor o la desesperanza en la intoxicación del alcohol, que los separa artificialmente de estos sentimientos, tensiones; así, los adolescentes aprendieron a huir de una realidad. (Gómez, 2017).

A medida que los adolescentes se interesaron en cosas fuera del entorno de su hogar, su visión de sí mismos, de sus padres y del mundo cambió drásticamente. Para construir su identidad y convertirse en adultos sanos, responsables, productivos y con principios, debieron tener acceso a sistemas de apoyo y oportunidades (Gómez, 2017).

Habiendo sido el consumo del alcohol no tan visible en la evaluada, el interés de la investigación se dirigió a ver el nivel de autoestima que presentó, por los problemas familiares que vivió, y habiendo sido de mayor influencia el apego a sus amigas con las que frecuentó, considerando la reevaluación, disminuyó paulatinamente el consumo de alcohol, y su autoestima logró recuperar consiguiendo puntaje adecuado a lo esperado en las áreas de menor puntaje. La evaluada aceptó que

el consumir alcohol fue una amenaza para su vida y el progreso de sus estudios, por lo que tomó interés abandonando la presión del medio ambiente social, y recuperó las ansias de sus estudios, llegando a culminar; a su vez optó una nueva imagen de su yo, dio mayor importancia al diálogo con el hermano mayor y reforzó más el apego con su madre.

Los miembros de la familia no debieron impedir que un adolescente alcohólico asuma la responsabilidad o creer que asumir la responsabilidad le impidió lograr la sobriedad. Alcanzar metas aumenta la autoestima y proporciona la satisfacción del deber cumplido (Montenegro, 2008).

La Dra. Alazraki (2011), cuando se refirió a uno de los indicadores más obvios de que una familia está funcionando bien, fue la consistencia, el término que mejor describe la vida en una familia alcohólica fue inconsistente e impredecible para los adolescentes.

Lo que mencionó la Dra. Alazraki se relaciona con el caso investigado, en la medida de que la evaluada recibió apoyo de sus familiares, no abandonándola sino por el contrario dándole fortaleza para culminar sus estudios y solicitando apoyo donde el profesional adecuado.

Álvarez (2011), en su estudio contribuyó al avance del entendimiento del fenómeno de la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y destacó la importancia de incluir las variables psicosociales como la asertividad, autoestima, autoeficacia y resiliencia en intervenciones para prevenir el consumo de alcohol y

drogas. Concluyó que es factible, disminuir el consumo de alcohol y favorecer la asertividad, autoestima, autoeficacia y resiliencia en los adolescentes mediante una intervención breve psicoeducativa que promueve la conducta de prevención del consumo de alcohol y drogas.

Con el apoyo que se le brindó a la evaluada mejoró su autoestima; sin embargo, fue fundamental el apoyo familiar sirviéndole como un agente preventivo del consumo de sustancias, obtuvo una postura clara en relación al consumo de alcohol y fortaleció sus relaciones mediante las normas familiares y comunicación, participación familiar e involucramiento parental.

Otro punto que se consideró fue la identificación de pensamientos irracionales como: “necesito el amor y la aprobación de todas las personas importantes de mi entorno”;” realmente es terrible, horrible y catastrófico que las cosas no salgan o no sean como yo deseo”. Fue Ellis quien identificó más de 200 creencias irracionales que tuvieron una clara influencia en los trastornos psicológicos. Pero son 11 creencias más significativas y relevantes, publicadas en 1962 en el libro Razón y Emoción en Psicoterapia. De ahí que se consideró una sesión necesaria como tratamiento para la evaluada, quien reconoció la actitud que presentó cuando consumía el alcohol. Fue la evaluada quien, de manera voluntaria sin coaccionarla, decidió cambiar poniendo mayor interés en su tratamiento.

En cuanto a comprobar si las técnicas de relajación ayudan a disminuir el consumo de alcohol, es cierto, porque, esto se hizo para reforzar su nueva forma de vida y recordar que los viejos planes y hábitos no le dieron la satisfacción que tuvo

hoy. El entrenamiento de relajación es un proceso de aprendizaje progresivo para reducir la actividad con el fin de responder de manera efectiva a diversas situaciones. Reducir la activación general del cuerpo tuvo beneficios generalizados y bien conocidos para la salud y el equilibrio mental. (Jacobson, 2001).

