

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



**“RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS  
ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN  
ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE POLICÍA.  
AREQUIPA, 2018”**

Tesis presentada por la Bachiller:  
**Espinoza Chama, Fiorella Giannina.**

Para optar el Título Profesional de:  
**Médico Cirujana.**

**Asesora: Dra. Cuno Velásquez Lizbeth**

**Arequipa - Perú**

**2019**



15

*Universidad Católica de Santa María*

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

**DECRETO N° 111-FMH-IR-2018**

Arequipa, 11 DE MARZO DEL 2019

Visto el Expediente N° 201908739 que presenta el (Sr.) (Srta.) **FIGRELLA GIANNINA ESPINOZA CHAMA** quien solicita dictaminador del Borrador de Tesis y adjunta tres ejemplares de dicho Borrador de Tesis con Dictamen Favorable del Jurado Dictaminador conformado por los doctores: DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO y DR. ERVIS ALVARADO DUEÑAS

Estando de acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana.

RESUELVE:

**PRIMERO**

Designar como Jurado Dictaminador del Borrador de Tesis Titulado:

**“RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA, 2018”**

A los Sres. Docentes:

- DR. ERVIS ALVARADO DUEÑAS
- DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO
- DR. LUIS VASQUEZ HUERTA

**SEGUNDO**

**LUEGO DE LA REVISIÓN DEL BORRADOR DE TESIS, EL JURADO DEBERÁ REUNIRSE PARA EMITIR SU DICTAMEN Y FIRMAR EN CONJUNTO.**

**TERCERO**

El Decanato y Secretaría de la Facultad de Medicina Humana se encargarán del cumplimiento de la presente.

Comuníquese y cúmplase



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
Dr. Miguel Fernando Farián Delgado  
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



*Universidad Católica de Santa María*

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 111 - FMH-2018**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA, 2018”**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**FIGRELLA GIANNINA ESPINOZA CHAMA**

Nuestro dictamen es:

*Favorable*

OBSERVACIONES:

*Cumplió las observaciones*

Arequipa, *18/03/19*

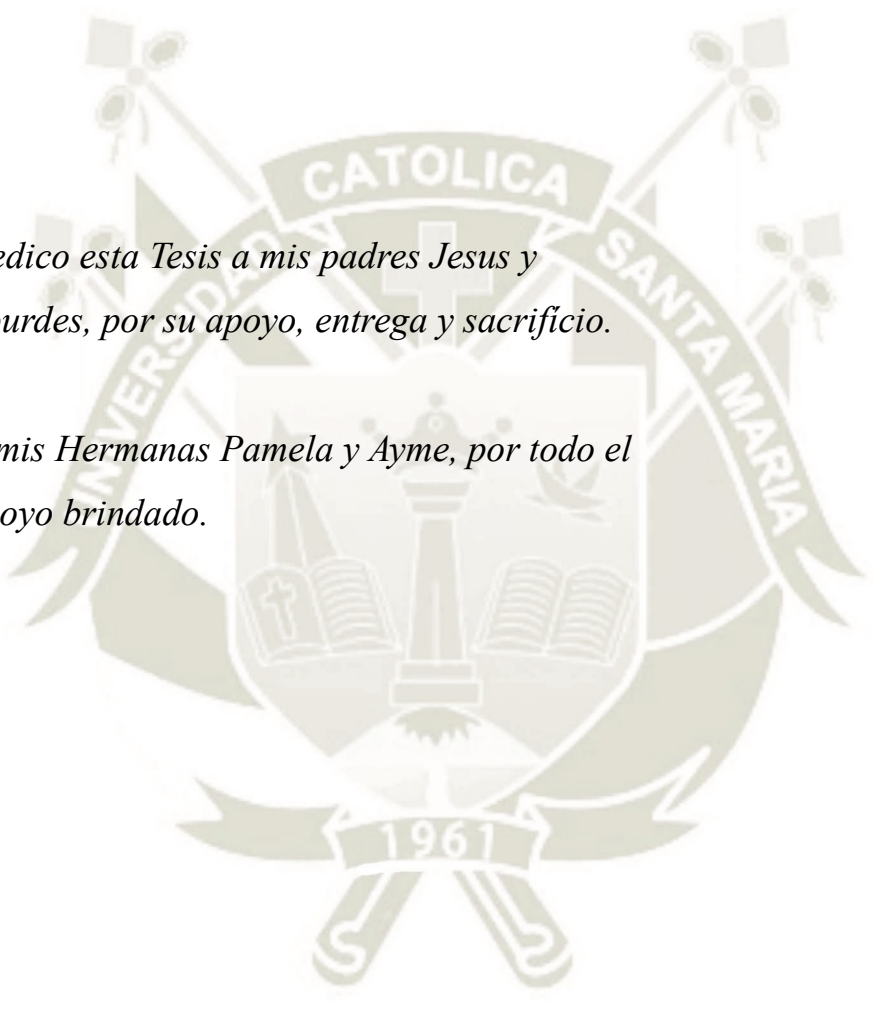
*[Signature]*  
DR. ERVIS ALVARADO DUCHE  
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
Hospital III Regional Dr. DUEÑAS

Dr. Evis Alvarado Duché  
Jefe Servicio de Perinatología  
18.03.2019

*[Signature]*  
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

Dr. José Alvarado Aco  
MÉDICO - PSIQUIATRA  
CMP: 14051 - RNE: 9805

*[Signature]*  
DR. LUIS VÁSQUEZ HUERTA



*Dedico esta Tesis a mis padres Jesus y  
Lourdes, por su apoyo, entrega y sacrificio.*

*A mis Hermanas Pamela y Ayme, por todo el  
apoyo brindado.*

*Agradezco especialmente a mi familia, por el apoyo brindado.*

*A la Dra. Lizbeth Marina Cuno Velásquez, asesora de la Tesis, por sus valiosas sugerencias que guiaron el desarrollo del estudio.*

*A la Escuela de Policía, por permitirme el acceso para la ejecución de la Tesis.*

*A los miembros del Jurado dictaminador por sus valiosas aportaciones.*

*A la Universidad Católica de Santa María, por acogerme en su campus y sentar las bases académicas y humanísticas de mi carrera profesional.*

## RESUMEN

**Objetivos:** Establecer la relación entre el consumo de alcohol y los Esquemas Maladaptativos Tempranos en estudiantes de una Escuela de Policía. Arequipa, 2018.

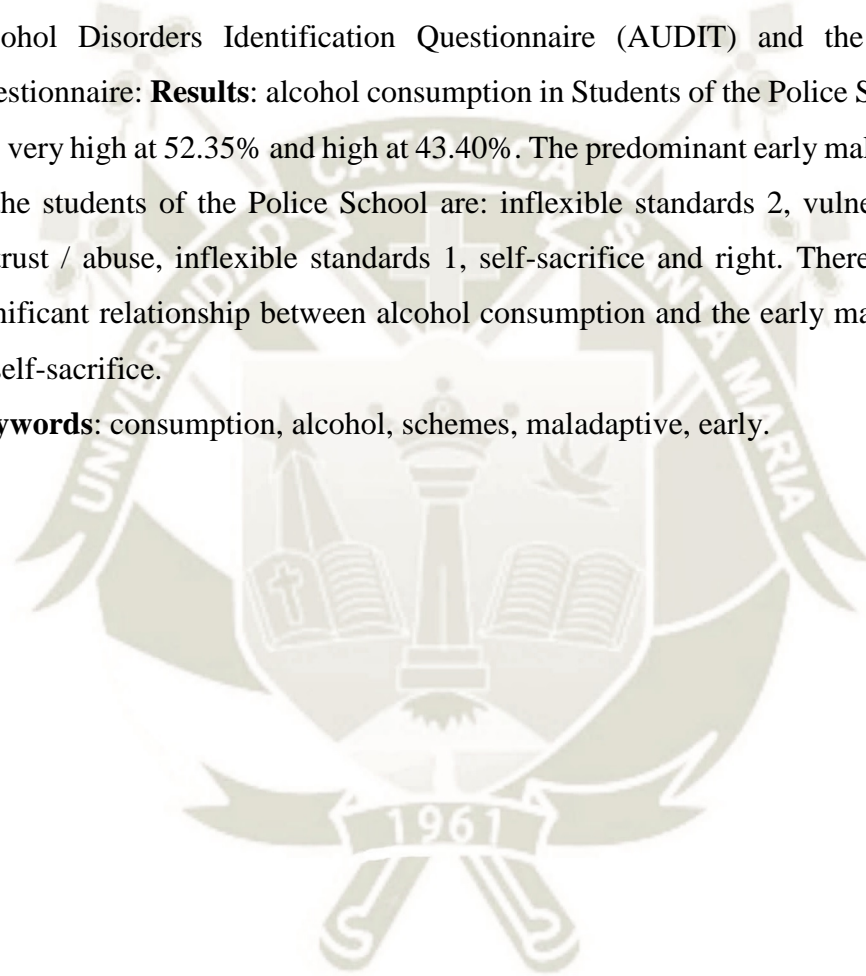
**Métodos:** se realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, transversal y prospectivo. La muestra de estudio estuvo constituida por 468 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta y los instrumentos fueron la ficha de recolección de datos, el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario de Esquemas de Young: **Resultados:** el consumo de alcohol en los estudiantes de la Escuela de Policía, se encontró que es muy alto en 52,35% y alto en 43,40%. Los esquemas maladaptativos tempranos predominantes en los estudiantes de la Escuela de Policía son: estándares inflexibles 2, vulnerabilidad al daño, desconfianza / abuso, estándares inflexibles 1, autosacrificio y derecho. Existe relación estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y el esquema maladaptativo temprano de autosacrificio.

**Palabras clave:** consumo, alcohol, esquemas, maladaptativos, tempranos.

## ABSTRACT

**Objectives:** To establish the relationship between alcohol consumption and early maladaptive schemes in students of a Police School. Arequipa, 2018. **Methods:** a correlational, cross-sectional and prospective descriptive study was carried out. The study sample consisted of 468 students who met the inclusion criteria. As a data collection technique, the survey was used and the instruments were the data collection form, the Alcohol Disorders Identification Questionnaire (AUDIT) and the Young Outline Questionnaire: **Results:** alcohol consumption in Students of the Police School, found that it is very high at 52.35% and high at 43.40%. The predominant early maladaptive patterns in the students of the Police School are: inflexible standards 2, vulnerability to harm, distrust / abuse, inflexible standards 1, self-sacrifice and right. There is a statistically significant relationship between alcohol consumption and the early maladaptive pattern of self-sacrifice.

**Keywords:** consumption, alcohol, schemes, maladaptive, early.



## ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II: RESULTADOS	7
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	17
CONCLUSIONES	22
RECOMENDACIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	26

## INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es una práctica muy arraigada en la sociedad, a tal punto, que es considerado en todos los países del mundo como un problema de salud pública que incrementa la morbilidad de las personas y es un factor que dificulta el desarrollo integral del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud, causa 2.5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor adulto. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros, familiares, amigos e incluso extraños, es decir, que los efectos del consumo de alcohol son muy perjudiciales para la sociedad <sup>(1)</sup>.

Muchos factores influyen en el inicio del consumo de alcohol, pero se sabe que actualmente en el Perú, la edad de inicio oscila entre los 11 y 13 años de edad, siendo muchas veces influido o propiciado por la propia familia, ya sea en el hogar o en el círculo de amigos, cuando los adolescentes tienen necesidad de ser aprobados por sus pares y de esta forma surge el consumo de alcohol, que en un primer momento surge como una curiosidad, que luego puede llevar al desarrollo del hábito y luego a la dependencia <sup>(2)</sup>.

En los jóvenes el consumo de alcohol es un fenómeno mucho más complicado de determinar, porque existen muchos factores asociados, entre ellos destacan algunas creencias, imaginarios sociales, estilos de vida, estados afectivos, factores motivacionales, procesos conductuales de ingesta, edad, antecedentes familiares de consumo, presión de grupo y en general el modelo disfuncional de consumo de compañeros y amigos; lo cual ocasiona consecuencias nefastas a nivel intelectual, problemas de rendimiento académico, familiares, depresión, entre alguno de ellos <sup>(3)</sup>.

El estudio de Young plantea sus propuestas teóricas de esquemas disfuncionales tempranos que son descritos como una estructura muy estable y duradera que tienen lugar en la infancia, se construyen durante la vida de la persona, son excesivamente disfuncionales los que pasan a ser referentes para el procesamiento de experiencias posteriores las cuales emergen o son activados cuando son disparados por eventos de todos los días que son relevantes para los esquemas <sup>(4)</sup>. Por otro lado, Gantiva, et al identificaron una asociación entre el consumo de alcohol y los esquemas disfuncionales

destacando los de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, autosacrificio y entrapamiento. La ingesta de alcohol se asocia con estilos cognitivos determinados por sobre estimación al sufrimiento, poca conformidad a la frustración y gran exigencia por ser aprobado socialmente <sup>(5)</sup>.

En la Escuela de Policía, se ha observado que existe un marcado problema entre los estudiantes debido al consumo de alcohol, el mismo que en varios casos se da de forma desmedida, habiéndose presentado situaciones que parecen demostrar que varios de los estudiantes que presentan este hábito presentan esquemas maladaptativos tempranos que en los estudiantes que no consumen, entre ellos destacan, deprivación emocional, abandono, inestabilidad, desconfianza, incompetencia, agresividad y otras situaciones que se contraponen a muchas cualidades y competencias emocionales que son deseables o esperadas en las personas que se están formando como Policías, porque además, estas personas cuando trabajen, podrían no cumplir sus funciones a cabalidad y más bien constituir un riesgo para la institución policial y para la sociedad, siendo estas las razones que motivaron el desarrollo del presente estudio.

Para la ejecución del estudio, se contó con la anuencia del Director de la Escuela de Policía procediendo a aplicar los instrumentos bajo la modalidad de encuesta y de manera grupal a todos los estudiantes, luego de lo cual se realizó el informe final, el mismo que está estructurado por capítulos de la siguiente manera: en el Capítulo I se presentan los Materiales y Métodos, el Capítulo II está referido a los resultados; el Capítulo III contiene la discusión, el capítulo IV las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y en la sección de anexos se incluye el Proyecto de Investigación.



**CAPÍTULO I**  
**MATERIAL Y MÉTODOS**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. TÉCNICAS

Se utilizó como técnica la encuesta.

### 1.2. INSTRUMENTOS

**1.2.1. Ficha de recolección de datos:** instrumento realizado por la investigadora para recabar la información referida a las variables intervinientes del estudio.

**1.2.2. Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT):** El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) fue originalmente creado por Saunders et al.<sup>(6)</sup> en colaboración con la OMS. Más adelante fue adaptada al idioma español por Rubio et al.<sup>(7)</sup>. Este cuestionario evalúa dichos patrones a través de 10 ítems tipo Likert que pertenecen a las áreas de consumo reciente de alcohol (cantidad, frecuencia), conductas de dependencia y los problemas derivados de su uso. Así, las tres primeras preguntas se refieren al uso de bebidas alcohólicas, las cuatro siguientes están relacionadas con la dependencia y las tres últimas analizan las consecuencias negativas. Su puntuación va desde 0 a 40 y puntajes iguales o mayores a 8 en hombres y 7 en mujeres (debido las diferencias en el peso medio y el metabolismo) son indicadores de un consumo de riesgo y consumo perjudicial. Para el presente estudio se utilizará la versión validada en el estudio de Aramburu que obtuvo una confiabilidad de 0.89<sup>(8)</sup>.

**1.2.3. Cuestionario de Esquemas de Young:** este cuestionario fue creado por Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Schnitter, M., Maestre., K. y Marín, C<sup>(9)</sup>, en el 2005 en Colombia, para el estudio se aplicó la versión de León y Sucari<sup>(10)</sup> que fue validada en Lima, su aplicación puede ser en forma individual o colectiva, el tiempo que demanda es entre 20 a 30 minutos. El instrumento evalúa once esquemas desadaptativos tempranos los cuales son abandono, insuficiente autocontrol, autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad, autosacrificio, estándares inflexibles 1, estándares inflexibles 2, inhibición emocional, derecho y por último entrapamiento. El cuestionario incluye 45 ítems que se puntúan según una escala tipo

Likert de 6 valores, representando la presencia de los Esquemas Desadaptativos Tempranos. Las opciones de respuesta son <sup>(11)</sup>:

1= Completamente Falso

2= La mayor parte falso

3=En ocasiones falso

4=En ocasiones verdadero

5= La mayor parte verdadero

6=Completamente Verdadero.

La confiabilidad es de 0.91 y la validez de 0.97, presentando niveles adecuados para evaluar el conjunto de características que pretende medir <sup>(11)</sup>. Para la calificación del instrumento se tomaron en cuenta las medias y percentiles 25, 50 y 75 que se obtuvieron en cada uno de los factores citados, de manera tal, que de acuerdo a las medias más altas se pudo establecer cuáles eran los esquemas maladaptativos tempranos que predominaban en la población de estudio, luego se correlacionaron con los resultados del cuestionario Audit mediante pruebas de correlación.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio fue realizado en una Escuela de Policía en la ciudad de Arequipa.

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

Es un estudio de tipo coyuntural que fue realizado durante los meses de agosto del 2018 al mes de enero del 2019.

## 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

### 2.3.1. Universo

El universo estuvo conformado por todos los estudiantes de la Escuela de Policía, los que sumaron 520 personas.

### 2.3.2 Población blanco

La población estuvo conformada por los 500 estudiantes que tenía la Escuela al momento de la recolección de datos. El estudio se desarrolló con 468 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión:

#### **Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de la Escuela de Policía, sin límite de edad, varones.
- Estudiantes que aceptaron participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no se encontraban en la Escuela en el periodo de recolección de datos por motivos de salud.
- Estudiantes con diagnóstico previo de enfermedad mental.