CONCLUSIONES

- De acuerdo con la investigación realizada y los datos obtenidos, se estableció que la evaluada consumió alcohol a una edad muy temprana y fue influenciada principalmente por la sociedad: la familia y los amigos.

- Dentro del estudio de caso se utilizó los instrumentos Test de Autoestima y Test del AUDIT, no se empleó en el momento otro instrumento, porque se dio más prioridad a los instrumentos manejables y que dieron resultados con confiabilidad y rapidez.

- La intervención se orientó a mejorar la autoestima debido a que en la evaluación inicial (pre test) la evaluada obtuvo un puntaje bajo o promedio en las áreas Social, Hogar y Escuela. Luego de la intervención, estas áreas fueron evaluadas (post test) evidenciándose un promedio General, considerando las 4 áreas.

- Se logró eliminar esas ideas irracionales del “sí quiero ir”, cuando acudió al llamado de sus amigos para consumir alcohol, para eso se contó con el apoyo familiar, apoyo educativo.

- Concerniente a los aspectos de la intervención, no hubo problemas en cuanto al resultado, lo cual permitió mejorar su baja autoestima.

- En la aplicación del Test de Autoestima, su resultado en el área del hogar fue el más bajo, obtuvo un puntaje de 2, debido a que no tuvo una buena comunicación con la familia, por ello sus reacciones fueron de falta de confianza con sus progenitores y aún con su hermano, sin embargo, después de la intervención recuperó la confianza con los suyos.

- Se incluyó a su familia, al círculo de amigos y profesores de la evaluada

estableciendo compromisos de cambio y apoyo como soporte para un buen desenvolvimiento de sus actividades en la sociedad.

- Con la psicoeducación y con apoyo de su familia se logró incrementar su autoestima.

RECOMENDACIONES

- Los padres deben asistir a las sesiones, para tener conocimiento sobre la comunicación para con sus hijos, por ser esta edad la que más necesita apoyo.

- El personal de salud continuamente debe intervenir en las reuniones de las Instituciones Educativas del Nivel Secundario, para evitar el consumo del alcohol en adolescentes, ya que en estos tiempos está aumentando el consumo de alcohol y el suicidio. Además, para estos problemas que se presentaron el profesional Psicólogo debió contar con la red de soporte de la familia, del colegio, de los amigos del adolescente con problemas, grupos sociales de la comunidad, grupos de estudio, grupos religiosos, buscando que sean personas activas en esta sociedad, manteniendo buenas relaciones saludables.

- Concienciar a los jóvenes la importancia de ser amigos para el desarrollo de la empatía, porque un grupo de amigos cumple una función muy importante a la hora de crecer, pero hay que saber distinguir y elegir la amistad.

- Es importante conocerse a uno mismo, tener empatía y ser capaz de comprender los sentimientos de los demás.

- Es importante que los adolescentes aprendieran a expresar e identificar sus emociones y sentimientos. Todo esto les permitió comunicarse mejor, comprender a los demás y mostrar compasión e interés por ayudar a los demás.

LIMITACIONES

- Por temas de la institución donde se llevó la investigación del caso, solo se permitió aplicar pruebas aprobadas por el MINSA.
- En el instrumento de autoestima se encontró nivel bajo de autoestima en el hogar, escuela y social; por lo que se optó en trabajar este aspecto de autoestima.
- En cuanto a la disfunción familiar, no se le aplicó ninguna prueba, debido a las limitaciones del tiempo de la evaluación.
- Se hubiera podido mejorar la intervención tomando en consideración mayores instrumentos como: instrumentos para evaluar la disfunción familiar, con la finalidad del abordaje del caso.
- Se sugeriría más sesiones si se hubiera empleado más evaluación con respecto a la familia, colegio, amigos, etc.
- No se evaluaron las habilidades sociales por la limitación del tiempo.
- La técnica del entrenamiento en habilidades sociales habría sido importante trabajar para lograr una mejor adaptación dentro de la sociedad. Esta técnica es esencial para dotar a los individuos, especialmente a los adolescentes, de las herramientas necesarias para interactuar de manera efectiva y saludable en diversos contextos sociales, reduciendo así comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol.
- Al seguimiento del caso hubiera agregado el diálogo con el hermano y las reuniones periódicas con la familia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Alazraki, C. (2011). *Entorno Familiar del Alcohólico*. Cap.III.2011 pág. 54.
- Álvarez, A. (2011). *Intervención breve para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes*. Ed. México. 2011.
- Arosquipa, R., Mamani, J. (2016). *Fiesta Patronal “Virgen Inmaculada Concepción” en el Consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de educación secundaria del distrito de Macusani-2016* (Tesis de Grado), Puno, Universidad Nacional del Altiplano-Facultad de Ciencias Sociales.
- Babor, T. F., Higgins, B.J.C., Saunders, J.B., Monteiro, M.G. (2012). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*. / en línea/. Publicado; 2012 (acceso 5 de Noviembre del 2015) Disponible en: http://www.who.int/Substance-abuse/activities/en/AUDIT_Manual_spanish.pdf.
- Barraza, L. C., Rojo, O., Álvarez, A. (2010). *Consumo de alcohol y nivel de autoestima en profesionales de salud*. TESIS Querétaro: Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro.
- Barrientos, V. (2003). *Niveles de Autoestima en Adolescentes Institucionalizados*. Hogar de Menores. Fundación Niño y Patria Valdivia, II Semestre 2002. Valdivia-Chile 2003.
- Centeno, R. (2017). *Nivel de autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Secundaria Pública Industrial 32-Puno 2016* (Tesis de

Grado). Puno, Universidad Nacional del Altiplano Puno-Facultad de Enfermería.

Chahuayo, A., Díaz, H. (1988). *Inventario de Autoestima original, forma escolar*. S. Coopersmith 1967.

Chapa, S. S., Ruiz, L. M. (2012). *Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E. N°0031 "María Ulisis Dávila Pinedo Morales"*. Octubre-Diciembre 2011.

Chicaiza, M. (2013). *El consumo de alcohol y su influencia en conductas agresivas, en los adolescentes del segundo grado de bachillerato del colegio Técnico Pujili*. TESIS. Pujilí: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la salud carrera de Psicología; Report No.: Ecuador.

Contreras, C. I., Luna, D. M., Arrieta, (2008). PR. *Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol*. Medigraphic. 2008 Noviembre-Diciembre; 51(6).

Cutipé, C. (2014). *Casos con trastorno alimenticios a nivel general*. Preocupante: Hay más de 500 casos de bulimia y anorexia en el Perú. (2016). *Perú 21*.

DEVIDA, (2012). *Informe Ejecutivo IV Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Ejecutivo. Lima: Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas. DEVIDA. Observatorio peruano de drogas-OPD, Lima.

DEVIDA, (2016). *Preocupante, reportan que los casos de adicciones vienen incrementándose en la región de Puno*. Radio Onda Azul.

Diario Perú 21, (2014). *Autoestima*. / en línea/. Publicado; 2014 (acceso 11 de Agosto del 2016). Disponible en: <http://perú21.pe/actualidad/preocupante-hay-mas-500-casos-bulimia-y-anorexia-2195388>.

Diario sin fronteras, (2017). *En 22% se incrementó el alcoholismo en la región*. Sin Fronteras, Puno, p.1.19-Jul-2017.

Ellis, A. (1913-2007). *Creador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y uno de los pioneros de la Terapia Cognitivo Conductual*. Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual.

Gómez, D. (2017). *Consumo de alcohol y la Competencia social en Adolescentes de la Institución Educativa secundaria José Antonio Encinas Puno 2017*. (Tesis Grado). Puno, Universidad Nacional del Altiplano Puno-Facultad de Enfermería; 2017.

Jacobson, N. S. (2001). *Behavioral Activation for depression*. Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.

Lyle, y Vásquez, (2016). *Estudio en el “Instituto Superior Pedagógico Hno. Victorino Elorz Goicochea”-Cajamarca para verificar la confiabilidad y validez del Test de AUDIT*. 2016.

Mamani, L. (2016). *Consumo de bebidas alcohólicas de los progenitores y su*

influencia en el proceso de socialización de adolescentes en la Comunidad Capilla Pampa, distrito de Patambuco Puno 2016. (Tesis Grado). Puno, Universidad del Altiplano Puno-Facultad de Trabajo Social, 2017.

Ministerio de Salud, (2012). *Oficina de Comunicaciones.* / en línea/. Publicado; 2012 /acceso 29 de Setiembre del 2016/. Disponible en: [http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notas de prensa /2012/011.html](http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notas_de_prensa_/2012/011.html).

Montenegro, (2008). *Entorno familiar del Alcohólico.* Cap.III pág. 57.

Musayón, O. Y., Torres Sánchez, Chávez (2005). *Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria.* Investigación y educación en enfermería. Marzo; XXIII (1).