Cabe señalar que de las 500 encuestas aplicadas, se eliminaron 32 debido a que fueron mal resueltas, algunas tuvieron respuestas dobles en varios ítems, otros se dejaban sin responder, por lo tanto la población efectiva fue 468 estudiantes.

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez que los jurados dictaminadores dieron su aprobación al proyecto de tesis, se solicitó una carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina Humana dirigida al Director de la Escuela de Policía, para que nos autorizará la realización del estudio.
- La investigadora, identificó la población de estudio y procedió a la aplicación de los instrumentos de forma secuencial hasta concluir en un espacio aproximado de dos meses.
- Cuando se concluyó la recolección de datos, se realizó la matriz de sistematización en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaboró el informe final de la investigación.

#### 3.2. RECURSOS

##### **Humanos:**

La investigadora: Srta. Fiorella Giannina Espinoza Chama

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad  
Católica de Santa María.

Tutor: Dra. Lisbeth Cuno Velásquez.

##### **Institucionales:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Escuela de Policía.

##### **Materiales:**

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, impresora, software estadístico.

**Financieros:**

El estudio fue solventado con recursos propios.

**3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

La ficha de recolección de datos no requirió de validación, porque era solo para recojo de información. Los instrumentos para evaluar el consumo de alcohol (AUDIT) y el cuestionario de esquemas de Young son validados incluso a nivel local. Los resultados de las pruebas de validez de ambos instrumentos han sido descritos en la sección de instrumentos.

**3.4 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS**

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicó estadística descriptiva, es decir, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresaron en número y porcentaje. Para establecer la relación entre las variables se aplicó la Prueba de Chi Cuadrado y la Prueba de T Student.

## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados de la investigación los mismos que son sistematizados en función de las variables y objetivos del estudio, pero previo a ello se considera pertinente presentar a la población de estudio, por ello en la primera tabla se presentan los resultados acerca de la edad, procedencia y tipo de familia de los estudiantes. Luego se presentan los resultados referidos al consumo de alcohol (variable dependiente) y posteriormente los resultados acerca de los Esquemas Maladaptativos Tempranos (variable independiente), en base a estos resultados se procede al análisis de la relación entre las variables de estudio.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 1  
ESTUDIANTES SEGÚN EDAD. ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA 2018.**

<b>EDAD (AÑOS)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
18	17	3,63
19	106	22,65
20	87	18,59
21	83	17,74
22	60	12,83
23	53	11,32
24	38	8,12
25	22	4,70
26	1	0,21
27	0	0,00
28	1	0,21
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Matriz de sistematización

Edad promedio: 21 años.

Se observa en la tabla, que las edades de los estudiantes se distribuyen desde los 18 hasta los 28 años, aunque las edades que concentran el mayor número de estudiantes son 19 años con 22,65%, 20 años con 18,59%, 21 años con 17,74%; la edad promedio de los estudiantes es de 21 años. Cabe señalar que para el resultado se consideró la edad como valor absoluto en función de los años cumplidos, sin considerar los meses.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 2**  
**ESTUDIANTES SEGÚN PROCEDENCIA. ESCUELA DE POLICÍA.**  
**AREQUIPA 2018.**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Arequipa	338	72,22
Cusco	51	10,90
Puno	50	10,68
Tacna	2	0,43
Moquegua	3	0,64
Otras	24	5,13
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Matriz de sistematización

En cuanto a la procedencia se aprecia que el 72,22% de estudiantes proceden de Arequipa, el 10,90% del Cusco, 10,68% de Puno, además otras procedencias incluyeron las ciudades de Ica, Madre de Dios y Lima.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 3  
ESTUDIANTES SEGÚN TIPO DE FAMILIA. ESCUELA DE POLICÍA.  
AREQUIPA 2018.**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nuclear	289	61,75
Monoparental	119	25,43
Compuesta o extensa	31	6,62
Mixta o reconstituida	29	6,20
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Matriz de sistematización

El tipo de familia es nuclear en 61,75%, monoparental en 25,43%, compuesta o extensa en 6,62%, y mixta o reconstituida en 6,20%.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 4  
CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES. ESCUELA DE POLICÍA.  
AREQUIPA 2018.**

<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bajo	10	2,14
Moderado	8	1,71
Alto	205	43,80
Muy alto	245	52,35
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla, que confirmando la observación personal que motivo el desarrollo de la investigación, el consumo de alcohol, es un álgido problema que se presenta en la Escuela de Policía, nuestros resultados indican que el 2,14% tiene un consumo bajo, 1,71% consumo moderado, el 43,80% tiene consumo alto y un 52,35% consumo muy alto. Asimismo, podríamos esperar o suponer que todos los estudiantes que deliberadamente llenaron de forma incorrecta las encuestas, también deben tener un consumo muy alto de alcohol, por ello nuestros resultados reflejan la magnitud de este problema, que tiene un trasfondo familiar, personal, social y cultural muy importante.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 5**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN EDAD DE LOS  
ESTUDIANTES. ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA 2018.**

EDAD	TOTAL		Bajo y moderado		Alto y muy alto		PRUEBA	P
			(N = 18)		(N = 450)			
	F	%	F	%	F	%		
18	17	3.63	1	5.88	16	94.12		
19	106	22.65	2	1.89	104	98.11		
20	87	18.59	5	5.75	82	94.25		
21	83	17.74	1	1.20	82	98.80		
22	60	12.82	3	5.00	57	95.00	0.68	0.49
23	53	11.32	3	5.66	50	94.34		
24	38	8.12	2	5.26	36	94.74		
25	22	4.70	1	4.55	21	95.45		
26	1	0.21	0	0.00	1	100.00		
27	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
28	1	0.21	0	0.00	1	100.00		
Total	468	100.00	18	3.85	450	96.15		
Edad promedio ± D. estándar			21.39 ± 2.00		21.05 ± 1.91			

Fuente: Matriz de sistematización

\*DE. Desviación estándar

Se observa en la tabla, que al analizar la relación entre el consumo de alcohol según la edad de los estudiantes, se encontró que esta no se relacionó de forma significativa, debe aclararse que a pesar de que en todas las edades existe un alto consumo de alcohol este es bastante más frecuente y más alto entre los 18 a 24 años, luego descende y es menor entre los 26 a 28 años. La edad promedio es ligeramente mayor en los estudiantes de consumo bajo y moderado siendo 21,39 años, mientras que en los estudiantes que tienen consumo alto y muy alto es 21,05 años.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 6**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN PROCEDENCIA  
DE LOS ESTUDIANTES. ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA 2018.**

PROCEDENCIA	CONSUMO DE ALCOHOL				TOTAL		PRUEBA	P
	Bajo y moderado (N = 18)		Alto y muy alto (N = 450)		F	%		
	F	%	F	%				
Arequipa	12	3,55	326	96,45	338	72,22	X <sup>2</sup> = 2.704	0,7455
Cusco	1	1,96	50	98,04	51	10,90		
Puno	3	6,00	47	94,00	50	10,68		
Tacna	0	0,00	2	100,00	2	0,43		
Moquegua	0	0,00	3	100,00	3	0,64		
Otras	2	8,33	22	91,67	24	5,13		

Fuente: Matriz de sistematización

En la relación entre el consumo de alcohol y la procedencia, se aprecia que el mayor consumo se da entre estudiantes procedentes de Cusco, Arequipa y Puno. Sin embargo según resultados de la Prueba de Chi cuadrado, no se encuentra relación estadísticamente significativa entre ambas.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 7**  
**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN TIPO DE  
FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES. ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA 2018.**

TIPO DE FAMILIA	CONSUMO DE ALCOHOL				TOTAL		PRUEBA	P
	Bajo y moderado (N = 18)		Alto y muy alto (N = 450)		F	%		
	F	%	F	%				
Nuclear	13	4,50	276	95,50	289	61,75	X <sup>2</sup> = 6,102	0,1067
Monoparental	1	0,84	118	99,16	119	25,43		
Compuesta o extensa	3	9,68	28	90,32	31	6,62		
Mixta o reconstituida	1	3,45	28	96,55	29	6,20		

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa, que los mayores porcentajes de consumo de alcohol se presentan en estudiantes que tienen familias monoparentales, mixtas o reconstituidas y nucleares, aunque según la Prueba de Chi cuadrado, la relación no es estadísticamente significativa.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 8**  
**ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS PRESENTES EN LOS**  
**ESTUDIANTES. ESCUELA DE POLICÍA. AREQUIPA 2018.**

<b>ESQUEMA</b>	<b>Ítems</b>	<b>Promedio</b>	<b>Desviación estándar</b>
Abandono	5, 6, 7, 9, 10, 11	1,868	± 1,09
Insuficiente autocontrol / autodisciplina	40, 41, 42, 43, 44, 45	1,891	± 1,04
Desconfianza / abuso	12, 13, 14, 15, 16	2,786	± 1,42
Privación emocional	1, 2, 3, 4, 8	1,912	± 1,01
Vulnerabilidad al daño	23, 24, 25, 26	3,452	± 1,65
Autosacrificio	17, 18, 19, 20	2,427	± 1,39
Estándares inflexibles 1	33, 34, 35, 36	2,507	±1,22
Estándares inflexibles 2	30, 31, 32	3,456	± 1,67
Inhibición emocional	27, 28, 29	2,296	± 1,34
Derecho	37, 38, 39	2,426	±1,38
Entrampamiento	21, 22	2,075	± 1,32

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla, que Los Esquemas Maladaptativos Tempranos que presentan los estudiantes de manera más frecuente son los estándares inflexibles 2, vulnerabilidad al daño, desconfianza / abuso, estándares inflexibles 1, autosacrificio y derecho.

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA, 2018.**

**TABLA 9**

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS ESQUEMAS  
MALADAPTATIVOS TEMPRANOS DE LOS ESTUDIANTES. ESCUELA DE  
POLICÍA. AREQUIPA 2018.**

ESQUEMA	Bajo y moderado (n = 18)		Alto y muy alto (n = 450)		Prueba	
	Promedio	DE	Promedio	DE	t	p
Abandono	1.53	0.85	1.89	1.09	1.70	0.09
Insuficiente autocontrol /autodisciplina	1.74	0.85	1.81	1.05	0.36	0.72
Desconfianza / abuso	3.33	1.53	2.75	1.39	1.55	0.12
Privación emocional	1.71	0.94	1.92	1.01	0.92	0.36
Vulnerabilidad al daño	3.54	1.98	3.41	1.63	0.28	0.78
Autosacrificio	1.87	0.87	2.42	1.40	2.51	<b>0.01</b>
Estándares inflexibles 1	2.54	1.25	2.44	1.22	0.34	0.74
Suma de Estándares inflexibles 2	3.69	1.72	3.39	1.67	0.69	0.49
Inhibición emocional	2.10	1.08	2.25	1.32	0.57	0.57
Derecho	2.69	1.71	2.34	1.37	0.82	0.41
Entrampamiento	1.68	1.01	2.05	1.33	1.48	0.14

Fuente: Matriz de sistematización

Se observa en la tabla, la relación que existe entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en los estudiantes. Asimismo, se aprecia que el consumo de alcohol tiene una relación significativa con el Esquema Maladaptativo de Autosacrificio.



**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El consumo de alcohol es un problema social, que afecta enormemente a la población, no sólo porque su consumo habitual genera morbilidad y mortalidad, sino porque estando tan arraigado en la sociedad, es difícil que las estrategias de prevención y control logren tener un impacto significativo en las personas. En el caso de los estudiantes de la Escuela de Policía, se tenía información por el propio Director y personal docente y médico de la institución, que el consumo de alcohol es un problema que se presenta con mucha frecuencia y que no logran controlar a pesar de que frecuentemente se insiste en los aspectos formativos y disuasivos a los estudiantes.

Se ha observado en la Tabla 1, que las edades de los estudiantes están comprendidas desde los 18 a los 28 años, pero su mayor frecuencia se da entre los 19 a 23 años que representó al 83,13%, de estudiantes, el promedio de edad es de 21 años.

La tabla 2 muestra que la procedencia del 72,22% de estudiantes fue la ciudad de Arequipa, otras procedencias fueron menos frecuentes e incluyen los departamentos de Puno y Cusco principalmente.

En la tabla 3, se observó que el tipo de familia que predomina en la muestra es la familia nuclear en 61,75%, luego las familias monoparentales en 25,43%, entre otras.

Respecto a estos resultados se puede comentar, que un porcentaje importante de jóvenes de la región y de las regiones de la Macrorregión Sur, tienen aspiraciones de ingresar a la Escuela de Policía, quienes atraviesan un proceso de selección para lograr la vacante, sobre este aspecto podría indicar que sería necesario que como parte de la evaluación se incluya el despistaje de problemas relacionados al consumo de alcohol, y la falta de este debería considerarse un requisito para el ingreso.

La tabla 4, nos brindó un resultado alarmante al comprobar que el 52,35% de estudiantes tienen un consumo de alcohol muy alto y el 43,80% alto; sólo el 2,14% tiene consumo bajo y el 1,71% moderado, es decir, que estamos frente a un grave problema que denota falla en los mecanismos de control y sobre todo un importante factor de riesgo para la salud de los estudiantes y para la comunidad a la cual servirán al egresar de la Escuela, porque si se tiene en cuenta que el consumo es muy alto, entonces esto significa que presentan un consumo de alcohol perjudicial y este ocasiona aumento de la violencia, mayor riesgo de accidentes, falta de control de impulsos y dominio de sí mismo, entre otros.

En la tabla 5, se relacionó la edad de los estudiantes con el consumo de alcohol y se encontró que la edad tiene relación significativa, por la cual, los estudiantes de menor edad son quienes tienen consumo alto y muy alto de alcohol, a partir de los 24 años, el consumo disminuye. Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Fernández y cols<sup>(13)</sup>, quienes refieren que el mayor consumo se da en la adolescencia avanzada, hecho que coincide con el presente estudio.

La tabla 6 muestra que no existe relación entre la procedencia de los estudiantes con el consumo de alcohol, sin embargo, son los estudiantes que proceden de Cusco, Arequipa y Puno los que tienen mayor consumo de alcohol. De manera similar la tabla 7, tampoco demuestra relación entre el tipo de familia y el consumo de alcohol, siendo los estudiantes con mayor consumo los que tienen familias monoparentales, mixtas y familias nucleares.

Un estudio realizado por Armendariz y cols<sup>(12)</sup>, señala que el inicio del consumo de alcohol por lo general no se debe a una decisión personal, sino más bien, es la respuesta a una invitación o presión que realizan otras personas, que casi siempre son los propios familiares. En este sentido la experiencia de consumir alcohol, para el joven puede ser positiva porque le permite ser uno más del grupo, al mismo tiempo liberarse de la presión social. Sin embargo, este resultado positivo inicial favorece el paso a un consumo experimental, lo cual propicia un consumo más frecuente de bebidas alcohólicas, sobre todo si su grupo familiar y de amigos beben alcohol de manea frecuente y esto a su vez, posibilita que sea adoptado y que se consolide como un estilo de vida. El mismo Armendariz<sup>(12)</sup> señala que la ingesta de alcohol es parte de la vida social, porque se utiliza con un medio de socialización, está presente en distintas festividades con arraigo cultural, suele acompañar actividades o eventos sociales familiares, deportivos, acuerdos laborales, relaciones de pareja, entre otros. Por esta razón, es que el consumo de alcohol genera especial preocupación sobre todo en los jóvenes que tras el inicio mantienen esta conducta porque genera efectos negativos en las diferentes actividades, causando alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento académico, agresiones, violencia, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, principalmente conducir bajo la influencia alcohólica, la cual es causa de numerosos accidentes de tránsito, así como actividades sexuales de riesgo<sup>(12)</sup>.

En el estudio de Brook y cols<sup>(14)</sup> refieren que no se puede saber con certeza qué jóvenes continuarán abusando del alcohol durante la edad adulta, y cuáles dejarán de consumir

alcohol de manera esporádica o cuáles harán abuso del alcohol, para ello, señalan que se deben tener en cuenta los factores de riesgo, sobre todo los antecedentes familiares de dependencia o ingesta de alcohol u otros psicotrópicos en la familia, que la familia sea permisiva en cuanto al consumo de alcohol de los niños y adolescentes. “Una historia familiar de consumo de alcohol positiva y permisible predispone a que los jóvenes presenten una conducta de manera frecuente y en algunos casos esta conducta se presenta de manera dañina o dependiente”<sup>(14)</sup>.

La tabla 8 muestra que los esquemas maladaptativos tempranos que presentan los estudiantes con mayor frecuencia son la desconfianza / abuso, vulnerabilidad al daño, abandono, insuficiente autocontrol / autodisciplina y estándares inflexibles y en contraparte, los menos frecuentes son entrapamiento, inhibición emocional y derecho. Este resultado coincide con los hallazgos del estudio de Malacas<sup>(15)</sup> quien reporta que los más frecuentes son los esquemas de entrapamiento, autosacrificio y el esquema de estándares inflexibles.

La tabla 9, muestra que los esquemas de abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 2 e inhibición emocional se relacionan de forma significativa con un consumo alto y muy alto de alcohol. Al respecto se puede comentar que los esquemas influyen de manera importante en la manera como los estudiantes perciben su mundo y como muchos presentan esquemas distorsionados, entonces estos parecen estar actuando como elementos disparadores o potenciadores del consumo de alcohol.

Un estudio realizado por Londoño y cols, citados por Huerta y cols<sup>(16)</sup>, señalan que la cultura universitaria en la que se desarrollan los jóvenes les proporciona un conjunto de aseveraciones positivas acerca del consumo del alcohol y sus efectos, entonces estos se asumen como afirmaciones que van a formar parte de los esquemas cognitivos y adaptativos del joven y en consecuencia actúan como modificadoras del comportamiento de consumo. Los esquemas adaptativos influyen en el modo de conducirse, de pensar y decidir sobre las distintas situaciones que se presentan en la vida y también influyen en la forma en la que las personas consideran a los demás y la manera como se relacionan con las mismas<sup>(16)</sup>.