Organización Mundial de la Salud, (2016). *Alcohol.* Publicado; 2015 /acceso 13 de febrero del 2016). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>. Fundación imagen y autoestima. Autoestima /en línea). Publicado: 2013 (acceso 25 de setiembre del 2016) disponible en: <http://www.f-ima.org/es/factores-de-protección-para-la-prevención/autoestima>.

Panizo, M. I. (1988). *“Inventario de Autoestima Original, Forma Escolar”.* Información acerca de las características de la Autoestima, 1988.

Perú 21, (2017). *Cifras preocupantes en el 2017 se han atendido a más de mil menores de edad por alcoholismo.* (Online). (Accessed: 24/May-2018).

Available: <https://peru21.pe/peru/cifras-preocupantes-2017-han-atendido-mil-menores-edad-alcoholismo-386620>.

Ruiz, F. (1987). *Especialista en Psicología Clínica. Investigación en el “Estudio de la Autorregulación”*. Terapeuta Cognitivo Conductual. Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. 1987. Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales.

Seligman, M. (1992). *Revela características de Autoestima*. Promedio. 1992. Inventario de Autoestima Original, forma escolar, S. Coopersmith 1967.

Ticona, H. (2012). *Nivel de autoestima y consumo de alcohol como factores de riesgo para el inicio precoz de las relaciones coitales en los adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres*. TESIS. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2012.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). *Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood*. *Developmental psychology*, 42(2), 381.

Ugarte, M., Vásquez, L., and Loaiza, J. (2024). *Anales de la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2014; Vol. (3): páginas 1-4.

Uribe, C. (2012). *Relación que existe entre el nivel de autoestima y el tipo de dinámica familiar de adolescentes del Centro Educativo Leoncio Prado, San*

Juan de Miraflores, 2011. TESIS. Lima: Universidad Nacional de San Marcos, Perú; 2011.

Vollatoro, J., Bustos, D., Robles, O., Mujica, S., Campo, M., and Alvarado, N. (2014). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de alcohol*, Secretariado Salud 2015; Vol. (I): páginas 41-60.

Watson, (1878-1958). *Fundador de la escuela conductista*. Fue uno de los psicólogos americanos más importantes del siglo XX.

ANEXOS

Inventario de autoestima original forma escolar Coopersmith

- 1.- Generalmente los problemas me afectan muy poco
- 2.- Me cuesta mucho trabajo hablar en público.
- 3.- Si pudiera cambiaria muchas cosas de mí
- 4.- Puedo tomar una decisión fácilmente.
- 5.- Soy una persona simpática
- 6.- En mi casa me enoja fácilmente
- 7.- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.
- 8.- Soy popular entre las personas de mi edad
- 9.- Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.
10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente.
- 11.- Mis padres esperan demasiado de mí.
- 12.- Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.
- 13.- Mi vida es muy complicada.
- 14.- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.
- 15.- Tengo mala opinión de mí mismo(a).
- 16.- Muchas veces me gustaría irme de mi casa.
- 17.- Con frecuencia me siento a disgusto en mi grupo-
- 18.- Soy menos guapa o (bonita) que la mayoría de la gente.
- 19.- Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.
- 20.- Mi familia me comprende.
- 21.- Los demás son mejor aceptados que yo.
- 22.- Generalmente siento como si mi familia me estuviera presionando.
- 23.- Generalmente me siento desmoralizado en mi grupo
- 24.- Muchas veces me gustaría ser otra persona
- 25.- Se puede confiar muy poco en mí.
- 26.- Nunca me preocupo por nada.
- 27.- Estoy seguro de mí mismo.
- 28.- Me aceptan fácilmente.
- 29.- Mi familia y yo la pasamos muy bien juntos.
- 30.- Paso bastante tiempo soñando despierta (o).
- 31.- Desearía tener menos edad.
- 32.- Siempre hago lo correcto.
- 33.- Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela.

- 34.- Alguien tiene que decirme siempre lo que debo hacer.
- 35.- Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.
- 36.- Nunca estoy contento.
- 37.- Estoy haciendo lo mejor que puedo.
- 38.- Generalmente puedo cuidarme solo(a).
- 39.- Soy bastante feliz.
- 40.- Preferiría estar con niños (as) menores que yo.
- 41.- Me gusta todas las personas que conozco.
- 42.- Me gusta cuando me invitan a salir a la pizarra.
- 43.- Me entiendo a mí mismo(a).
- 44.- Nadie me presta mucha atención en casa.
- 45.- Nunca me reprenden.
- 46.- No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera.
- 47.- Puedo tomar una decisión y mantenerla.
- 48.- Realmente no me gusta ser un adolescente.
- 49.- No me gusta estar con otras personas.
- 50.- Nunca soy tímido.
- 51.- Generalmente me avergüenzo de mí mismo (a).
- 52.- Los chicos (as) generalmente se las agarran conmigo.
- 53.- Siempre digo la verdad.
- 54.- Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz.
- 55.- No me importa lo que pase.
- 56.- Soy un fracaso.
- 57.- Me fastidio fácilmente cuando me reprenden.
- 58.- Siempre se lo que debo decir a las personas.



TEST AUDIT

ITEMS	Criterios operativos de valoración	
1.- ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana	
2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 1 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez a mas	
3.- ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
4.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
5.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
6.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
7.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
8.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
9.- ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, el último año	
10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, el último año	
INTERPRETACIÓN		
No problemas relacionados con alcohol	Hombres 0-7	Mujeres 0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas Físico – Psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Sesión terapéutica 1

Logros y cualidades positivas	
Técnica	El árbol de los logros-COGNITIVO CONDUCTUAL
Objetivo	Fortalecer su autoestima: Analizar la imagen que se tiene de sí misma y centrarse en sus cualidades positivas.
Duración	40 minutos
Descripción	<p>Consistió en una reflexión sobre las capacidades, cualidades positivas y logros desde la infancia a lo largo de su vida.</p> <p>Lo primero que tuvo que hacer fue elaborar una lista de todos sus valores positivos, ya sean cualidades personales (paciencia, valor, etc.), sociales (capacidad de escucha...), intelectuales (memoria, razonamiento...) o físicos (atractivo, agilidad).</p> <p>Una vez que culminó la primera lista, elaboró otra con todos los logros que consiguió en la vida. Dio igual si esos logros fueron grandes o pequeños, lo importante es que sintió orgullo de haberlos logrado.</p> <p>Cuando tuvo las dos listas, se le indicó: “dibuja tu árbol de los logros”. En donde tuvo que realizar un dibujo grande, que ocupó toda la hoja y también dibujó sus raíces, las ramas y los frutos. Tuvo que hacer las raíces y los frutos de diferentes tamaños. En cada una de las raíces colocó una de sus cualidades positivas (primera lista). Si consideró que esa cualidad fue muy importante y le sirvió para lograr grandes metas, colocó en una raíz gruesa. Si por el contrario no tuvo mucha influencia, colocó en una de las pequeñas.</p> <p>En los frutos colocó de la misma manera sus logros (segunda lista). Puso sus logros más importantes en los frutos grandes y los menos relevantes en los pequeños.</p> <p>Una vez concluido, hizo reflexiones sobre ello. Se sorprendió por la cantidad de cualidades que posee y todas las cosas importantes que consiguió en la vida.</p>

Sesión terapéutica 2

Identificando pensamientos irracionales	
Técnica	Detección de Ideas Irracionales-Terapia Racional Emotiva Conductual
Objetivo	Identificar las creencias irracionales que producen emociones o conductas contraproducentes
Duración	40 minutos aproximadamente
Desarrollo	En esta sesión se detectó aquellas emociones de la evaluada que le produjo emociones y conductas

contraproducentes, para ello entramos en cuenta que las creencias irracionales:

Fueron en contra de la evidencia, no fueron consistentes con la realidad.

- Fueron en contra de la lógica.
- Produjeron emociones perturbadoras (demasiado intensas).

No fueron útiles: obstaculizaron la consecución de sus metas, más que ayudarle a conseguirlas.

- Se expresó en lenguaje absolutista, demandante.

Al tener identificadas las creencias irracionales, se procedió a priorizar aquellas que la estuvieron aquejando con más intensidad.