En el estudio de Gantiva, et al<sup>(5)</sup> se identificó la asociación entre el consumo de alcohol y los esquemas disfuncionales destacando los de abandono, autocontrol insuficiente,

desconfianza, vulnerabilidad, derecho/grandiosidad, autosacrificio y entrampamiento, resultado que es similar al encontrado en nuestro estudio. “La ingesta de alcohol se asocia con estilos cognitivos determinados por sobre estimación al sufrimiento, poca conformidad a la frustración y gran exigencia por ser aprobado socialmente”<sup>(5)</sup>. En el estudio de Chattás y Góngora<sup>(17)</sup> refieren que las personas que tienen adicciones presentan esquemas disfuncionales tempranos más severos que las personas que no tienen adicciones, sobre todo destacan los esquemas de Privación Emocional, Abandono /Inestabilidad; Desconfianza / Abuso y Dependencia / Incompetencia. Bajo este enfoque en el estudio de Huerta<sup>(16)</sup>, señalan que los esquemas cognitivos influyen de manera importante en la forma como las personas, sobre todo los jóvenes perciben el mundo y, como resultado esta distorsión cognitiva lleva a la persona a tener desadaptación o disfuncionalidad ante situaciones que no deberían ser así, porque no guardan relación con la realidad. Entre ellos se tienen creencias básicas que hacen que la persona sea más vulnerable a presentar psicopatológica. Una de las consecuencias descritas durante la juventud y la edad adulta principalmente es la toxicomanía<sup>(16)</sup>.

En el estudio de McGinn y Young, citado por Huerta<sup>(16)</sup>, señalan que los esquemas disfuncionales tempranos influyen en el consumo de alcohol, refieren que “los esquemas cognitivos se manifiestan por los ambientes estresantes que son significativos a cada esquema particular. Cuando estos se accionan, los esquemas dan lugar a emociones enormemente fuertes en el individuo, conduciéndolo directa o indirectamente a una sucesión de dificultades psicológicas como depresión, emociones de soledad, relaciones maltratadoras, adicciones al alcohol y drogas”.

Finalmente se puede comentar, que el estudio aporta información valiosa que nos muestra que el consumo de alcohol es un problema de primer orden y algo cotidiano en los adolescentes y jóvenes, además guarda una estrecha relación con los esquemas maladaptativos tempranos, que hacen aún más difícil esta situación, porque estos esquemas afectan la autoestima, son causa de conflictos o violencia familiar, causan estrés académico, mala adaptación al medio, bajas habilidades sociales, pobre autoconcepto, así como problemas de salud mental, tales como depresión, agresividad, trastornos maníacos, que en el caso de los estudiantes de policía, son situaciones que no deberían presentarse.

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Al evaluar el consumo de alcohol en los estudiantes de la Escuela de Policía, se encontró que es muy alto en 52,35% y alto en 43,40%.

### SEGUNDA

Se ha podido identificar que los Esquemas Maladaptativos Tempranos predominantes en los estudiantes de la Escuela de Policía son: estándares inflexibles 2, vulnerabilidad al daño, desconfianza / abuso, estándares inflexibles 1, autosacrificio y derecho.

### TERCERA

Se ha determinado que existe relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en los estudiantes de una Escuela de Policía. El consumo de alcohol tiene relación significativa con el Esquema Maladaptativo Temprano de Autosacrificio.

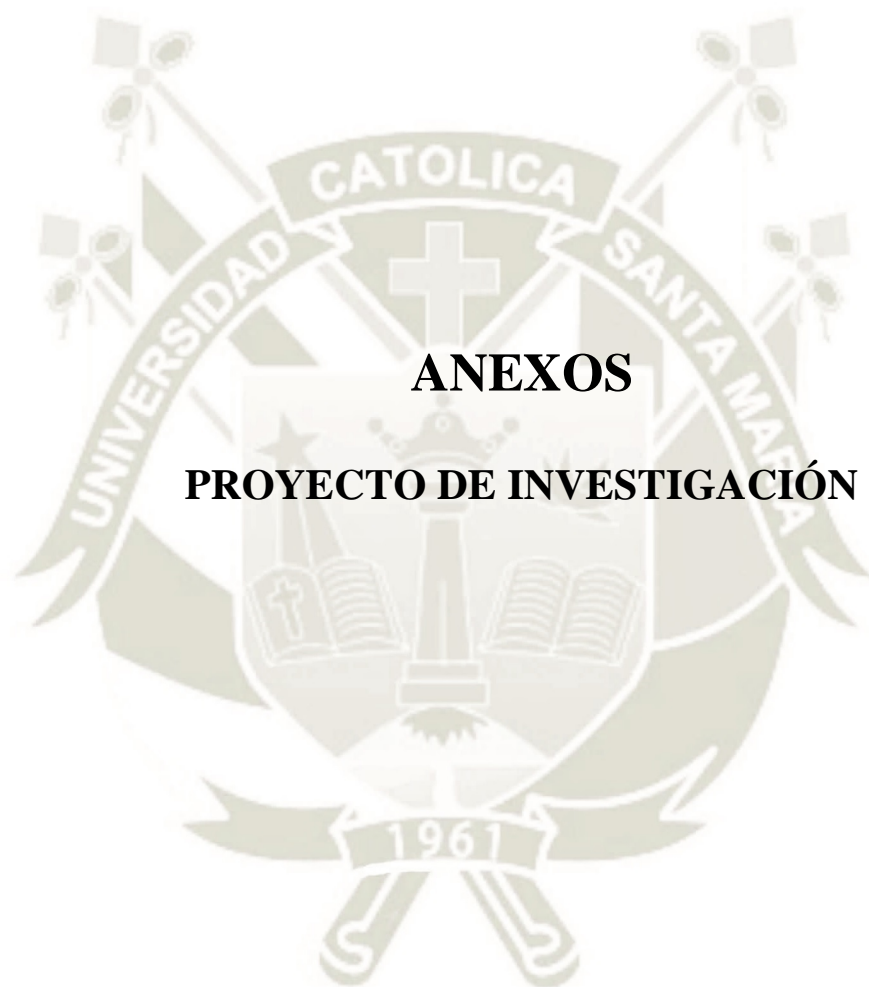
## RECOMENDACIONES

1. Al Director de la Escuela de Policía, se sugiere que tenga en cuenta los resultados de la presente investigación a efectos de que informe a los superiores acerca de la magnitud de este problema, con lo cual, deberán tomarse acciones urgentes que incidan en la educación de los estudiantes respecto a los daños asociados al consumo de alcohol. También será necesario realizar evaluaciones frecuentes a los estudiantes para identificar de forma personal las causas que los llevan al consumo de alcohol y poder aplicar terapias breves con abordaje continuado y una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia.
2. Se sugiere al Director de la Escuela de Policía, que aplique un programa preventivo promocional para la detección de esquemas maladaptativos, invitando para ello a especialistas en salud mental y Psiquiatría del Hospital de Policía de la región Arequipa.
3. Se sugiere que se mejoren las acciones de tutoría que se realizan con los estudiantes y la evaluación psicológica durante el proceso de admisión a la Escuela para tratar de disminuir el ingreso de estudiantes que presentan consumo perjudicial de alcohol. Asimismo, es necesario que a los estudiantes se les realice una evaluación psicológica y consejería frecuentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). estadísticas acerca del consumo de alcohol. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/>
2. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2012. Lima: DEVIDA. Lima, 2013.
3. Andrade, J., Yepes, Á., Sabogal, M. Resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en 50 jóvenes universitarios entre los 16 y 22 años de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*.2013; 4(1), 11-22.
4. Young, J. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press. 1999.
5. Gantiva, C., Bello, J., Vanegas, E., Sastoque, Y. “Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010; 39, 362-374.
6. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol. 1993.
7. Rubio, G., Bermejo, J, Caballero, C., Santo Domingo, J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*. 1998; 198(1), 11-14.
8. Aramburu, R. Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de Universidades Privadas de Lima Metropolitana. Repositorio de Tesis de las Universidad de Lima. Lima, 2017.
9. Castrillon, D., Chávez , L. Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second edition (ysq - 12) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37 (3): 541-560.
10. León, K., Sucari, C. Adaptación del Cuestionario de Esquemas de Young en adolescentes de dos distritos de Lima Sur, Lima, Perú. 2012.
11. García, V., Pinto, K. Estilos de socialización parental y esquemas desadaptativos tempranos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas

- estatales del distrito de Characato y Sabandía – 2017. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2018. <https://repository.upch.edu.pe>
12. Armendariz, N., Alonso, M., Alonso, B., López, M., Rodríguez, L., Méndez, M. La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev. Cien. y Enf.* XX. 2014; (3): 109-118.
  13. Fernández, M., Dema, S., Fontanil, Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones.* Jul. 2018; 0(0): 1003. España.
  14. Brook, J., Balka, E., Crossman, A., Dermatis, H., Galanter, M., Brook, D. The Relationship between Parental Alcohol Use, Early and Late Adolescent Alcohol Use, and Young Adult Psychological Symptoms: A Longitudinal Study. *Am J Addict.* 2010; 19(6): 534-542.
  15. Malacas, C. Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas. Universidad San Martín de Porres. Lima. 2017. <http://www.derecho.usmp.edu.pe/>.
  16. Huerta, R., Miljanovich, M., Aliaga, J., Campos, E., Ramírez, N., Delgado, E., Ramos, J., Murillo, L. Esquemas disfuncionales tempranos y consumo de alcohol en estudiantes universitarios, según carrera profesional de una universidad pública de la ciudad de Lima. *Revista de Investigación en Psicología.* 2017; 20 (2): 309 – 326.
  17. Chattás, A., Góngora, V. Esquemas desadaptativos tempranos en pacientes con trastorno por abuso de sustancias. *Acta PsiquiátPsicol Am Lat.* 2008; 54(2): 87-95.



# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



**“RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS  
ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS EN  
ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE POLICÍA.  
AREQUIPA, 2018”**

Proyecto de Tesis presentada por la  
Bachiller:

**Espinoza Chama, Fiorella Giannina.**

Para optar el Título Profesional de:  
**Médico Cirujana.**

**Asesora: Dra. Cuno Velásquez Lizbeth**

**Arequipa - Perú**

**2018**

## I. PREÁMBULO

El consumo de alcohol es una práctica muy arraigada en la sociedad, a tal punto, que es considerado en todos los países del mundo como un problema de salud pública que incrementa la morbilidad de las personas y es un factor que dificulta el desarrollo integral del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud causa 2.5 millones de muertes cada año y también causa daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor adulto. Una persona en estado de embriaguez puede lastimar a otros o ponerlos en peligro de sufrir accidentes de tránsito o actos de violencia, y también puede perjudicar a sus compañeros, familiares, amigos e incluso extraños, es decir, que los efectos del consumo de alcohol son muy perjudiciales para la sociedad <sup>(1)</sup>.

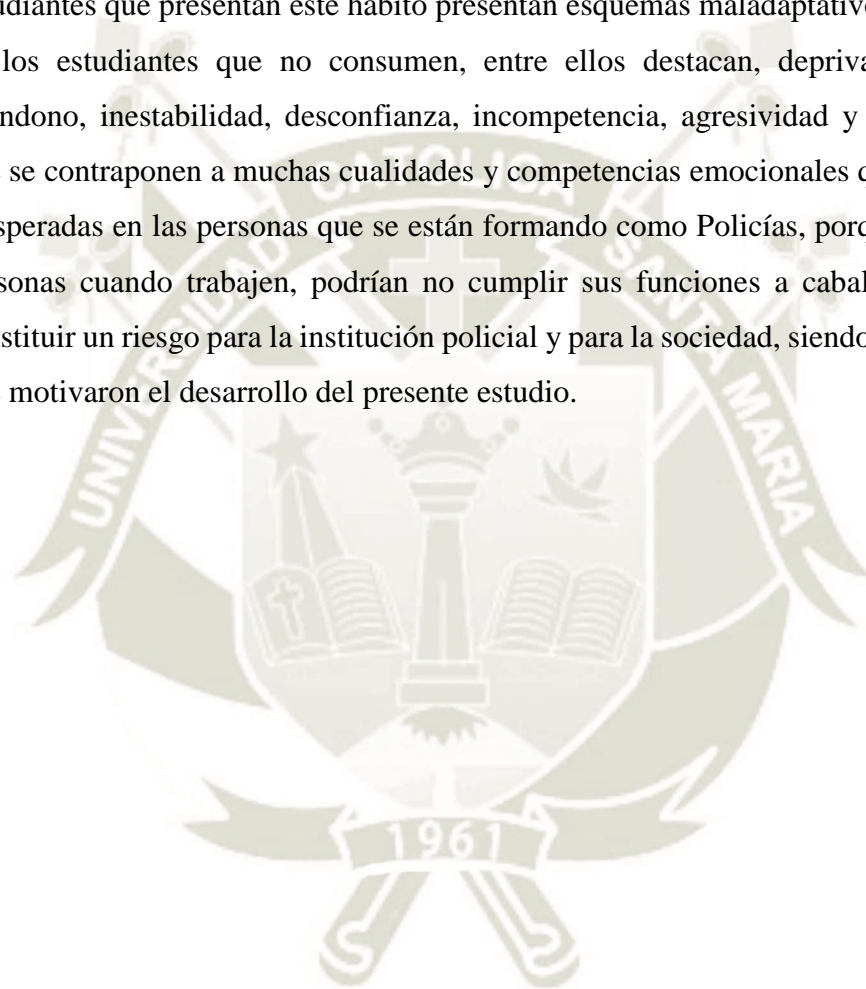
Muchos factores influyen en el inicio del consumo de alcohol, pero se sabe que actualmente en el Perú, la edad de inicio oscila entre los 11 y 13 años de edad, siendo muchas veces influido o propiciado por la propia familia, ya sea en el hogar o en el círculo de amigos, cuando los adolescentes tienen necesidad de ser aprobados por sus pares y de esta forma surge el consumo de alcohol, que en un primer momento surge como una curiosidad, que luego puede llevar al desarrollo del hábito y luego a la dependencia <sup>(2)</sup>.

En los jóvenes el consumo de alcohol es un fenómeno mucho más complicado de determinar, porque existen muchos factores asociados, entre ellos destacan algunas creencias, imaginarios sociales, estilos de vida, estados afectivos, factores motivacionales, procesos conductuales de ingesta, edad, antecedentes familiares de consumo, presión de grupo y en general el modelo disfuncional de consumo de compañeros y amigos; lo cual ocasiona consecuencias nefastas a nivel intelectual, problemas de rendimiento académico, familiares, depresión, entre alguno de ellos <sup>(3)</sup>.

El estudio de Young plantea sus propuestas teóricas de esquemas disfuncionales tempranos que son descritos como una estructura muy estable y duradera que tienen lugar en la infancia, se construyen durante la vida de la persona, son excesivamente disfuncionales los que pasan a ser referentes para el procesamiento de experiencias posteriores las cuales emergen o son activados cuando son disparados por eventos de todos los días que son relevantes para los esquemas <sup>(4)</sup>. Por otro lado, Gantiva, et al identificaron una asociación entre el consumo de alcohol y los esquemas disfuncionales destacando los de abandono, autocontrol insuficiente, desconfianza, vulnerabilidad,

derecho/grandiosidad, autosacrificio y entrampamiento. La ingesta de alcohol se asocia con estilos cognitivos determinados por sobre estimación al sufrimiento, poca conformidad a la frustración y gran exigencia por ser aprobado socialmente <sup>(5)</sup>.

En la Escuela de Policía, se ha observado que existe un marcado problema entre los estudiantes debido al consumo de alcohol, el mismo que en varios casos se da de forma desmedida, habiéndose presentado situaciones que parecen demostrar que varios de los estudiantes que presentan este hábito presentan esquemas maladaptativos tempranos que en los estudiantes que no consumen, entre ellos destacan, privación emocional, abandono, inestabilidad, desconfianza, incompetencia, agresividad y otras situaciones que se contraponen a muchas cualidades y competencias emocionales que son deseables o esperadas en las personas que se están formando como Policías, porque además, estas personas cuando trabajen, podrían no cumplir sus funciones a cabalidad y más bien constituir un riesgo para la institución policial y para la sociedad, siendo estas las razones que motivaron el desarrollo del presente estudio.



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

**Relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de una Escuela de Policía. Arequipa, 2018.**

#### 1.2. DESCRIPCIÓN

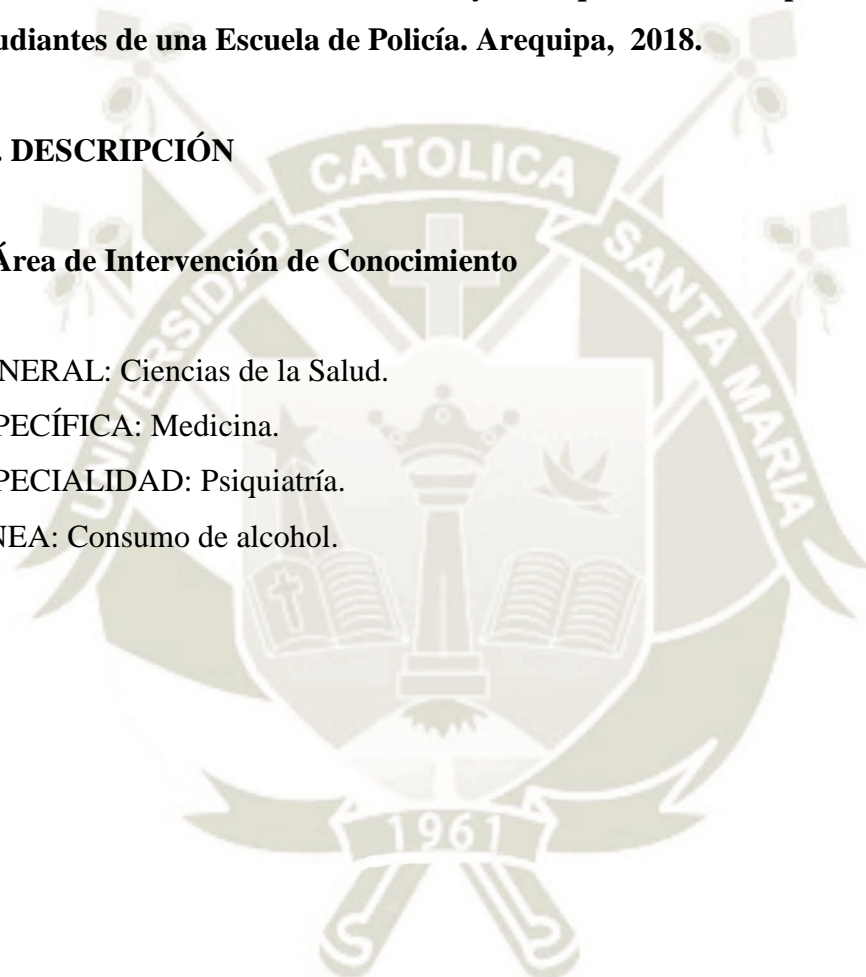
##### a) Área de Intervención de Conocimiento

GENERAL: Ciencias de la Salud.

ESPECÍFICA: Medicina.

ESPECIALIDAD: Psiquiatría.

LINEA: Consumo de alcohol.





¿Existe relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en los estudiantes de una Escuela de Policía?

¿Existe relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos según la edad, procedencia y tipo de familia en los estudiantes de una Escuela de Policía?

#### **d) Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo descriptivo correlacional, y por la temporalidad es transversal prospectivo.

### **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La relevancia científica del estudio, radica en que su desarrollo permitirá obtener mayores conocimientos sobre el tema, puesto que abordará dos variables importantes en el campo de acción de la Psiquiatría y la Salud Mental, para lo cual se recopilará información teórica y antecedentes investigativos que contribuyan al conocimiento del tema, y a su vez, podrá motivar el desarrollo de futuras investigaciones.

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica, porque se ha comprobado que el consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes de nuestra sociedad se está incrementando de forma importante, asimismo, porque el alcoholismo es una enfermedad compleja que acarrea muchas consecuencias tanto a nivel físico como también psicológico, mental, emocional y sobre todo causa graves estragos a familiar, social, laboral y en la calidad y proyecto de vida personal. Los estudiantes de la Escuela de Policía no son ajenos a este problema, habiéndose identificado un número importante de estudiantes que consumen alcohol, en muchos casos en forma desmedida, lo cual afecta su rendimiento y sobre todo, constituyen elementos que van en contra de los ideales y principios que rigen a la Escuela de Policía, cuya misión es formar efectivos que velen por la seguridad de los ciudadanos.

La relevancia social se justifica, porque el consumo de alcohol genera un impacto muy negativo en las personas, más aun, durante la juventud, porque los jóvenes se encuentran en una etapa de formación a nivel personal y profesional, por tanto, adquirir o mantener

un hábito tan nocivo como es el consumo de alcohol, les resta muchas posibilidades de competitividad personales y en el mercado laboral. En el caso de la institución policial, es conocido que los efectivos son evaluados de forma permanente para los ascensos y si presentan un consumo perjudicial del alcohol, a lo cual se suman los esquemas maladaptativos tempranos, entonces, estaremos ante efectivos que lejos de cumplir la misión de protección a la sociedad, más bien representan un riesgo potencial para la misma.

El interés personal se originó por la observación de que el consumo de alcohol es una práctica bastante común entre los estudiantes de la Escuela de Policía, quienes también presentan algunas manifestaciones de esquemas maladaptativos tempranos, y a pesar de ello, no se ha realizado un estudio que permita cuantificar su real magnitud con el propósito de implementar programas y estrategias que permitan disminuir este problema.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. CONSUMO DE ALCOHOL**

#### **2.1.1. El alcohol**

##### **a. Generalidades**

El etanol o alcohol etílico, es un líquido incoloro, de sabor urente y olor fuerte, que arde fácilmente dando una llama azulada y poco luminosa. Se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o que contienen féculas, como uva, melaza, remolacha, patata, etc. Forma parte de muchas bebidas, como vino, aguardiente, cerveza, etc. y tiene muchas aplicaciones industriales<sup>(6)</sup>. El alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central, los efectos que puede producir están en relación con la concentración en el organismo, la constitución de este y del tipo de alcohol consumido. El alcohol es una sustancia que se obtiene de la fermentación o de destilación. Los tipos más importantes de alcohol son <sup>(6)</sup>:

**a.1. Bebidas fermentadas:** en su producción se utilizan como materia prima cereales o frutos; es un líquido incoloro y volátil, que presenta concentraciones desde el 5% hasta el 15% como es el caso de la cerveza y los vinos.

**a.2. Bebidas destiladas:** Algunos de estos fermentos se destilan por medio de un alambique para aumentar su concentración etílica desde un 40% al 50%; este es el proceso por el que se producen las bebidas con mayor graduación alcohólica como el tequila, whisky, vodka, ron, ginebra, el anís y otros.

Según sea el género de bebida que lo contenga, el alcohol aparece acompañado de distintos elementos químicos que lo dotan de color, sabor, olor y otras características, al citar a las bebidas alcohólicas o alcohol, se refiere al etanol o alcohol etílico ( $C_2H_6O$ ), que es el constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas <sup>(6)</sup>.

### 2.1.2. Significado simbólico y cultural del alcohol

La historia de las bebidas alcohólicas muestra que consumir alcohol ha servido a muchos propósitos para el individuo y la sociedad. Como Heath, citado por la organización Panamericana de la Salud <sup>(7)</sup> ha observado, el alcohol puede ser al mismo tiempo un alimento, una droga y un artefacto cultural sumamente elaborado con significados simbólicos importantes. Actualmente, los productos alcohólicos se usan principalmente como bebidas para servir con alimentos, como bebidas refrescantes, como un medio de socialización y placer, como instrumentos de hospitalidad y como intoxicantes. En épocas pasadas, las bebidas alcohólicas se usaban con frecuencia como medicina <sup>(7)</sup>. Actualmente, el mejor ejemplo de un uso medicinal del alcohol es cuando se consume para prevenir enfermedades cardiacas. El consumo de alcohol regular y ligero (apenas un trago cada dos días) se asocia con la reducción de enfermedades cardiacas, probablemente por su capacidad de aumentar el colesterol de alta densidad (HDL) y su efecto anticoagulante <sup>(7)</sup>, pero esos efectos positivos se observan sobre todo en hombres de 45 años de edad en adelante y al parecer no se refleja en términos de beneficios sanitarios a nivel poblacional <sup>(8)</sup>.

Hasta el advenimiento del suministro de agua potable en Europa y América a finales del siglo XIX, las bebidas alcohólicas eran consideradas como una alternativa saludable en

vez del agua potable, que era altamente contaminada. Las bebidas alcohólicas se han usado y actualmente se siguen utilizando en muchas culturas en una variedad de situaciones sociales, tanto públicas como privadas, por ejemplo su empleo está asociado con mucha frecuencia para conmemorar nacimientos, bautizos y bodas. En un contexto religioso, el consumo de alcohol puede estar limitado a expectativas rituales como en la misa católica y el séder judío, donde sólo se condona el consumo muy ligero <sup>(7)</sup>.

En otros casos, se aceptan altos niveles de consumo, incluida la intoxicación. Por ejemplo, el alcohol se usa para inducir estados parecidos a un trance en rituales religiosos afrobrasileños. El alcohol con frecuencia se usa como relajante y como lubricante social. En algunas comunidades, la provisión del alcohol en abundancia en situaciones sociales es casi obligatoria y se considera como una señal de riqueza y poder de quienes lo proporcionan <sup>(7)</sup>.

Los significados del alcohol cambian conforme los individuos atraviesan las diferentes etapas de la vida y a medida que las normas de las sociedades sobre las bebidas apropiadas y aceptables cambian como consecuencia. Consumir alcohol puede ser un signo de rebelión o independencia durante la adolescencia, pero las sociedades de todo el mundo se preocupan por las consecuencias perjudiciales del alcohol en la juventud. La evidencia epidemiológica indica que hay buenas razones para esta preocupación. En un estudio de 26 países desarrollados, por ejemplo, las muertes por accidentes automovilísticos alcanzó el nivel máximo entre 20 y 24 años en hombres y entre 15 y 19 años en mujeres. Por lo tanto, la mayoría de las sociedades, aún aquellas con políticas muy liberales hacia el consumo de alcohol, concuerdan en que el alcohol no debe estar disponible con facilidad para niños y adolescentes. El consumo de alcohol durante la adultez temprana es generalmente más frecuente y más intenso que más adelante en la vida, aunque en algunas sociedades esto puede modificarse debido a factores culturales y a las características demográficas del consumidor del alcohol <sup>(7)</sup>.

También hay diferencias importantes en el significado cultural del consumo de alcohol entre hombres y mujeres. En algunas sociedades, el consumo de alcohol ha sido casi exclusivamente una actividad masculina y esto continúa siendo así, por ejemplo, en la India <sup>(7)</sup>. Aunque el porcentaje de abstemios es generalmente más alto entre las mujeres adultas en todas partes, en muchos países de Europa la diferencia de género no es tan

marcada. En la actualidad, las mujeres consumen entre un quinto y un tercio del alcohol en la mayoría de los países industrializados y en unos cuantos países ha habido una convergencia aun mayor entre los sexos <sup>(7)</sup>.

Las expectativas normativas de las sociedades acerca del consumo de alcohol varían entre los grupos etarios. En muchas sociedades, las tasas de abstinencia aumentan en las etapas más avanzadas de la vida tanto en hombres como en mujeres <sup>(9)</sup>. Además de los problemas de salud, esto a menudo refleja las normas sociales; se supone que las personas mayores no participan en las parrandas que propician la intoxicación, lo cual puede ser más o menos aceptado entre los jóvenes. Sin embargo, puesto que los individuos de países industrializados viven vidas más largas y saludables estos criterios culturales sobre la aceptación del consumo de alcohol entre personas mayores puede cambiar <sup>(7)</sup>.

En base a lo anterior se concluye que el alcohol es una droga muy utilizada en muchas situaciones sociales; está presente a lo largo del ciclo de vida, que en muchas ocasiones se inicia en la niñez y casi siempre en la adolescencia y acompaña al ser humano hasta la edad adulta y senectud; su consumo es asociado a las celebraciones más importantes, en muchos aspectos vitales positivos, pero también en situaciones de pena, como es el caso del fallecimiento de personas allegadas en las que en algunas culturas, incluidas en muchas regiones y comunidades del Perú, se consume alcohol con la creencia de alegrar las penas y facilitar el consuelo y elevación del espíritu de la persona fallecida. Sin embargo, en muchas ocasiones, el consumo de alcohol deja de ser una actividad placentera y aceptable socialmente para convertirse en un problema social grave, cuando por ejemplo, algunas personas que consumen alcohol en mayor cantidad o que presentan una baja tolerancia a su consumo se tornan violentos, o al conducir vehículos causan peligro para sí mismos y para la sociedad.

### **2.1.3. Efectos del consumo de alcohol en la fisiología**

Los efectos del alcohol en la fisiología humana han sido bien documentados, resulta claro que la absorción del alcohol es prácticamente del 100% por vía oral, teniendo la mayor fracción de absorción en la parte proximal del intestino delgado –duodeno y yeyuno– (80%) y una menor fracción en el estómago (15-20 %) y mucho menos en el colon. La absorción del alcohol por el duodeno y yeyuno es mucho más rápida que por el estómago,

por ello la velocidad del vaciamiento gástrico es un determinante importante de la velocidad de la absorción de etanol administrado por vía oral: la velocidad de absorción aumenta con el estómago vacío y viceversa, pues en presencia de alimentos disminuye la superficie de absorción (Ley de Fick) y el vaciamiento gástrico se enlentece. Además, la velocidad de absorción determina la magnitud de sus concentraciones plasmáticas así como la intensidad y duración de sus efectos tóxicos <sup>(10)</sup>.

La absorción es más veloz cuando la bebida en cuestión tiene una graduación del 20% a 35%, ya que no producen tanto espasmo en la potente musculatura del esfínter pilórico como lo hacen las bebidas de graduación alta, que disminuyen por ende el vaciamiento gástrico. Asimismo, la absorción del etanol aumentará si se ingiere de una vez que si se hace muchas veces en pocas cantidades, probablemente debido al cambio brusco de gradientes de concentraciones. La concentración de etanol en un tejido depende del contenido relativo de agua del tejido y alcanza rápidamente el equilibrio con la concentración de etanol en el plasma. No hay proteínas plasmáticas que se unan al etanol, por ende no crea como tal gradiente de presiones oncóticas proteicas <sup>(10)</sup>.

La mujer habitualmente tiene menor masa corporal que el hombre y además tiene una mayor proporción de grasa corporal y además tiene menor expresión de la enzima acetaldehído deshidrogenasa en la mucosa gástrica; por estos tres factores la mujer alcanza una mayor tasa de alcoholemia que el hombre al ingerir la misma cantidad de alcohol. La mayor parte del alcohol ingerido es metabolizado principalmente por el hígado en un 90-95% y aproximadamente el 5-10% restante es excretado principalmente por la orina, aunque el sudor y la respiración también son puertas de salida del etanol ya que, respecto a esta última característica, la concentración de etanol en el aire alveolar es de aproximadamente del 0,05% de la concentración sanguínea, y es por esa propiedad que la cantidad de alcohol puede ser medida a través de las pruebas de alcoholemia <sup>(10)</sup>.

En todos los sistemas corporales, la difusión del etanol es pasiva conforme a la Ley de Fick de difusión de solutos a través de una membrana, ya que se trata de un compuesto hidrosoluble pero también liposoluble, lo que le da la capacidad de poder atravesar membranas y barreras, como la barrera hematoencefálica o la barrera placentaria. De ahí el carácter nocivo que puede adquirir en el embarazo (sobre todo en los tres primeros meses) o también la influencia sobre el SNC a la hora de responder a cambios, por

ejemplo, en el equilibrio ácido-base, pudiendo llevar a una insuficiencia respiratoria a la hora de necesitar compensar una acidosis metabólica (inhibiendo los centros respiratorios del tronco encefálico). Además, quizá sea por esto que una persona que ha generado dependencia al alcohol se le ha de retirar cualquier olor que le recuerde a la bebida, ya que del mismo modo que se exhala el etanol con facilidad a través de la membrana alvéolo-respiratoria, puede inhalarlo y rápidamente llegar a los núcleos dopaminérgicos del cerebro reestructurando los circuitos neuronales de recompensa, cuyo resultado es una recaída en la adicción al alcohol. Por ello se ha señalado que la absorción es “prácticamente” total por vía oral, porque puede haber una pequeñísima fracción que se absorba por vía respiratoria <sup>(10)</sup>.

También se producen adaptaciones y tolerancias metabólicas alcohólicas en ausencia de hepatopatías en individuos alcohólicos que involucran, entre otras modificaciones, la inducción de ADH, mayor reoxidación del NADH (mayor oxidación metabólica) y liberación de prostaglandinas y citoquinas que aumentan el consumo de oxígeno. Se estimula la síntesis de CYP2E1, lo que ayuda a metabolizar los compuestos xenobióticos y así poder eliminarlos. A nivel del SNC a la larga se atenúan también los efectos del alcohol. La acetilcolina, así como las aminas biógenas (dopamina, noradrenalina, serotonina), aumentan inicialmente su liberación lo cual explicaría el efecto estimulante inicial sobre la actividad psicomotriz para pasar después a una fase de depresión. El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es un potente inhibidor del SNC y está aumentado en casos de etilismo agudo, aumentando el etanol la afinidad del GABA por su receptor responsable del efecto depresor. Puede ser que el alcohol también influya en el enlace entre los opiáceos endógenos (encefalinas y endorfinas) con sus receptores y sobre los aminoácidos estimulantes (aspartato y glutamato). Los resultados finales en líneas generales serían estimulación inicial a pequeñas dosis e inhibición a grandes dosis <sup>(10)</sup>.

Los efectos del alcohol a nivel celular, se explican porque al ser hidrófilo y liposoluble a la vez, puede difundir fácilmente por las membranas a las que puede modificar reversiblemente en términos químicos y puede incidir en su composición física. Es esperable que al incidir en la membrana plasmática, incida también en los canales iónicos y bombas como las  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  o las de  $\text{Ca}^{2+}$  e interfiera en la función normal de los mismos y en las concentraciones iónicas. Los neurotransmisores encerrados en vesículas también son diana del etanol ya que estas tienen similitudes con la composición de la membrana

plasmática. Estas degeneraciones son especialmente sensibles en las neuronas. El alcohol deshidrata y precipita la célula, redundando en una compleja lesión generalizada: permeabilidad celular, desregulación del metabolismo basal de la célula, alteración del medio líquido de organelos (microtúbulos, mitocondrias, etc.) y proteínas por deshidratación citosólica y por ende trastornos enzimáticos o estructurales, etc.

El alcohol también produce envejecimiento y disfunción celular por el exceso de especies reactivas del oxígeno (formación del superóxido) así como exceso de poder reductor, a concentraciones incluso subtóxicas aumenta la fluidez de las membranas orgánicas (plasmática, mitocondrial, etc.), desembocando en numerosos problemas involucrados en la unión de proteínas y lípidos a la misma y como no alterando el medio y la estructura de los canales iónicos y proteínas asociadas no integrales de membrana. Proteínas que actúan como segundos mensajeros en infinitas reacciones fisiológicas están afectadas: adenilatociclasa (y por ende proteínas G), fosfolipasas, etc.

El alcohol dispara la activación de ciertos genes que influyen en las neuronas y otras células como los adipocitos. Esto se evidenció en ciertos trastornos alcohólicos en personas con consumo crónico y bebés con deficiencias en el desarrollo cerebral por consumo relativamente excesivo de alcohol en el embarazo (alcoholismo fetal). Por ejemplo, el alcohol estimula la cascada celular de estrés haciendo que una proteína de choque térmico HSP1 vaya al núcleo y se una al gen GABRA4, uno de los genes para los receptores GABA cuya expresión se magnifica exponencialmente a los pocos segundos de consumir alcohol. En pocas palabras, aumenta la afinidad de GABA por su receptor y además aumenta la cantidad de receptores GABA en la membrana neuronal <sup>(10)</sup>.

De igual modo que actúa en la activación de algunos genes, el alcohol puede inhibir o inducir la eliminación de secuencias en genes reguladores celulares como el p53, p21 o p62, atenuando la apoptosis y en algunos casos inhibiendo mecanismos de reciclaje celulares como la autofagia. Estas alteraciones son potencialmente peligrosas en la proliferación celular descontrolada y más cuando estas células tienen un estrés oxidativo muy alto llegando a producir en órganos muy expuestos al metabolismo del alcohol a una mayor predisposición de generar cáncer. Sin duda alguna, y como se ha visto en múltiples estudios el alcohol tiene su incidencia principalmente en el sistema nervioso central y en el hígado <sup>(10)</sup>.

En cuanto a las razones por las cuales el consumo crónico de alcohol causa dependencia, todavía no está muy dilucidado, en numerosos estudios se han investigado casos y se han propuesto teorías sobre la biología de la adicción al alcohol respecto a la fisiología del sistema nervioso teniendo en cuenta los conocimientos neurofisiológicos y las vías que influirían en esta adicción en particular. A nivel del SNC se producen tolerancias que atenúan en mayor o menor medida los efectos del alcohol a este nivel. Los resultados finales en líneas generales serían estimulación inicial a pequeñas dosis e inhibición a grandes dosis. Depresión del control inhibitorio, brotes emocionales, memoria y concentración reducidas, depresión de la función refleja a nivel sistémico, crisis depresivas o alucinaciones son algunas de las consecuencias que termina teniendo el alcohol sobre el SNC. En simples palabras, el alcohol es un potente depresor del SNC.

Sólo con explicar la fisiología de las conexiones neurales encefálicas se puede tener idea de cómo actúa el etanol en las vías, en este caso, de recompensa y autoestimulación: el aspecto principal radica en que el entramado límbico-extrapiramidal, que conecta el área ventral mesencefálica con el Núcleo Accumbens, los Ganglios Basales (concretamente en la zona del Putamen y Núcleo Caudado) y la corteza cerebral frontal. A su vez, el Núcleo Accumbens es regulado por fibras aferentes límbicas procedentes de las amígdalas cerebrales y del hipocampo –región cerebral por excelencia de la memoria y ubicación espacial- y otras vías de la corteza frontal. ¿Qué es lo que produce la respuesta conductual? Las fibras eferentes que parten del Núcleo Accumbens hacia el globo pálido ventral (retroalimentación hacia los Ganglios Basales) y la sustancia negra, que son componentes de la vía motora extrapiramidal que median la respuesta conductual del animal.

La razón más importante implicada en la dependencia es que el etanol aumenta la liberación de dopamina en esta vía, teniendo acción excitatoria directa sobre las neuronas del área ventral mesencefálica y del Nucleo Accumbens por interacción con varios receptores de los neurotransmisores como los NMDA y GABA-A, lo que generará una retroalimentación positiva constante en esta vía en el poco período de tiempo que el individuo está en estado de euforia pero que a la larga parece deprimirse. El NMDA es un tipo de Receptor de Glutámico, muy distribuido en cerebro y cerebelo que actúa como canal de cationes que producen despolarización de la membrana neuronal. El etanol inhibe la acción del Glutamato en estos receptores. Así, el etanol actúa sobre el canal

impidiendo la transmisión de señales por Glutamato, lo que deprime un poco más a la larga el SNC. En ese sentido, el alcohol podría ser incluso un neuroprotector de la excitotoxicidad derivada de una liberación excesiva de Glutamato causante de algunas enfermedades derivadas por excitotoxicidad, por ejemplo Alzheimer o ELA entre otras.

El GABA-A es un receptor de GABA específicamente inhibitorio por unión a receptores que abren el canal de Cloruro y producen hiperpolarización de la membrana neuronal, anulando la producción de señales excitatorias. En el mismo sentido, el etanol actúa sobre el canal haciendo más eficaz la entrada de cloruro desde el medio extracelular, lo que deprime en general al SNC. Sin conocer los mecanismos con exactitud, el efecto del etanol sobre esos receptores y otros está detrás de la liberación de dopamina que tiene lugar desde el área ventral mesencefálica al núcleo Accumbens y que es la base de la llamada “gratificación farmacológica”. Las acciones en los receptores previamente nombrados parecen ser puntos de regulación en los que el etanol ejerce sus acciones <sup>(10)</sup>.

Se ha comprobado experimentalmente que el etanol (5-100 mM) inhibe las corrientes iónicas en neuronas del hipocampo de rata. Los episodios de pérdida de memoria transitoria que hay en la intoxicación aguda podrían estar relacionados con la inhibición de los receptores NMDA del hipocampo, además de ser un inhibidor de la recaptación de serotonina lo que lleva a un estado de alegría desmesurada en el comienzo y después al bajón típico por resaca. A nivel hepático se ha señalado los mecanismos bioquímicos más relevantes, pero se debe agregar que las repercusiones hepáticas y cerebrales tienen algo más en común: la euforia. El acetaldehído resultado de las reacciones metabólicas hepáticas interacciona con la dopamina circundante estimulando la liberación de más y más dopamina a los circuitos límbicos-extrapiramidales. Por tanto, una gasolina no existiría sin la otra. Los productos del etanol + los productos endógenos cerebrales es igual a una euforia efímera que desgraciadamente acarrea algún que otro problema <sup>(10)</sup>.

#### **2.1.4. Consumo problemático de alcohol**

El consumo de riesgo es un nivel o patrón de consumo de alcohol que puede causar daños en la salud si el hábito del consumo persiste, y es descrito por la OMS como consumo medio regular de 20 a 40g de alcohol diarios en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres. El consumo perjudicial se define como un patrón en el beber que causa daños a la salud

física o mental y está definido por la OMS como el consumo medio regular de 40g diarios de alcohol en mujeres, y más de 60g diarios en hombres. El consumo excesivo ocasional (binge drinking, en inglés), que puede ser particularmente perjudicial para la salud, es definido como el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola sesión. La dependencia del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición con otras conductas que en algún momento tuvieron mayor valor para el <sup>(11)</sup>.

Según la OMS existen tres patrones de consumo problemáticos de alcohol: de riesgo, perjudicial y el síndrome de dependencia. El primero, es un patrón de ingesta de alcohol que aumenta las probabilidades de consecuencias adversas para la salud si es que el hábito persiste. El consumo perjudicial, es aquél que conlleva a consecuencias negativas físicas y mentales. Finalmente, el síndrome de dependencia es el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las que la ingesta de alcohol adquiere una prioridad máxima para la persona <sup>(11)</sup>. Este último patrón, considerado una patología, se diagnostica si es que en algún momento dentro del último año o de un modo continuo han estado presente al menos tres de las siguientes características <sup>(12)</sup>:

- a. Deseo intenso o compulsión a consumir alcohol.
- b. Disminución de la capacidad de controlar el consumo de alcohol.
- c. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo es reducido o cesado por completo.
- d. Tolerancia, de modo que se necesita un aumento de la dosis para conseguir los mismos efectos que originalmente producía.
- e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión a causa del consumo.
- f. Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Se han propuesto distintos modelos para explicar el uso problemático de alcohol que enfatizan posibles causas como aspectos biológicos, la personalidad, factores relacionales-familiares, factores sociológicos, factores de aprendizaje o factores culturales <sup>(13)</sup>. Respecto al ámbito psicológico, diversos autores han propuesto que el consumo de drogas, incluyendo al alcohol, suele estar relacionado a un deseo experimentar estados aparentes de bienestar y tranquilidad o querer escapar de algo, un

intento de solucionar o evadir los problemas <sup>(14)</sup>, la suposición de que las drogas pueden ayudar a olvidar los problemas o calmar sensaciones displacenteras que pueden estar presentes en la vida cotidiana <sup>(15)</sup>, entre otros. Además, se ha resaltado que este intento por olvidar los problemas cotidianos permite evitar sensaciones negativas por un espacio de tiempo, pero a la larga genera problemas nuevos sin haber solucionado, o incluso haber enfrentado, los antiguos <sup>(13)</sup>.

Otro factor muy importante que se debe tener en cuenta es el cultural, pues la personalidad y el comportamiento se ven muy influenciados por la cultura y es a través de ella que se aprenden ciertas costumbres o necesidades. En el Perú, y en el mundo en general, el consumo de alcohol está muy instaurado en la cultura y un claro ejemplo de ello son las celebraciones, hoy en día prácticamente nadie hace una fiesta en su casa sin alcohol. Es así como el consumo excesivo de bebidas alcohólicas puede incorporarse en el repertorio de conductas de la persona mediante el aprendizaje cultural <sup>(16)</sup>.

### **2.1.5. Alcohol y salud**

Al localizar la política sobre alcohol dentro del área de la salud pública y política social, en lugar de la economía, justicia penal o bienestar social, existe una creciente tendencia de los gobiernos, tanto nacionales como locales, a enfocarse en el alcohol como un determinante principal de la mala salud. La búsqueda de la salud como uno de los valores más apreciados de la sociedad moderna explica el creciente interés en la política sobre alcohol. Pero al mismo tiempo supone un desafío especial, ya que la salud pública compite a menudo con otros valores sociales como el libre comercio, los mercados abiertos y la libertad individual. Si se analiza y conceptualiza la salud no sólo como la ausencia de enfermedad y lesiones, sino también como un estado en el que el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona se maximizan en la vida diaria. La manera en que la salud se define y se valora dentro de una sociedad tiene implicaciones importantes para la política sobre alcohol. Si se define la salud de manera limitada como la ausencia de enfermedad, entonces el enfoque a menudo se deposita en el tratamiento para la dependencia al alcohol y el manejo clínico de discapacidades relacionadas con el alcohol, tales como la cirrosis hepática y las lesiones traumáticas. Pero si definimos la salud desde una perspectiva más amplia, entonces la política sobre alcohol se puede dirigir a las intervenciones proactivas que pueden ayudar a que muchas

más personas obtengan niveles óptimos de salud y libres de los efectos nocivos del alcohol <sup>(7)</sup>.

### 2.1.6. Clasificación del consumo de alcohol según la clasificación CIE 10

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), incluye al consumo de alcohol en la categoría F10 – F19 que corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas, correspondiendo el Código F10 a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. La clasificación del CIE 10 es la siguiente <sup>(16)</sup>:

“Alcohol, alcohólico(a) (s)

F10.3 Síndrome de abstinencia al alcohol (estado)

F10.4 Síndrome de abstinencia al alcohol con delirio

F10.2 Adicción, drogadicción al alcohol

F10.5 Alucinosis (aguda) por alcohol

Z71.4 Asesoría y vigilancia por abuso de alcohol

F10.5 Celos, celotipia por el uso del alcohol

F10.4 Delirio, delirium (agudo) (con dependencia) (tremens) alcohólico

F10.6 Delirio crónico alcohólico

F10.7 Demencia alcohólica NCOP

T51.9 Envenenamiento alcohólico accidental (agudo) NCOP

Envenenamiento alcohólico accidental con un tipo especificado de alcohol (ver Tabla de medicamentos y productos químicos)

K70.9 Hígado alcohólico NCOP

F10.0 Intoxicación alcohólica (aguda) (con delirio)

F10.2 Intoxicación alcohólica con dependencia

F10.2 Manía alcohólico (crónica)

F10.5 Paranoia alcohólica, psicosis paranoide

E52 Pelagra debida al abuso de alcohol

Z72.1 Problemas relacionados con el uso de alcohol NCOP

F10.5 Psicosis alcohólica (paranoide) (ver también Psicosis, alcohólica)

Z50.2 Rehabilitación, desintoxicación alcohólica

F10.7 síndrome cerebral alcohólico crónico

Z72.1 Uso del alcohol NCOP

F10.2 Alcoholismo (crónico)

F10.0 Alcoholismo agudo

F10.5 Alcoholismo agudo con psicosis (ver también Psicosis, alcohólica)

O99.3 Alcoholismo agudo cuando complica el embarazo, el parto o el puerperio

P04.3 Alcoholismo agudo que afecta al feto o al recién nacido

F10.6 Alcoholismo agudo de Korsakoff, Korsakov, Korsakow, de

O35.4 Alcoholismo agudo con sospecha de daño al feto, que afecta la atención del embarazo”.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que se viene elaborando desde hace más de 10 años, contiene mejoras significativas con respecto a las versiones anteriores. Es la primera vez que su formato es completamente electrónico y es mucho más fácil de usar. Asimismo ha habido una participación sin precedentes de los trabajadores sanitarios, que han asistido a reuniones de colaboración y han presentado propuestas. El equipo de la CIE en la sede de la OMS ha recibido más de 10 000 propuestas de revisión <sup>(17)</sup>. La CIE-11 se presentará en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019 para su adopción por los Estados Miembros, y entrará en vigor el 1 de enero de 2022 <sup>(17)</sup>.

Según la CIE 11, el consumo de alcohol se incluye en sección ICD 06 que corresponde a los desórdenes mentales, de conducta o del neurodesarrollo y dentro de esta a la subclasificación de los Trastornos por consumo de sustancias o conductas adictivas, que se describen como “los trastornos debidos al uso de sustancias y los comportamientos adictivos son trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del uso de sustancias predominantemente psicoactivas, incluidos los medicamentos, o comportamientos específicos de recompensa y refuerzo repetitivos” <sup>(17)</sup>. “Entre los cambios realizados en los trastornos por uso de sustancias, una de las categorías diagnósticas que más modificaciones ha sufrido a lo largo de las diferentes revisiones, permitirá una mejor adecuación a la realidad clínica y mejora de las orientaciones para la prevención y el tratamiento de estos problemas. Entre las novedades que incorpora la nueva versión, se encuentra que la CIE-11 recoge los diferentes patrones de consumo

nocivo, desde episodios recurrentes hasta continuos y simplifica las pautas de diagnóstico para la dependencia de sustancias <sup>(17)</sup>.

El consumo de alcohol recibe el código 6C40: Trastornos por consumo de alcohol.

6C40.0 Episodio único de uso nocivo del alcohol.

6C40.1 Patrón nocivo de consumo de alcohol.

6C40.2 Dependencia del alcohol.

6C40.3 Intoxicación por alcohol.

6C40.4 Desintoxicación de alcohol.

6C40.5 Delirio inducido por alcohol.

6C40.6 Trastorno psicótico inducido por alcohol.

6C40.7 Otros trastornos inducidos por el alcohol.

6C40.Y Otros trastornos especificados debido al uso de alcohol.

6C40.Z Trastornos por consumo de alcohol, no especificados <sup>(16)</sup>.

### **2.1.7. Clasificación del consumo de alcohol según la clasificación DSM V**

En el tema de las drogas, el DSM-5 ha supuesto cambios significativos en relación a su predecesor. En el DSM V, el capítulo pasa a llamarse Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. “Sin embargo, cuando trata los trastornos por consumo de sustancias, explícitamente, rehúsa utilizar el término “adicción”, por lo que habría que deducir que, o bien reserva el término de “trastorno adictivo” para el juego patológico incluido en este capítulo y a futuros trastornos adictivos conductuales, o bien es un “olvido” del título, ya que en los trabajos previos se estaba utilizando ese término. La American Society of Addiction Medicine (ASAM) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM), tal como recogen Fainsinger et al <sup>(18)</sup> y Saunders y Latt <sup>(19)</sup>, prefieren utilizar el término “adicción” más que el de “dependencia”, pero exhortaban al grupo de trabajo del DSM-5 a ser más concreto en sus definiciones. Esas sociedades habían llegado al acuerdo de definir la “adicción” como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y craving. La dependencia física la definen como “un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir

por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista” (20).

La clasificación del consumo de alcohol en el DSM V es la siguiente (21):

Trastornos relacionados con sustancias y adictivos

Trastornos por consumo de alcohol (490).

Especificar la gravedad/remisión actual:

F10.10 Leve

F10.11 Leve, en remisión inicial

F10.11 Leve, en remisión continuada

F10.20 Moderado

F10.21 Moderado, en remisión inicial

F10.21 Moderado, en remisión continuada

F10.20 Grave

F10.21 Grave, en remisión inicial

F10.21 Grave, en remisión continuada.

“Si también existe una intoxicación o abstinencia de alcohol, o cualquier otro trastorno mental inducido por el alcohol, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alcohol viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el alcohol. Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de alcohol y una intoxicación por alcohol concomitantes, solamente se indica el código de la intoxicación por alcohol, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de alcohol es leve, moderado o grave: F10.129 para un trastorno leve por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol, o F10.229 para un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol. Especificar la gravedad/remisión actual (21):

F10.10 Leve: presencia de 2–3 síntomas.

F10.11 Leve, en remisión inicial

F10.11 Leve, en remisión continuada

F10.20 Moderado: presencia de 4–5 síntomas.

F10.21 Moderado, en remisión inicial

F10.21 Moderado, en remisión continuada

F10.20 Grave: presencia de 6 o más síntomas.

F10.21 Grave, en remisión inicial

F10.21 Grave, en remisión continuada.

## 2.2. ESQUEMAS MALADAPTATIVOS TEMPRANOS

### 2.2.1. Concepto

“Son patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida” <sup>(22)</sup>.

### 2.2.2. Características

Según Young et.al <sup>(23)</sup>, existen características de los esquemas desadaptativos, los principales son:

- No todos los esquemas tienen sus orígenes, en un trauma o maltrato infantil; aunque no todos los esquemas tengan un trauma en sus orígenes, todos ellos son destructivos y la mayoría han sido causados por experiencias nocivas que se repitieron de manera regular a lo largo de la infancia y la adolescencia.
- Los esquemas desadaptativos luchan por mantenerse, ya que aunque causen sufrimiento llega a ser cómodo y familiar; cumplen un papel importante en el modo de pensar, sentir, actuar y relacionarse con las demás personas y contradictoriamente, los llevan a recrear inadvertidamente en su vida adulta las condiciones infantiles que fueron dolorosas para ellos.
- Los esquemas aparecen en la infancia o en la adolescencia como representaciones basadas en la realidad del contexto del niño. La naturaleza disfuncional de los esquemas se hace notoria en etapas posteriores de la vida, aun cuando se sigue manteniendo sus esquemas en sus interacciones con otras personas.
- Los esquemas son dimensionales, lo que implica que presentan diferentes niveles de gravedad y omnipresencia, es decir, cuanto más complejo sea el esquema, mayor va ser el número de situaciones en las que se activará.

En relación con la última característica mencionada, Young et.al <sup>(22)</sup> nos dicen que el esquema puede llegar a ser activado solamente por figuras de autoridad demandantes que concuerden con el género del padre/madre crítico; agregando a esto, mientras más severo sea el esquema, más intensidad de afecto negativo tendrá y más se prolongará.

### 2.2.3. Orígenes de los esquemas

#### a. Necesidades emocionales nucleares

Los esquemas provienen de necesidades emocionales insaciables durante la infancia:

- Vínculos, seguros con los demás (incluye seguridad, estabilidad, cuidados y aceptación).
- Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- Libertad para expresar necesidades y emociones válidas.
- Espontaneidad y juego.
- Límites Realistas y auto-control.

La interacción entre el temperamento innato del niño y el contexto temprano produce más frustración que gratificación de estas necesidades básicas <sup>(23)</sup>.

#### b. Experiencias vitales precoces

Las experiencias infantiles tóxicas constituyen el principal origen de los esquemas desadaptativos tempranos. Los primeros esquemas, que suelen ser los más intensos, se desarrollan y originan en la familia. Cuando las personas se encuentran en situaciones adultas activan sus esquemas desadaptativos, lo que realmente experimentan es el drama de su infancia, generalmente con uno de sus padres. Existen cuatro tipos de experiencias vitales tempranas que contribuyen a la adquisición de esquemas:

**b.1. La Frustración tóxica de necesidades**, que se produce cuando el niño experimenta demasiado poco de algo bueno; el ambiente que rodea a la persona en desarrollo carece de algo importante como estabilidad, comprensión o amor.

**b.2. La traumatización o la victimización**, en las cuales se hiere o se victimiza a la persona, y se desarrolla esquemas como la desconfianza/abuso, imperfección/vergüenza o vulnerabilidad.

**b.3. Experimentar en exceso algo bueno**, los padres le dan demasiado de algo que, con moderación, sería saludable para él; así también, los padres pueden estar excesivamente implicados en la vida del niño, sobreprotegerlo, o pueden proporcionarle un grado excesivo de libertad y autonomía sin límite.

**b.4. La internalización selectiva o identificación con otras personas significativas**, el niño se identifica selectivamente e internaliza los pensamientos, sentimientos y conductas de los padres.

#### **2.2.4. Descripción de los esquemas maladaptativos**

De acuerdo a Young <sup>(23)</sup> existen 18 esquemas desadaptativos, pero en un estudio y adaptación del instrumento realizado por Castrillón et.al <sup>(24)</sup> sólo se considera 11 esquemas desadaptativos, los cuales están dentro de cinco grandes dimensiones:

##### **a. Desconexión y rechazo**

“La expectativa de que las propias necesidades de seguridad, protección, estabilidad, empatía, compartir sentimientos, aceptación y respeto no serán satisfechas de un modo previsible. La familia típica de origen es distante, fría, reservada, con tendencia al rechazo, solitaria, explosiva, imprevisible o abusiva” <sup>(23)</sup>.

##### **a.1. Abandono/inestabilidad**

Hace referencia a que las demás personas son inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación. Implica la sensación de que las personas significativas no serán capaces de seguir proporcionándole el apoyo emocional, conexión,

determinación o protección práctica porque son emocionalmente inestables e imprevisibles. Estas creencias expresan el temor y la preocupación de ser abandonados por personas significativas. Young <sup>(22)</sup> en su libro *Reinventar tu vida* se indica que el abandono es una trampa vital preverbal: empieza en el primer año de vida antes que el niño desarrolle el lenguaje. En muchos casos empieza muy pronto antes de que el niño tenga palabras para describir lo que ocurre y por ello, en la vida adulta puede que no haya pensamientos conectados a esta trampa vital. No obstante, cuando menciona esta experiencia las palabras son parecidas a “estoy sólo”, “nadie está para mí”. El inicio temprano de la trampa vital comporta intensos sentimientos asociados. Una persona con abandono grave responde hasta las breves separaciones con los mismos sentimientos de un niño pequeño que ha sido abandonado. Este esquema se pone en funcionamiento principalmente en relaciones íntimas y no están evidentes en los grupos ni en las relaciones fortuitas. Las activaciones más intensas se producen ante las separaciones de alguien querido. De todos modos, para que el abandono como trampa vital se ponga en funcionamiento las separaciones no tienen por qué ser reales ni ocurrir a un nivel físico. Las personas que tienen este esquema suelen ser más sensibles y con frecuencia interpretan intentos de abandono en comentarios inocentes. Presenta dos tipos de abandono y ambos surgen de dos ambientes diferentes que se dan en la infancia. El primero procede de un entorno demasiado seguro y sobreprotector. El segundo surge de un ambiente emocionalmente inestable donde no hay nadie de forma permanente para atender al niño. Este esquema también puede surgir por diversas situaciones así tenemos <sup>(22)</sup>:

- Tener predisposición biológica a la ansiedad de separación o dificultades para estar solos.
- Uno de los padres murió o se marchó de casa.
- Separación de la madre por un periodo de tiempo prolongado.
- Haber tenido una sucesión de figuras maternas como por ejemplo haber sido criado por niñeras o una institución.
- Características psicológicas de madre como inestabilidad, tendencia a la depresión, cambios de humor y/o consumo de sustancias como el alcohol.
- Separación de los padres o temor a ésta, debido a continuas peleas entre ellos.
- Percepción de pérdida del lazo maternal o paterno, por ejemplo, cuando un hermano o hermana nació o cuando uno de los padres se vuelve a casar.

- Sobreprotección en la familia, lo que provoca desajustes en el aprendizaje en cuanto a mejorar dificultades propias.

## **a.2. Desconfianza/abuso**

La expectativa de que los demás perjudicarían, abusarán, humillarán, engañarán, mentirán, manipularán o se beneficiarán de uno. Usualmente conllevan la percepción de que él daño es intencionado, o el resultado de una negligencia injustificada o extrema. Puede incluir la sensación de que uno, en comparación con los demás, siempre acaba siendo engañado o le toca la peor parte. En el libro *reinventa tu vida* de Young <sup>(21)</sup>, indican que esta trampa vital es una mezcla compleja de sentimientos más generales como el dolor, el miedo, la rabia y la pérdida. Estos sentimientos son intensos y están a flor de piel. A pesar de que aparentemente están calmados, se pueden percibir en el ambiente. Parece que en cualquier momento pudieran reaparecer de nuevo. Pueden tener estados de ánimo variables y de repente alterarse mucho y llorar o enrabiarse, lo que sorprende a los demás. Otras veces pueden parecer idos, como si estuvieran en otro lugar, lo que se denomina disociación, las cosas les parece irreales y emocionalmente se encuentran inmobilizados. Es un aprendizaje que han desarrollado y al mismo tiempo un escape psicológico del abuso. Las vivencias en las relaciones humanas son dolorosas, para ello no son relajantes, sino peligrosas e imprescindibles y por ello se sienten vulnerables, sientes que las personas hieren, las traicionan y las utilizan. Tienen que estar siempre en guardia ya que le es difícil confiar en las personas incluso en las más cercanas. De hecho, es posible que ellos sean los únicos de quienes son incapaces de desconfiar. Asumen que las personas las quieren dañar en secreto, cuando alguien hace algo agradable por ellas su mente busca un motivo distinto porque siempre esperan que las personas les mientan o se aprovechen de ellas.

Este esquema provoca un estado de hipervigilancia, existe un estado de constante guardia, la amenaza puede surgir en cualquier momento y sienten que deben estar alerta cuando una persona se presenta. Los orígenes de este esquema provienen de experiencias de abuso, manipulación, humillación o traición que se padecieron durante la infancia <sup>(25)</sup>:

- Abuso físico, psicológico o sexual en la familia durante la niñez.
- Recibir humillaciones o menosprecio en la niñez.

- Personas en la familia que generaron desconfianza (por medios como: delataban las confidencias, explotaban las debilidades para su propio beneficio, manipulaban, hacían promesas que no cumplían o mentían).
- Percepción de que algún miembro de la familia le producía cierto goce de sufrimiento.
- Imposición de castigos severos mediante amenazas o fuertes represalias.
- Ideas de los padres impuestas a sus hijos como: “no puedes confiar en las personas ajenas a la familia”.
- Percepción del niño que su familia está en contra suya.
- En la infancia uno de los padres suele dar afecto físico inapropiado o este resulta incómodo para el niño.

### **a.3. Privación emocional**

Está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los demás. Existen tres principales formas de privación <sup>(25)</sup>:

- Privación de cuidados: Ausencia de atención, afecto, cariño y compañía.
- Privación de empatía: Ausencia de comprensión, escucha, autoapertura o de compartir sentimientos con los demás.
- Privación de Protección: Ausencia de determinación, dirección o guía por parte de los demás.

Young <sup>(25)</sup> indica que es una de las más difíciles de definir en comparación con otros esquemas, ya que no suele manifestarse a través de los pensamientos. Esto se debe a que la privación original empieza incluso antes de la adquisición del lenguaje. Además de la sensación de que va a estar siempre solo. También implica que ciertos aspectos nunca se obtendrán, escucharán ni atenderán. Este esquema comporta el sentimiento de lo que debería no estar está, se vive como una ausencia. Quizá la imagen que recoge este significado con más exactitud es la de un niño desatendido. La privación emocional sería lo que siente ese niño, es decir la soledad de que nadie está a su lado. Los orígenes de este esquema se encuentran en la persona que figura maternal para el niño, es decir, la

principal responsable de darle cuidado emocional, en algunas familias esta figura es un hombre. La figura del padre también es importante pero la madre, en el primer año de vida, es el centro de su mundo. La primera relación se convierte en el prototipo para las otras que siguen. Las relaciones más cercanas llevan la estampa de la primera experiencia con la madre para el resto de la vida. Implica que el niño recibe insuficientes cuidados maternos. El término cuidado emocional tiene una serie de repercusiones que como se describe luego, se utiliza la palabra madre para referirse a la figura maternal. El origen de este proviene de experiencias como:

- La madre es fría o poco cariñosa. No acoge al niño lo necesario.
- El niño no tiene la sensación de ser querido y valorado, de ser alguien precioso y especial.
- La madre no da al niño ni tiempo ni atención necesaria.
- La madre no tranquiliza al niño adecuadamente.
- La madre no sintoniza con las necesidades del niño, tiene dificultades para empatizar con el mundo del niño. En realidad, no conecta con este.
- La madre no tranquiliza al niño adecuadamente. El niño, entonces no puede aprender a tranquilizarse por sí mismo o a aceptar la acción tranquilizadora de los demás.
- Los padres no guían adecuadamente al niño o no le proporcionan un sentido de dirección.

## **b. Deterioro en la autonomía y ejecución**

Expectativas sobre uno mismo y el contexto que interfieren con la propia capacidad para diferenciarse, sobrevivir, funcionar con independencia o actuar satisfactoriamente. La familia que es típica de origen, es complicada, debilita la confianza del niño, es sobreprotectora o no refuerza al niño para que actúe competentemente fuera de la familia.

### **b.1. Entrampamiento (apego confuso/yo inmaduro)**

Se refiere a una excesiva implicación y proximidad emocional con una o más personas significativas (a menudo los padres), a costa de la individuación plena y del normal desarrollo social, con frecuencia conlleva la creencia de que, como mínimo, uno de los

individuos a los que se siente unido no podrá sobrevivir ni ser feliz sin el constante apoyo del otro. También puede incluir sentimientos de asfixia o fusión con los demás, o también de insuficiente identidad individual. Muchas veces experimenta como un sentimiento de vacío o fracaso, como carecer de sentido, o en casos extremos de cuestionar la propia existencia. Este esquema denota la poca diferenciación que la persona experimenta a lado de sus padres y la certeza de tener que involucrarlos en la propia vida porque de lo contrario se generarán emociones negativas de culpa o tradición <sup>(22)</sup>.

## **b.2. Vulnerabilidad al peligro o a la enfermedad**

Este esquema se basa en la creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables. Las anticipaciones se centran en uno o más de los siguientes aspectos: catástrofes médicas (por ejemplo, ataques cardíacos, cáncer, SIDA, etc.), catástrofes emocionales (por ejemplo: volverse loco, indigente o perder el control) y catástrofes externas (por ejemplo, fallas en elevadores, ser atacado por criminales, accidentes aéreos, terremotos, etc.) Young <sup>(22)</sup> indica que el sentimiento más importante de la vulnerabilidad es la ansiedad. Las personas con este esquema experimentan la sensación de que algo catastrófico está a punto de ocurrir y que les falta recursos para hacerle frente. La vulnerabilidad como esquema tiene dos vías: exagerar al riesgo de peligro y minimizar la propia capacidad de afrontarlo. Existen 4 tipos de vulnerabilidad y se puede tener más de un tipo.

- Salud y enfermedad: Estas personas podrían ser hipocondriacas, preocuparse excesivamente de su salud, a pesar de que los médicos no paran de decirles que no tiene nada grave, están convencidos de que están enfermos. Constantemente exploran su cuerpo para ver si algo anda mal. Además, están en estado hipervigilante a cualquier cosa que sea indicativa de una posible enfermedad, pueden ir al médico a cualquier hora o evitarlo completamente porque tienen miedo de que descubran alguna cosa que vaya mal.
- Peligro: Se caracteriza por una exagerada preocupación por la seguridad personal y la de los seres queridos, se tiene la visión del mundo cargado de peligro a cada paso que cada uno va. Estas personas tienen un sentimiento general de inseguridad cuando están fuera de su casa, están alertas a cualquier persona que parezca sospechosa o peligrosa. También temen los desastres como accidentes de coches

y aviación. Estas son cosas que están más allá de su control y que pueden ocurrir súbitamente.

- Pobreza: estas personas están siempre preocupadas por el dinero y tiene un miedo no realista de que perderán todo y acabarán viviendo en la calle. Le es muy difícil gastar el dinero y toman extremas precauciones para ahorrarlo. También pueden sentir preocupación porque personas de su familia pierdan el trabajo, incluso cuando no hay razones lógicas.
- Perder el control: Estos son miedos a una catástrofe de naturaleza más psicológica, como crisis de pánico, volverse loco o perder el control. Estas personas tienden a perder el control de si cuerpo, desmayándose o mareándose, sea cual fuera su miedo. Básicamente el mecanismo es el mismo, como en ataques de pánico. Se apodera de ellos una sensación interna y la interpretan de forma catastrófica, algo presente en el núcleo de todos los tipos de vulnerabilidad. Inmediatamente piensan en lo peor y se sientes incapaces de afrontarlo, se sienten como niños débiles e indefensos. Escapar es de crucial importancia en el refuerzo de este esquema. Casi todos los que tienen evitan muchas situaciones, lo más probable es que se alejen de la mayoría de las actividades divertidas de la vida. Los orígenes de este esquema pueden ser <sup>(22)</sup>:
  - Aprendizaje por medio de los padres con el mismo esquema.
  - Sobreprotección, particularmente con los temas de peligro o enfermedad. Continuamente advertencias sobre peligros específicos que hacen sentir al niño demasiado frágil o incompetente para enfrentarse a las situaciones cotidianas (puede combinarse con la dependencia).
  - Falta de protección adecuada o funcionan. El entorno infantil no es seguro física, emocional o económicamente. (suele combinarse con la privación emocional y desconfianza o abuso).
  - Acontecimiento traumático grave, que lleva a la persona a sentirse vulnerable, por ejemplo, una enfermedad.

### **c. Límites deficitarios**

La deficiencia en los límites internos, responsabilidad hacia los demás u orientación a largo plazos de los objetivos. La típica familia de origen se caracteriza por la

permisividad, el exceso de indulgencia, la falta de determinación o la sensación de superioridad en lugar de la confrontación apropiada, disciplina y límites en relación a la responsabilidad.

### **c.1. Derecho (Grandiosidad/autorización)**

Hace referencia a la creencia de que la persona es superior a los demás, que tiene derechos y privilegios especiales o que no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual. Con frecuencia implica la insistencia de la persona de ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, lo consensualmente razonable o las implicaciones que ello tenga para los demás, incluso una concentración exagerada en la superioridad para conseguir poder y control (no funcionalmente para ganar atención o aprobación). Algunas veces incluye una competitividad excesiva o la dominación de los demás. Es posible que se desarrollen de tres diferentes maneras: por límites paternos débiles, por una excesiva indulgencia y cuando se utiliza la grandiosidad para contrarrestar los esquemas que se describen a continuación <sup>(22)</sup>.

- Grandiosidad del mimado: La persona se ve a sí misma como algo especial, controlador, que desea todo a su manera y cuando las demás personas le ponen obstáculos, esta persona se enfada. Tiene poca empatía, por lo que es descortés y algunas veces ofensiva. Es diferente a las expectativas sociales y a las convenciones habituales y se considera por encima de la ley.
- Grandiosidad del dependiente: La persona siente el derecho de depender de la otra persona. Se sitúa en el papel del débil, incompetente o necesitado y espera a que los demás sean fuertes y lo cuiden.

Se siente especial porque es su derecho y las demás personas se lo deben. Su comportamiento puede ser pasivo. Cuando no lo cuidan se siente una víctima y se enfada, pero muchas veces se contiene. Expresa entonces sus sentimientos de otra forma, ya sea a través de gestos de incomodidad, de quejas hipocondriacas o rabietas. Y si tal vez no se siente especial, quizá intente por todos los medios de agradar y ser complaciente.

- Grandiosidad del impulsivo: Es el patrón relacionado con la dificultad de controlar sus conductas y sentimientos. Tiene problemas en el control de impulsos

y actúan en función de sus deseos, sin tener en cuenta las consecuencias. Tiene problemas para tolerar la frustración que se necesita para completar las tareas a largo plazo, especialmente las rutinarias. Tiene una falta general de estructuración y organización, además es indisciplinado. Asimismo, tiene dificultad para controlar sus emociones, especialmente el enojo o rabia. Aunque puede estar algo deprimido, los sentimientos de ira son predominantes. No es capaz de expresarse de forma madura y lo hace como un niño enfurecido. Se muestra impaciente y enfadado, cree tener la libertad de manifestar cualquier emoción, no tiene en cuenta el impacto que reciben los demás. Dentro de los orígenes encontramos <sup>(22)</sup>:

- Límites débiles por parte de los padres, estos fallan en promover la suficiente disciplina y control en sus hijos. Algunos padres miman a sus hijos de diversas formas, les dan a sus hijos lo que quieren, cuando quieren. Los niños controlan a sus padres.
  - Uno de los padres puede tener dificultades para el control de emociones e impulsos.
  - La excesiva indulgencia del dependiente se da cuando los padres son excesivamente permisivos con sus hijos, lo que provoca que los hijos dependan de ellos. Los padres asumen las responsabilidades cotidianas, toman las decisiones y hacen las tareas difíciles del niño.
  - A los niños no se les enseñó la tolerancia a la frustración, no se les obliga a asumir responsabilidades o a asignarles tareas completas. Los padres permiten seguir la irresponsabilidad porque ésta no implica consecuencias aversivas.
  - Tampoco se les enseña control de impulsos, los padres permiten que los niños actúen de forma descontrolada e impulsiva
- Insuficiente auto-control/auto-disciplina. Individuos que no demuestran un autocontrol adecuado; se llega a percibir como impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones. En una de sus formas más leves, la persona presenta un énfasis exagerado en la evitación de molestias; evita el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo, a expensas de realización personal, el compromiso o la integridad.

#### **d. Dirigido por las necesidades de los demás**

Un exceso de foco en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a costa de las propias necesidades, con una intención de obtener amor y aprobación, mantener la propia sensación de unión con los demás o evitar represalias. Normalmente conlleva la supresión o falta de conciencia relativa a la propia ira e inclinaciones naturales. Aquí la familia, se basa en la aceptación condicional, los deben suprimir los aspectos importantes de sí mismos a fin de obtener el amor, la atención y la aprobación. En muchas de estas familias, las necesidades y deseos emocionales de los padres, o la aceptación y el estatus social, son más valorados que necesidades y sentimientos únicos <sup>(22)</sup>.

##### **d.1. Auto sacrificio**

Es el exceso de atención para satisfacer voluntariamente las necesidades de los demás en situaciones cotidianas a expensas de la propia gratificación. Las razones más comunes son: prevenir que se perjudique a los demás, evitar la culpa de sentirse egoísta o mantener la conexión con los otros a quienes se les percibe como necesitados. Muchas veces se deriva de una sensibilidad aguda hacia el dolor de los demás. Existen ocasiones en que se conducen a sentir que las propias necesidades no están siendo debidamente satisfechas y al resentimiento hacia esos a quienes se atiende <sup>(22)</sup>.

#### **e. Sobrevigilancia e inhibición**

Se da un énfasis excesivo por suprimir los propios sentimientos, impulsos o alternativas espontáneas o por satisfacer metas y expectativas internas rígidas sobre la actuación y la conducta ética, a menudo, a expensas de la felicidad, auto-expresión, relajación, amistades próximas o la salud. La familia típica de origen es severa, exigente y, algunas veces, punitiva: en la ejecución, el deber, el perfeccionismo, el respeto a las normas, la ocultación de las emociones y la evitación de errores predomina sobre el placer, la alegría y la relajación. Generalmente hay una corriente subterránea de pesimismo y preocupación relativa a que las cosas se desharán si uno no logra permanecer vigilante y atento en todo momento <sup>(23)</sup>.

### **e.1. Estándares Inflexibles I (Metas inalcanzables/hipercriticismo)**

Estas creencias están relacionadas con el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de desempeño y conducta, dirigidos para evitar la crítica, provocando sentimientos de presión y dificultades en el ritmo de vida sacrificando el placer y la felicidad personal. Suelen presentarse como:

- Perfeccionismo, que es la atención excesiva al detalle o la subestimación de la propia ejecución en relación a la norma,
- Reglas rígidas y “deberías” en muchas áreas de la vida, incluyendo preceptos morales, culturales o éticos y realmente altos, y por último
- Preocupación por el tiempo y eficiencias, la necesidad de lograr más.

### **e.2. Estándares Inflexibles II (Búsqueda de aprobación /búsqueda de reconocimiento)**

Indica presencia de auto exigencia y perfeccionismo como una descripción de sí mismo sin hacer referencia a ningún tipo de consecuencias negativas. Se refiere a las creencias relacionadas con el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica. Este esquema adquiere generalmente la forma de perfeccionismo entendido como la atención desmedida a los detalles o subestimación del buen desempeño. También pueden referirse a reglas rígidas y “deberías” no realistas en muchas áreas de la vida, incluyendo altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos, adquieren también la forma de preocupaciones por el tiempo y la eficiencia para poder alcanzar metas más altas. Young describe características generales de estándares inflexibles II, afirmando que el sentimiento principal es la presión. A la persona le cuesta relajarse y divertirse. Siempre se están forzando, compitiendo para triunfar. Luchar por ser el mejor. Estas personas normalmente tienen éxito en todo lo que hacen, pero esto lo ven a través de otras personas. Las otras personas dicen que han conseguido mucho, pero ellos dan sus éxitos por sentados y todo se reduce a lo que esperan de sí mismos. Constantemente sufren de malestares físicos. Para ellos la vida sólo se reduce a trabajar o conseguir algún objetivo. Se esfuerzan hasta el borde de sus límites. Los estándares inflexibles pueden generar una gama de emociones negativas. La persona se siente casi todo el tiempo frustrada e irritada

por no satisfacer sus estándares. Están frecuentemente enfadados y experimentan niveles altos de ansiedad. El mayor foco de su ansiedad es el tiempo. Creen en la posibilidad de éxito y que si continúan esforzándose pueden conseguir el maravilloso estado de perfección. Aunque es probable que no se consideren con el suficiente éxito. En su mente se visualizan con lo que conseguirá finalmente, cuando se relajan y disfruten la vida. Sin embargo, este estado de paz nunca llega. Existen tres tipos de variantes de este esquema (22).

- **Compulsividad:** La persona que tiene este esquema mantiene todo en orden perfecto. Atiende a cada pequeño detalle sin importar lo pequeño que sea y perciben el miedo por cometer algún mínimo error. Se siente frustrado y desconcertado cuando las cosas no son absolutamente perfectas. El autocontrol excesivo es común.
- **La orientación al éxito:** También se les llama trabajadores compulsivos o adictos al trabajo. Es la persona que trabaja muchas horas al día. Da un excesivo valor a obtener altos niveles de éxito a expensas de sus necesidades.
- **La orientación a la posición social:** Se trata de un excesivo énfasis en ganar reconocimiento, posición social, salud o belleza. Con frecuencia es un contraataque o una compensación de los sentimientos centrales de imperfección o bien de exclusión social. Si se tiene una excesiva orientación a la posición social, nunca sienten que son suficientemente buenos, no importa lo que hagan. La persona tiende a autocastigarse o avergonzarse cuando no cumplen sus altas expectativas. Dentro de los orígenes más comunes se consideran las siguientes:
  - El amor que se recibe de los padres está condicionada a conseguir elevados objetivos.
  - Uno de los padres o los dos fueron modelos elevados estándares poco equilibrados.
  - Los estándares inflexibles se desarrollaron como una manera de compensar los sentimientos de incompetencia, exclusión social, privación o fracaso.
  - Uno de los padres suele avergonzar o criticar al niño cuando no cumple altas expectativas.
  - El niño creció en un entorno de amor condicionado. Los padres brindan afecto, aprobación o atención solo cuando el niño tuvo éxito o parecía ser perfecto.

- Cuando los padres brindaron mucho amor y aprobación cuando el niño consiguió satisfacer altas expectativas. Es posible que la persona se percibió inferior en comparación con sus compañeros o pensó que los padres eran inferiores por lo que intenta compensar estos sentimientos a través del éxito o la posición social.

### **e.3. Inhibición emocional**

La excesiva contención de acciones, sentimientos que facilitan la comunicación espontánea, normalmente, para evitar la desaprobación de los demás. Las personas suelen experimentar sentimientos de vergüenza o la pérdida de control de los propios impulsos. Las áreas de inhibición más comunes son:

- Inhibición de la ira y la agresión Inhibición de los impulsos positivos.
- Dificultad para expresar vulnerabilidad o para comunicar libremente los propios sentimientos, entre otros.
- Excesivo énfasis en la racionalidad al mismo tiempo que pasan por alto las emociones. Hacemos énfasis en lo social, como elemento importante del desarrollo de la personalidad, indicando que en el tránsito de lo externo a lo interno, lo social, se torna individual y lo psicológico alcanza su propia especificidad; esto quiere decir que la familia, en especial los padres (uno de los más importantes agentes externos) dan los pilares de la personalidad en desarrollo, la cual se da de manera irrepetible y singular <sup>(22)</sup>.

#### **2.2.5. Operaciones de esquemas**

Se refiere a la forma en que reacciona una persona con esquemas ya sea para reforzarlo o para debilitarlo. Existen dos operaciones fundamentales:

- a. La perpetuación de los esquemas: se refiere a que todo lo que hace la persona (interna y conductualmente) mantiene el esquema. Todos los pensamientos, sentimientos y conducta acaban fortaleciendo el esquema. Afectivamente un individuo puede bloquear las emociones conectadas a un esquema. Cuando se bloquea el afecto, el esquema no alcanza el nivel de la conciencia, de modo que el individuo no puede tomar medidas para modificar el esquema.

Conductualmente, el individuo reproduce patrones contraproducentes, seleccionando inconscientemente y permaneciendo en situaciones y relaciones que activan y perpetúan el esquema, al tiempo que evitan relaciones que probablemente ayudarían a cambiar el esquema. Interpersonalmente, las personas con esquemas se relacionan de manera que provocan que los demás reaccionen negativamente, reforzando así el esquema. Los esquemas se perpetúan a través de tres mecanismos primarios <sup>(22)</sup>:

- Distorsiones cognitivas
- Patrones vitales contraproducentes
- Estilos de afrontamiento

El cambio de los mismos: como un esquema es una serie de recuerdos, emociones, sensaciones corporales y cogniciones, el cambio de esquemas conlleva la devaluación de los elementos desadaptativos: la intensidad de los recuerdos vinculados al esquema, la carga emocional del esquema, la intensidad de las sensaciones corporales y las cogniciones maladaptativas <sup>(22, 25)</sup>.

### 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. Internacionales

**Autor:** Fernández Rodríguez María, Dema Moreno Sandra, Fontanil Gómez Yolanda.

**Título:** La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias.

**Fuente:** Adicciones. Jul. 2018; 0(0): 1003. España.

**Resumen:** En este artículo explican que a pesar de la implementación de políticas de prevención dirigidas a abordar el consumo de alcohol entre adolescentes y adultos jóvenes, el número de personas que abusan del consumo ha aumentado de forma importante en la última década. Se ha encontrado que la prevalencia como el consumo arriesgado de hombres y mujeres están alcanzando niveles similares, pero las frecuencias mayores se están presentando en mujeres durante la adolescencia avanzada. Se ha encontrado que el género y la edad actúan de forma combinada en el aprendizaje del consumo de alcohol, pero también se presentan motivaciones y

expectativas que los adolescentes y jóvenes tienen respecto a estas prácticas, para ellos, es agradable consumir alcohol y lo asocian con mayor status y aceptación en el grupo. El consumo de alcohol se da en tres etapas diferenciadas: en la primera, los roles de género están bien definidos; en la segunda, hay una cierta transgresión de estos roles sobre todo en las mujeres jóvenes, y en la tercera, hay un retorno a los roles de género tradicionales <sup>(26)</sup>.

**Autor:** Moure Rodriguez Lucía, Carbia Carina, Lopez Caneda Eduardo, Corral Varela Montserrat, Cadaveira Fernando, Caamaño Isorna Francisco.

**Título:** Tendencias en el consumo de alcohol entre los jóvenes según el patrón de consumo en la universidad de inicio: un estudio de seguimiento de 9 años.

**Fuente:** Más uno. 2018; 13 (4): 222 – 227. España.

**Resumen:** este estudio planteó como objetivo identificar las diferencias en Consumo de Riesgo (RC) y consumo excesivo de alcohol (BD) en estudiantes que previamente habían presentado estos patrones de consumo de alcohol en la universidad de inicio y aquellos que no lo hicieron. Participaron 1382 jóvenes de 18, 20, 22, 24 y 27 años. Resultados: las tasas de prevalencia de RC y BD fueron menores durante el estudio en estudiantes que no siguieron estos patrones de consumo a los 18 años. Para RC y BD, las diferencias a la edad de 27 años, expresadas como puntos porcentuales (pp), fueron respectivamente de 24 pp y 15 pp en mujeres y 29 pp y 25 pp en hombres. Un hallazgo característico es el inicio de consumo de alcohol a edad temprana, lo cual aumenta el riesgo de tener patrones de RC y BD en la universidad, para los hombres, quienes presentan (OR = 2.91 y 2.80) y en las mujeres (OR = 8.14 y 5.53). Otros factor de riesgo es no vivir en el hogar de los padres para BD (OR = 3.43 para hombres y 1.77 para mujeres). Concluyen que a los 27 años la mayoría de jóvenes que ya consumían alcohol a los 18 años, lo seguirán haciendo, por tanto se debe prevenir que el consumo de alcohol se inicie a edades tempranas para evitar que los estudiantes continúen con dichos patrones de consumo de alcohol en la universidad. <sup>(27)</sup>.

**Autor:** Vanegas García David, Jaider Fernández Jhon.

**Título:** Esquemas maladaptativos tempranos y factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de un colegio de Bogotá.

**Fuente:** Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá. 2017.  
<https://repository.libertadores.edu.co>

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue identificar la relación existente entre los esquemas maladaptativos y los factores de riesgo en consumo de sustancias psicoactivas. La muestra estudiada fueron 200 adolescentes de un colegio de Bogotá, aplicaron como instrumentos la Escala Drug Use Screening Inventor (DUSI) y el Young Schema Questionnaire (YSQ-L2). Resultados: Los factores psicosociales asociados al consumo de S.P.A corresponden a desorden psiquiátrico y problemas de comportamiento. Los esquemas mal adaptativos más frecuentes son vulnerabilidad al daño e inhibición emocional. Las correlaciones más significativas se observaron en el esquema Abandono/inestabilidad que se correlaciona con el dominio competencia social y el dominio desordenes psiquiátricos <sup>(6)</sup>.

### 3.2. Nacionales

**Autor:** Malacas Bautista Carlos.

**Título:** Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas.

**Fuente:** Universidad San Martín de Porres. Lima. 2017.  
<http://www.derecho.usmp.edu.pe/>

**Resumen:** El objetivo de esta investigación fue identificar los esquemas disfuncionales tempranos en consumidores de sustancias psicoactivas internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. La muestra fue de 176 residentes, con edades entre 18 a 65 años, entre los resultados destacan que los esquemas más frecuentes son: El esquema de Enmarañamiento/ Yo dependiente con un 48,3%, El esquema de Auto sacrificio con un 46,6%, El esquema de Estándares inflexibles con un 42% y el Esquema de Inhibición emocional con 41,5%. La Dimensión más prevalente es la Dimensión II: Perjuicio en autonomía y desempeño con un 44,9% y la Dimensión IV: Tendencia hacia el otro con un 44,3% <sup>(28)</sup>.

**Autor:** Roque Panca Yoshira, Ruelas Centeno Elluz.

**Título:** Factores sociales y psicológicos que influyen en la ingesta de alcohol en los alumnos de la CEPRE– U Galeno de la ciudad de Puno abril - julio 2015.

**Fuente:** Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Puno 2015.  
<https://repository.uancv.edu.pe>

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue determinar los factores que influyen en la ingesta de alcohol en los alumnos de la CEPRE-U Galeno de la ciudad de Puno, la

muestra de estudio fueron 157 estudiantes y entre sus resultados destaca que los factores sociales y factores psicológicos influyen en la ingesta de alcohol. La edad, relaciones familiares, presencia de padres, compañía con la que ingiere bebidas alcohólicas, lugar de consumo de alcohol, tipo de bebida que ingiere, son los factores sociales que ejercen mayor influencia en la ingesta de alcohol. Las razones que los llevan a ingerir alcohol son los efectos que le produce, manifiestan que el consumo de alcohol lo consideran normal porque según ellos es una práctica social aceptable, el 55.41% tenían un consumo bajo, 24,20% tenían un consumo moderado, el 18.47% tenían un consumo alto <sup>(29)</sup>.

**Autor:** Maximiliano Colqui Liz, Ortega Ramos Angela, Salas Mujica María, Vaiz Bonifaz Rosa.

**Título:** Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla.

**Fuente:** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2015.  
<https://repository.upch.edu.pe>

**Resumen:** El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del consumo de alcohol en los adolescentes, la muestra fueron 4095 alumnos del 1° al 5° año de secundaria del distrito de Ventanilla. Resultados: el 42,4% de adolescentes han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, el 305 ha consumido en los últimos 12 meses, el 24% han consumido en los últimos 30 días, los adolescentes de sexo masculino consumen alcohol con una frecuencia de 45,2% y las mujeres en 39,9%. Concluyen que el consumo de alcohol es alto en este grupo de edad estando muy influenciado por el ambiente familiar y el grupo de pares <sup>(30)</sup>.

### 3.3. Locales

**Autor:** García Mendoza Vania, Pinto Fernández Karolina.

**Título:** Estilos de socialización parental y esquemas desadaptativos tempranos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas estatales del distrito de Characato y Sabandía – 2017.

**Fuente:** Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2018.  
<https://repository.upch.edu.pe>

**Resumen:** el objetivo fue identificar la relación de dependencia entre los estilos de socialización parental y esquemas desadaptativos tempranos en los adolescentes de 4to y 5to de secundaria, la muestra estuvo conformada por 180 estudiantes de ambos sexos con edades entre los 15 y 17 años. Resultados: el estilo de socialización parental predominante que perciben los adolescentes en sus madres, es el Negligente y en el padre es Autoritario. Los esquemas desadaptativos presentes en los adolescentes se encuentran dentro de la dimensión desconexión y rechazo, se encontró que existe una relación de dependencia entre el estilo de socialización parental de la madre con los esquemas desadaptativos tempranos <sup>(31)</sup>.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo General

Establecer la relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de una Escuela de Policía. Arequipa, 2018.

### 4.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el consumo de alcohol en los estudiantes de una Escuela de Policía.
- Identificar los esquemas maladaptativos tempranos predominantes en los estudiantes de una Escuela de Policía.
- Determinar la relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en los estudiantes de una Escuela de Policía.
- Establecer la relación entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos según la edad, procedencia y tipo de familia en los estudiantes de una Escuela de Policía.

## 5. HIPÓTESIS

Dado que el consumo de alcohol es un hábito muy frecuente entre los adolescentes y jóvenes, el mismo que causa una serie de problemas en la salud y bienestar integral de las personas que derivan en dificultades de adaptación como son los esquemas maladaptativos tempranos;

Es probable que exista relación significativa entre el consumo de alcohol y los esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes de una Escuela de Policía.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. TÉCNICAS

Se utilizará como técnica la encuesta.

##### 1.2. INSTRUMENTOS

**1.2.1. Ficha de recolección de datos:** instrumento realizado por la investigadora para recabar la información referida a las variables intervinientes del estudio.

**1.2.2. Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de Alcohol (AUDIT):** El Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) fue originalmente creado por Saunders et al. <sup>(27)</sup> en colaboración con la OMS. Más adelante fue adaptada al idioma español por Rubio et al. <sup>(28)</sup>. Este cuestionario evalúa dichos patrones a través de 10 ítems tipo Likert que pertenecen a las áreas de consumo reciente de alcohol (cantidad, frecuencia), conductas de dependencia y los problemas derivados de su uso. Así, las tres primeras preguntas se refieren al uso de bebidas alcohólicas, las cuatro siguientes están relacionadas con la dependencia y las tres últimas analizan las consecuencias negativas. Su puntuación va desde 0 a 40 y puntajes iguales o mayores a 8 en hombres y 7 en mujeres (debido las diferencias en el peso medio y el metabolismo) son indicadores de un consumo de riesgo y consumo perjudicial. Para el presente estudio se utilizará la versión validada en el estudio de Aramburu que obtuvo una confiabilidad de 0.89 <sup>(13)</sup>.

**1.2.3. Cuestionario de Esquemas de Young:** este cuestionario fue creado por Castrillón, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Schnitter, M., Maestre., K. y Marín, C <sup>(20)</sup>, en el año: 2005 en Colombia, para el estudio se aplicará la versión de León y Sucari <sup>(30)</sup> que fue validada en Lima, su aplicación puede ser en forma individual o colectiva, el tiempo que demanda es entre 20 a 30 minutos. El instrumento evalúa once esquemas desadaptativos tempranos los cuales son; abandono,

insuficiente/autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad, autosacrificio, estándares inflexibles 1, estándares inflexibles 2, inhibición emocional, derecho y por último entrampamiento. El cuestionario incluye 45 ítems que se puntúan según una escala tipo Likert de 6 valores, representando la presencia de los Esquemas Desadaptativos Tempranos. Las opciones de respuesta son <sup>(27)</sup>:

1= Completamente Falso

2= La mayor parte falso

3=En ocasiones falso

4=En ocasiones verdadero

5= La mayor parte verdadero

6=Completamente Verdadero.

La confiabilidad es de 0.91 y la validez de 0.97, presentando niveles adecuados para evaluar el conjunto de características que pretende medir <sup>(26)</sup>. Para la calificación del instrumento se toman en cuenta las medias y percentiles 25, 50 y 75 que se obtienen en cada uno de los factores citados, de manera tal, que de acuerdo a las medias más altas se puede establecer cuáles son los esquemas maladaptativos tempranos que predominan en la población de estudio, luego se correlacionan con los resultados del cuestionario Audit mediante pruebas de correlación.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El estudio será realizado en una Escuela de Policía en la ciudad de Arequipa.

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

Es un estudio de tipo coyuntural que será realizado durante los meses de agosto del 2018 al mes de enero del 2019.

## 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

### 2.3.1. Universo

El universo está conformado por todos los estudiantes de la Escuela de Policía, los que suman 520 personas.

### 2.3.2 Población blanco

La población está conformada por los estudiantes que actualmente tiene la Escuela.

### 2.3.3. Muestra

No se trabajará con muestra sino con el total de estudiantes (520), que cumplan los criterios de inclusión:

#### **Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de la Escuela de Policía, sin límite de edad, varones.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no se encuentren en la Escuela en el periodo de recolección de datos por motivos de salud.
- Estudiantes con diagnóstico previo de enfermedad mental.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez que los jurados dictaminadores den su aprobación del proyecto de tesis, se solicitará una carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina

Humana dirigida al Director de la Escuela de Policía, para que nos autorice la realización del estudio.

- La investigadora, identificará la población de estudio y procederá a la aplicación de los instrumentos de forma secuencial hasta concluir en un espacio aproximado de dos meses.
- Cuando se haya concluido la recolección de datos, se realizará la base de datos en el Programa Excel y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaborará el informe final de la investigación.

### 3.2. RECURSOS

#### **Humanos:**

La investigadora: Srta. Fiorella Giannina Espinoza Chama

Alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Tutor: Dr.

#### **Institucionales:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Escuela de Policía.

#### **Materiales:**

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, impresora, software estadístico.

#### **Financieros:**

El estudio será solventado con recursos propios.

### 3.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos no requiere de validación, porque es solo para recojo de información. Los instrumentos para evaluar el consumo de alcohol (AUDIT) y el cuestionario de esquemas de Young son validados incluso a nivel local. Los resultados

de las pruebas de validez de ambos instrumentos han sido descritos en la sección de instrumentos.

### **3.4 CRITERIOS Ó ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS**

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicará estadística descriptiva, es decir, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar de las variables cuantitativas. Las variables categóricas se expresarán en número y porcentaje. Para establecer la relación entre las variables se aplicará la Prueba de Ji cuadrado y la Prueba t.



#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

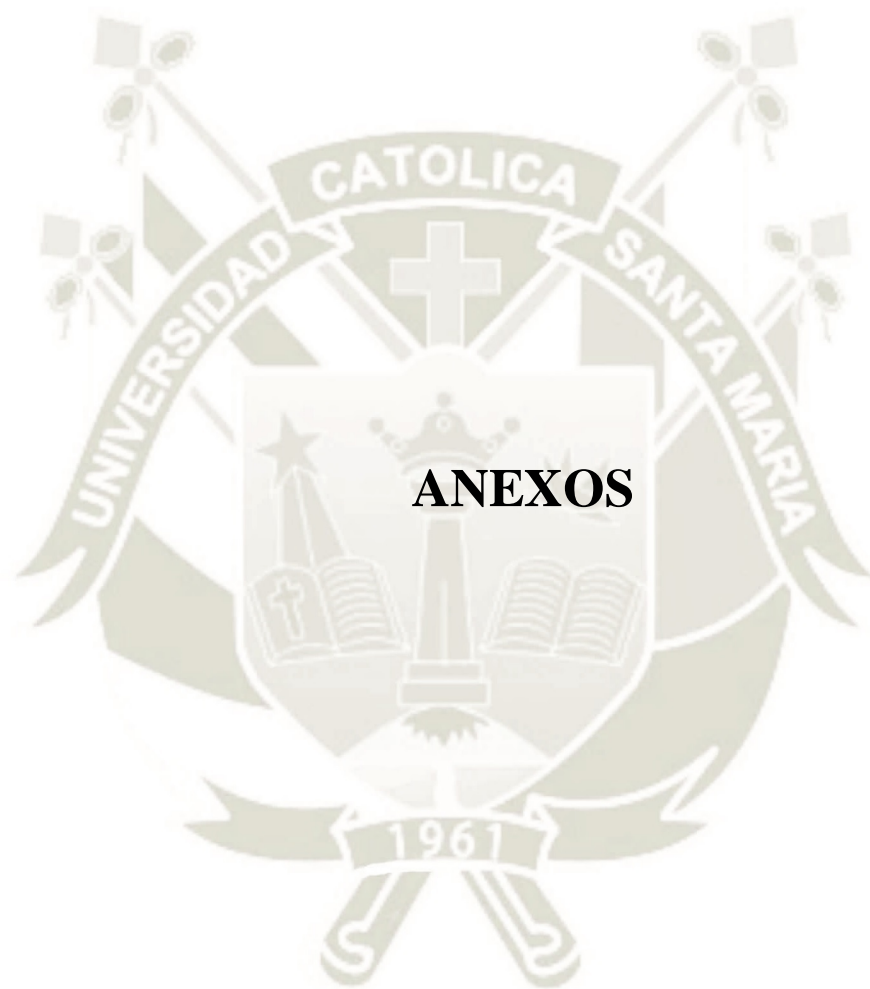
TIEMPO ACTIVIDADES	2017												2018			
	AGOSTO SETIEMBRE				OCTUBRE NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto	X	X	X	X												
Presentación y aprobación del proyecto			X	X	X											
Recolección de Datos						X	X	X								
Elaboración del informe								X	X							
Presentación del informe final										X	X	X	X			

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). estadísticas acerca del consumo de alcohol. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/>
2. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria, 2012. Lima: DEVIDA. Lima, 2013.
3. Andrade, J., Yepes, Á., Sabogal, M. Resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en 50 jóvenes universitarios entre los 16 y 22 años de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Ibagué. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*.2013; 4(1), 11-22.
4. Young, J. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press. 1999.
5. Gantiva, C., Bello, J., Vanegas, E., Sastoque, Y. “Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010; 39, 362-374.
6. Vanegas, D., Jaider, J. *Esquemas maladaptativos tempranos y factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de un colegio de Bogotá*. Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá. 2017. <https://repository.libertadores.edu.co>.
7. Babor, T. et al. *El alcohol: un producto de consumo no ordinario*. Organización Panamericana de la Salud. *Investigación y políticas públicas*”. 2da ed. Washington, D.C.: OPS, © 2010.
8. Ramstedt M. Is alcohol good or bad for Canadian hearts? A time-series analysis of the link between alcohol consumption and IHD mortality. *Drug & Alcohol Review*.2006; 25, 315-20.
9. Taylor, B. et al. *Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas: PAHO Multicentric Study Final Report*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. 2007.
10. Evora, S. *Alcohol y fisiología humana: Capítulo 2- Donde todo comienza- el alcohol en el aparato digestivo*. España: Elsevier. 2017.
11. Anderson, P., Gual, A., Colon, J. *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud. 2008.

12. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Nota descriptiva, 349. 2015. Recuperado de <http://www.who.int>. (fecha de acceso: 31 – 8 – 18).
13. Aramburu, R. Sentido de vida y consumo problemático de alcohol en alumnos de Universidades Privadas de Lima Metropolitana. Repositorio de Tesis de las Universidad de Lima. Lima, 2017.
14. Salazar, Bustamante, Rodríguez, Megías y Ballesteros, 2011
15. Solís, R., Sánchez, A., Cortés, R. Drogas: Las 100 preguntas más frecuentes. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. 2012.
16. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). 1992. Obtenido de: <https://www.who.int> (fecha de acceso: 13 – 3 – 2019).
17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). 2018. Obtenido de: <https://www.who.int> (fecha de acceso: 4 – 3 – 2019).
18. Fainsinger, R., Thai, V., Frank, G., Fergusson, J. What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):2014.
19. Saunders, JB., Latt, NC. Diagnostic definitions, criteria and classification of substance use disorders. En: El Guebaly N, Carrà G, Galanter M, editores. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. Mailand: Springer-Verlag; 2015.
20. Portero, G. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuad Med Forense* 2015;21(3-4):96-104.
21. American Psychiatric Association. Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ta ed. Actualización del DSM-5 (octubre 2017).
22. Young, J., Klosko, J., Weishaar, M., *Terapia de esquemas*. New York. USA: Desclée de Brouwer. 2003.
23. Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. *Schema Therapy*. New York. USA: Desclée de Brouwer. 2013.
24. Castrillon, D., Chávez, L. Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second edition (ysq - 12) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37 (3): 541-560.

25. Young, J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. (3 ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press. 2001.
26. Fernández, M., Dema, S., Fontanil, Y. La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*. Jul. 2018; 0(0): 1003. España.
27. Moure, L., Carbia, C., Lopez, E., Corral, M., Cadaveira, F., Caamaño, F. Tendencias en el consumo de alcohol entre los jóvenes según el patrón de consumo en la universidad de inicio: un estudio de seguimiento de 9 años. *Más uno*. 2018; 13 (4): 222 – 227. España.
28. Malacas, C. Esquemas Disfuncionales Tempranos en Consumidores de Sustancias Psicoactivas Internados en Comunidades Terapéuticas. Universidad San Martín de Porres. Lima. 2017. <http://www.derecho.usmp.edu.pe/>.
29. Roque, Y., Ruelas, Elluz. Factores sociales y psicológicos que influyen en la ingesta de alcohol en los alumnos de la CEPRE– U Galeno de la ciudad de Puno abril - julio 2015. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Puno 2015. <https://repository.uancv.edu.pe>.
30. Maximiliano, L., Ortega, A., Salas, M., Vaiz, R. Prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales, Distrito de Ventanilla. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2015. <https://repository.upch.edu.pe>
31. García, V., Pinto, K. Estilos de socialización parental y esquemas desadaptativos tempranos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria de instituciones educativas estatales del distrito de Characato y Sabandía – 2017. Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa 2018. <https://repository.upch.edu.pe>
32. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol. 1993.
33. Rubio, G., Bermejo, J, Caballero, C., Santo Domingo, J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*. 1998; 198(1), 11-14.
34. León, K., Sucari, C. Adaptación del Cuestionario de Esquemas de Young en adolescentes de dos distritos de Lima Sur, Lima, Perú. 2012.



**ANEXO 1**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Edad**.....años

**Procedencia:** ( ) Arequipa ( ) Cusco ( ) Puno ( ) Tacna ( ) Moquegua  
( ) Otros.....

**Tipo de familia:** ( ) Nuclear ( ) Compuesta o extensa ( ) Monoparental  
( ) Mixta o reconstituida

**ANEXO 2**  
**CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEBIDOS AL  
CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)**

Lea las preguntas y registre las respuestas cuidadosamente, sus respuestas serán confidenciales, así que por favor sea honesto al responder. Marque con una X la alternativa que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

1. ¿Con que frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?

- (0) Menos de una vez al mes (1) Una vez al mes (2) De 2 a 4 veces al mes  
(3) de 2 a 3 veces a la semana (4) De 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas suele tomar cuando bebe en un solo día?

- (0) 1o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8 o 9 (4) 10 a más

3. ¿Con que frecuencia tomas 6 o más vasos de bebidas alcohólicas en un día de consumo?

- (0) Menos de una vez al mes (1) 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) Menos de una vez al mes (1) 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) Menos de una vez al mes (1) 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) Menos de una vez al mes (1) 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 de culpa después de haber bebido?

- (0) Menos de una vez al mes      (1) 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 ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Menos de una vez al mes      (1) Una vez al mes      (2) Mensualmente  
(3) Semanalmente      (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?

- (0) No      (2) Si, pero no en el curso del último año      (4) Si, el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

- (0) No      (2) Si, pero no en el curso del último año      (4) Si, el último año

### ANEXO 3

#### CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro, base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Nº		1	2	3	4	5	6
1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6

12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme una persona indiferente o mala.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”.	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6

35	Con frecuencia sacrificio placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustró fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**





