Sesión terapéutica 3

Abandonando las ideas irracionales	
Técnica	Refutación de ideas irracionales-Terapia Racional Emotivo Conductual
Objetivo	Refutar las ideas irracionales contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales
Duración	40 minutos aproximadamente
Desarrollo	Se le enseñó a discriminar las ideas irracionales: La incomodidad del “no puedo soportarlo” El hacer algo mal, del “ser una mala persona” Los “quiero”, “deseo”. Es decir, discriminó entre los valores no absolutos (preferencias, deseos) y los valores absolutistas (necesidades, demanda). El proceso de buscar las creencias racionales alternativas, se llevó a cabo mediante preguntas dirigidas a ayudar a la evaluada a descubrir la falsedad de su creencia irracional y a hallar la creencia racional alternativa. Preguntas como: ¿Qué evidencia tiene de...? ¿En qué sentido es cierta o falsa esta Creencia? ¿Qué produce eso? Se empleó con frecuencia. Se procedió con las preguntas hasta que la evaluada descubrió la falsedad de su creencia irracional y, por lo tanto, también reconoció la verdad de la alternativa racional.

Sesión terapéutica 4

Cambiando emociones negativas por positivas	
Técnica	Imaginación Racional Emotiva-terapia Racional Emotiva
Objetivo	Cambiar emociones negativas por emociones positivas
Duración	40 minutos aproximadamente
Descripción	Se le indicó que se mantenga concentrada y relajada, en seguida se solicitó a cerrar los ojos y visualizar y traer a la mente aquellas emociones negativas “inapropiadas” que con frecuencia siente, una vez visualizada aquella conducta negativa se le solicitó que la cambie por otra emoción positiva apropiada”, mientras mantuvo la imagen viva del suceso que visualizó, De esta manera la evaluada aprendió a cambiar sus emociones autocastigadas por otras que la hicieron sentir mejor, Esta actividad lo realizó las veces que sean necesarias.

Sesión terapéutica 5

Relajándonos	
Técnica	Relajación progresiva de Jacobson-Cognitivo Conductual
Objetivo	Relajar los músculos del cuerpo con el fin de liberar las tensiones corporales para disminuir la ansiedad que presenta la evaluada.
Duración	40 minutos aproximadamente
Descripción	Posición inicial: Echada en la cama terapéutica, con el cuerpo relajado sin ropa apretada y sin zapatos, recibió las órdenes adecuadas previo ensayo oportuno. 1ra FASE: Tensión –relajación. Ejercicios de relajación de cabeza, cuello y hombros. Ejercicio de relajación de brazos y manos. Ejercicio de relajación de tórax abdomen. Ejercicio de relajación de piernas y pies. 2da FASE: Repasó mentalmente.

Sesión terapéutica 6

Diálogo abierto	
Técnica	Diálogo abierto Con la familia
Objetivo	Lograr el compromiso en la recuperación de la evaluada.
Duración	60 minutos aproximadamente
Desarrollo	Se le brindó a la madre información acerca de la enfermedad de la evaluada para poder cumplir la función de soporte emocional. Se realizó seguimiento del cumplimiento de lo planificado.

Sesión terapéutica 7

Cambio de Actitudes	
Técnica	Auto Instrucciones-Cognitiva conductual
Objetivo	Identificar por si sola nuevas formas de control de sus emociones para que así pueda enfrentarla con una actitud positiva.
Duración	30 minutos aproximadamente
Desarrollo	Se le pidió a la evaluada la mayor concentración posible para que pueda internalizar esta actividad. Primero se le presentó una situación simulada donde se presenten pensamientos negativos. Se pidió que la evaluada comience a generar palabras o frases en positivo, combatiendo los pensamientos negativos y controlando las reacciones y emociones ante las mismas. Después la evaluada tuvo que hacer lo mismo con una situación que ella misma propuso tratando de auto controlarse por sí misma, en base a instrucciones que la evaluada misma brindó.

Sesión terapéutica 8

Reestablecer el plan de vida	
Técnica	Plan de vida-Cognitivo Conductual
Objetivo	Lograr que la evaluada realice un plan de vida puntualizando su visión favorable al futuro.
Duración	45 minutos aproximadamente

Desarrollo	<p>Se le pidió a la evaluada realizar un plan de vida la que estará basada en las preguntas ¿Qué es lo que desea? ¿Qué expectativas tiene para con la vida? ¿Cómo se siente actualmente? ¿Explicar cómo eran sus pensamientos anteriormente y cómo lo son ahora? ¿Siente que ha progresado?</p> <p>Luego se solicitó que la evaluada comparta su plan de vida y así juntas se trazó metas y acuerdos que la ayudaron a mejorar su estado emocional y su capacidad de afrontamiento a la vida.</p> <p>Se realizó un seguimiento del cumplimiento de lo planeado.</p>
------------	---

Sesión terapéutica 9

Reforzar el vínculo familiar	
Técnica	Dialogo abierto
Objetivo	Reforzar los vínculos afectivos de la familia.
Duración	45 minutos aproximadamente
Desarrollo	Fue importante que todos los miembros de la familia disfruten estando unos al lado de los otros para que todos los cambios sean más fáciles y posibles de realizar. Con el fin de reforzar su autoestima y apego familiar.

Sesión terapéutica 10

Retroalimentación: positiva y negativa	
Técnica	Diálogo abierto
Objetivo	Reintegrar a la evaluada a la sociedad y a la familia
Duración	45 minutos aproximadamente
Desarrollo	Esto se hizo con el fin de reforzar su nuevo estilo de vida y recordar que sus viejos esquemas y hábitos de vida no le

llegaron a producir satisfacciones como hoy en día.

- Reservó un momento del día sólo para hablar.
 - Comenzó a compartir responsabilidades de nuevo.
 - Hizo cumplidos para mejorar los buenos sentimientos.
 - Estableció compromisos de modo que todos salen ganando.
 - Desarrolló planes adecuados de seguimiento para poder mantener los cambios alcanzados.
 - Dejó que la evaluada con problemas de alcohol sea quien asuma la responsabilidad de beber o no beber. Asumiendo todas sus responsabilidades.
 - Habló de los cambios en la familia y que todos dieron su punto de vista, de tal manera se comprometieron a realizarlos.
-



TEST AUDIT

ITEMS	Criterios operativos de valoración	
1.- ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana	
2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 1 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez a mas	
3.- ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
4.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
5.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
6.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
7.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
8.- ¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario	
9.- ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Sí, el último año	
10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 1. Sí, pero no en el curso del último año 2. Si, el último año	
INTERPRETACIÓN		
No problemas relacionados con alcohol	Hombres 0-7	Mujeres 0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas Físico – Psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

I.A.G.

CÓDIGO: _____

HOJA DE RESPUESTAS

CENTRO EDUCATIVO: _____ AÑO _____ SECCIÓN _____
SEXO: F. M. FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
FECHA DEL REPRESENTANTE EXAMEN: _____

INSTRUCCIONES:

Marca con una aspa (X) al costado del número de la pregunta en la columna V, si tu respuesta es verdad, en la columna F, si tu respuesta es falsa.

ITEM	V	F	ITEM	V	F	ITEM	V	F
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Anexos

Anexo 1:

Formato de consentimiento informado para el procedimiento de evaluación psicológica

DIRECTIVA SANITARIA N° 114-MINSA/2020/DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS TÉCNICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES E INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364

ANEXO 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Yo _____ identificada/o con DNI N° _____ después de haber sido informada/ sobre el procedimiento de la evaluación psicológica y estando de acuerdo, doy mi consentimiento para que me realicen la evaluación psicológica consistente en las entrevistas y la aplicación de pruebas psicológicas, de ser necesarias.

Localidad, _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma de la persona evaluada

Firma y sello de la persona evaluadora
Número de Colegio Profesional de
Psicóloga



Anexo 2:

Formato de consentimiento informado en casos de NNA para el procedimiento de evaluación psicológica

DIRECTIVA SANITARIA N° 114-MINSA/2020/DGIESP

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS TÉCNICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES E INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR, EN EL MARCO DE LA LEY N° 30364

ANEXO 2

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN NNA

Yo _____ identificada/o con DNI
N° _____ padre/madre/responsable legal/persona a cargo de
_____ con DNI N° _____

Después de haber sido informada/o sobre el procedimiento de la evaluación psicológica a realizar y estando de acuerdo, doy mi consentimiento para que le realicen la evaluación psicológica consistente en las entrevistas y la aplicación de pruebas psicológicas, de ser necesarias.

Localidad, _____ Día _____ Mes _____ Año _____



Firma del padre/madre/responsable legal
Persona a cargo

Firma y sello de la persona evaluadora
Número de Colegio Profesional
de Psicólogos





PERÚ

Ministerio de Salud

Red de Salud
Métrol



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA

I. DATOS GENERALES:

HISTORIA CLÍNICA : _____
NOMBRES Y APELLIDOS : _____
EDAD : _____
Nº DE VISITA : _____
DIRECCIÓN : _____
FECHA : _____

II. MOTIVO DE VISITA:

PSICÓLOGA (O)
C.Ps.P.Nº

CIUDADANO VISITADO
DNI:

